



JOHSS **วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ** **Journal of Health Sciences Scholarship**

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2564

Vol. 8 No.2, July – December 2021

ISSN: 1906-1919 (Print)

ISSN: 2697-6412 (Online)

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

Journal of Health Sciences Scholarship



เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บรรณาธิการ: ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม

ผู้ช่วยบรรณาธิการ: ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ

ที่ปรึกษาวารสารวิชาการ

ศ. เชี่ยวชาญพิเศษ ดร.สัญญา จตุรลิตธา

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรณเดช

ผอ. วาสนา มั่งคั่ง

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรณเดช

รศ.ดร.เดชา ทำดี

ผศ.ดร.สุขศิริ ประสมสุข

ผศ.ดร.สมพร สันติประสิทธิ์กุล

ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม

ผศ.ดร.มยุรฉัตร กันยะมี

ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองัญญเทพ

ดร.พัฒนา นาคทอง

ดร.พิทยา ศรีเมือง

ดร.มรุตดา บรรจงการ

ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน

ดร.เอกรัตน์ เชื้ออินลา

ดร.ธีรารัตน์ บุญฤกษ์

ดร.อัจฉรา สิริธิรักษ์

คณะกรรมการบริหารจัดการ

อ.จิตอาวี ขาติมนตรี

นางสาวเบญจวรรณ ยศเสนา

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นักวิจัยอิสระ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

นักวิจัยอิสระ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว.)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครเชียงใหม่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง



นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารมีนโยบายการเผยแพร่บทความที่มีคุณภาพด้านสุขภาพและสาธารณสุข ซึ่งนิพนธ์โดยพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ฯลฯ ซึ่งปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข สาธารณสุขชุมชน อนามัยสิ่งแวดล้อม และบทความด้านการพยาบาลทั่วไป ทฤษฎีการพยาบาลและการวิจัยการพยาบาลขั้นสูงและการพยาบาลเฉพาะทาง โดยมีผู้นิพนธ์จากทั้งภายในและภายนอกสถาบัน

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article) คือ รายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัย หรือ การพัฒนาอย่างเป็นระบบ
2. บทความวิชาการ (Academic articles) คือ งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เป็นความรู้ใหม่ มีการใช้แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล
3. บทความปริทัศน์ (Review Article) คือ บทความที่มีการผสมผสานแนวคิดและผลการวิจัยหลายๆ งานวิจัย โดยผู้เขียนจะสังเคราะห์แนวคิด ตลอดจนสังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อประมวลเป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้นๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้ด้านการพยาบาล การแพทย์ และสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ผ่านบทความวิชาการ และผลงานวิจัย
2. เพื่อเป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับสมาชิกทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างนักวิชาการที่ต่อยอดเป็นองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์ทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ
4. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ทางวิชาการ และการติดต่อสัมพันธ์ของนักวิชาการในเชิงสุขภาพ

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง 268 ถนนป่าข่ม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
 โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141 โทรสาร 054-225-020
 Email: journalbcnlp@gmail.com

กำหนดออกวารสาร: ราย 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม-มิถุนายน และ กรกฎาคม-ธันวาคม

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

ผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ อย่างน้อย 2 ท่าน

ความคิดเห็นหรือข้อความใด ๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น

ทางสถาบันผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ไม่มีข้อผูกพันประการใด ๆ และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (Peer reviewers)

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรณเดชะ	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.เดชา ทำดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
ผศ.ดร.สุขศิริ ประสมสุข	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
ผศ.ดร.สมพร สันติประสิทธิ์กุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผศ.ดร.มยุรฉัตร กันยะมี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว)
ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม	คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
ผศ.ดร. ทศนีย์ นะแสง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
ดร.พัฒนา นาคทอง	มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง
ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น
ดร.มธุรา บรรจงการ	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
ดร.สุวัฒนา คำสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร.เอกรัตน์ เชื้ออินถา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร.สุวัฒน์ แสนเวียงจันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
ดร.ธีรรัตน์ บุญฤกษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร.ยุทธศิลป์ ชุมณี	สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร. อัญญา ปลดเปลื้อง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
ดร.เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
ดร.อัจฉรา ลิทธิรักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร.สมปรารถนา สุตใจนาค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (Peer reviewers)

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (ต่อ)

รศ.ดร.จตุรงค์ เหมรา

ผศ.ดร.เวหา เกษมสุข

ผศ.ภก.ดร.วินัย สยอวรรณ

ดร.กนกวรรณ เอี่ยมชัย

ดร.บุศรินทร์ ผัดวัง

ดร.วันวิสาข์ ชูจิต

ภญ.ดร.วรัญญา อรุโณทยานันท์

ดร.ตลนภา ไชยสมบัติ

ดร.ณัฐฐรณ์ ปัญจพันธ์

ดร.จารุณี รัศมีสุข

ดร.จุฑามาศ ผลมาก

ดร.พรณี ไพศาลทักษิณ

นพ. สิทธิ ภคไพบูลย์

ดร.รุ่งกานจน์ วุฒิ

ดร.อรัญญา นามวงศ์

ดร.กัญญ์ณพัชญ์ ศรีทอง

ดร.วิภา เอี่ยมสำอาดค์ จารามิลโล

ดร.ศรีจันทร์ พลับจัน

ดร.พยอม ถิ่นอ้วน

ดร.วรจรวง นิลเพ็ชร

มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตลำปาง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีจังหวัดพะเยา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปางศิลาทอง กำแพงเพชร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา



สารบัญ

○ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน จิตติยา ใจคำ, จักรกฤษณ์ วังราษฎร์, อักษรา ทองประชุม	1
○ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ อินทิรา นวลสะอาด, จักรกฤษณ์ วังราษฎร์, อักษรา ทองประชุม	25
○ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียรายได้ในกลุ่มประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม จักรกฤษ เสงลา, มงคล รัชชะ, อนุ สุราช	41
○ สถานการณ์การดำเนินงานการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการ เข้าถึงบริการในหญิงตั้งครรภ์และเด็กวัยเรียน ภายใต้นโยบาย Fee Schedule เขตสุขภาพที่ 1 วริษฐา พุ่มทอง, จรัสพรรณ อรุณแก้ว, เดชา ทำดี	55
○ ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ปรียาภรณ์ วรรณตอน, ทิพวรรณ เทียมแสน	72
○ ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลสมัย อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง ปานชีวัน แลบุญมา, วัชรพงษ์ บุญจูบุตร	87
○ ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาอาจ ตำบลนาอาจ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง กัลยา ถาวงค์, เมธิณี ศรีสวัสดิ์	103
○ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง ตำบลศาลา อำเภอกะเคา จังหวัดลำปาง ณัฐกฤษณ์ ธรรมกวินวงศ์, เอกสิทธิ์ ไชยปิ่น, พยอม ถิ่นอ้วน, เปรมเกียรติ วงศ์พิมพ์คำ, พรไพลิน แสงแจ่ม, มณฑิรา หมื่นภิรมย์, จิตติวัลย์ วนาลัยนิเวศน์	120



สารบัญ (ต่อ)

○ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง	136
ชนินท์ ประคองยศ, ศุภิสรา ผลประสิทธิ์โต	
○ประสิทธิผลของการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานต่อทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล	148
อดุลย์ วุฒิจูรีพันธุ์ , กัลยาณี โนอินทร์*, จุฬาวารี ชัยวงค์นาคพันธ์*	
○ผลของการประยุกต์ทำการฟ้อนรำเปิงล่ำพองต่อการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุหญิงในจังหวัดลำปาง	166
พวงเพชร มีศิริ, ชมพูนุท แสงวิจิตร, จิตอารี ขาติมนตรี, วีระชัย เชื้อนแก้ว	
○ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต	181
ฤติรัตน์ สืบวงศ์แพทย์, อรทัย ทำทอง, พรรณี ไพศาลทักษิณ, กนกฉัตร สายดวงแก้ว, เครือวัลย์ สารเถื่อนแก้ว	
○ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง	197
อุษณีย์ วรรณาลัย	
○ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ที่ได้รับยาเคมีบำบัด	219
เครือวัลย์ สารเถื่อนแก้ว, บัณฑิต หลวง สำแดงฤทธิ์, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ	
○การพัฒนาแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง	237
ณิกานต์ นาควโรจน์, ศิริวรรณ ไบตระกูล, จิตตวีร์ เกียรติสุวรรณ, จุฑาทิพย์ เดชเดชะ	



สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือปีที่ 8 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2564 ฉบับนี้ ทางวารสารยังคงคุณภาพทั้งในเรื่องเนื้อหาสาระทางวิชาการเช่นเดิม โดยได้รับความสนใจจากนักวิจัยที่ต้องการเผยแพร่ผลงานวิชาการส่งเข้ามาตีพิมพ์จากหลากหลายหน่วยงาน และในฉบับนี้ก็มีเนื้อหาที่ยังตรงกับประเด็นสำคัญหลักในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของวารสาร คือ ด้านสาธารณสุขชุมชน ด้านการพยาบาล ด้านการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นต้น

เนื้อหาในฉบับประกอบ ประเด็นการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนทุกช่วงวัย ได้แก่ เรื่องผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาอาจ ตำบลนาอาจ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง, ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลสมัย อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน, ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่, ความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง ตำบลศาลา อำเภอกะเคา จังหวัดลำปาง, สถานการณ์การดำเนินงานการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการในหญิงตั้งครรภ์และเด็กวัยเรียน ภายใต้นโยบาย Fee Schedule เขตสุขภาพที่ 1, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง และประเด็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ เรื่องผลของการประยุกต์ทำการพ่อน้ำแข็งลำปางต่อการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ, การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเติบโตและพัฒนาเด็กในศูนย์เด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

นอกจากนี้ยังมีความรู้ในเชิงระบาดวิทยา คือ เรื่องความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินในกลุ่มประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม และมีความรู้ในเชิงคลินิก ได้แก่ ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด, ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด, ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง และปิดท้ายด้วยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการศึกษาทางการพยาบาล คือ เรื่องประสิทธิผลของการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานต่อทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล หวังว่าทุกท่านคงได้รับความรู้จากบทความที่วารสารคัดสรรมาเพื่อทุกท่าน และหากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์บทความวิจัย บทความวิชาการในวารสารฯ ขอให้ท่านเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียนบนหน้าเว็บไซต์วารสาร และดำเนินการส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการต่อไป แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าครับผม

ยงยุทธ แก้วเต็ม

บรรณาธิการ



Health Literacy and Health Promoting Behaviors Regarding to 3E.2S. Among Village Health Volunteers in Ban Hong District, Lamphun Province

Jittiya Jaikham,^{*} Jukkrit Wungrath,^{**} Aksara Thongprachum^{**}

(Received: February 25, 2021, Revised: March 22, 2021, Accepted: May 25, 2021)

Abstract

This cross-sectional descriptive research was aimed to study health literacy and health promoting behaviors, and the relationship between personal factors and health literacy level regarding to 3E.2S of village health volunteers in Ban Hong District, Lamphun Province. The samples were 334 village health volunteers. The data were collected from November to December, 2019 using questionnaires about health literacy and health promoting behaviors regarding to 3E.2S. which the researcher has revised and analyzed by descriptive statistics and inferential statistics.

The findings revealed that overall health literacy regarding to 3E.2S. of village health volunteers was the highest at a good level (44.31%) comparing to each dimension. In terms of health promoting behaviors regarding to 3E.2S, the most eating behavior passed the desirable criteria; 62.87% exercised, 86.83% reduced stress by relaxation, 90.12% did not smoke, and 56.59% did not drink alcohol. These findings indicated that the personal factor regarding to education was positively associated with overall health literacy regarding to 3E.2S. with statistically significance ($r = 0.12$, $p\text{-value} < .05$).

Keywords: Health literacy; Health promoting behaviors 3E.2S; Village health volunteers

^{*} Graduate Student in of Public Health Program, Faculty of Public Health, Chiang Mai University,
Corresponding author: dee_jittiya@hotmail.com

^{**} Lecture, Faculty of Public Health, Chiang Mai University



ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน

จิตติยา ใจคำ,* จักรกฤษณ์ วัชรราชู,*[†] อักษรา ทองประชุม**

(วันรับบทความ: 25 กุมภาพันธ์ 2564, วันแก้ไขบทความ: 22 มีนาคม 2564, วันตอบรับบทความ: 25 พฤษภาคม 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางครั้งนี้ เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน จำนวน 334 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุง มีระยะเวลาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2562 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษา พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.31 เมื่อจำแนกรายองค์ประกอบ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุดทุกองค์ประกอบ ส่วนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ที่พึงประสงค์ ออกกำลังกาย ร้อยละ 62.87 คลายเครียดด้วยการพักผ่อนมากที่สุด ร้อยละ 86.83 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.12 และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 56.59 นอกจากนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.12, p < .05$)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 3อ. 2ส.; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

* นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,

ผู้ประสานงาน: dee_jittiya@hotmail.com

** อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**บทนำ**

ในปี พ.ศ. 2541 องค์การอนามัยโลก ผนึกกำลังให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกัน ในการพัฒนาและเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และจากรายงานการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อยและมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคมะเร็ง หากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม เนื่องจากทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น และสถานบริการสุขภาพต้องมีภาระหนักด้านงานรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในงานด้านส่งเสริมสุขภาพ และไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ (Keawdumkerng, K. & Triphetsriurai, N., 2011) ซึ่งประเทศไทยนับเป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกและได้กำหนดให้เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (Choeisuwana, V., 2017) ดังนั้น การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นนโยบายเร่งด่วนต่อการสร้างประชาชนให้มีสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม (Ministry of Public Health, 2018)

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เช่น รับประทานผักและผลไม้ต่ำกว่าข้อแนะนำตามเกณฑ์มาตรฐาน พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 19 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 55.9 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 31.10 เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Health Systems Research Institute, 2016) และสาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการรณรงค์ให้ประชาชนหันมาใส่ใจในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม และลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตามหลัก 3อ. 2ส. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม (Ministry of Public Health, 2013) โดยกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่ต้องเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพคือบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น เนื่องจากอยู่ในบทบาทที่ประชาชนคาดหวังให้เป็นที่พึ่งพิงด้านสุขภาพ (Keawdumkerng, K., 2017) โดย อสม. เป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด จึงมีบทบาทและอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ จึงถือว่า อสม. เป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Ukkhati, A., Dhammasaccakarn, W., & Prom-in, S., 2008) ดังนั้น อสม. ควรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ngasangsai, P., Sornseeyon, P., & Phattarabenjapol, S., 2014) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้ภาษา สถานะทางเศรษฐกิจสังคม และอายุที่เพิ่มขึ้น (Gazmararian & Baker et al., 1999 as cited in Keawdumkerng, K. & Triphetsriurai, N., 2011) มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Raethong, A. (2019) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส.



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.54$, $p\text{-value} < 0.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nareumon, N. & Juntarawijit, Y. (2017) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ Praiwong, C., et al. (2018) ที่พบว่า การได้รับอิทธิพลจากบุคคลอื่นในการดูแลสุขภาพ โดยการสนับสนุนจาก อสม. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ดังนั้น การส่งเสริมให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน

อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ในปีงบประมาณ 2560 เป็นอำเภอนำร่องของประเทศไทย ในการเป็นต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพชีวิตในระบบสุขภาพอำเภอที่มีการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ซึ่ง อสม. มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการดำเนินงานและเป็นตัวเชื่อมระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน แต่อย่างไรก็ตาม จากการรวบรวมข้อมูลสถานะสุขภาพของอำเภอบ้านโฮ่ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561 พบว่า อัตราการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น (Ban Hong District Public Health Office, 2018) เพื่อให้การดำเนินงานการเป็นต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพชีวิตในระบบสุขภาพอำเภอ ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีความยั่งยืน อีกทั้งในพื้นที่ยังไม่มีการศึกษาในประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในกลุ่ม อสม. ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของ อสม. ในอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำมาเป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานภาครัฐและบุคลากรสาธารณสุข ในการวางแผนพัฒนาเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. เพื่อให้ อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของ อสม.
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของ อสม.

ขอบเขตงานวิจัย

ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ในอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 334 คน 3) ด้านพื้นที่ที่ศึกษา อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน 4) ด้านระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562

**นิยามศัพท์เฉพาะ**

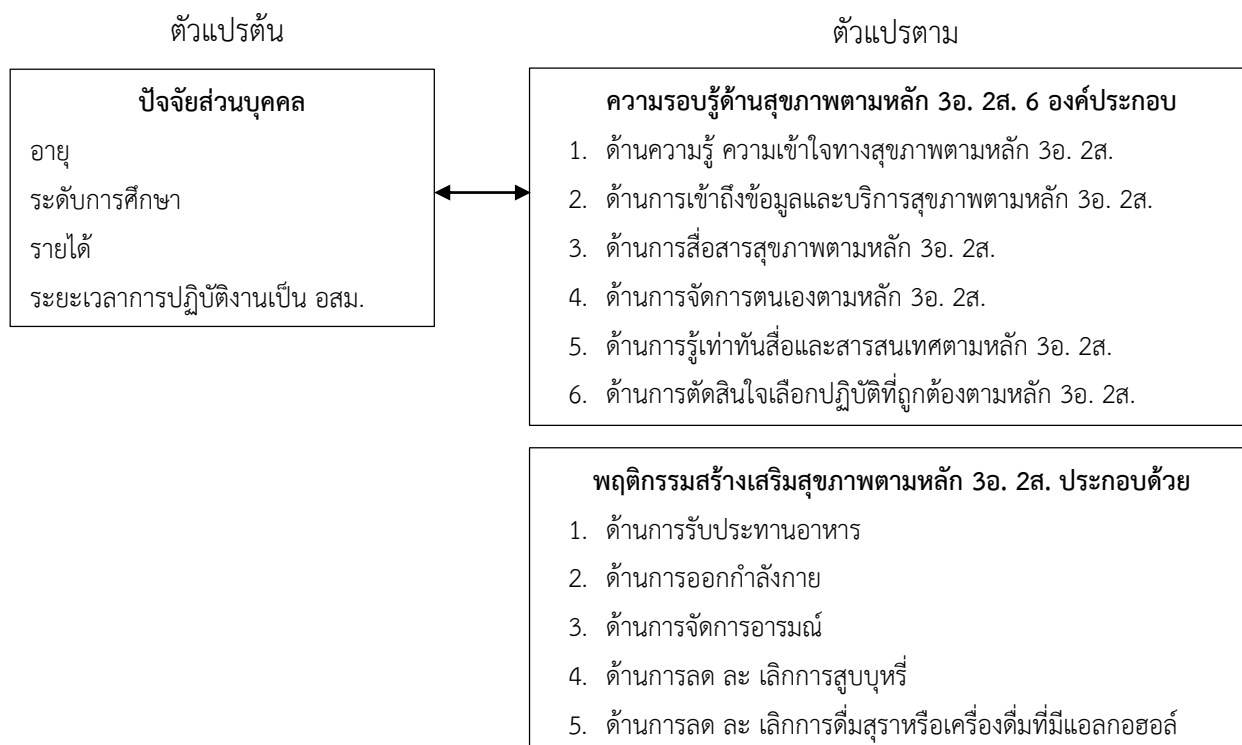
ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถและทักษะของ อสม. ประกอบด้วยคุณลักษณะ 6 ด้าน คือ ด้านการมีความรู้ ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะด้านการสื่อสาร รวมทั้งสื่อสารและโน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจได้ ทักษะด้านการจัดการตนเอง ทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และทักษะด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์, ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ และลด ละ เลิกการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ และด้านการลด ละ เลิกการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะข้อมูลทั่วไปของ อสม. ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม.

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ตลอดจนแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ผู้วิจัยจึงนำมาปรับเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) โดยศึกษาที่จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. ในอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน มีจำนวนทั้งสิ้น 1,257 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโฮ่ง, 2561)

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ในอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีคำนวณจากสูตรของ ทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamane) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 304 คน และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 สรุปได้ว่าขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 334 คน ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น (probability sampling) และเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งเป็นชั้นภูมิ (stratified random sampling) จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย โดยใช้วิธีการจับฉลากจนครบตามจำนวน ตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้ 1) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ 2) เป็น อสม. ในอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน อย่างน้อย 6 เดือน และ 3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) ดังนี้ 1) ย้ายออกนอกพื้นที่อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน และ 2) อยู่ในสภาพที่ไม่พร้อมให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของ อสม. อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน จำนวน 1 ฉบับ แบ่งเป็น 3 ส่วน จำนวน 86 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 2 ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2561 ของ กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2018) และจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 3 ตอน จำนวน 31 ข้อ ดังนี้ 2.1) ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 15 ข้อ 2.2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ. 2ส. 12 ข้อ และ 2.3) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. 2ส. 4 ข้อ โดยให้ตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบ และมีคะแนนรวมเต็ม 91 คะแนน

ส่วนที่ 3 สอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราหรือ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สำหรับวัยทำงานของ กองสุขาภิบาล กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2015) ประกอบด้วย 5 ตอน จำนวน 47 ข้อ ดังนี้ 3.1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 18 ข้อ 3.2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 15 ข้อ 3.3) พฤติกรรมด้านอารมณ์ 5 ข้อ 3.4) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ 5 ข้อ และ 3.5) พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 4 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity: CVI)) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มาหาความตรงตามเนื้อหา โดยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านงานสุขาภิบาล ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาให้มีความครอบคลุมและความถูกต้อง จากนั้นนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ นำไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยค่าเฉลี่ยดัชนีความตรงรายข้อ (item content validity: I-CVI) ส่วนที่ 1 มีค่าเท่ากับ 0.92 ส่วนที่ 2 มีค่าเท่ากับ 0.95 ส่วนที่ 3 มีค่าเท่ากับ 0.99 และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity for scale: S-CVI) เท่ากับ 0.97

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้ (try-out) ในกลุ่ม อสม. ที่มีบริบทและลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. อำเภอเถิน จังหวัดลำพูน จำนวน 30 คน จากนั้นนำคะแนนมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิเคราะห์จากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนที่ 2 มีค่าเท่ากับ 0.83 และส่วนที่ 3 มีค่าเท่ากับ 0.78 เป็นค่าที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์คุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโฮ่ง เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive study) สำหรับส่วนที่ 4 หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficients) เพื่อทดสอบสมมติฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2562 เอกสารเลขที่ ET 022/2562



ผลการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=334)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Mean = 50.77, SD = 9.14)	20-30 ปี	8	2.40
	31-40 ปี	44	13.17
	41-50 ปี	99	29.64
	51-60 ปี	136	40.72
	มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	47	14.07
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	122	36.53
	มัธยมศึกษาตอนต้น	68	20.36
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	110	32.93
	อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	19	5.69
	ปริญญาตรีขึ้นไป	15	4.49
รายได้ของครอบครัว (ต่อ เดือน) (Mean = 6848.92, SD = 6121.47)	น้อยกว่า 5,000 บาท	207	61.98
	5,000-10,000 บาท	82	24.55
	10,001-15,000 บาท	22	6.59
	15,001-20,000 บาท	9	2.69
	มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	14	4.19
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน เป็นอส. (Mean = 15.37, SD = 10.61)	1-5 ปี	84	25.15
	6-10 ปี	58	17.37
	11-15 ปี	33	9.87
	16-20 ปี	58	17.37
	มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	101	30.24

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของการศึกษารั้งนี้ เป็น อสม. จำนวน 344 คน มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 40.72 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.53 รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 61.98 และระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. มากกว่า 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.24

**ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.**

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. และโดยรวม

ระดับความรอบรู้ ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.	ความถี่และร้อยละตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.						โดยรวม
	ด้าน ความรู้ ความ เข้าใจทาง สุขภาพ	ด้านการ เข้าถึงข้อมูล และ บริการ สุขภาพ	ด้านการ สื่อสาร สุขภาพ	ด้านการ จัดการ ตนเอง	ด้านการรู้ เท่าทันสื่อ และ สารสนเทศ	ด้านการ ตัดสินใจ เลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้อง	
ระดับน้อย ($<60\%$ ของคะแนนเต็ม)	10 (2.99)	23 (6.89)	28 (8.38)	20 (5.99)	28 (8.38)	11 (3.29)	8 (2.39)
ระดับปานกลาง ($\geq 60\%$ - $<70\%$ ของคะแนนเต็ม)	48 (14.37)	47 (14.07)	105 (31.44)	77 (23.05)	45 (13.47)	36 (10.78)	39 (11.68)
ระดับมาก ($\geq 70\%$ - $<80\%$ ของคะแนนเต็ม)	73 (21.86)	77 (23.05)	60 (17.96)	90 (26.95)	61 (18.26)	47 (14.07)	148 (44.31)
ระดับมากที่สุด ($\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม)	203 (60.78)	187 (55.99)	141 (42.22)	147 (44.01)	200 (59.88)	240 (71.86)	139 (41.62)

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.31 คือ เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. ได้ถูกต้อง เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ, ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, ด้านการสื่อสารสุขภาพ, ด้านการจัดการตนเอง, ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. 2ส. อยู่ในระดับมากที่สุดทุกองค์ประกอบ ร้อยละ 60.78, 55.99, 42.22, 44.01, 59.88 และ 71.86 ตามลำดับ



ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.

ตารางที่ 3 แสดงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมสร้างเสริม		
สุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส.	เกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ผลการศึกษา
พฤติกรรมด้านการ รับประทานอาหาร	<u>รับประทานอาหาร เพื่อสุขภาพในการ เสริมสร้างร่างกาย</u>	<u>รับประทานอาหาร เพื่อสุขภาพในการ เสริมสร้างร่างกาย</u>
	1. รับประทานอาหารในปริมาณ 1 ถ้วยตวงต่อมื้อ	1. รับประทานอาหาร ≥ 1 ถ้วยตวงต่อมื้อ
	2. รับประทานอาหารผลไม้ในปริมาณ 1.5 ส่วนต่อมื้อ (1 ส่วนเท่ากับ 6-8 ชิ้นคำ)	ร้อยละ 88.48
พฤติกรรมด้านการ รับประทานอาหาร	3. รับประทานอาหารน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน	2. รับประทานอาหารผลไม้ ≥ 1.5 ส่วนต่อมื้อ ร้อยละ 76.29
	4. รับประทานอาหารเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน หรือน้ำปลาไม่เกิน 5 ช้อนชาต่อวัน	3. เมื่อรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่ เติมน้ำตาลเป็นบางครั้ง ร้อยละ 42.86
	<u>รับประทานอาหาร เพื่อปลอดภัย และ ปลอดภัย</u>	โดยเติม 1 ช้อนชาต่อครั้ง ร้อยละ 82.42
พฤติกรรมด้านการ รับประทานอาหาร	1. รับประทานอาหารที่สะอาดทุกครั้ง	4. เมื่อรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่ เติมน้ำปลาเป็นบางครั้ง ร้อยละ 49.21
	2. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกทุกครั้ง	โดยเติม 1 ช้อนชาต่อครั้ง ร้อยละ 87.39
	3. ใช้ภาชนะบรรจุอาหารที่ถูกสุขลักษณะ	<u>รับประทานอาหาร เพื่อปลอดภัย และ ปลอดภัย</u>
พฤติกรรมด้านการ รับประทานอาหาร		1. ล้างผักผลไม้ก่อนปรุงและก่อน รับประทาน ร้อยละ 100.00
		2. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ ทุกครั้ง ร้อยละ 37.12
		3. ใช้ภาชนะบรรจุอาหารที่ถูก สุขลักษณะทุกครั้ง ร้อยละ 13.47



พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.	เกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ผลการศึกษา
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	การออกกำลังกาย ประกอบด้วย 1. ออกกำลังกาย เพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ เช่น โยคะ ไม้พลอง กายบริหาร ฟิกยืดเหยียด เป็นต้น อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน 2. ออกกำลังกาย เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัก เช่น ยกน้ำหนัก วิดพื้น ซิทอัพ เป็นต้น อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน	ออกกำลังกาย ร้อยละ 62.87 โดย 1. ออกกำลังกาย เพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ ร้อยละ 87.62 มีความถี่ ≥ 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 65.22 2. ออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัก ร้อยละ 50.95 มีความถี่ ≥ 3 วัน ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 68.22
พฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์	ความสามารถในการหาวิธีการจัดการความเครียดให้กับตนเอง อย่างน้อย 1 วิธี ทุกครั้งเมื่อมีความเครียด เช่น ออกกำลังกาย การพักผ่อน การนั่งสมาธิ การนวดแผนไทย การมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชน เป็นต้น	สามารถจัดการความเครียดให้กับตนเอง อย่างน้อย 1 วิธี โดยมีวิธีการจัดการความเครียดด้วยการพักผ่อนมากที่สุด ร้อยละ 86.83 รองลงมา คือ การมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชน การนั่งสมาธิ การออกกำลังกาย และการนวดแผนไทย ร้อยละ 70.06, 61.08, 52.69 และ 36.23 ตามลำดับ
พฤติกรรมด้านการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่	การไม่สูบบุหรี่ เพื่อสุขภาพ ประกอบด้วย <u>กลุ่มไม่เคยสูบ</u> ไม่ทดลองสูบบุหรี่ <u>กลุ่มที่สูบเป็นประจำและเป็นครั้งคราว</u> 1. ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ 2. เลิกสูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.12 <u>กลุ่มไม่เคยสูบ</u> ไม่เคยทดลองสูบบุหรี่ ร้อยละ 85.71 <u>กลุ่มที่สูบเป็นประจำและเป็นครั้งคราว</u> 1. สูบบุหรี่ ขณะมีคนอื่นอยู่ในบ้าน หรือในสถานที่ ร้อยละ 60.61 2. ปัจจุบันเคยคิดเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 73.73



พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.	เกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ผลการศึกษา
พฤติกรรมด้านการลด ละ เลิก การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง	ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา พบว่า ไม่ดื่ม ร้อยละ 56.59 ดื่ม ร้อยละ 43.41
	ประกอบด้วย การลด ละ เลิกการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	กลุ่มที่ดื่มมีความถี่ในการดื่ม 1-2 วัน มากที่สุด ร้อยละ 62.07
		ปัจจุบันเคยคิดเลิกดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 67.59

จากตารางที่ 3 พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และมีประเด็นที่ควรได้รับการส่งเสริมพัฒนา เพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในพฤติกรรมแต่ละด้าน ประกอบด้วย

1) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ควรมีการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เกิดจากการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อสร้างความตระหนักและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการให้คำแนะนำพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่พึงประสงค์ โดยเน้นการรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ สะอาดทุกครั้ง การใช้ภาชนะบรรจุอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การเติมน้ำตาลและน้ำปลาในปริมาณที่เหมาะสม

2) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ควรมีการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เพียงพอต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคได้ อีกทั้งต้องเหมาะสมกับสมรรถภาพทางกายและวิถีชีวิต ตลอดจนส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน เช่น การจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายตามชนิดกีฬาที่สนใจ การจัดสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน การจัดให้มีอุปกรณ์ออกกำลังกายชนิดต่าง ๆ เป็นต้น

3) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการอารมณ์ ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมหรือศูนย์การเรียนรู้วิถีจัดการความเครียด เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันหรือถ่ายทอดความรู้ความสามารถในการหาวิธีการจัดการความเครียดให้กับตนเอง รวมทั้งการจัดลานนั่งสมาธิและสถานที่ออกกำลังกาย เพื่อเอื้อต่อการลดความเครียด

4) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ ในกลุ่มที่สูบบุหรี่เป็นประจำและเป็นครั้งคราว เน้นการให้ความรู้และส่งเสริมการลดปริมาณการสูบบุหรี่ การลดความถี่การสูบบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่ เช่น การจัดทำโครงการ ลด ละ เลิกบุหรี่ ในชุมชน เป็นต้น ตลอดจนการให้ความรู้และรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ในที่



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

สาธารณะหรือแหล่งชุมชนที่มีผู้คนจำนวนมาก เพื่อลดการสร้างความเสี่ยงด้านความปลอดภัยแก่บุคคลอื่น และเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อสุขภาพของคนใกล้ชิด อีกทั้งยังเป็นข้อกฎหมายที่ประชาชนทุกคนต้องปฏิบัติตาม ในกลุ่มไม่เคยสูบบุหรี่ เน้นการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ต่อสุขภาพของตนเองและคนรอบข้าง และทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ทดลองสูบบุหรี่ในสถานการณ์ต่าง ๆ

5) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการลด ละ เลิกการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจัดกิจกรรมรณรงค์การลดปริมาณการดื่ม การลดความถี่การดื่ม และการเลิกดื่ม เช่น รณรงค์งานบุญและงานศพปลอดเหล้า การจัดทำโครงการเลิกเหล้าด้วยสมุนไพรบำบัด รณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา เป็นต้น ตลอดจนการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องพิษภัยและโรคที่เกิดจากการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ดื่ม และหลีกเลี่ยงการทดลองดื่มในกลุ่มที่ไม่ดื่ม

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.

ปัจจัยส่วนบุคคล	องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.						โดยรวม
	ด้านความรู้	ด้านการเข้าถึงข้อมูล	ด้านการสื่อสาร	ด้านการจัดการตนเอง	ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	
	ความเข้าใจทางสุขภาพ	และใช้บริการสุขภาพ	สุขภาพ				
ด้านอายุ	-0.14*	-0.07	0.12*	0.06	-0.02	-0.02	0.01
ด้านระดับการศึกษา	0.17**	0.22**	0.05	0.01	0.11*	0.02	0.12*
ด้านรายได้	0.06	0.02	-0.04	-0.03	0.02	-0.09	-0.02
ด้านระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอสม.	-0.04	0.08	0.14**	0.08	-0.02	0.05	0.05

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

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.12$, $p\text{-value} < .05$) แต่ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ด้านอายุ ด้านรายได้ และด้านระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. โดยรวมที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$ และอธิบายในแต่ละปัจจัยส่วนบุคคลได้ ดังนี้



1) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.14, p\text{-value} < .05$) แต่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ด้านการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.12, p\text{-value} < .05$)

2) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ($r = 0.17, p\text{-value} < .05$) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ($r = 0.22, p\text{-value} < .05$) และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ. 2ส. ($r = 0.11, p\text{-value} < .05$)

3) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ด้านการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.14, p\text{-value} < .05$)

4) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในทุกองค์ประกอบที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$

อภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุในช่วง 51-60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 40.72 และมีอายุเฉลี่ย 50.8 ปี อธิบายได้ว่า เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ จากภาคเกษตรกรรมเป็นภาคอุตสาหกรรม ทำให้เกิดปรากฏการณ์การย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมือง และส่วนใหญ่คนในวัยทำงานจะมีการย้ายถิ่นมากกว่าวัยอื่น ๆ โดยการย้ายถิ่นจะลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น (National Statistical Office, 2019) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Katanyutanon, T. (2013) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุในช่วง 51-60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 37.74 และมีอายุเฉลี่ย 55.0 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 36.53 อธิบายได้ว่า สังคมชนบทประสบปัญหาความเหลื่อมล้ำทางการศึกษามากกว่าสังคมเมือง ตลอดจนการกระจายการศึกษาที่ยังไม่ทั่วถึง (Phatarawanit, U. & Amornsirisomboon, P., 2007 as cited in Tumthong, D., et al., 2014) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท จึงมีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Visanuyothin, S., et al. (2015) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างจบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 45.90 รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 61.98 โดยเฉลี่ยเท่ากับ 6,848.92 บาทต่อเดือน อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอนเพราะหลายปัจจัย เช่น ราคาผลผลิตตกต่ำ ปัจจัยทางธรรมชาติ เป็นต้น (Office of Agricultural Economics, 2019) และรายงานสถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ระดับภาคของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 พบว่า ประชากรภาคเหนือมีรายได้เฉลี่ย 6,902 บาทต่อเดือน (Office of the National Economic and Social Development Board, 2018) และระยะเวลา



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

การปฏิบัติงานเป็น อสม. มากกว่า 20 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 30.24 อธิบายได้ว่า เนื่องจากมีโครงการอบรม อสม. เพื่อให้ครอบคลุมทุกพื้นที่มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 อีกทั้งคุณสมบัติของ อสม. ต้องมีความเสียสละและมีเวลาให้กับงานด้านสาธารณสุข อสม. จึงทำหน้าที่นี้อย่างยาวนาน (Department of Health Service Support, 2011)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.

ผลการศึกษา พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.31 อธิบายได้ว่า เนื่องจาก อสม. อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนตามนโยบายของภาครัฐ ในการพัฒนาศักยภาพการเป็น อสม. 4.0 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งผลักดันให้เป็นผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ (Ban Hong District Public Health Office, 2019) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Health Education Division (2018) พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวทาง 3อ. 2ส. โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 38.18 แต่อย่างไรก็ตามแตกต่างกับผลการศึกษาของ Tachavijitjaru, C., Srisupornkornkul, A., & Changtej, S. (2018) ที่พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.46 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 69.79 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะทางประชากรแตกต่างกัน ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Roma, W., et al., 2018) ทั้งนี้ การศึกษาช่วยยกระดับการรู้หนังสือ ซึ่งการรู้หนังสือนั้น ทำให้บุคคลสามารถนำข้อมูลทางสุขภาพมาปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเอง รวมถึงประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกับบุคคลอื่น ทำให้มีทักษะต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของตนเอง (Keawdumkerng, K. & Triphetsriurai, N., 2011)

เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ทุกองค์ประกอบ อธิบายได้ว่า การเป็น อสม. ทำให้สามารถรับรู้ เข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ กล้าได้ตอบซักถาม เพื่อเพิ่มความรู้และความเข้าใจให้เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพ จากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากพอ ทำให้ตัดสินใจถูกต้อง และให้ความสำคัญต่อข้อมูลที่เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ตลอดจนสามารถชักจูงและโน้มน้าวผู้อื่นปฏิบัติตามเพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ (Health Service Support Office District 11, 2019) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Health Education Division (2019) พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุดทุกองค์ประกอบ แต่แตกต่างกับผลการศึกษาของ Tachavijitjaru, C., Srisupornkornkul, A., & Changtej, S. (2018) พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. จำแนกตามองค์ประกอบมี 5 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างผ่านกระบวนการฝึกอบรมที่เน้นความรู้ โดยจัดทำในรูปชุดความรู้สำเร็จรูป แต่ยังไม่มีการดำเนินการฝึกอบรม รวมถึงขาดการฝึกอบรมการ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาผ่านกระบวนการฝึกอบรม โดยปรับใช้หลักสูตรที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจริงในชุมชน (Ban Hong District Public Health Office, 2019) เห็นได้ว่า อสม.



มีกระบวนการฝึกอบรมที่แตกต่างกัน ทำให้มีองค์ประกอบ 5 ด้านแตกต่างกัน แต่สำหรับด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. 2ส. อยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน อธิบายได้ว่า เนื่องจากทักษะด้านนี้เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพตนเอง ดังนั้น จึงมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพราะคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.

ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ที่พึงประสงค์ อธิบายได้ว่า เนื่องจากการเป็น อสม. ทำให้ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้รับการอบรมให้ความรู้ ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารมาโดยตลอด รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมเฝ้าระวังและคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นประจำทุกปี จึงทำให้รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่งผลให้เกิดความกลัวที่จะเป็นโรค หากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ โรเซนสต็อค และเบเกอร์ และคณะ ที่กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเกิดแรงจูงใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (Charoenphan, J. & Tansakul, C., 2550 as cited in Khowjaroen, K. & Boonrueng, U., 2016) แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่า อสม. ยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่พึงประสงค์ อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งมีความเร่งรีบในการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ต้องการความสะดวกง่ายต่อการรับประทานได้ทันที จึงละเลยในการอุ่นอาหารก่อนรับประทาน รวมทั้งยังมีการใช้ภาชนะบรรจุอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และอาจเนื่องมาจากความเคยชินในการรับประทานอาหารติดรสหวาน มัน เค็ม และกลายเป็นวิธีการคลายเครียดจากการทำงานของกลุ่มวัยทำงาน (Ministry of Public Health, 2015)

ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า อสม. ออกกำลังกาย ร้อยละ 62.87 โดยออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ ร้อยละ 87.62 มีความถี่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 65.22 และเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัก ร้อยละ 50.95 มีความถี่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 68.22 อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากในพื้นที่ของอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ได้มีการประชาสัมพันธ์และรณรงค์ส่งเสริมการออกกำลังกาย รวมทั้งได้มีการจัดอบรมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างต่อเนื่องให้กับ อสม. (Ban Hong District Public Health Office, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Khowjaroen, K. & Boonrueng, U. (2016) ที่พบว่า อสม. มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 68.5 แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่า อสม. ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 37.13 อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานดำเนินชีวิตแบบเร่งรีบตลอดเวลา ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า จนไม่อยากจะออกกำลังกาย และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม อาจมีความเข้าใจผิดว่าลักษณะงานที่ทำเคลื่อนไหวร่างกายอยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย นอกจากนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งต้องรับผิดชอบทั้งงานบ้านและงานประจำ ทำให้มีเวลาน้อย จนไม่สามารถออกกำลังกายได้ ตลอดจนขาดแรงจูงใจและความสนใจในการออกกำลังกาย (Ministry of Public Health, 2015)



ด้านพฤติกรรมกรรมการจัดการอารมณ์ พบว่า อสม. มีวิถีคลายเครียดด้วยการพักผ่อนมากที่สุด ร้อยละ 86.83 เนื่องมาจากการดำเนินชีวิตหรือการรับรู้ข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ ของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ทำให้การดูแลสุขภาพของตนเองแตกต่างกัน และการฝึกจัดการกับความเครียด ต้องใช้การควบคุมอารมณ์และสมาธิอสม. จึงจัดการอารมณ์เครียด ด้วยวิธีการคลายเครียดที่หลากหลาย ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Hansakul, A. & Ngawnaseaw, S. (2012) พบว่า อสม. มีวิธีการคลายเครียดด้วยกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 55.10 ทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ ร้อยละ 40.00 และหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ร้อยละ 37.30

ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.12 อธิบายได้ว่า เนื่องจาก อสม. ในพื้นที่ของอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ได้รับการอบรมให้ความรู้ในเรื่องโทษและภัยของบุหรี่ ส่งผลให้เกิดความตระหนักในอันตรายของบุหรี่ นำไปสู่การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ (Ban Hong District Public Health Office, 2019) นอกจากนี้ การรับรู้ว่าตนเองเป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ ดังนั้นก่อนที่จะถ่ายทอดความรู้ไปสู่คนทั่วไป อสม. จึงมีพลังอำนาจในตนเอง (empowerment) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อให้สามารถเป็นผู้นำด้านสุขภาพ (Sarakhsetrin, A., et al., 2017) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Health Education Division (2019) ที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 82.54

ด้านพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า อสม. ไม่ดื่ม ร้อยละ 56.59 อธิบายได้ว่า เนื่องจาก อสม. ในพื้นที่อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ได้ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ทำให้ อสม. รู้และตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดังนั้น อสม. จึงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการลด ละ เลิกการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Ban Hong District Public Health Office, 2019) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Charoenbundith, N. (2016) พบว่า อสม. ไม่ดื่ม ร้อยละ 60.00 ดื่ม ร้อยละ 43.41 และปัจจุบันไม่เคยคิดเลิกดื่ม ร้อยละ 32.41 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมที่เข้ามามีบทบาทในสังคมไทย ทำให้สามารถเข้าถึงแหล่งจำหน่ายหรือหาซื้อได้ง่าย และอาศัยอยู่เป็นกลุ่ม ก่อให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบหรือถูกชักชวน รวมถึงการมีค่านิยมความเชื่อที่ผิด และเหตุผลที่ทำให้ผู้ที่ดื่มไม่คิดเลิกดื่ม คือ เพื่อเข้าสังคมให้เป็นที่ยอมรับเพื่อความสนุกสนาน และคิดว่าดื่มเพียงเล็กน้อย จะไม่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ซึ่งสามารถนำไปสู่การมีพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำได้ (Ministry of Public Health, 2015)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.12, p < .05$) อธิบายได้ว่า ระดับการศึกษา เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Gazmararian & Baker et al., 1999 as cited in Keawdumkerng, K. & Triphetsriurai, N., 2011) การศึกษามีส่วนสำคัญในการยกระดับการรู้หนังสือ ซึ่งการรู้หนังสือเป็นปัจจัยพื้นฐานของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ นอกจากนี้การศึกษาช่วยให้บุคคลสามารถ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

พัฒนาตนเองได้ เนื่องจากมีโอกาสปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและเกิดทักษะทางสังคม ส่งผลต่อการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (Nilnate, W., 2014) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Darun, P. & Khunpijan, N. (2016) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับสูง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. โดยรวมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า และผลการศึกษาของ Rattanawarang, W. & Chantha, W. (2018) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ด้านอายุ ด้านรายได้ และด้านระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. โดยรวมที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น อสม. ซึ่งต้องผ่านกระบวนการฝึกอบรมมาตรฐาน อสม. ตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดียวกันทุกคน รวมทั้งได้เข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพในทักษะด้านต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ตลอดจนเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพมาเช่นเดียวกัน ดังนั้น ทำให้ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีช่วงอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. และระดับรายได้ใดก็ตาม จึงไม่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. โดยรวม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Panurat, S., et al. (2019) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$ และผลการศึกษาของ Ginggeaw, S. & Prasertsri, N. (2016) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ และด้านรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$ เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบสามารถอภิปรายในแต่ละปัจจัยส่วนบุคคลได้ ดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.14, p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การเรียนรู้ช้าลง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ดังนั้น ผู้ที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น จึงมีความรู้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ngasangsai, P., Sornseeyon, P., & Phattarabenjapol, S. (2014) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความรอบรู้ ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ด้านการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.12, p < .05$) อธิบายได้ว่า อสม. ที่มีอายุมาก มีการเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์ ทั้งงานด้านสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา ทำให้เกิดความเชี่ยวชาญในทักษะการสื่อสารสุขภาพ

2) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ($r = 0.17, p < .05$) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ($r = 0.22, p < .05$) และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.11, p < .05$) อธิบายได้ว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมทักษะพื้นฐานสำคัญ ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ อีกทั้งผู้ที่มีการศึกษาที่ดี จะมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ด้วยเช่นกัน และเปิดโอกาสให้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Suramitamaitri, B., 2013) มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tachavijitjaru, C., Srisupornkornkul, A., & Changtej, S. (2018) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผลการศึกษาของ Darun, P. & Khunpijan, N. (2016) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาอนุปริญญาขึ้นไป จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพรายองค์ประกอบทุกด้านสูงกว่าระดับการศึกษาอื่น ๆ

3) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ด้านการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.14, p < .05$) อธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานในบทบาทของ อสม. มาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์ ตลอดจนได้รับการฝึกฝนเพิ่มพูนทักษะด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะทักษะด้านการสื่อสารทางสุขภาพ เพราะเป็นทักษะพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาทักษะด้านอื่น ๆ และช่วยให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งการเป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข ตลอดจนการเป็นผู้ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้เรื่องสุขภาพที่ถูกต้องให้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Wanichkul, N. & Phatamongkolrit, S., 2013)

4) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในทุกองค์ประกอบที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$ อธิบายได้ว่า เนื่องจากการเป็น อสม. จึงมีโอกาสดำเนินกิจกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. จากเจ้าหน้าที่มาอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกันทุกคน ซึ่งการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ไม่มีการแบ่งแยกระดับรายได้ จึงทำให้ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีระดับรายได้ใดก็ตาม ไม่มีผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในทุกองค์ประกอบ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Panurat, S., et al. (2019) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านบริการ

- 1.สามารถนำข้อมูลที่ได้มาจัดแบ่งกลุ่ม อสม. ตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการจัดกิจกรรมได้อย่างเหมาะสมและตรงประเด็น พร้อมทั้งสามารถพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ อสม. สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 2.สามารถนำข้อมูลพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. มาเป็นแนวทาง ในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริม สนับสนุนและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างตรงประเด็น เพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และเป็นแบบอย่างที่ดีในการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.



ด้านการศึกษาวิจัย

สามารถนำข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ด้านระดับการศึกษา และด้านระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. มาใช้สำหรับวางแผนการส่งเสริมศักยภาพของ อสม. หรือปรับปรุงเกณฑ์การคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ามาปฏิบัติหน้าที่ อสม. เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพ

ด้านการบริหาร

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาของ อสม. เช่น การจัดโครงการให้ อสม. ได้ เรียนฟรีกับศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) การจัดสถานที่จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในชุมชน เป็นต้น เพื่อเป็นการพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. เช่น เพศ สถานภาพทางสังคม ดัชนีมวลกาย เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยหลักสูตรหรือโปรแกรมในการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. สำหรับ อสม. เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของ อสม.
4. ควรมีการศึกษาระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของ อสม.
5. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของ อสม.
6. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในบริบทอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- Ban Hong District Public Health Office, Office. (2018). *Information summary of village health volunteer's fiscal year 2018*. lamphun: ban hong district public health office. (in Thai).
- Ban Hong District Public Health Office, Office. (2018). *Summary of public health performance at area level, fiscal year 2018*. lamphun: ban hong district public health office. (in Thai).
- Ban Hong District Public Health Office, Office. (2019). *Summary of public health performance at area level, fiscal year 2019*. lamphun: ban hong district public health office. (in Thai).
- Charoenbundith, N. (2016). *Factors related to health promoting behaviors among village health volunteers*. (thesis).Burapha University.(online), Retrieved from:
http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/52920219.pdf. (2018, 20 December). (in Thai).



- Choeisuwana, V. (2017). Health Literacy: concept and application for nursing practice. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 44(3), 183-197. (in Thai).
- Darun, P. & Khunpijan, N. (2016). Factors affecting Health Literacy and Health Behavior Outcomes of Working-age Population in Porncharoen District, Bueng Kan Province. *The office of disease prevention and control 9th Nakhon ratchasima journal*. 22(1), 14-24. (in Thai).
- Department of Health Service Support. (2011). *Manual for modern village health volunteer*. Bangkok: The agriculture cooperative federal of Thailand. (in Thai).
- Ginggeaw, S. & Prasertsri, N. (2016). The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. *Nursing journal of the ministry of public health*. 25(3), 43-54. (in Thai).
- Hansakul, A. & Ngawnaseaw, S. (2012). Health promoting behavior of village volunteers in bumnetnarong district, chaiyaphum province. *Journal of faculty of physical education*. 15(special issue), 225-235. (in Thai).
- Health Education Division, Department of health service support. (2018). *Assessment report health literacy and health behavior 2018*. (Online), Retrieved from: <http://www.hed.go.th/linkhed/file/671>. (2020, 1 September). (in Thai).
- Health Education Division, Department of health service support. (2019). *Assessment health literacy and health behavior*. (Online), Retrieved from: <http://www.hed.go.th/linkhed/file/841>. (2020, 1 September). (in Thai).
- Health Service Support Office District 11. (2019). *Situation of Health Literacy and Health Behavior Among Village Health Volunteers in Health Area 11*. (Online), Retrieved from: http://do11.new.hss.moph.go.th:8080/fileupload_doc/2019-09-03-1-18-2840655.pdf. (2020, 1 September). (in Thai).
- Health Systems Research Institute. (2016). *Thai National Health Examination Survey, NHES V, 2014*. Bangkok: Graphic and design alphabet publishing house. (in Thai).
- Katanyutanon, T. (2013). Nutritional Status and 3E's Behaviors of Village Health Volunteers. *HCU journal of health science*. 17(33), 83-98. (in Thai).
- Keawdumkerng, K. (2017). *Health Literacy. In the 18th National Health Education Paper on Health Behavior Development 4.0*. Academic conference Organized by the Association of Health Education Professions, Chonburi. (in Thai).



- Keawdumkerng, K. & Triphetsriurai, N. (2011). *Health literacy*. Bangkok: New Thammada Press (Thailand) Co., Ltd. (in Thai).
- Khowjaroen, K. & Boonrueng, U. (2016). *Health behavior and health risk of village health volunteers*. (online), Retrieved from: <http://conference.nu.ac.th/nrc12/downloadPro.php?piD=126&file=126.pdf>. (2020, 1 September). (in Thai).
- Ministry of Public Health. (2013). *Health Behavior Surveillance System to Modify Risk Behavior of Normal, Risk Group and Patients with Diabetes and Hypertension in Thailand: Policy to Action for Primary Health Care Facilities*. 2nd edition. Bangkok: Publishing House, Health Education Division. (in Thai).
- Ministry of Public Health. (2015). *Behavior Modification of Alcohol Consumption Among Working People*. (online), Retrieved from: <http://www.hed.go.th/linkHed/167>. (2019, 10 January). (in Thai).
- Ministry of Public Health. (2015). *Dietary behavior modification for working people*. (online), Retrieved from: <http://www.hed.go.th/linkHed/167>. (2019, 10 January). (in Thai).
- Ministry of Public Health. (2015). *Modification of Exercise Behavior for Working People*. (online), Retrieved from: <http://www.hed.go.th/linkHed/167>. (2019, 20 January). (in Thai).
- Ministry of Public Health. (2015). *Modifying smoking habits for working people*. (Online), Retrieved from: <http://www.hed.go.th/linkHed/167>. (2019, 10 January). (in Thai).
- Ministry of Public Health. (2015). *Stress management behavior modification for working people*. (online), Retrieved from: <http://www.hed.go.th/linkHed/167>. (2019, 10 January). (in Thai).
- Ministry of Public Health. (2018). *Enhancing and assessing health literacy and health behavior*. Bangkok: New Thammada Press (Thailand) Co., Ltd. (in Thai).
- Nareumon, N & Juntarawijit, Y. (2017). Relationship Between Health Literacy in Obesity and Health Promoting Behavior Among Village Health Volunteers in Phayuhakiree District, Nakornsawan Province. *Journal of nursing and health sciences*. 11(1), 108-119. (in Thai).
- National Statistical Office. (2019). *Migration Survey in 2019*. (online), Retrieved from: <http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/Forms/AllItems.aspx>. (2020, 1 September). (in Thai).
- Ngasangsai, P., Sornseeyon, P., & Phattarabenjapol, S. (2014). The Case Study of Village Health Volunteer's Health Literacy. *Isan journal of pharmaceutical sciences*, 9(Special issue), 82-87. (in Thai).
- Nilnate, W. (2014). *Health Literacy in Thai Elders in Senior Citizens Club of Bangkok*. (Dissertation). Chulalongkorn University. (online), Retrieved from: <http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/45457/1/5474918130.pdf>. (2020, 1 September). (in Thai).



- Office of Agricultural Economics, Ministry of Agriculture and Cooperatives. (2019). *Agricultural economic indicators of thailand in 2019*. (online), Retrieved from: <http://www.oae.go.th>. (2020, 1 September). (in Thai).
- Office of the National Economic and Social Development Board. (2018). *Report on the situation of poverty and income inequality at the regional level of thailand*. (online), Retrieved from: https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?nid=7787. (2020, 1 September). (in Thai).
- Panurat, S., et al. (2019). Factors Related to Health Literacy Among the Elderly in Pak Phli District, Nakhon Nayok Province. *Journal of the police nurses*. 11(1), 86-94. (in Thai).
- Praiwong, C., et al. (2018). Factors related to health care behavior among the elderly, banmai sub-district, mueang district, nakhon ratchasima province. *Journal of suvarnabhumi institute of technology*. 4(1), 380-393. (in Thai).
- Raethong, A. (2019). Health Literacy ang Health Behavior, 3Aor 2Sor, for the Village Health Volunteers (VHVs): Case study of Hintok Sub-district Ronphibun District, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of department of health service support*. 15(3), 62-70. (in Thai).
- Rattanawarang, W. & Chantha, W. (2018). Health literacy of self-care behavior for blood glucose control in patients with type 2 diabetes, chainat province. *The journal of baromrajonani college of nursing, nakhonratchasima*. 24(2), 34-51. (in Thai).
- Roma, W., et al. (2018). *Final report of the National Health Literacy Survey project for Thai people aged 15 years and above (phase 1)*. (online), Retrieved from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4926?locale-attribute=th>. (2019, 5 January). (in Thai).
- Sarakshetrin, A., et al. (2017). The Effects of Using Health Behavior Changing Program (Food, Exercise, Emotion, Smoking, and Alcohol Cessation) among Village Health Volunteers at Klongchanak Muang District, Suratthani Province. *The southern college network journal of nursing and public health*. 4(1), 253-264. (in Thai).
- Suramitamaitri, B. (2013). *A Study of Health Literacy and Situation to Enhance Health Literacy of Thai People to Accommodate the Entry into the ASEAN Community*. (online), Retrieved from: <https://image.mfa.go.th/mfa/0/yZ0EO327fd/nbt/nbt5/IS/IS5073.pdf>. (2020, 1 September). (in Thai).
- Suwannit, C. (2017). A Study of the Current Public Health Job Situation and Future Development Directions. *Primary Health Care Journal*. 12(4), 4-15. (in Thai).



- Tachavijitjaru, C. , Srisupornkornkul, A. , & Changtej, S. (2018). Selected Factors related with the Health Literacy of Village Health Volunteer. *Journal of the royal thai army nurses*. 19 (special issue), 320-332. (in Thai).
- Tumthong, D., et al. (2014). Problem of Underprivileged Children in Education: The Situation of Inequality in Thai Society. *Journal of humanities and social sciences*. 10(1), 123-141. (in Thai).
- Ukkhati, A., Dhammasaccakarn, W., & Prom-in, S. (2008). Factors Affecting Health Behavior in Terms of National Health Recommendations Among Village Health Volunteers in Satun Province. *Songklanagarind medical journal*. 26(6), 528-538. (in Thai).
- Visanuyothin, S., et al. (2015). Health Literacy of Village Health Volunteers in Municipality, Nakhon Ratchasima, Thailand. *Journal of public health and development*. 13(1), 38-54. (in Thai).
- Wanichkul, N. & Phatamongkolrit, S. (2013). *Health literacy of thai people*. (online), Retrieved from: <http://164.115.27.97/digital/files/original/ee5276b837639631b1be0026188c6cfe.pdf>. (2020, 1 September). (in Thai).



Relationship Between Knowledge and Attitudes on Behaviors of Cigarette Smokers in Order to Protect Family and Community Members from Secondhand Smoke in Sri Dong Yen Sub-district, Chai Prakan District, Chiang Mai Province

Intira Nunsard,^{*} Jukkrit Wungrath,^{**} Aksara Thongprachum^{**}

(Received February 18, 2021, Revised: March 22, 2021, Accepted: April 19, 2021)

Abstract

The purposes of this research were to study about knowledge, attitudes and behaviors of cigarette smokers in order to protect family and community members from secondhand smoke, and to examine the relationship between knowledge and attitudes on behaviors of cigarette smokers in order to protect family and community members from secondhand smoke in Sri Dong Yen Sub-district, Chai Prakan District, Chiang Mai Province. The samples were 120 smokers, aged 18 years old or over, who have two or more family members. The data were collected using questionnaires and analyzed by descriptive statistics and inferential statistics, and calculated Spearman's rank correlation coefficient. The results revealed that most of the smokers are male (90.8%), aged between 41-59 years old (51.7%). In the past three months, respiratory illness was the major disease of family members of the smokers (31.7%). The smokers had good level of knowledge (80.8 percent), moderate level of attitudes (70.8%), and moderate level of behaviors (63.3%). The findings indicated that knowledge was positively associated with behaviors of cigarette smokers in order to protect family and community members from secondhand smoke with statistically significance difference ($r = 0.352$, $P < 0.01$).

Therefore, the health care facilities, related department, and network partners in the community should organize training in order to improve smokers' perceptions about the severity of disease caused by secondhand smoke, and set measures for restriction of access and available to cigarette within households and community.

^{*} Graduate Student in of Public Health Program, Faculty of Public Health, Chiang Mai University,
Corresponding author: mod_intira@hotmail.com

^{**} Lecturer, Faculty of Public Health, Chiang Mai University



Keywords: Secondhand Smoke; Knowledge; Attitudes; Behavior; Family; Community

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่

อินทิรา นวลสะอาด, * จักรกฤษณ์ วัชรราชกูร์, ** อักษรา ทองประชุม**

(วันรับบทความ : 18 กุมภาพันธ์ 2564, วันแก้ไขบทความ : 22 มีนาคม 2564, วันตอบรับบทความ : 19 เมษายน 64)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีสมาชิกในครอบครัวมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 120 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้คือสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 90.8) มีอายุระหว่าง 41-59 ปี (ร้อยละ 51.7) ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาในครอบครัวของผู้สูบบุหรี่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจมากที่สุด (ร้อยละ 31.7) ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 80.8 มีทัศนคติในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.8 และมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 และพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ที่สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.352$, $P < 0.01$)

ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่ายในชุมชนควรมีการอบรมให้ความรู้ เพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เกิดจากควันบุหรี่มือสอง และกำหนดมาตรการในชุมชน ในการจำกัดการเข้าถึงการสูบบุหรี่

คำสำคัญ: ควันบุหรี่มือสอง; ความรู้; ทัศนคติ; พฤติกรรม; ครอบครัว; ชุมชน

* นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,

ผู้ประสานงาน: mod_intira@hotmail.com

** อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**บทนำ**

ปัจจุบันการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพที่สังคมต้องเผชิญอยู่ จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 7 ล้านคนต่อปี องค์การอนามัยโลกรายงานจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกประมาณ 1,300 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของประชากรโลก และคาดการณ์ไว้ว่าในอีก 20-30 ปีข้างหน้า ประชากรผู้สูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเป็น 1,600 ล้านคนคิดเป็นสัดส่วน 10 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2017) จากการรายงานการได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่ยังคงพบอยู่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคติดต่อเรื้อรังหลายชนิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (Policy and Strategy Office, 2016)

บุหรือนอกจากมีผลกระทบทางด้านร่างกายต่อผู้สูบบุหรี่เองแล้วยังมีผลกระทบต่อผู้สัมผัสใกล้ชิดที่อยู่รอบข้างโดยไม่ต้องเป็นผู้สูบเอง ซึ่งควันบุหรี่ที่เกิดจากการเผาไหม้ที่ปลายมวนบุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่นๆที่มักเกิดร่วมกับควันที่ถูกพ่นออกมาจากผู้สูบบุหรี่ เรียกว่า “ควันบุหรี่มือสอง (secondhand smoke)” ในแต่ละปี พบว่า คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และสมอง ปีละ 2,615 คน จากจำนวนผู้ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง ทั้งหมด 6,500 คน คิดเป็นร้อยละ 40.2 ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านและที่ทำงาน (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2019) จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า มีผู้สูบบุหรี่อายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2559 – 2561 ในอัตราร้อยละ 4.12, 5.63 และ 5.97 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่ามีจำนวนผู้สูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นในทุกๆปี ส่วนในระดับอำเภอพบว่า อำเภอไชยปราการ ในปี พ.ศ. 2559 -2561 มีอัตราผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.55 , 5.42 และ 9.82 ตามลำดับ และในระดับตำบลพบว่า ตำบลศรีดงเย็นมีอัตราผู้สูบบุหรี่ ปี พ.ศ. 2559 - 2561 ร้อยละ 12.77 , 9.22 และ 8.31 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2018) จากสถิติการสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน ทำให้มีหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับควันบุหรี่มือสองคิดเป็นร้อยละ 42.85 ต้องใช้ชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัว อย่างน้อย 1 คนที่สูบบุหรี่ (RongTarn Subdistrict Health Promotion Hospital, 2018)

จากสภาพปัญหาการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร้องธาร ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ประชาชนในชุมชนที่ไม่สูบบุหรี่ยังมีความเสี่ยงด้านสุขภาพซึ่งเป็นผลกระทบมาจากการรับสัมผัสควันบุหรี่มือสองทั้งจากบุคคลในครอบครัวและคนในชุมชนที่ยังสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (RongTarn Subdistrict Health Promotion Hospital, 2018) แม้ว่าบ้านจะเป็นสถานที่ที่คาดว่าจะปลอดภัยทางสุขภาพมากที่สุด แต่ประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ตำบลศรีดงเย็น ทั้งเด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ยังคงสัมผัสควันบุหรี่มือสองภายในบ้านอยู่เป็นประจำ ผู้สูบบุหรี่จำนวนมากยังอาศัยอยู่กับครอบครัว ทำให้สมาชิกในครัวเรือนมีการสัมผัสควันบุหรี่มือสองอยู่ตลอดเวลา อีกทั้งกฎหมายการห้ามสูบบุหรี่ก็ยังไม่ครอบคลุมไปยังบริเวณบ้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ และทัศนคติ ต่อพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชนได้สัมผัสควันบุหรี่มือสอง ในเขตพื้นที่ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อต้องการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ ในการ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน โดยได้นำทฤษฎี KAP ซึ่งเป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรม โดยตัวแปรทั้ง 3 จะมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ซึ่งพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีความรู้เกี่ยวกับผลของพฤติกรรมนั้น และมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้นด้วย (Jarumchitaree, S., et al., 2013) และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดมาตรการบ้านและชุมชนปลอดบุหรี่ ประชาชนเกิดความตระหนักถึงหน้าที่ของตนเองในการป้องกันอันตรายจากควันบุหรี่มือสอง และนำไปเป็นข้อมูลในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ภายในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

ขอบเขตงานวิจัย

ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติต่อพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ตำบลศรีดงเย็น อำเภอยางป่าสัก จังหวัดเชียงใหม่ 2) ด้านประชากร กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวมีสมาชิกในครอบครัวมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คนขึ้นไป และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 327 คน ด้านพื้นที่ อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร้องธาร 4) ด้านระยะเวลา การเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ วันที่ 3 พฤศจิกายน ถึง 30 พฤศจิกายน 2562

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน ขึ้นไป และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร้องธาร ตำบลศรีดงเย็น อำเภอยางป่าสัก จังหวัดเชียงใหม่จำนวนทั้งหมด 327 คน (RongTarn Subdistrict Health Promotion Hospital, 2018)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีสมาชิกในครอบครัวมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร้องธาร ตำบลศรีดงเย็น อำเภอยางป่าสัก จังหวัดเชียงใหม่ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณเพื่อประมาณค่าสัดส่วน กรณีวิเคราะห์สหสัมพันธ์ เมื่อทราบขนาดของประชากร (Thanomsiang N, 2011) ในการศึกษาได้กำหนดระดับความ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

เชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 108 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้จึงเท่ากับ 119 คน ประมาณ 120 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เลือกการสุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น (probability sampling) เลือกการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อให้ทุกหน่วยประชากรได้มีโอกาสถูกเลือกที่เท่ากัน โดยใช้วิธีการจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สมาชิกในครอบครัว ชนิดของบุหรี่ยี่สิบสูบ ระยะเวลาในการสูบ ปริมาณบุหรี่ยี่สิบสูบในแต่ละวัน บริเวณที่สูบบุหรี่ ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่ และบุคคลอื่นที่สูบบุหรี่ภายในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมด จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบวัดความรู้ของผู้สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ยี่สิบสูบให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ปรับปรุงมาจากแบบวัดความรู้ของ (Suwanwaiphatthana, W. Waithayavongkorn, N. & Aunjangwang, W., 2013) จำนวน 11 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบ ตอบถูก ได้ข้อละ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ข้อละ 0 คะแนน การแปลความหมายการวัดระดับคะแนนความรู้ ตามเกณฑ์คะแนน 3 ระดับดังนี้

คะแนน 9 – 11	คะแนน หมายถึง	ระดับดี
คะแนน 6 – 8	คะแนน หมายถึง	ระดับปานกลาง
คะแนน 0 – 5	คะแนน หมายถึง	ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติของผู้ที่สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ยี่สิบสูบให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามทัศนคติของ (Suwanwaiphatthana, W. Waithayavongkorn, N. & Aunjangwang, W., 2013) จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) โดยใช้วิธีการวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) เป็นมาตราวัด 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและให้เลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียงข้อเดียวโดยให้ตรงกับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ซึ่งข้อคำถามจะแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ทัศนคติทางบวก		ทัศนคติทางลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1
เห็นด้วย	ให้คะแนน 4	เห็นด้วย	ให้คะแนน 2
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3	ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2	ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5



การแปลผลระดับทัศนคติ โดยการนำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นรายข้อและโดยรวม ซึ่งให้ความหมายคะแนนทัศนคติ เป็น 3 ระดับ โดยการกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ย เพื่อแบ่งเกณฑ์การแปลผลของตัวแปรทัศนคติ โดยนำคะแนนที่ได้มาประเมิณค่ารวมมาจัดเป็นอันตรภาคชั้น เพื่อใช้ในการแปลระดับทัศนคติตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน	40 – 44	คะแนน	หมายถึง ทัศนคติระดับสูง
คะแนน	33 – 39	คะแนน	หมายถึง ทัศนคติระดับปานกลาง
คะแนน	1 – 32	คะแนน	หมายถึง ทัศนคติระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ที่สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า โดยใช้วิธีการวัด แบบลิเคิร์ต (Likert scale) เป็นมาตราวัด 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและให้เลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียงข้อเดียวโดยให้ตรงกับพฤติกรรมที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ซึ่งข้อคำถามจะแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ การแปลความหมายคะแนนพฤติกรรม

พฤติกรรมทางบวก

ปฏิบัติทุกครั้ง	ให้คะแนน 3
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน 2
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้คะแนน 1

พฤติกรรมทางลบ

ปฏิบัติทุกครั้ง	ให้คะแนน 1
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน 2
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้คะแนน 3

การแปลผลพฤติกรรม โดยการนำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นรายข้อและโดยรวม ซึ่งให้ความหมายคะแนนพฤติกรรม เป็น 3 ระดับ โดยการกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ย เพื่อแบ่งเกณฑ์การแปลผลของตัวแปรพฤติกรรมโดยนำคะแนนที่ได้มา ประเมิณค่ารวมมาจัดเป็นอันตรภาคชั้น เพื่อใช้ในการแปลระดับพฤติกรรมตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน	37 – 38	คะแนน	หมายถึง ระดับพฤติกรรมที่ถูกต้อง
คะแนน	27 – 36	คะแนน	หมายถึง ระดับพฤติกรรมปานกลาง
คะแนน	1 – 26	คะแนน	หมายถึง ระดับพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไข ให้กับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Index of Item - Objective Congruence : IOC) ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85 โดยเป็นค่าที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์คุณภาพ



2) นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ไปตรวจสอบความเที่ยงหรือความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยการนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คนขึ้นไป ในเขตตำบลปงดำ อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ตามองค์ประกอบของแบบสอบถาม ซึ่งส่วนที่ 2 แบบทดสอบวัดความรู้วิเคราะห์โดยใช้วิธีของคูเดอร์-ริชชิตสัน KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.84 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติของผู้ที่สูบบุหรี่และส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ที่สูบบุหรี่ วิเคราะห์โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.77

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมของผู้ที่สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficients)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยมีกระบวนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ ET 023/2562 ลงวันที่ 2 พฤศจิกายน 2562 เมื่อมีการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับและจะนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยอัตลักษณ์เฉพาะบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูบบุหรี่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 90.8) มีอายุในช่วงอายุ 41-59 ปี (ร้อยละ 51.7) มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 58.3) มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ 44.2) รองลงมาคืออาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 40.0) ส่วนใหญ่แล้วสมาชิกภายในบ้านจะอยู่ร่วมกัน 2-4 คน (ร้อยละ 70.8) ซึ่งประเภทสมาชิกจะประกอบด้วย สามหรือภรรยา (ร้อยละ 45.9) ลูกหรือหลาน 37.1 และในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาในครอบครัวของผู้สูบบุหรี่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ มากถึง (ร้อยละ 31.7) โดยบุคคลที่ป่วย คือลูกหรือหลานของผู้สูบบุหรี่ (ร้อยละ 24.2) ซึ่งโรคที่บุคคลภายในครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ป่วยมากที่สุดคือโรคหวัด (ร้อยละ 26.7) รองลงมาคือโรคคออักเสบ (ร้อยละ 2.5) และโรคหอบหืด (ร้อยละ 2.5) ตามลำดับ และจาก



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

การศึกษาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) มากที่สุด (ร้อยละ 83.3) โดยส่วนใหญ่ผู้สูบบุหรี่นานมากกว่า 11 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 74.2) ซึ่งปริมาณบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน น้อยกว่า 5 มวนต่อวัน (ร้อยละ 85.8) บริเวณที่ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่นิยมสูบ คือบริเวณนอกบ้านอย่างเดียว (ร้อยละ 71.8) ในแต่ละวันผู้สูบบุหรี่จะสูบบุหรี่ 2 ช่วงเวลาคือ ในช่วงเวลา 08.01 น.- 16.00 น. (ร้อยละ 63.23) และ ช่วงเวลา 16.01 น. - 24.00 น. (ร้อยละ 36.77) นอกจากผู้สูบบุหรี่แล้วในครอบครัวยังมี สมาชิกหรือภรรยา สูบบุหรี่ภายในครอบครัวอีก (ร้อยละ 35.5)

ส่วนที่ 2 ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ของผู้สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

ระดับความรู้ของผู้สูบบุหรี่	จำนวน (n =120)	ร้อยละ
ระดับดี (9-11 คะแนน)	97	80.8
ระดับปานกลาง (6-8 คะแนน)	14	11.7
ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	9	7.5
Mean = 9.14 Min = 2.00		
SD = 1.92 Max = 11.00		

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีความรู้ ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 80.8) มีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 11.7) และมีความรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 7.5) ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยของความรู้อยู่ที่ 9.14 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 1.92 โดยมีค่าคะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 2 คะแนน และมีค่าคะแนนสูงสุดอยู่ที่ 11 คะแนน

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

ระดับทัศนคติของผู้สูบบุหรี่	จำนวน (n =120)	ร้อยละ
ระดับดี (40-44 คะแนน)	15	12.5
ระดับปานกลาง (33-39 คะแนน)	85	70.8
ระดับต่ำ (1-32 คะแนน)	20	16.7
Mean = 35.25 Min = 24.00		
SD = 3.99 Max = 44.00		



จากตารางที่ 2 พบว่า ทักษะการป้องกันผู้สูบบุหรี่ ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ส่วนใหญ่มีทัศนคติในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.8) มีทัศนคติในระดับต่ำ (ร้อยละ 16.7) และมีทัศนคติในระดับดี (ร้อยละ 12.5) ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยของทัศนคติอยู่ที่ 35.25 คะแนนและมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 3.99 ระดับทัศนคติต่ำสุดอยู่ที่ 24.00 และระดับทัศนคติสูงสุดอยู่ที่ 44.00

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน (n = 120)

ระดับพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่	จำนวน (n = 120)	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมถูกต้อง (37-38 คะแนน)	16	13.3
ระดับพฤติกรรมปานกลาง (27-36 คะแนน)	76	63.3
ระดับพฤติกรรมไม่ถูกต้อง (1-26 คะแนน)	28	23.4
Mean = 29.79 Min = 21.00		
S.D. = 3.68 Max = 38.00		

จากตารางที่ 3 พบว่า พฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.3) มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง (ร้อยละ 23.3) และมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 13.3) ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมอยู่ที่ 29.79 คะแนนและมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 3.68

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมของผู้ที่สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

การหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติต่อพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (spearman rank correlation coefficients) ผลการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติต่อพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์แมน	P-value
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ต่อพฤติกรรมของผู้ที่สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน	0.35	< 0.01
ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรมของผู้ที่สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน	0.06	0.49

จากตารางที่ 4 พบว่า ความรู้ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมของผู้ที่สูบบุหรี่ ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.35$, $p < 0.01$) แต่ทัศนคติในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ที่สูบบุหรี่ ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

อภิปรายผล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 90.8 เป็นไปตามสัดส่วนข้อมูลการสูบบุหรี่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องธาร พบว่า เพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงถึง 5 เท่า (RongTarn Subdistrict Health Promotion Hospital, 2019) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pitayarangsarit, S. & Pankrajang, P. (2018) พบว่า เพศชายสูบบุหรี่ ร้อยละ 37.7 เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่า ผู้สูบบุหรี่มีอายุระหว่าง 41 – 59 ปี ร้อยละ 51.7 อธิบายได้ว่าวัยทำงาน สามารถสูบบุหรี่ได้อย่างเสรี มีกำลังทรัพย์ในการซื้อหาบุหรี่ได้ง่าย โดยไม่มีการจำกัดตามข้อกำหนดในการซื้อขาย จึงทำให้มีการสูบบุหรี่มากในช่วงอายุดังกล่าว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chatdokmaiprai, K., Pitayarangsarit, S., and Kalampakorn, S. (2019) พบว่า กลุ่มวัยทำงานในช่วงอายุ 25 – 59 ปี มีการสูบบุหรี่สูงที่สุด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 58.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.2 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40.0 อธิบายได้ว่า เนื่องจากบริบทสังคมชนบทของผู้สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป ประชากรผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มนี้จะใช้แรงงานเป็นส่วนใหญ่ ประกอบกับพื้นที่



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ตำบลศรีดงเย็น เป็นพื้นที่เกษตรกรรม ประชากรโดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง (RongTarn Subdistrict Health Promotion Hospital, 2019) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Suwanwaiphatthana, W. Waithayavongkorn, N. Aunjangwang, W. (2013) ที่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 45.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 61.1 และจากผล การศึกษารังนี้ ยังพบว่าสมาชิกภายในบ้านจะอยู่ร่วมกัน 2 – 4 คน ร้อยละ 70.8 ซึ่งสมาชิกเหล่านี้จะ ประกอบด้วย สามี ภรรยา และลูก สามารถอธิบายได้ว่า ในสังคมชนบทนั้น ยังคงเป็นสังคมครอบครัวขยายที่ ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก อยู่ร่วมกับ ปู่ ย่า ตา ยายและญาติพี่น้องที่ใกล้ชิดกันอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว ใหญ่ (Society and Health Institute, 2016) นอกจากนี้ จากผลการศึกษาในครั้งนี้นี้ยังพบว่า ในระยะเวลา 3 เดือน ที่ผ่านมา สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจมากที่สุด (ร้อยละ 31.7) โดยบุคคลที่ป่วยส่วนใหญ่จะ พบในเด็กเล็กที่เป็นลูกหรือหลาน (ร้อยละ 24.2) ซึ่งป่วยเป็นโรคหัดมากที่สุด (ร้อยละ 26.7) สอดคล้องกับผล การศึกษาของ Suwanwaiphatthana, W., Jarophisitpaiboon, C., & Sonthipumas, I. (2013) พบว่า เด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะโรคหัดมากที่สุดถึงร้อยละ 91.84 และผล การศึกษาของ Sheldon Cohen et al. (2011) ที่พบว่า ผู้ที่สัมผัสควันบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรค หัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเด็กยังมีภูมิคุ้มกันต่ำและร่างกายยังไม่โตเต็มที่ ต่อเมื่อเกิดใน เยื่อทางเดินหายใจกำจัดสิ่งคัดหลั่งได้ยากกว่าผู้ใหญ่ หากได้สัมผัสสูดดมควันบุหรี่มือสองจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรคทางเดินหายใจส่วนล่างได้เกือบ 4 เท่า โดยเฉพาะเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคหัด ซึ่งเป็นเชื้อที่พบได้บ่อยใน เด็กอยู่แล้ว (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2019) ส่วนชนิดของบุหรี่ ที่สูบ จากผลการศึกษา พบว่า ส่วนมากสูบบุหรี่ยี่ห้อเอง (ยาเส้น) ร้อยละ 83.3 และผู้ที่สูบบุหรี่ยังสูบบุหรี่ยี่ห้อ นานกว่า 11 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 74.2 อธิบายได้ว่า ในบริบทของสังคมชนบทยังสูบบุหรี่ยี่ห้อเอง (ยาเส้น) มากกว่า บุหรี่ซองถึง 2 เท่า อาจเนื่องมาจากมีราคาถูกกว่าและสามารถหาซื้อได้ง่าย การสูบบุหรี่ยี่ห้อเอง (ยาเส้น) จึงถูกนำ ใช้ทดแทนบุหรี่ซอง เมื่อมีการขึ้นภาษีบุหรี่ซองขึ้น อีกทั้ง บริบททางวัฒนธรรมของสังคมชนบทที่มีผู้สูบบุหรี่ส่วน ใหญ่สูบบุหรี่ยี่ห้อเองจนเป็นวิถีชีวิตหนึ่งของคนชนบท นอกจากนี้ ผู้สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อยจากอิทธิพลของ รับรู้ภายใต้บริบทของท้องถิ่นนั้น ๆ ทำให้ระยะเวลาในการสูบบุหรี่จึงนานมากกว่า 11 ปี (Society and Health Institute, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Promphakping, B., et al. (2011) ได้ศึกษาเส้นทางยาเส้นจาก ไวยาสูบจนถึงผู้บริโภค พบว่า ชนิดของบุหรี่ที่สูบในสังคมชนบท คือ บุหรี่ยี่ห้อเอง (ยาเส้น) ร้อยละ 73.8 และยัง พบว่า ผู้สูบบุหรี่เริ่มสูบตั้งแต่อายุ 15 ปี ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจึงสูบบุหรี่ยี่ห้อนานกว่า 10 ปีขึ้นไป และจากผล การศึกษาปริมาณบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน น้อยกว่า 5 มวนต่อวัน ร้อยละ 85.8 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Pitayarangsarit, S. & Pankrajang, P. (2018) ศึกษาในรายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561 พบว่า จำนวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันลดลงจากทุกปีที่ผ่านมาเหลือเพียง 10 มวนต่อวัน นอกจากนี้พบว่า ผู้สูบบุหรี่มี การสูบบุหรี่ภายในบ้าน ร้อยละ 21.5 ผู้สูบบุหรี่ทั้งบริเวณนอกบ้านและภายในบ้าน ร้อยละ 6.7 อธิบายได้ ว่า ทั้งบริเวณภายในบ้านและนอกบ้านยังไม่มีความปลอดภัยในด้านสุขภาพให้แก่สมาชิกที่อยู่ร่วม มีความเสี่ยงต่อ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

การสัมผัสควันบุหรี่มือสองได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ Pitayarangsarit, S., et al. (2014) พบว่า บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ขณะอยู่ในบ้านของตนเอง ร้อยละ 80.6 และการสูบบุหรี่ของพ่อ ร้อยละ 68.2 สูบบุหรี่ที่บ้านหรือในบริเวณบ้าน โดยสูบบุหรี่บริเวณหน้าบ้าน ข้างรั้วบ้าน และจากการศึกษาช่วงเวลาในการสูบบุหรี่ คือ ในช่วงเวลา 08.01 น. – 16.00 น. ร้อยละ 63.2 และช่วงเวลา 16.01 น. – 24.00 น. ร้อยละ 36.8 อธิบายได้ว่า ช่วงเวลาดังกล่าว เป็นช่วงเวลาหลังรับประทานอาหารเช้าและอาหารเย็น ผู้สูบบุหรี่มีอิสระในการสูบบุหรี่ สมาชิกในครอบครัวยังคงอาศัยอยู่ภายในบ้าน ทำให้ต้องได้รับสัมผัสควันบุหรี่ตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanwaiphatthana, W. Waithayavongkorn, N. Aunjangwang, W. (2013) พบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ในช่วงเวลา 08.00 น. – 16.00 น. ร้อยละ 56.7 นอกจากนี้การศึกษายังพบว่า นอกจากผู้สูบบุหรี่แล้วในครอบครัวยังมีบุคคลอื่นที่อยู่ในครอบครัวสูบบุหรี่อีก เช่น สามีหรือภรรยา สูบบุหรี่ร้อยละ 35.5 ลูก ร้อยละ 35.5 ปู่ ย่า ตา หรือยาย ร้อยละ 15.6 และ พี่หรือน้อง ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า บ้านไม่ใช่ สถานที่ปลอดบุหรี่ เพราะนอกจากผู้สูบบุหรี่แล้วยังคงมีสมาชิกภายในบ้านสูบบุหรี่ ทั้งนี้ อาจเกิดจากความเคยชินของผู้สูบบุหรี่จากรุ่นต่อรุ่น โดยไม่ได้คำนึงถึงภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพของคนภายในบ้าน (Pitayarangsarit, S., et al. 2014) สอดคล้องกับ Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (2019) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสถิติการได้รับควันบุหรี่มือสองภายในบ้าน พบว่า ร้อยละ 81 บ้านเป็นสถานที่รับควันบุหรี่มือสองมากที่สุด สมาชิกภายในครอบครัวมากกว่า 1 – 2 คน มีการสูบบุหรี่โดยมีความถี่การสูบบุหรี่ตัวบ้านมากกว่า ร้อยละ 27.8

ส่วนที่ 2 ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

จากการศึกษา พบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 80.8 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ผู้สูบบุหรี่อยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องธาร ซึ่งเป็นพื้นที่ต้นแบบในการลด ละ เลิกบุหรี่ ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการดำเนินงานอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ในทุกหมู่บ้าน ทั้งยังมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ข้อมูลความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ ในชุมชนทั้งทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิทยุชุมชนและการออกบริการเลิกบุหรี่เคลื่อนที่ภายในชุมชน (RongTarn Subdistrict Health Promotion Hospital, 2019) ดังนั้น จากประสบการณ์จากการเรียนรู้ที่ผ่านมา ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูบบุหรี่ จึงอาจส่งผลต่อความรู้ที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanwaiphatthana, W. Waithayavongkorn, N. Aunjangwang, W. (2013) ที่พบว่า ความรู้ของผู้สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.7

ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีทัศนคติในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.8 อธิบายได้ว่า การรณรงค์ให้ความรู้และสื่อรณรงค์ประชาสัมพันธ์ภายในชุมชนเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ที่ผ่านมา อาจส่งผลให้เกิดทัศนคติในระดับปานกลางขึ้น เนื่องจากทัศนคติที่ดีจะขึ้นอยู่กับความรู้ที่ดี บุคคลที่จะสามารถพัฒนาทัศนคติให้ดีขึ้นมานั้น จะต้องอยู่บนพื้นฐานของการ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

มีความรู้ความเข้าใจที่ดีด้วย จึงจะสามารถทำให้ทัศนคติของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีได้ (Serirat, S., laksitanon, P., & Seriratana, S. 1999) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanwaiphatthana, W. Waithayavongkorn, N. Aunjangwang, W. (2013) ที่ศึกษาพบว่า ทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 96.7

พฤติกรรมในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 อธิบายได้ว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสองภายในชุมชน อาจยังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนในระดับที่ดีได้ จำเป็นจะต้องมีการดำเนินงานเชิงรุกให้มากขึ้นกว่าเดิม มีการจัดกิจกรรมส่งเสริม หนุนจูงอย่างต่อเนื่อง ทั้งการให้ความรู้ผ่านหนังสือ เช่น 'ควันบุหรี่มือสอง ภัยจากบุหรี่ที่เราไม่ได้สูบ การจัดกิจกรรมรณรงค์ด้านการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เป็นต้น (RongTarn Subdistrict Health Promotion Hospital, 2019) ก็คล้ายกับการศึกษาของ Thongkorn, R., & Kitreerawutiwong, N. (2018) ในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูบบุหรี่มีพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัว อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.7

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมของผู้ที่สูบบุหรี่ ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรม ของผู้ที่สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ผลการศึกษา พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมของผู้ที่สูบบุหรี่ ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.0.35, p<0.01$) แปลผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูบบุหรี่ที่มีความรู้ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนในระดับดี จะมีพฤติกรรมในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนที่ถูกต้อง อธิบายได้ว่า การมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ การป้องกันไม่ให้บุคคลรอบข้างสัมผัสควันบุหรี่ สารประกอบต่าง ๆ ในบุหรี่ ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Thongkorn, R., & Kitreerawutiwong, N. (2018) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง พบว่า ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากสถานการณ์การสูบบุหรี่มีอัตราการสูบที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีผู้สัมผัสควันบุหรี่มือสองเพิ่มมากขึ้นด้วย ทำให้สถานบริการสาธารณสุขมีการณรงค์ประชาสัมพันธ์ รวมทั้งดำเนินการอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่มากยิ่งขึ้น เป็นผลให้ผู้สูบบุหรี่มีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองมากยิ่งขึ้น และนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่ดีขึ้นด้วย (RongTarn Subdistrict Health Promotion Hospital, 2019) และจากการศึกษาของ Jarungjittaree, S., Ammawat, W., & Wichitsranoi, J. (2013) ได้วิเคราะห์แบบจำลอง



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

KAP ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความรู้และทัศนคติที่ต่างกัน สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมได้โดยที่ทั้งความรู้และทัศนคติ อาจไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน

ส่วนทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ที่สูบบุหรี่ ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p > 0.01$) แปลผลได้ว่า ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างไม่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรม ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน อธิบายได้ว่า แม้ผู้สูบบุหรี่มีระดับทัศนคติที่ดีแค่ไหน ก็ไม่มีส่วนทำให้พฤติกรรมเกิดการเปลี่ยนแปลงไปได้ หากความพร้อมภายในตัวผู้สูบบุหรี่ไม่เพียงพอ กล่าวคือ หากพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ที่สูบบุหรี่ได้พร้อมภายในตัวผู้สูบบุหรี่ จึงมีไม่มากพอที่จะสามารถเกิดพฤติกรรมได้นั้นเอง (Unhasuta, K. 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของThongkorn, R., & Kitreerawutiwong, N. (2018) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติต่อพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ เป็นการกระตุ้น ส่งเสริม และเสริมสร้างทัศนคติที่ดีให้แก่ผู้สูบบุหรี่ มีจิตสำนึกสาธารณะและมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสังคม ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ให้กับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
2. การทำวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลที่ได้มาสนับสนุนเพื่อใช้ในการกำหนดมาตรการเป็นข้อมูลสนับสนุน เพื่อใช้ในการกำหนดมาตรการใช้ในการกำหนดมาตรการบ้านและชุมชนปลอดบุหรี่ที่ชัดเจน โดยให้ผู้ประกอบการทุกแห่งในชุมชน ร่วมกับองค์กรท้องถิ่น มีการกำหนดกฎบัญญัติระบุในเทศบัญญัติ หรือหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนภายในชุมชน ลงนามร่วมมือกันกำหนดให้สถานที่ทำงานและสถานที่สาธารณะเป็นสถานที่ห้ามสูบบุหรี่
3. ควรมีการบูรณาการช่วยเหลือกับงานอื่น เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก คลินิกเด็กดี เพื่อให้ความรู้กับผู้สูบบุหรี่ โดยมีครอบครัว ภรรยา และลูกเป็นสื่อกลาง เชื่อมโยงปัญหาการเจ็บป่วยกับการสูบบุหรี่ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ หอบหืด เป็นต้น
4. สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ อาจมีการอบรมให้ความรู้ ทัศนคติประชาชนสัมพันธ์ และเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ที่เกิดจากควันบุหรี่มือสองให้แก่ผู้สูบบุหรี่ภายในชุมชน โดยผ่านการรณรงค์เชิงรุก การประชุมประชาคมประจำหมู่บ้าน และสื่อวิทยุชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับบุหรี่มือสองให้มากขึ้น
5. จากการศึกษา พบว่า เครื่องมือที่ใช้วัดอาจไม่ครอบคลุม และมีจำนวนข้อน้อย ส่งผลทำให้ผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง จึงไม่สะท้อนผลการวัดที่แน่ชัดได้ ดังนั้น อาจต้องเพิ่มจำนวนข้อคำถามในเครื่องมือให้ครอบคลุมหลายประเด็นเพื่อให้เห็นแนวโน้มที่ชัดเจนขึ้นและสามารถประเมินผลได้อย่างถูกต้องชัดเจน

**เอกสารอ้างอิง**

- Chatdokmaiprai K. , Pitayarangsarit S. , & Kalampakorn S. (2 0 1 9) . Policy recommendation entitled: Measures and motivation to reduce tobacco consumption in industrial and agricultural workers. *Thai journal of nursing*, 68(2) , 51-59. (in Thai)
- Jarungjittaree, S., Ammawat, W., & Wichitsranoj, J. (2013). Factors Influencing Smoking Behavior among Women in Urban Areas. *Journal of public health*, 43(3), (281-295). (in Thai)
- Ministry of Public Health. (30 November 2018). Health Data Center. Retrieved from https://cmi.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php. (in Thai)
- Promphakping, B., et al. (2011). The way of tobacco from farm to consumers. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Khon Kaen University
- Policy and Strategy Office. (2016). Strategies, indicators and data collection guidelines, Ministry of Public Health 2016. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Pitayarangsarit, S., et al. (2014). The Situation of Smoke-Free Homes and Father's Smoking Behaviors. *Journal of health education*, 37(128), 62-74. (in Thai)
- Pitayarangsarit, S. & Pankrajang, P. (2018). *Report of Tobacco Consumption in Thailand 2018*. Bangkok: Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, Mahidol University. (in Thai)
- RongTarn Subdistrict Health Promotion Hospital. (2018) *Annual report*. Chiang Mai: RongTarn Subdistrict Health Promotion Hospital. (in Thai)
- RongTarn Subdistrict Health Promotion Hospital. (2019) *Annual report*. Chiang Mai: RongTarn Subdistrict Health Promotion Hospital. (in Thai)
- Serirat, S., laksitanon, P., & Seriratana, S. (1999). *Marketing Research*. Bangkok: Thammasam. (in Thai)
- Society and Health Institute. (2016). *Culture and Health Risks*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Sheldon Cohen et al. (2011). Smoking, alcohol consumption, and susceptibility to the common cold. *American Journal of public health*, 83(9), 1277-1283
- Suwanwaiphatthana, W., Jarophisitpaiboon, C., & Sonthipumas, I. (2013). The Relationship between Secondhand Smoke Exposure in Household and Respiratory Tract Infection of under Five Years Old Children. *Journal of nursing and education*, 6(2). 113-123. (in Thai)
- Suwanwaiphatthana, W., Waithayavongkorn, N., & Aunjangwang, W. (2013). The Relationship Between Knowledge and Attitude of Cigarette Smokers toward Protecting Family Members from Secondhand Smoke. *Journal of boromarajonani college of nursing nakhonratchasima*, 19(1), 31-42. (in Thai)



- Thanomsiang N. (2011). Determining an Appropriate Sample Size for correlation analysis. Khon Kaen: Department of Biostatistics, Faculty of Public Health Khon Kaen University. (in Thai)
- Thongkorn, R., & Kitreerawutiwong, N. (2018). Factor Predicting of Smoker's Behavior Towards Protecting Family Member from Exposure Second Hand Smoke. *Journal of nursing and health sciences*, 12(1), 151-160. (in Thai)
- Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. (2019). Secondhand thirdhand Smoke. *TRC research update*, 11(3), 5. (in Thai)
- Unhasuta K. (2012). Evaluation of learning behavior. Bangkok: Mahidol University. (in Thai)
- World Health Organization. (2017). *WHO report on the global tobacco epidemic*. Geneva, Switzerland: WHO.



Related Factors of Hearing Loss among Community around the Industrial Factories

Chakkrit Sela,^{1*} Mongkol Ratcha,^{2*} Anu Surach^{3*}

(Received March 6, 2021, Revised: May 3, 2021, Accepted: May 14, 2021)

Abstract

This research is a descriptive correlational research to study the noise levels around the industrial plants, prevalence of hearing loss and the relationship between personal factors with hearing loss of 380 participants who lived around the factory in Kanchanaburi Province. The criteria for selection were participants aged 18 above without hearing loss, living around an industrial plant within a distance of 500 meters. The instruments used in the research were sound level meter, audio meter, questionnaire and statistical analysis using percentage and chi-square.

The results showed that the noise level in the surrounding communities of the Sugar industry, Paper mills and Food factory had the average noise level of 24 hours on weekday, equal to 76.4, 68.8 and 73.3 decibels (A), respectively. Moreover, there were the average noise level of 24 hours on weekend, equal to 65.7, 63.8 and 63.4 decibels (A), respectively. The average of noise level of the Sugar industry and Food factory on weekday were exceeding and Thai environmental regulations while noise level of the Paper mills were not exceeding. Furthermore, noise level in all 3 sources on weekend were not exceeding Thai environmental regulations. The prevalence of hearing loss among people who lived around industrial factories is 3.2 percent. The result showed that age was statistically significant associated with hearing loss (p -value < 0.05) but gender, status, education level, work experience, smoking history, history of sound exposure in industrial plants, family history of hearing loss before the age of 50 years old, and history of exposure to chemicals or solvents were not statistically significant associated with hearing loss (p -value $< .05$)

Keywords: Noise; Hearing loss; Communities; Factories

^{*} Lecturer, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, Bangkok,

Corresponding author: chakkritsela@gmail.com



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินในกลุ่มประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม

จักรกฤษ เสง่า^{1*}, มงคล รัชชะ^{2*}, อนุ สุราษ^{3*}

(วันรับบทความ : 6 มีนาคม 2564, วันแก้ไขบทความ : 3 พฤษภาคม 2564, วันตอบรับบทความ : 14 พฤษภาคม 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาระดับความดังเสียงบริเวณรอบโรงงานอุตสาหกรรม ความชุกการสูญเสียการได้ยิน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับการสูญเสียการได้ยินในกลุ่มประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม ในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 380 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคืออาสาสมัครที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่รอบโรงงานอุตสาหกรรมรัศมีไม่เกิน 500 เมตร และไม่เป็นโรคหูตึง เครื่องที่ใช้ในการทำวิจัยคือ Sound level meter, Audio meter และแบบสอบถาม และวิเคราะห์สถิติด้วยร้อยละ และไค-สแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความดังเสียงบริเวณชุมชนรอบข้างโรงงานอุตสาหกรรมผลิตน้ำตาล กระดาษ และอาหาร ในวันทำงานมีระดับความดังเฉลี่ย Leq 24 hr เท่ากับ 74.9, 68.8 และ 73.3 เดซิเบล(เอ) ตามลำดับ ในวันหยุดมีระดับความดังเฉลี่ย Leq 24 hr เท่ากับ 65.7, 63.8 และ 63.4 เดซิเบล(เอ) ตามลำดับ ระดับเสียงดังในวันทำงานของโรงงานอุตสาหกรรมน้ำตาลและโรงงานอุตสาหกรรมอาหาร มีค่าเกินกฎหมายระดับเสียงในสิ่งแวดล้อมประเทศไทย ในขณะที่โรงงานอุตสาหกรรมกระดาษ มีค่าไม่เกินกฎหมายระดับเสียงในสิ่งแวดล้อมประเทศไทย และพบว่าในวันหยุดมีระดับความดังเฉลี่ย Leq 24 hr โรงงานอุตสาหกรรมทั้ง 3 แหล่งดังไม่เกินตามมาตรฐานกฎหมายระดับเสียงในสิ่งแวดล้อมประเทศไทย ความชุกการสูญเสียการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม มีจำนวนร้อยละ 3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรมพบว่า อายุ 35 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการสัมผัสเสียงในโรงงานอุตสาหกรรม มีญาติหูตึงก่อนอายุ 50 ปี ประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะ และประวัติการสัมผัสสารเคมีหรือตัวทำละลาย ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: เสียงรบกวน; การสูญเสียการได้ยิน; ชุมชน; โรงงานอุตสาหกรรม

* อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร,

ผู้ประสานงาน: chakkritsela@gmail.com

**บทนำ**

การสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียง (noise induced hearing loss) เป็นภาวะเสื่อมการได้ยินที่เกิดขึ้นเนื่องจากการสัมผัสเสียงดังเป็นเวลานานหลายปี อาจเป็นการสูญเสียการได้ยินข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง ซึ่งการสูญเสียการได้ยินจะค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้า ๆ ที่ละน้อย (WHO, 2021) การสัมผัสเสียงดังมากกว่า 80 เดซิเบล (เอ) ใน 8 ชั่วโมงการทำงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6-12 เดือน จะเริ่มปรากฏอาการของการสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังขึ้นอย่างชัดเจน โดยจะเกิดที่ช่วงความถี่สูง (3,000-6,000 เฮิรตซ์) ก่อนเป็นอันดับแรก โดยปกติจะพบความผิดปกติที่ 4,000 เฮิรตซ์ หากมีการสัมผัสเสียงดังต่อไปอีก การสูญเสียการได้ยินจะขยายออกไปที่ช่วงความถี่ต่ำหรือความถี่ของการสนทนา (500-2,000 เฮิรตซ์) ทำให้ไม่สามารถรับฟังเสียงพูดได้อย่างชัดเจน (Kowalska, 2017)

การสูญเสียการได้ยินจากการประกอบอาชีพเป็นภาวะคุกคามอย่างหนึ่งของผู้ประกอบการอาชีพ ซึ่งมีหลายหน่วยงานให้ความสำคัญกับสภาวะแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ ไม่ว่าจะเป็น Occupational Safety and Health Administration (OSHA), National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) และ Mine Safety and Health Administration (MSHA) มีรายงานพบว่าการสูญเสียการได้ยินจากการประกอบอาชีพเป็นการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่พบได้มากที่สุดของผู้ประกอบอาชีพในสหรัฐอเมริกา มีรายงานการศึกษา พบว่าในอุตสาหกรรมเหมืองแร่มีอัตราการความชุกการสูญเสียการได้ยินมากที่สุด รองลงมาคือ พนักงานก่อสร้าง อุตสาหกรรมการผลิต ตามลำดับ การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การควบคุมด้านบริหารจัดการ และการควบคุมด้านวิศวกรรมในสถานประกอบการ สามารถช่วยลดการสัมผัสเสียงดังในการทำงาน (Themann, 2019)

สถานการณ์ภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังในประเทศไทย พ.ศ.2561 พบผู้ป่วยโรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง จำนวน 1,076 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนราย เท่ากับ 1.78 ในขณะที่จังหวัดกาญจนบุรี พบผู้ป่วยประสาทหูเสื่อมจากเสียงดังจำนวน 4 ราย คิดเป็นอัตราการป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 0.45 (Institute Occupational and Environmental, 2018) จากรายงานสถานการณ์โรคการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง พ.ศ. 2556 – 2560 พบว่า ในพื้นที่ตำบลแก่งเสี้ยนมีแนวโน้มการเกิดผู้ป่วยที่เกิดการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง เพิ่มขึ้นทุกปี โดยมากที่สุดในปี พ.ศ. 2560 คิดเป็น 168.1 ต่อแสนประชากร พบมากที่สุด คือ หมู่บ้านท่าคอกว้า จำนวน 7 ราย บ้านท่าเพี้ยด จำนวน 3 ราย บ้านท่าน้ำตื้น จำนวน 2 ราย และบ้านตรอกมะตูม จำนวน 2 ราย ตำบลบ้านเก่ามีแนวโน้มสถานการณ์พบผู้ป่วยด้วยโรคการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง มีจำนวนลดลงจาก พ.ศ. 2559 จาก 109.22 ต่อแสนประชากร และลดลงใน พ.ศ. 2560 เหลือ 50.4 ต่อแสนประชากร (Kanchanaburi Public Health Office, 2018) ทั้งนี้ในปัจจุบันมีหน่วยงานราชการหลายหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบปัญหาเกี่ยวกับเสียงดังในการทำงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มีการผลักดันให้เกิดกฎหมายต่าง ๆ ในการควบคุมเสียงดังในสิ่งแวดล้อมหรือ



ในสถานที่ทำงาน เช่น ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 15 (พ.ศ. 2540) เรื่อง กำหนดมาตรฐานระดับเสียงโดยทั่วไป (National Environment Board, 1997)

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาการสูญเสียการได้ยินของกลุ่มประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม จึงได้ทำการศึกษาความชุกของการสูญเสียการได้ยินและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินของกลุ่มประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม โดยครอบคลุมปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง ผลของการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การวางแผนเฝ้าระวังและจัดระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยินของกลุ่มประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความดังของเสียงเฉลี่ยรอบโรงงานอุตสาหกรรม ความชุก การสูญเสียการได้ยินและปัจจัยส่วนบุคคล ในกลุ่มประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินในกลุ่มประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตการวิจัยคือ 1) ด้านเนื้อหามุ่งศึกษาระดับความดังของเสียงเฉลี่ยรอบโรงงานอุตสาหกรรม ความชุก การสูญเสียการได้ยินและปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินในกลุ่มประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม 2) ด้านประชากร คือ กลุ่มประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม จำนวน 380 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ บริเวณตรวจวัดจุดที่ 1 พิกัด 13°56'15.8"N และ 99°45'22.5"E บริเวณชุมชนรอบข้างโรงงานน้ำตาลแห่งหนึ่ง ในตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี บริเวณตรวจวัดจุดที่ 2 พิกัด 13°56'50.2"N และ 99°42'34.6"E บริเวณชุมชนรอบข้างโรงงานผลิตกระดาษแห่งหนึ่ง ในตำบลท่าศาลา อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี และบริเวณตรวจวัดจุดที่ 3 พิกัด 14°03'05.4"N และ 99°28'23.4"E บริเวณชุมชนรอบข้างโรงงานอุตสาหกรรมอาหารแห่งหนึ่ง ในตำบลแก่งเสี้ยน อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี 4) ด้านระยะเวลาคือ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2562 – พฤษภาคม พ.ศ.2563 มีตัวแปรที่ศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ กลุ่มประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม บริเวณพื้นที่ตรวจวัดดังนี้ บริเวณตรวจวัดจุดที่ 1 พิกัด 13°56'15.8"N และ 99°45'22.5"E บริเวณชุมชนรอบข้างโรงงานน้ำตาลแห่งหนึ่ง ในตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี บริเวณตรวจวัดจุดที่ 2 พิกัด 13°56'50.2"N และ 99°42'34.6"E บริเวณชุมชนรอบข้างโรงงานผลิตกระดาษแห่งหนึ่ง ในตำบลท่าศาลา อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี และบริเวณตรวจวัดจุดที่ 3 พิกัด 14°03'05.4"N และ 99°28'23.4"E บริเวณชุมชนรอบข้างโรงงานอุตสาหกรรมอาหารแห่ง



หนึ่งในตำบลแก่งเสี้ยน อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. ประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม รัศมีไม่เกิน 500 เมตร อายุ 18 ปี ขึ้นไป
2. อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี
3. ไม่เป็นโรคหูตึง

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้ารับการตรวจสมรรถภาพการได้ยิน
2. ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนด
3. ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ต่างถิ่น

การสุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มแบบง่าย (Simple Random) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรมที่สัมผัสเสียงดัง ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 380 คน

วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

$$\begin{aligned} n &= Z^2P(1-P)/D^2 \\ &= 1.96^2 * 0.42 (1-0.42)/0.05^2 \\ &= (1.635)(0.58)/0.05^2 \\ &= 0.948/0.05^2 \\ &= 380 \text{ คน} \end{aligned}$$

***หมายเหตุ ค่า P=0.42 อ้างอิงงานวิจัย Mccullagh MC (2011)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการตรวจสมรรถภาพการได้ยินของกลุ่มประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการทำงานที่สัมผัสเสียงดัง ประวัติการเจ็บป่วยโรคทางหู ประวัติการเกิดอุบัติเหตุที่หูหรือศีรษะ ประวัติญาติพี่น้องหูตึงก่อนอายุ 50 ปี ประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะ และประวัติการสัมผัสสารเคมี/ตัวทำละลาย

2 แบบบันทึกข้อมูลการตรวจสมรรถภาพการได้ยิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80

3 เครื่องมือวัด ประกอบด้วย

3.1 Sound level meter รุ่น SV 973 technical specifications class 2: IEC 61672-1:2013



3.2 เครื่องตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยิน (Audiometer) รุ่น AUDIOLYSER® ADL20 Class 4 tonal audiometer

3.3 Sound Calibrators รุ่น SV 36

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล แล้วทำคู่มือการลงรหัสและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยวิเคราะห์ข้อมูล 2 ส่วน คือ

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป ระดับเสียงดัง 24 ชั่วโมง และผลการตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์หาความถี่ ร้อยละ

2 สถิติวิเคราะห์ (analytical statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง การสูญเสียการได้ยินโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (chi-square test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยประจำสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง เลขที่ xd-0178/62 และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการทำวิจัยและหากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยต้องเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและรายงานเป็นภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า ระดับความดังเสียงบริเวณชุมชนรอบข้างโรงงานอุตสาหกรรมผลิตน้ำตาลมีความดังเสียงดังเฉลี่ย Leq 12 hr ในวันหยุด ระหว่างช่วงเวลา 06.00-22.00 น. เท่ากับ 67.0 เดซิเบล(เอ) และความดังเสียงดังเฉลี่ย Leq 12 hr ระหว่างช่วงเวลา 22.00-06.00 น. เท่ากับ 64.5 เดซิเบล(เอ) ระดับความดังเสียงดังเฉลี่ย Leq 24 hr เท่ากับ 65.7 เดซิเบล(เอ) ขณะที่ความดังเสียงดังเฉลี่ย Leq 12 hr ในวันทำงาน ระหว่างช่วงเวลา 06.00-22.00 น. เท่ากับ 78.7 เดซิเบล(เอ) และความดังเสียงดังเฉลี่ย Leq 12 hr ระหว่างช่วงเวลา 22.00-06.00 น. เท่ากับ 70.5 เดซิเบล(เอ) ระดับความดังเสียงดังเฉลี่ย Leq 24 hr เท่ากับ 74.9 เดซิเบล(เอ) เมื่อเปรียบเทียบระดับความดังเสียงเฉลี่ย Leq 24 hr ในวันหยุดและวันทำงาน พบว่า มีค่าเฉลี่ย Leq 24 hr ต่างกันเท่ากับ 9.2 เดซิเบล(เอ) ระดับเสียงเฉลี่ย Leq 24 hr ในวันทำงานมีค่าเกินมาตรฐาน โดยอ้างอิงประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 15 (พ.ศ. 2540) เรื่อง กำหนดมาตรฐานระดับเสียงโดยทั่วไป ออกโดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 32(5) แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษา คุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ระดับความดังเสียงบริเวณชุมชนรอบข้างโรงงานอุตสาหกรรมน้ำตาล

ครั้งที่	ระดับความดังเสียง(dBA)	ระดับความดังเสียง(dBA)	ระดับความดังเสียง
	06.00 - 22.00 น.	22.00 - 06.00 น.	Leq 24 hr
วันหยุด	67.0	64.5	65.7
วันทำงาน	78.7	70.5	74.9
ค่ามาตรฐานกฎหมายไทย			70.0

จากการศึกษา พบว่า ระดับความดังเสียงบริเวณชุมชนรอบข้างโรงงานอุตสาหกรรมผลิตกระดาษมีความดังเสียงดังเฉลี่ย Leq 12 hr ในวันหยุด ระหว่างช่วงเวลา 06.00-22.00 น. เท่ากับ 65.4 เดซิเบล(เอ) และความดังเสียงดังเฉลี่ย Leq 12 hr ระหว่างช่วงเวลา 22.00-06.00 น. เท่ากับ 61.7 เดซิเบล(เอ) ระดับความดังเสียง Leq 24 hr เท่ากับ 63.8 เดซิเบล(เอ) ขณะที่ความดังเสียงดังเฉลี่ย Leq 12 hr ในวันทำงาน ระหว่างช่วงเวลา 06.00-22.00 น. เท่ากับ 72.6 เดซิเบล(เอ) และความดังเสียงดังเฉลี่ย Leq 12 hr ระหว่างช่วงเวลา 22.00-06.00 น. เท่ากับ 65.0 เดซิเบล(เอ) ระดับความดังเสียง Leq 24 hr เท่ากับ 68.8 เดซิเบล(เอ) เมื่อเปรียบเทียบระดับความดังเสียงเฉลี่ย Leq 24 hr ในวันหยุดและวันทำงาน พบว่า มีค่าเฉลี่ย Leq 24 hr ต่างกันเท่ากับ 5 เดซิเบล(เอ) ระดับเสียงเฉลี่ย Leq 24 hr ในวันทำงานและวันหยุดมีค่าไม่เกินมาตรฐาน โดยอ้างอิงประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 15 (พ.ศ. 2540) เรื่อง กำหนดมาตรฐานระดับเสียงโดยทั่วไป ออกโดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 32(5) แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษา คุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความดังเสียงบริเวณชุมชนรอบข้างโรงงานอุตสาหกรรมผลิตกระดาษ

ครั้งที่	ระดับความดังเสียง (dBA)	ระดับความดังเสียง (dBA)	ระดับความดังเสียง
	06.00 - 22.00 น.	22.00 - 06.00 น.	เสียง Leq 24 hr
วันหยุด	65.4	61.7	63.8
วันทำงาน	72.6	65.0	68.8
ค่ามาตรฐานกฎหมายไทย			70.0

จากการศึกษา พบว่า ระดับความดังเสียงบริเวณชุมชนรอบข้างโรงงานอุตสาหกรรมอาหารมีความดังเสียงดังเฉลี่ย Leq 12 hr ในวันหยุด ระหว่างช่วงเวลา 06.00-22.00 น. เท่ากับ 65.8 เดซิเบล(เอ) และความดังเสียงดังเฉลี่ย Leq 12 hr ระหว่างช่วงเวลา 22.00-06.00 น. เท่ากับ 61.1 เดซิเบล(เอ) ระดับความดังเสียง Leq 24 hr เท่ากับ 63.4 เดซิเบล(เอ) ขณะที่ความดังเสียงดังเฉลี่ย Leq 12 hr ในวันทำงาน ระหว่างช่วงเวลา 06.00-22.00 น. เท่ากับ 75.8 เดซิเบล(เอ) และความดังเสียงดังเฉลี่ย Leq 12 hr ระหว่างช่วงเวลา 22.00-06.00 น. เท่ากับ 71.0 เดซิเบล(เอ) ระดับความดังเสียง Leq 24 hr เท่ากับ 73.3 เดซิเบล(เอ) เมื่อเปรียบเทียบระดับความดังเสียงเฉลี่ย Leq 24 hr ในวันหยุดและวันทำงาน พบว่า มีค่าเฉลี่ย Leq 24 hr ต่างกันเท่ากับ 9.9 เดซิเบล(เอ) ระดับเสียงเฉลี่ย Leq 24 hr ในวันทำงานมีค่าเกินมาตรฐาน โดยอ้างอิงประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 15 (พ.ศ. 2540) เรื่อง กำหนดมาตรฐานระดับเสียง



ตารางที่ 3 ระดับความดังเสียงบริเวณชุมชนรอบข้างโรงงานอุตสาหกรรมอาหาร

ครั้งที่	ระดับความดังเสียง (dBA)	ระดับความดังเสียง(dBA)	ระดับความดัง
	06.00 - 22.00 น.	22.00 – 06.00 น.	เสียง Leq 24 hr
วันหยุด	65.8	61.1	63.4
วันทำงาน	75.8	71.0	73.3
ค่ามาตรฐานกฎหมายไทย			70.0

จากการศึกษา พบว่า ความชุกการสูญเสียการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม มีจำนวนร้อยละ 3.2 และพบว่าสูญเสียการได้ยินที่หูด้านขวาและหูด้านซ้ายจำนวนร้อยละ 2.4 ในขณะที่การสูญเสียการได้ยินที่หูทั้งสองด้านจำนวนร้อยละ 1.6 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความชุกการการสูญเสียการได้ยินในกลุ่มตัวอย่างประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม

หูที่สูญเสียการได้ยิน	ปกติ ความถี่(ร้อยละ)	ผิดปกติ ความถี่(ร้อยละ)	รวม ความถี่(ร้อยละ)
หูด้านซ้าย	371(97.6)	9(2.4)	380(100)
หูด้านขวา	371(97.6)	9(2.4)	380(100)
หูทั้งสองข้าง	374(98.4)	6(1.6)	380(100)
หูด้านซ้ายหรือด้านขวา	368(96.8)	12(3.2)	380(100)

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.2 และเพศชาย ร้อยละ 46.8 อายุเฉลี่ย 33.3 ปี อายุไม่เกิน 35 ปี ร้อยละ 60.8 รองลงมา คืออายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 39.2 สถานภาพโสด ร้อยละ 54.7 รองลงมาคือ สมรส ร้อยละ 43.2 และหม้าย ร้อยละ 2.1 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 75.3 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 10.5 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 6.3 มัธยมปลายร้อยละ 4.5 และ ไม่ได้เรียนร้อยละ 3.4 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตั้งแต่ 1-4 ปี ร้อยละ 69.2 และมีประสบการณ์ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม เกิน 5 ปีขึ้นไปร้อยละ 20.8 การสูบบุหรี่ พบว่า ไม่สูบบุหรี่ 78.4 เคยสูบแต่เลิก แล้วร้อยละ 5.3 และสูบบุหรี่ร้อยละ 16.3 มีประวัติการทำงานสัมผัสเสียงดังร้อยละ 58.9 และไม่เคยสัมผัสเสียงดัง ร้อยละ 41.1 ไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยทางหูและประวัติการเกิดอุบัติเหตุทางหูหรือศีรษะ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีญาติหูตึงก่อนอายุ 50 ปีจำนวนร้อยละ 93.4 และมีญาติหูตึงร้อยละ 6.6 ไม่เคยมีประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 78.9 และเคยมีประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 21.1 ไม่เคยมีประวัติการสัมผัสสารเคมีหรือตัวทำละลายร้อยละ 92.1 และเคยมีประวัติการสัมผัสสารเคมีและตัวทำละลายร้อยละ 7.9



จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรมพบว่า อายุ 35 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับเสียงรอบโรงงาน มีประวัติการสัมผัสเสียงดังในโรงงาน มีญาติหูตึงก่อนอายุ 50 ปี เคยมีประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะ และมีประวัติการสัมผัสสารเคมีหรือตัวทำละลาย ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม

รายการ	สูญเสียการได้ยิน		χ^2	p-value
	ไม่ใช้ จำนวน(ร้อยละ)	ใช้ จำนวน(ร้อยละ)		
1. เพศ				
ชาย	170(44.70)	8(2.10)	1.956	0.162
หญิง	198(52.10)	4(1.10)		
2. อายุ				
ไม่เกิน 35 ปี	227(59.70)	4(1.10)	3.919	0.048*
35 ปีขึ้นไป	141(37.10)	8(2.10)		
3. สถานภาพ				
โสด	199(52.40)	9(2.40)	5.680**	0.059
สมรส	162(42.60)	2(0.50)		
หม้าย	7(1.80)	1(0.30)		
4. ระดับการศึกษา				
≤ ประถมศึกษา	291(76.60)	8(2.10)	1.067	0.302
≥ มัธยมศึกษา	77(20.3)	4(1.1)		
5. ประสบการณ์ทำงานในโรงงาน				
1-4 ปี	257(67.6)	6(1.6)	2.146	0.143
5 ปีขึ้นไป	111(29.2)	6(1.6)		
6. การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	287(75.5)	11(2.9)	0.446**	0.844
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	20(5.3)	0(0)		
สูบ	61(16.1)	1(0.3)		
7. ระดับเสียงดังรอบโรงงาน				
ไม่เกิน 70 dBA	119(31.5)	2(0.5)	1.315	0.252
เกิน 70 dBA	249(65.5)	10(2.5)		



ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม (ต่อ)

รายการ	สูญเสียการได้ยิน		χ^2	p-value
	ไม่ใช่ จำนวน (ร้อยละ)	ใช่ จำนวน (ร้อยละ)		
8. มีประวัติการสัมผัส เสียงดังในโรงงาน				
ไม่เคย	154(40.5)	2(0.5)	3.045	0.081
เคย	214(56.3)	10(2.6)		
9. มีญาติหูตึงก่อนอายุ 50 ปี				
ไม่มี	343(90.3)	12(3.2)	0.873	0.350
มี	25(6.6)	0(0)		
10. เคยมีประวัติการ ใช้ยาปฏิชีวนะ				
ไม่เคย	289(76.1)	11(2.9)	1.206	0.272
เคย	79(20.8)	1(0.3)		
11. มีประวัติการ สัมผัสสารเคมีหรือตัวทำ ละลาย				
ไม่เคย	338(88.9)	12(3.2)	1.062	0.303
เคย	30(7.9)	0(0)		

*มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq .05$)

** Fisher's exact test

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรมพบว่า ประวัติการสัมผัสเสียงในโรงงานอุตสาหกรรม มีญาติหูตึงก่อนอายุ 50 ปี ประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะ และประวัติการสัมผัสสารเคมีหรือตัวทำละลาย ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากการวัดระดับความดังเสียงโรงงานอุตสาหกรรมในวันทำงานบริเวณชุมชนรอบข้างโรงงานอุตสาหกรรมน้ำตาล และโรงอุตสาหกรรมอาหารมีค่าเกินมาตรฐาน เนื่องจากช่วงวันทำงานในอุตสาหกรรมโรงงานน้ำตาลและโรงอุตสาหกรรมอาหารมีรถบรรทุกวิ่งเข้าออกจากรถจำนวนมากทำให้เกิดเสียงดังเกินมาตรฐาน ซึ่ง



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรจักร พรวัวไธสง พบว่าระดับความดังเสียงเฉลี่ยบนท้องถนนอยู่ในช่วง 61.7 - 81.0 dBA โดยระดับความดังเสียงที่มากที่สุดมีความสัมพันธ์กับรถจักรยานยนต์ รถปิกอัพ รถบรรทุก รถเก๋ง รถตู้ และรถบัส ตามลำดับ (Phraothaisong, 2018) จากงานวิจัยของ Kumar Mondel พบว่าคนขับรถบรรทุกสัมผัสเสียงดังในช่วง 87.95-103.4 dBA (Kumar Mondel, 2014) ดังนั้นเสียงจากรถบรรทุกก่อให้เกิดระดับเสียงดังเกินมาตรฐานได้ ในขณะที่เสียงดังจากกระบวนการผลิตโรงงานก่อให้เกิดเสียงดังในบริเวณชุมชนรอบข้างโรงงานเช่นเดียวกัน และพบว่าวันหยุดเสียงดังไม่เกินมาตรฐานเนื่องจากการไม่มีการทำงานและไม่มีการจราจรเข้าออกโรงงาน

จากการวัดระดับความดังเสียงในวันทำงานและวันหยุดบริเวณชุมชนรอบข้างโรงงานอุตสาหกรรมกระดาษมีค่าไม่เกินมาตรฐาน ตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 15 (พ.ศ. 2540) เรื่อง กำหนดมาตรฐานระดับเสียงโดยทั่วไป ออกโดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 32(5) แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยความดังเสียง $L_{eq} 24 \text{ hr}$ ในวันหยุดไม่เกินมาตรฐานที่กำหนดไว้

ความชุกการสูญเสียการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม มีจำนวนร้อยละ 3.2 และพบว่าสูญเสียการได้ยินที่หูด้านขวาและหูด้านซ้ายจำนวนร้อยละ 2.4 ในขณะที่การสูญเสียการได้ยินที่หูทั้งสองด้านจำนวนร้อยละ 1.6 อย่างไรก็ตามความชุกของการสูญเสียการได้ยินของชุมชนรอบข้างโรงงานมีเพียง ร้อยละ 3.2 เมื่อศึกษาวิจัยที่ผ่านมาของ (McCullagh, 2011) พบว่ามีความชุก ร้อยละ 42 (Phetprapun, 2015) ได้ศึกษาการประเมินระดับเสียงและสมรรถภาพการได้ยินของพนักงานโรงงานไม้หิน พบว่าความดังเสียงส่วนใหญ่เกิน 85 dBA และความชุกการสูญเสียการได้ยิน ร้อยละ 30 (Savitree, 2012) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากการเปลี่ยนระดับความสามารถในการได้ยินมาตรฐานในพนักงานบริษัทผลิตมอเตอร์คอมเพรสเซอร์ พบว่าความชุกการสูญเสียการได้ยิน ร้อยละ 10.99 และ (Ritngam, 2016) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมโรงงานแปรรูปยางธรรมชาติ จังหวัดระยอง พบว่ามีความชุกของการสูญเสียการได้ยิน ร้อยละ 60.0 แสดงให้เห็นว่าพนักงานที่ทำงานในโรงงานที่มีเสียงดังเกิน 85 dBA มีโอกาสการสูญเสียการได้ยินมากกว่าประชาชนรอบข้างโรงงานอุตสาหกรรมที่โอกาสสัมผัสเสียงดังน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ (Johari, 2019) พบว่าการสัมผัสเสียงมากกว่า 85 dBA ก่อให้ผลกระทบการสูญเสียการได้ยิน

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.2 และเพศชาย ร้อยละ 46.8 อายุเฉลี่ย 33.3 ปี อายุไม่เกิน 35 ปี ร้อยละ 60.8 รองลงมาคืออายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 39.2 สถานภาพโสด ร้อยละ 54.7 รองลงมาคือ สมรส ร้อยละ 43.2 และหม้าย ร้อยละ 2.1 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 75.3 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 10.5 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 6.3 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 4.5 และ ไม่ได้เรียน ร้อยละ 3.4 ตามลำดับ มีประสบการณ์ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตั้งแต่ 1-4 ปี ร้อยละ 69.2 และมีประสบการณ์ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม เกิน 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.8 การสูบบุหรี่พบว่า ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 78.4 เคยสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 5.3 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 16.3 มีประวัติการทำงานสัมผัสเสียงดัง ร้อยละ 58.9 และไม่เคยสัมผัสเสียงดัง ร้อยละ 41.1 ไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยทางหูและประวัติการเกิดอุบัติเหตุทางหูหรือศีรษะ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีญาติหูตึงก่อนอายุ 50 ปี จำนวนร้อยละ 93.4 และมีญาติหูตึง ร้อยละ 6.6 ไม่เคยมีประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 78.9 และเคยมีประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 21.1 ไม่เคยมีประวัติการสัมผัสสารเคมีหรือตัวทำละลาย ร้อยละ 92.1 และเคยมีประวัติการสัมผัสสารเคมีและตัวทำละลาย ร้อยละ 7.9 ตามลำดับ



จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรมพบว่า อายุ 35 ปี ขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากงานวิจัยของ (Bunlong, 2013) ได้ศึกษาความชุกของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินในการปฏิบัติงาน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียการได้ยินและพบว่าผู้สูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ร้อยละ 83.3 อยู่ในช่วงอายุ 30-59 ปี และจากงานวิจัยของ (Worawonnotai, 2008) ได้ศึกษา การศึกษาผลการตรวจการได้ยินของเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยินโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่ากลุ่มอายุช่วง 51-60 ปี เริ่มมีภาวะประสาทหูเสื่อมจากการได้ยินตามธรรมชาติ แสดงให้เห็นว่าอายุมีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียการได้ยิน ในขณะที่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับเสียงดังรอบโรงงาน ประวัติการสัมผัสเสียงในโรงงานอุตสาหกรรม มีญาติหูตึงก่อนอายุ 50 ปี ประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะ และประวัติการสัมผัสสารเคมีหรือตัวทำละลายใด ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ระดับเสียงที่ก่อให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินมักเกิดจากการได้รับเสียงดังตั้งแต่ 80 dBA และสัมผัสเสียงดังอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวันเป็นระยะเวลานาน (WHO, 2021) ดังนั้นประชาชนรอบโรงงานที่สัมผัสเสียงดังจึงไม่ส่งผลให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

- 1 จากผลวิจัยพบว่า ระดับเสียงดังในวันปกติ มีระดับเสียงดังเกินมาตรฐานตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 15 (พ.ศ. 2540) เรื่อง กำหนดมาตรฐานระดับเสียงโดยทั่วไปในบางพื้นที่ จึงควรเฝ้าระวังและให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสัมผัสเสียงดังในประชาชนรอบโรงงานอุตสาหกรรม
- 2 จากผลวิจัยพบว่า ความชุกการสูญเสียการได้ยิน พบในกลุ่มที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จึงควรเฝ้าระวังและตรวจติดตามสมรรถภาพการได้ยินในกลุ่มดังกล่าวเป็นกรณีพิเศษ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- 1 ควรมีการศึกษาถึงประเมินการสัมผัสเสียงสะสมของประชาชนในรอบข้างโรงงานอุตสาหกรรม เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่รอบข้างทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม
- 2 ควรมีการวัดระดับเสียงดังหลายจุดเพื่อยืนยันและเพื่อให้แน่ใจว่าระดับเสียงในโรงงานรอบชุมชน แต่ละด้านมีระดับความดังเสียงแตกต่างกันหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- Bunlong, N., Damaudom, S., Lohakul, K., & Petluan, R. (2013). The prevalence rate and determinant associated with noise induced hearing loss among occupational noise exposure workers. *Region 11 medical journal*, 7(2), 327-336. (in Thai).
- Cheewaruangroj, W. (2001). Hearing loss. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, Bangkok: The Office, 24-52. (in Thai).



- Kowalska, M., & Zaborowski, K. (2017). *WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region: A systematic review on environmental noise and permanent hearing loss and tinnitus*. (2021, 21, April)
- Kanchanaburi Public Health Office. (2018). *Special_economic_zone*. (online), Retrieved from: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/OEHP/2562/Full_OEHP/SEZ/6.OEHP_Kanchanaburi.pdf. (2020, 8, Nov). (in Thai).
- Institute Occupational and Environmental. (2018). *Situation of disease and health hazards from occupation and environment*. (online), Retrieved from: <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/790>. (2020, 8, Nov). (in Thai).
- Johari, A. (2019). A Comparative Analysis of Noise Level at Jaipur City. *SKIT Research Journal*, 9(1), 20-24.
- McCullagh, MC., Raymond, D., Kerr, MJ., & Lusk SL. (2011). *Prevalence of hearing loss and accuracy of self-report among factory workers*. *Noise Health*. (13): 340-7.
- Kumar Mondal, N., Dey, M., & Kumar Datta, J. (2014). *Vulnerability of bus and truck drivers affected from vehicle engine noise*. *Sustainable Built Environment*. (3): 199-206.
- Notification of National Environment Board. (1997). *Standard of ambient noise and the maximum of Background noise level*. (online), Retrieved from: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2540/D/027/46.PDF>. (2021, 24, April). (in Thai).
- Phetprapun, R. (2015). *Evaluation of Noise Levels and Noise-Induced Hearing Loss of Workers at a Stone Milling Factory in Nakornsithammarat Province*. (online), Retrieved from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JSH/article/view/143739/106359>. (2021, 24, April). (in Thai).
- Phraothaisong, P. (2018). *Influence of Road Traffic Noise on Residents in Nakhon Pathom Municipality*. Thesis for Master of Science (Environmental Science) Department of Environmental Science Graduate School, Silpakorn University. (online), Retrieved from: <http://ithesis-ir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/1950/1/59311306.pdf>. (2021, 24, April). (in Thai).
- Ritngam, A. (2016). *Related Factors of Hearing Loss Among Natural Rubber Processing Industry Workers in Rayong*. (online), Retrieved from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/96590/75358>. (2021, 24, April). (in Thai).



- Savitree, C. (2012). *Factors related and an analysis of health effects to standard threshold shift in moter compressor workers*. (online), Retrieved from:<http://ir.swu.ac.th/xmlui/handle/123456789/2347?show=full>. (2021, 24, April). (in Thai).
- Themann, C., Masterson, L., Elizabeth, A. (2019). Occupational noise exposure: A review of its effects, epidemiology, and impact with recommendations for reducing its burden. *The journal of the acoustical society of america*. 146 (5): 3879.
- Worawonnotai, C. (2008). Hearing level and Occupational Noise Exposure among workers in Bhumibol Adulyadej Hospital, RTAF (online), Retrieved from:https://www.rcot.org/download/Hearing_level_and_Occupational_Noise_Exposure_among_workers_in_Bhumibol_Adulyadej_Hospital_RTAF2009.pdf. (in Thai).
- World Health Organization. (2021). *Environmental noise guidelines for the european region*. (online), Retrieved from:https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/383921/noise-guidelines-eng.pdf. (2021, 21, April)



Situation Process of Oral Health Promotion and Prevention Service in Pregnant Woman and School-aged Children under Fee Schedule Policy in Health Region 1

Varittha Poomtong*, Jaraspan Arunkaew*, Deacha Tamdee**

(Received: March 2, 2021, Revised: April 28, 2021, Accepted: June 29, 2021)

Abstract

This descriptive study with mixed method research has the purpose to study situation process, problems and suggestions of Oral Health Promotion and Prevention Service in Pregnant Woman and School-aged Children under Fee Schedule Policy in Health Region 1. Samples of the quantitative study were 325 dental personnel workers in the service unit used to collect data with the google form questionnaires and samples of the qualitative study were 8 dental personnel responsible in the Provincial Public Health used the semi-structure interview with depth interview. Data analysis with the descriptive statistic use number, percentage, means and standard deviations. Interview interpreted with content analysis.

The quantitative results of situation process have the high rating scale opinions are beneficial project, easily use of 43 files reporting, clarifying policy and suitable compensation. And other issues have moderate rating scale opinions. The three important problems are the information system, manpower, reimbursement and other problem is outbreak of Covid-19. The results of depth interview input issue have the good project to increase the access service, improved service compensation, different policy relay, suitable service recipient target, insufficient dental assistance, affordable material management. Process issue data recording use e-claim and 43 files system, verifying service reimbursement but delayed reimbursement system. Output issue have three topics about situation process found inadequate publicity, service recipients didn't realize importance of service and have free service fees makes lower results. Obstacle have multilevel and unclear policy, inappropriate result goals, good recording system but delayed and unclear disbursement system. Suggestion issue have thoroughly broadcast policy, clarify content and guideline, appropriate results goals, adjust suitable management format, information system and data processing system training.

In this study the suggestion that health promotion project must have clarify policy, comprehensively coverage policy relay, suitable support system and the most importance is the best benefit for service recipients.

Key words: Fee schedule; Service in pregnant woman and school-aged children; Health Region 1

* Dentist, Senior Professional Level, Health Promotion Center Region1, Chiang Mai,

Corresponding author: putvarittha@gmail.com

** Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Health Promotion Center Region1, Chiang Mai

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



สถานการณ์การดำเนินงานการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการในหญิงตั้งครรภ์และเด็กวัยเรียน ภายใต้นโยบาย Fee Schedule เขตสุขภาพที่ 1

วิรัชฐา พุ่มทอง*, จรัสพรรณ อรุณแก้ว*, * เตชา ทำดี**

(วันรับบทความ: 2 มีนาคม 2564, วันแก้ไขบทความ: 28 เมษายน 2564, วันตอบรับบทความ: 29 มิถุนายน 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการในหญิงตั้งครรภ์และเด็กวัยเรียน ภายใต้นโยบาย Fee Schedule เขตสุขภาพที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 325 คน โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการดำเนินงาน และความคิดเห็นการดำเนินงาน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา เท่ากับ 0.93 และ 0.91 ตามลำดับ และศึกษาเชิงคุณภาพในผู้รับผิดชอบจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 คน โดยใช้แนวคำถามถึงโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยจัดเนื้อหาตามหมวดหมู่

ผลการศึกษาด้านสถานการณ์การดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยระดับสูง เรื่องการดำเนินงานมีประโยชน์ การบันทึกและส่งออกข้อมูลระบบ 43 แฟ้มใช้งานง่าย ความชัดเจนของนโยบาย และความเหมาะสมของค่าชดเชยกับปริมาณงาน ส่วนประเด็นอื่นๆ ที่เห็นด้วยระดับปานกลาง พบปัญหามากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ระบบข้อมูล กำลังคน การเบิกจ่ายค่าชดเชย ส่วนการระบาดโควิด-19 เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานและผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ประเด็นปัจจัยนำเข้า พบว่า เป็นโครงการที่ดีช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากสำหรับหญิงตั้งครรภ์และเด็กวัยเรียนทุกสิทธิ สถานบริการได้รับค่าชดเชยบริการเพิ่มขึ้น รูปแบบการถ่ายทอดนโยบายแตกต่างกัน การปรับเป้าหมายในแต่ละกลุ่มผู้รับบริการให้เหมาะสม บุคลากรปฏิบัติงานไม่เพียงพอ การบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์สามารถดำเนินการได้ ประเด็นกระบวนการ พบว่า การบันทึกข้อมูลใช้ทั้งโปรแกรม e-claim และระบบ 43 แฟ้ม การเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการสามารถตรวจสอบได้ แต่ระบบการเบิกจ่ายยังล่าช้า และประเด็นผลลัพธ์ สรุปเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสถานการณ์การดำเนินงาน พบว่า มีการประชาสัมพันธ์มาถึงกลุ่มเป้าหมายยังไม่เห็นความสำคัญของการมารับบริการ และส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาที่ครอบคลุมค่าบริการแล้ว ผลงานจึงได้ต่ำกว่าเป้าหมาย 2) ด้านปัญหาอุปสรรค พบว่าการถ่ายทอดนโยบายหลายระดับและปฏิบัติงานบางส่วนยังไม่ทราบนโยบายอย่างชัดเจน การตั้งเป้าหมายผลลัพธ์ไม่เหมาะสม ระบบการบันทึกข้อมูลดีแต่ระบบการเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการล่าช้าและไม่ชัดเจน 3) ด้านข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงาน พบข้อเสนอแนะว่า ให้มีการถ่ายทอดนโยบายให้ทั่วถึง และชัดเจนทั้งเนื้อหาและแนวทางการดำเนินงาน ปรับการตั้งเป้าหมายให้เหมาะสม ปรับรูปแบบการบริหารจัดการผู้ปฏิบัติงานให้เหมาะสม และเพียงพอ จัดอบรมการดูแลระบบข้อมูล และควรมีระบบประมวลผลข้อมูลให้แก่หน่วยงานต้นสังกัด ข้อเสนอแนะ การดำเนินการโครงการที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนนั้นควมมีความชัดเจนของนโยบาย การถ่ายทอดต้องมีความครอบคลุมและทั่วถึง มีระบบสนับสนุนที่เหมาะสมกับผู้ดำเนินงาน และสิ่งสำคัญคือต้องส่งผลประโยชน์แก่ผู้รับบริการในภาพรวม

คำสำคัญ: การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่จ่ายตามรายการบริการ; การเข้าถึงบริการในหญิงตั้งครรภ์และเด็กวัยเรียน; เขตสุขภาพที่ 1

* ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่, ผู้ประสานงาน: putvarittha@gmail.com

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**บทนำ**

ในปีพ.ศ. 2563 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เพิ่มรายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่จ่ายตามรายการบริการในหญิงตั้งครรภ์ และเด็กวัยเรียน (Ministry of Public Health, 2019) โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความครอบคลุมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก สำหรับหญิงตั้งครรภ์และเด็กวัยเรียนทุกสิทธิ จากผลงานการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่จ่ายตามรายการบริการในหญิงตั้งครรภ์ และเด็กวัยเรียน (Ministry of Public Health, 2020) ในระดับประเทศรอบ 6 เดือน (ตุลาคม 2562 – มีนาคม พ.ศ.2563) หญิงตั้งครรภ์ตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน ร้อยละ 16.50 เด็กอายุ 4-12 ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์ ร้อยละ 45.21 และเด็กอายุ 6-12 ปี เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ ร้อยละ 21.67 โดยผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 1 อยู่ในระดับค่อนข้างน้อยทุกกลุ่มผู้รับบริการ จากเป้าหมายร้อยละ 75 ร้อยละ 50 และร้อยละ 50 ตามลำดับ ซึ่งควรจะมีการค้นหาปัญหาในการดำเนินงานเพื่อหาแนวทางแก้ไข และปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินการ ให้ผลงานการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่จ่ายตามรายการบริการในหญิงตั้งครรภ์และเด็กวัยเรียนเพิ่มขึ้น และได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

การดำเนินการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากมีหลายขั้นตอน มีการจัดบริการในสถานบริการทุกระดับ และเกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติงานหลายฝ่าย อย่างไรก็ตามในการศึกษาสถานการณ์การดำเนินการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการในหญิงตั้งครรภ์และเด็กวัยเรียน ภายใต้นโยบาย Fee Schedule ยังมีข้อมูลดังกล่าวค่อนข้างจำกัด และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาสถานการณ์นโยบายการดำเนินการต่างๆ นั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง จากแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) (Von Bertalanffy, 1956) มีข้อเสนอให้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Output) ซึ่งมีกระบวนการให้ได้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนา

ผู้วิจัยสนใจศึกษา สถานการณ์การดำเนินการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการในหญิงตั้งครรภ์และเด็กวัยเรียน ภายใต้นโยบาย Fee Schedule เขตสุขภาพที่ 1 โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการดำเนินงาน ประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ นโยบาย บุคลากร และ ผู้รับบริการ 2) กระบวนการ มุ่งไปที่รูปแบบของการดำเนินการ รายละเอียดของการออกแบบ ตลอดจนการปรับปรุงตามลักษณะการดำเนินงานที่เกิดขึ้น ได้แก่ การบริการ การบันทึกข้อมูล การส่งออกข้อมูล การเบิกจ่าย ค่าชดเชยการบริการ และการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน 3) ผลลัพธ์ ได้แก่ สถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหา และข้อเสนอแนะ จากกลุ่มเป้าหมาย ในประเด็นการดำเนินงาน พร้อมทั้งปัญหาและข้อเสนอแนะ ซึ่งคาดว่าผลงานวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยบริการในการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มการเข้าถึงและความครอบคลุมการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก สำหรับหญิงตั้งครรภ์และเด็กวัยเรียน รวมทั้งได้ข้อเสนอเชิงนโยบายที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานต่อไป



วัตถุประสงค์

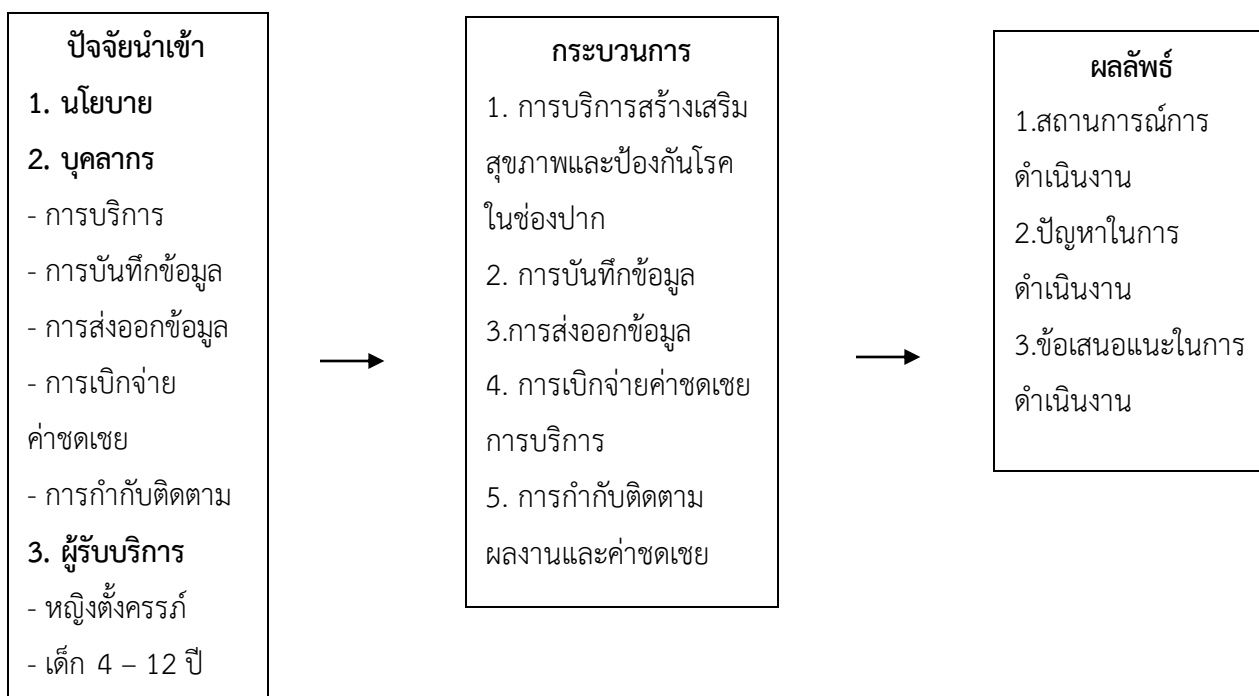
เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการในหญิงตั้งครรภ์และเด็กวัยเรียนภายใต้นโยบาย Fee Schedule เขตสุขภาพที่ 1

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากภายใต้นโยบาย Fee Schedule 2) ด้านกลุ่มตัวอย่างคือ ทันตบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการจำนวน 325 คน และผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ หน่วยบริการ 103 อำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 1 4) ด้านระยะเวลา มกราคม - กันยายน พ.ศ. 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ (system theory) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (mixed method) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ทันตบุคลากรผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยบริการ 103 อำเภอ จำนวน 717 คน และผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 254 คน และมีการขดเชยสำหรับกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอัตราตอบกลับแบบสอบถามและแบบประเมินต่ำอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง 305 แต่สำหรับการศึกษานี้มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับมามากกว่าที่กำหนดไว้ รวมทั้งสิ้น 325 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามเรื่อง สถานการณ์การดำเนินงานฯ รวบรวมผ่านระบบออนไลน์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดำเนินงาน โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ให้คะแนนแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ นำมาหาค่าพิสัย และกำหนดช่วงคะแนนเพื่อพิจารณาถึงความเห็นด้วย โดยช่วงคะแนน 3.68 - 5.00 คือเห็นด้วยระดับสูง ช่วงคะแนน 2.34 - 3.67 คือ เห็นด้วยระดับปานกลาง และช่วงคะแนน 1.00 - 2.33 คือเห็นด้วยระดับต่ำ และส่วนที่ 3 แบบแสดงความคิดเห็นการดำเนินงานเป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มผู้รับผิดชอบจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 คน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ทันตแพทย์จากโรงพยาบาลทั่วไป ทันตแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชน และทันตแพทย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา เท่ากับ 0.93 และ 0.91 ตามลำดับ สำหรับแนวคำถามโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา เท่ากับ 0.96

การหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เอกสารรับรอง 25/2563 วันที่อนุมัติ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคลแต่นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น



การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและจัดเนื้อหาตามหมวดหมู่

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=325)

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	57	17.50
หญิง	268	82.50
อายุ		
20 - 29 ปี	152	46.80
30 - 39 ปี	79	24.30
40 - 49 ปี	64	19.70
50 -59 ปี	30	9.20
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	29	8.90
ปริญญาตรีขึ้นไป	296	91.10
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน		
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	180	55.4
นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)	73	22.50
ทันตแพทย์	66	20.30
นักวิชาการสาธารณสุข	6	1.80
สถานที่ปฏิบัติงาน		
รพ.สต.	203	62.50
รพช.,รพท.,รพศ.	119	36.60
สถานบริการอื่น ๆ	3	0.90
จังหวัดที่ปฏิบัติงาน		
เชียงใหม่	24	7.40
ลำพูน	32	9.80
ลำปาง	12	3.70
แพร่	45	13.80
น่าน	48	14.80
พะเยา	36	11.10
เชียงราย	115	35.40
แม่ฮ่องสอน	13	4.00



ตารางที่ 1 พบว่า การศึกษาครั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถาม 325 คน เพศหญิงร้อยละ 82.50 อายุช่วง 20-29 ปี ร้อยละ 46.80 วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 91.10 ตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขร้อยละ 55.40 ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 62.50 และปฏิบัติงานที่เชี่ยวชาญร้อยละ 35.40

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงาน (n=325)

ข้อมูลที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับคำชี้แจงโครงการ	303	93.20
ได้รับคำชี้แจงจากหน่วยงาน		
สำนักทันตสาธารณสุข	54	16.60
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	214	65.80
โรงพยาบาล	179	55.10
การถ่ายทอดโครงการ	272	83.70
ผู้ได้รับการถ่ายทอด		
ระดับผู้บริหาร	191	58.80
ระดับผู้ปฏิบัติ	218	67.10
กลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้รับบริการ ฯลฯ	7	2.10
การรับทราบกลุ่มเป้าหมาย	310	95.40
ทราบกลุ่มเป้าหมายถูกต้อง		
หญิงตั้งครรภ์	298	91.70
เด็ก 4-12 ปี	302	92.90
การรับทราบเป้าหมายผลลัพธ์	243	74.80
ทราบเป้าหมายผลลัพธ์ถูกต้อง		
หญิงตั้งครรภ์ตรวจและชุดหินน้ำลาย ร้อยละ 75	135	41.50
เด็ก 4-12 ปี ทา/เคลือบฟลูออไรด์ ร้อยละ 50	174	53.50
เด็ก 6-12 ปี เคลือบหลุมร่องฟัน ร้อยละ 50	185	56.90
การรับทราบอัตราขาดค่าบริการ	280	86.20



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงาน (n=325) (ต่อ)

ข้อมูลที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ทราบอัตราค่าค่าบริการถูกต้อง		
อัตราค่าบริการหญิงตั้งครรภ์ตรวจ และชุดหินน้ำลาย 500 บาท	260	80.00
อัตราค่าบริการเด็ก 4-12 ปี ทา/เคลือบฟลูออไรด์ 100 บาท	264	81.20
อัตราค่าบริการเด็ก 6-12 ปี เคลือบหลุมร่องฟัน 250 บาท	242	74.50
การรับทราบระบบการส่งข้อมูล	261	80.30
สามารถอุทธรณ์ได้ถ้าได้รับค่าชดเชยไม่ถูกต้อง	133	40.90
สามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วันอย่างถูกต้อง	93	28.60
การรับทราบการกำกับติดตามผลงาน	292	89.80
ทราบการกำกับติดตามผลงาน		
จากการคืนข้อมูลระดับอำเภอ	166	51.10
จากการคืนข้อมูลระดับจังหวัด	139	42.80
จากโปรแกรม RCM ของโรงพยาบาล	66	20.30
จาก HDC ระดับจังหวัด/เขต/ประเทศ	205	63.10
วิธีการอื่นๆ เช่นจากโปรแกรม OP/PP, ข้อมูล e-claim เป็นต้น	5	1.50
การรับทราบการกำกับติดตามค่าชดเชยบริการ	263	80.90
ทราบการกำกับติดตามค่าชดเชยบริการ		
จากการคืนข้อมูลของสำนักทันตสาธารณสุข	77	23.70
จากการคืนข้อมูลของงานประกันสุขภาพ	162	49.80
จากโปรแกรม RCM ของโรงพยาบาล	60	18.50
จาก website OP/PP individual	40	12.30
จาก website e-claim	84	25.80
จากการคืนข้อมูลของกองบริหารการสาธารณสุข	14	4.30

ตารางที่ 2 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินงานร้อยละ 93.20 โดยได้รับข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาล มีการถ่ายทอดให้ผู้เกี่ยวข้อง ร้อยละ 83.70 ในส่วนของเป้าหมาย



การดำเนินงานทั้งผู้ปฏิบัติและผู้บริหาร รับทราบเป้าหมายการดำเนินงาน ร้อยละ 95.40 ทราบถูกต้องในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 91.70 และในกลุ่มเด็ก 4-12 ปี ร้อยละ 92.90 รับทราบเป้าหมายผลลัพธ์การดำเนินงาน ร้อยละ 74.8 เป้าหมายของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 75 ถูกต้องร้อยละ 41.50 เป้าหมายของกลุ่มเด็ก 4-12 ปี ร้อยละ 50.00 ถูกต้องร้อยละ 53.50 เป้าหมายของกลุ่มเด็ก 6-12 ปี ร้อยละ 50.00 ถูกต้องร้อยละ 56.90 รับทราบอัตราชดเชยค่าบริการ ร้อยละ 86.20 ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ตรวจและฉีดทำความสะอาดฟัน 500 บาท ถูกต้องร้อยละ 80.00 ในกลุ่มเด็ก 4-12 ปี ทา/เคลือบฟลูออไรด์ 100 บาท ถูกต้องร้อยละ 81.20 ในกลุ่มเด็ก 6-12 ปี เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ 250 บาท ถูกต้องร้อยละ 74.50 รับทราบระบบการส่งข้อมูลเพื่อรับค่าชดเชย ร้อยละ 80.30 รับทราบว่าสามารถอุทธรณ์ได้ถ้าหน่วยงานได้รับค่าชดเชยไม่ถูกต้อง ร้อยละ 40.90 อุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน ถูกต้องร้อยละ 28.60 รับทราบว่ามีการกำกับติดตามผลงาน ร้อยละ 89.80 โดยติดตามจาก HDC ระดับจังหวัด/เขต/ประเทศมากที่สุดร้อยละ 63.10 รับทราบว่ามีการกำกับติดตามค่าชดเชยบริการร้อยละ 80.90 โดยติดตามจากการคืนข้อมูลงานประกันสุขภาพมากที่สุดร้อยละ 49.80

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของปัญหาในการดำเนินงาน

ข้อมูลการดำเนินงาน	จำนวน	ร้อยละ
มีปัญหาในการดำเนินงาน	113	34.80
ปัญหาระบบข้อมูล	55	16.90
ปัญหากล้าคน	52	16.00
ปัญหาการเบิกจ่ายค่าชดเชย	50	15.40
ปัญหาเป้าหมาย	41	12.60
ปัญหานโยบาย	39	12.00
ปัญหาการประสานงาน	38	11.70
ปัญหาวัสดุอุปกรณ์	36	11.10
ปัญหาการกำกับติดตาม	36	11.10
ปัญหาอื่น ๆ เช่น สถานการณ์ระบาดโควิด-19	36	11.10

ตารางที่ 3 ปัญหาในการดำเนินงานพบว่าผู้ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 34.80 ที่สะท้อนว่ามีปัญหาเกิดขึ้นในการดำเนินงานโดยพบปัญหามากที่สุด 3 อันดับ คือ ปัญหาระบบข้อมูล กล้าคน และการเบิกจ่ายค่าชดเชย ร้อยละ 16.90 16.00 และ 15.40 ตามลำดับ ส่วนปัญหาอื่นได้แก่สถานการณ์ระบาดโควิด-19 ร้อยละ 11.10



ตารางที่ 4 จำนวนค่าเฉลี่ยและร้อยละและระดับของความคิดเห็นการดำเนินงาน

ประเด็น	Mean	S.D.	ระดับความคิดเห็น
การดำเนินงานมีประโยชน์	4.02	0.92	สูง
การบันทึกและการส่งออกข้อมูลระบบ 43 แฟ้ม ใช้งานง่าย	3.75	0.91	สูง
การชี้แจงนโยบายมีความชัดเจน	3.74	0.85	สูง
ค่าชดเชยค่าบริการ เหมาะสมกับปริมาณงาน	3.71	0.92	สูง
การถ่ายทอดนโยบาย ครอบคลุมทุกหน่วยงาน	3.66	0.85	ปานกลาง
การบริการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายครบถ้วน	3.59	0.83	ปานกลาง
เป้าหมายผลลัพธ์ทุกกลุ่มมีความเหมาะสม	3.59	0.83	ปานกลาง
การประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบทำได้ทั่วถึง	3.48	0.90	ปานกลาง
ระบบการดำเนินงาน ปฏิบัติได้ง่าย	3.41	0.88	ปานกลาง
ระบบการติดตามผลงาน และผลการจ่ายค่าชดเชย สะดวกมีหลายช่องทาง	3.23	0.98	ปานกลาง
การบันทึกและการส่งออกข้อมูลระบบ e-claim ใช้งานง่าย	3.14	0.97	ปานกลาง
การได้รับค่าชดเชย ถูกต้อง รวดเร็ว	3.07	1.00	ปานกลาง

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นในการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยอยู่ในระดับสูง ในประเด็นการดำเนินงานมีประโยชน์ (Mean= 4.02, S.D.= 0.92) การบันทึกและการส่งออกข้อมูลระบบ 43 แฟ้ม ใช้งานง่าย (Mean = 3.75, SD= 0.91) การชี้แจงนโยบายมีความชัดเจน (Mean = 3.74, S.D.= 0.85) และค่าชดเชยค่าบริการเหมาะสมกับปริมาณงาน (Mean = 3.71, S.D.= 0.92) ส่วนประเด็นอื่นๆ ทั้งหมดเห็นด้วยในระดับปานกลาง

การศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก

จากการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานโดยใช้แบบสัมภาษณ์ตามกรอบคิดทฤษฎีระบบ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ นโยบาย บุคลากร และผู้รับบริการ 2) กระบวนการ ได้แก่ การบริการ การบันทึกข้อมูล การส่งออกข้อมูล การเบิกจ่ายค่าชดเชยการบริการ และการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน 3) ผลลัพธ์ ได้แก่ สถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหา และข้อเสนอแนะ เพื่อประเมินสถานการณ์การดำเนินงาน ซึ่งสรุปประเด็นที่สำคัญได้ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า จากข้อมูลพบว่า ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 1 ได้รับทราบนโยบายจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย มีความคิดเห็นสรุปประเด็นได้ดังนี้



1.1 เป็นโครงการที่ดี เพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากสำหรับหญิงตั้งครรภ์ และเด็กวัยเรียนทุกสิทธิ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “ช่วยกระตุ้นการเข้าถึงบริการ”

1.2 สถานบริการได้รับค่าชดเชยการบริการเพิ่มขึ้น โดยสถานบริการจะได้รับค่าชดเชยการบริการเพิ่มขึ้นจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถนำไปบริหารจัดการภายในหน่วยบริการได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “สถานบริการได้รับเงินชดเชยจากการให้บริการ”

1.3 รูปแบบการถ่ายทอดนโยบายแตกต่างกัน แต่ละจังหวัดมีรูปแบบการถ่ายทอดนโยบายที่แตกต่างกันเช่น ถ่ายทอดในการประชุมผู้บริหาร การประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลของจังหวัด การประชุมทันตบุคลากร แต่เน้นถ่ายทอดให้ผู้บริหารทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ รวมทั้งหัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขทุกโรงพยาบาล และทันตบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทุกแห่ง ได้รับทราบอย่างทั่วถึง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “มีการถ่ายทอดนโยบายในเวทีผู้บริหาร” มีการพูดคุยเรื่องกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์จากส่วนกลางมีรายละเอียดชัดเจน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “การกำหนดเป้าหมายมีความเหมาะสม ชัดเจน”

1.4 การตั้งเป้าหมายในแต่ละกลุ่มผู้รับบริการยังไม่เหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดส่วนใหญ่ระบุว่าเป้าหมายการตรวจช่องปากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์สูงไป ส่วนกลุ่มเด็กวัยเรียน ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นทั้งเป้าหมายเหมาะสม และสูงไปในงานเคลือบหลุมร่องฟัน พร้อมทั้งอยากให้เน้นเรื่องคุณภาพของงาน โดยมีการตรวจสอบการยึดติดของสารเคลือบหลุมร่องฟัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “ผลงานที่มากขึ้นควรมาพร้อมกับคุณภาพของงาน”

1.5 บุคลากรผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ ส่วนเรื่องการปฏิบัติงาน ด้านกำลังคน ทุกจังหวัดมีปัญหาเรื่องผู้ช่วยทันตกรรมไม่เพียงพอ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางแห่งมีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขประจำ และบางแห่งไม่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขประจำ แต่มีทันตบุคลากรออกไปหมุนเวียนให้บริการ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “บาง รพ.สต.ที่ทันตภิบาลไปเวียนให้บริการต้องจัดบริการคนเดียวโดยไม่มีผู้ช่วยทันตกรรม”

1.6 การบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์สามารถดำเนินการได้ วัสดุอุปกรณ์ มีปัญหาบ้าง แต่สามารถบริหารจัดการได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “ช่วงแรกมีปัญหาเรื่องการเงิน ไม่สามารถซื้อของได้ แต่พอเงินมาก็จัดซื้อได้ปกติ”

2.กระบวนการ จากข้อมูลพบประเด็นดังนี้

2.1 การบันทึกข้อมูลใช้ทั้งโปรแกรม e-claim และระบบ 43 แฟ้ม ในด้านการบันทึกและการส่งออกข้อมูล โรงพยาบาลใช้โปรแกรม e-claim ทั้งหญิงตั้งครรภ์และเด็กวัยเรียน ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งข้อมูลบริการของหญิงตั้งครรภ์ไปให้โรงพยาบาล ลงผ่านโปรแกรม e-claim ส่วนเด็กวัยเรียนใช้ระบบ 43 แฟ้ม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “ใน รพ.ใช้ระบบ e-claim ส่วน รพ.สต.ใช้ระบบ 43 แฟ้ม” ผลการดำเนินงานจากระบบ 43 แฟ้มไม่เท่ากับผลการรายงานจากโปรแกรม e-claim ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “ข้อมูลที่บันทึกไม่ตรงกับข้อมูลที่ส่งออก”



ผลการรายงานจากโปรแกรม HDC ไม่สอดคล้องกับรายงานจากโปรแกรม e-claim ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “ผลงานจาก HDC ไม่เท่ากับผลงานจาก e-claim” ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “ผลงานไม่เท่ากันเพราะใช้ข้อมูลจากคนละแหล่งข้อมูล”

2.2 การเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการสามารถตรวจสอบได้ แต่ระบบการเบิกจ่ายยังล่าช้า การเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการ หน่วยบริการสามารถตรวจสอบได้ฝ่ายทันตสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไม่สามารถตรวจสอบได้ต้องประสานกับงานประกันสุขภาพ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “รพ.สามารถตรวจสอบได้เอง ส่วนสสจ.ต้องขอข้อมูลจากงานประกัน” โดยระบบการกำกับติดตามผลงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยบริการ สามารถตรวจสอบผลงานเบื้องต้นจากระบบ HDC ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “สสจ.ตรวจสอบจาก HDC” ส่วนระบบการกำกับติดตามค่าชดเชย มีปัญหาบ้าง ได้แก่ การเบิกจ่ายผ่านโรงพยาบาลไม่สะดวก เบิกจ่ายช้า ส่วนผลการเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการสามารถตรวจสอบจากเว็บของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เฉพาะหน่วยบริการ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “ควรสร้างระบบการเบิกจ่ายให้ถูกต้องรวดเร็ว ครอบคลุม และมีเอกสารชี้แจงให้กับสถานพยาบาล”

3.ผลลัพธ์ จากข้อมูลพบว่า ผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็ก 4-12 ปี ในปีงบประมาณ 2563 (ต.ค.2562 – ก.ย.2563) ทำได้ไม่ถึงเป้าหมาย โดยหญิงตั้งครรภ์ตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน เป้าหมาย ร้อยละ 75 ผลงานร้อยละ 13.78 เด็ก 4-12 ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์ เป้าหมายร้อยละ 50 ผลงานร้อยละ 42.68 และเด็กอายุ 6-12 ปี เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ เป้าหมายร้อยละ 50 ผลงานร้อยละ 15.63 เนื่องจากประสบกับสถานการณ์ โควิด-19 ทำให้ระยะเวลาการดำเนินงานมีค่อนข้างน้อย ประกอบกับต้องจัดระบบให้บริการแบบภาวะปกติใหม่ (New Normal) ทำให้ปริมาณการให้บริการลดลง โดยสามารถสรุปปัญหาในการดำเนินงานออกเป็น 3 ด้านดังนี้คือ

1) **ด้านสถานการณ์การดำเนินงาน** พบว่าสถานการณ์การดำเนินการในหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ 1) มีการประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง 2) กลุ่มเป้าหมายยังไม่เห็นความสำคัญของการมารับบริการ 3) ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา ที่ครอบคลุมค่าบริการแล้ว ผลงานจึงได้ต่ำกว่าเป้าหมาย ดังการให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ว่า “ผู้รับผิดชอบควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึง” การดำเนินการในกลุ่มเด็ก 4-12 ปี ได้แก่ 1) ส่วนใหญ่ให้บริการในภาคการศึกษาแรก (พ.ค. 62 – ก.ย.62) ในภาคการศึกษาที่สอง (พ.ย.62 เป็นต้นไป) บางจังหวัดให้บริการเรียบร้อยแล้ว ทำให้ยังไม่มีผลงานขึ้นในช่วงไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2563 ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “ให้บริการไปช่วงเทอมแรก ทำเรียบร้อยแล้ว” รวมทั้ง 2) มีสถานการณ์ระบาด โควิด-19 ทำให้การดำเนินงานหยุดชะงัก ผลงานจึงได้ต่ำกว่าเป้าหมาย

2) **ด้านปัญหาอุปสรรค** จากข้อมูลการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในเรื่องปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการตามนโยบายนั้นพบประเด็นดังนี้



(1) การถ่ายทอดนโยบายหลายระดับและปฏิบัติงานบางส่วนยังไม่ทราบนโยบายอย่างชัดเจน พบว่า มีปัญหาเรื่องการถ่ายทอดนโยบายมีการชี้แจงจากหลายภาคส่วน ถ่ายทอดหลายระดับ ถ่ายทอดไม่ถึงเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานบางส่วน ทำให้เกิดความความสับสน โดยเฉพาะประเด็น การบันทึกผลงานเพื่อการจัดสรรค่าชดเชยตามปริมาณงาน ดังการให้ข้อมูลเรื่องการถ่ายทอดนโยบายว่า “ผู้รับผิดชอบควรมีการถ่ายทอดให้ทั่วถึง” “การถ่ายทอดต้องชัดเจนทั้งตัวเนื้อหาและแนวทางการดำเนินการ” “ควรมีการชี้แจงแนวทางที่ชัดเจน” ผู้บริหารรับทราบนโยบายการดำเนินงานแต่บางส่วนไม่ได้ให้ความสนใจ ตามคำกล่าวที่ว่า “ผู้บริหารรับทราบ แต่ไม่ให้ความสนใจ”

(2) การตั้งเป้าหมายผลลัพธ์ไม่เหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลคิดว่า เป้าหมายผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ค่อนข้างสูงมากเกินไป ในการตรวจช่องปากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ตามคำกล่าวว่า “กลุ่มหญิงตั้งครรภ์เป้าหมายสูงเกินไป เพราะหญิงตั้งครรภ์บางส่วนไปรับบริการหน่วยบริการอื่น ไม่เข้าระบบของเรา” “เป้าหมายสูงเกินไปในงานเคลือบหลุมร่องฟัน” และกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน มีผู้ช่วยทันตกรรมไม่เพียงพอ ทั้งในรพ.และรพ.สต. ทำให้งานอาจไม่มีคุณภาพโดยเฉพาะการเคลือบหลุมร่องฟัน

(3) ระบบการบันทึกข้อมูลดีแต่ระบบการเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการล่าช้าและไม่ชัดเจนสำหรับการบันทึกและส่งออกข้อมูล การเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการไม่ชัดเจน ไม่ถูกต้อง ไม่ทันเวลา ไม่ครบถ้วน การจัดสรรเงินค่าชดเชยบริการมีความหลากหลาย ดังคำกล่าวว่า “การบันทึกทำได้ง่าย แต่การเบิกจ่ายค่าชดเชยยุ่งยาก ไม่สะดวก”

3) ด้านข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงาน ในส่วนข้อเสนอแนะของการดำเนินงาน ผู้ให้ข้อมูลมีข้อเสนอแนะตามประเด็นดังนี้

(1) ให้มีการถ่ายทอดนโยบายให้ทั่วถึง และชัดเจนทั้งเนื้อหาและแนวทางการดำเนินงาน ควรดำเนินนโยบายต่อเนื่องและขยายกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมกลุ่มวัยอื่น ๆ ดังการให้ข้อมูลเรื่องการถ่ายทอดนโยบายว่า “ผู้รับผิดชอบควรมีการถ่ายทอดให้ทั่วถึง” “การถ่ายทอดต้องชัดเจนทั้งตัวเนื้อหาและแนวทางการดำเนินการ”

(2) ปรับการตั้งเป้าหมายให้เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ระบาด โควิด-19 ทำให้ระยะเวลาดำเนินงานมีค่อนข้างน้อย ควรปรับลดเป้าหมายลงให้เหมาะสม ให้สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานในพื้นที่ โดยเฉพาะการตรวจช่องปากและจัดทำความสะอาดฟันหญิงตั้งครรภ์ และการเคลือบหลุมร่องฟันฟันกรามแท้เด็ก 6-12 ปี อีกทั้งควรมีการตั้งเป้าหมายตามข้อมูลของประเทศ ตั้งเป้าหมายเป็นขั้นบันไดให้สามารถดำเนินงานได้จริง

(3) ปรับรูปแบบการบริหารจัดการผู้ปฏิบัติงานให้เหมาะสมและเพียงพอ สำหรับสถานบริการบางแห่งที่มีปัญหาด้านบุคลากร แนะนำให้มีการบริหารจัดการกำลังคนในพื้นที่ ทุก รพ.สต. ที่จัดบริการควรมีผู้ช่วยงานทันตกรรมเพื่อช่วยทำให้ผลงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ดังการให้ข้อมูลว่า “ควรมีการรวมกลุ่มกันเวียนไปให้บริการแต่ละพื้นที่ จะทำให้ได้ปริมาณผลงานเพิ่มมากขึ้น”

(4) จัดอบรมการดูแลระบบข้อมูลและควรมีระบบประมวลผลข้อมูลให้แก่หน่วยงานต้นสังกัด ส่วนของการพัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานนั้นมีข้อเสนอแนะให้มีการอบรมเรื่องระบบข้อมูล และเรื่องการเบิกจ่ายค่าชดเชยเพื่อ



ทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ มีแนวทางกลางสำหรับหน่วยบริการหลัก ในการจัดสรรเงินให้กับสถานบริการร่วมให้บริการ ส่วนกลางควรมีการส่งสรุปผลงานรายหน่วยบริการให้กับทางสสจ. เป็นรายเดือนเพื่อใช้ในการกำกับติดตามหรือให้ผู้รับผิดชอบงานของกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ. สามารถเข้าดูรายละเอียดผลงานของทุกสถานบริการได้ จากเว็บของ สปสช. รวมทั้งมีการตรวจสอบคุณภาพ และปรับระบบข้อมูลการติดตามการยึดติดสารเคลือบหลุมร่องฟัน จากปัญหาข้อมูลของนักเรียนไม่สามารถระบุชั้นและโรงเรียนเด็กที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน ทำให้พื้นที่ต้องทำรายงานซ้ำซ้อน ดังข้อมูลว่า “มีปัญหาช่วงแรกที่ยังไม่เข้าใจรายละเอียดการบันทึก” “มีปัญหาในการลงข้อมูล อยากให้มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่”

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานพบว่า มีความเห็นด้วยระดับสูง เรื่องการดำเนินงานมีประโยชน์ การบันทึกและการส่งออกข้อมูลระบบ 43 แฟ้มใช้งานง่าย ความชัดเจนของนโยบาย และค่าชดเชยค่าบริการเหมาะสมกับปริมาณงาน สอดคล้องกับการศึกษาของวารสาร จิระพงษา และปิยะดา ประเสริฐสม (Jirapongsa W.& Prasertsom P.,2008) ที่กล่าวว่า การบริหารจัดการที่ชัดเจนทั้งเป้าหมาย ระบบสนับสนุน ตลอดจนระบบรายงาน และการประเมินผล เป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนินโครงการในระดับประเทศ เช่นเดียวกับการศึกษาของเดชา คนธภักดี และคณะ (Konthaphakdee D.,et al., 2018) ที่กล่าวว่า การสร้าง การรับรู้ของผู้บริหารและผูปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็น ส่วนความเห็นด้วยระดับปานกลางได้แก่ การถ่ายทอดนโยบายครอบคลุมทุกหน่วยงาน การประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบ ทำได้ทั่วถึง การบริการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายครบถ้วน เป้าหมายผลลัพธ์ทุกกลุ่มมีความเหมาะสม ระบบการดำเนินงาน ปฏิบัติได้ง่าย การบันทึกและการส่งออกข้อมูลระบบ e-claim ใช้งานง่าย ระบบการติดตามผลงานและผลการจ่ายค่าชดเชย สะดวก มีหลายช่องทาง การได้รับค่าชดเชย ถูกต้อง รวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์ (Tuongratanapan S., 2020) ที่กล่าวว่า การเพิ่มการเข้าถึงบริการทำได้โดยการเพิ่ม ศักยภาพของระบบบริการทันตกรรม โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ และมีมาตรการอื่นควบคู่ไปด้วย เช่น การจัดระบบบริการทางทันตกรรมปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ มาตรการกำลังคน การรณรงค์เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อก่อให้เกิดการตระหนักถึงความจำเป็นในการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของทันตบุคลากร ในการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ และการประสานงานที่ดีของทุกหน่วยงาน เพื่อให้มีระบบบริการที่ครอบคลุมสามารถเข้าถึงได้ มีประสิทธิภาพ และเป็นมาตรฐาน

ส่วนปัญหา 3 อันดับแรก คือ 1) ปัญหาระบบข้อมูล พบว่า ข้อมูลที่บันทึกไม่ตรงกับข้อมูลที่ส่งออก ข้อมูลผลงานจากระบบ HDC ไม่ตรงกับระบบ e-claim เนื่องจากการดึงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลไม่เหมือนกัน พบปัญหานี้มากที่สุด ข้อมูลส่วนนี้ใส่ในข้อค้นพบแล้วหรือไม่ เท่าที่อ่านยังไม่พบว่าได้มีการเขียนข้อค้นพบในส่วนนี้ในผล



การศึกษาฝากเติมเข้าไป เมื่อมีผลแล้วจึงจะนำมาอภิปรายได้ เพราะเป็นขั้นตอนที่ทุกหน่วยงานสามารถตรวจสอบผลงานและค่าชดเชยบริการได้ ทางสำนักทันตสาธารณสุข และกองบริหารการสาธารณสุขจากส่วนกลางกำลังดำเนินการปรับปรุง 2) ปัญหากำลังคน เรื่องผู้ช่วยทันตกรรมไม่เพียงพอ รวมถึงการจ้างผู้ช่วยทันตกรรมเพิ่มเติม เพื่อช่วยให้ผลงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา เจริญวิวัฒน์ และคณะ (Tianviwat S., et al., 2011) ที่กล่าวว่า การมีผู้ช่วย ช่างแก้ไข จะเพิ่มการยึดติดของสารเคลือบหลุมร่องฟันได้ถึง 2.3 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่มีผู้ช่วยช่างแก้ไข ซึ่งทางหน่วยบริการและส่วนกลางช่วยกันให้ข้อมูลรองรับความสำคัญของผู้ช่วยทันตกรรมกับผลการดำเนินงาน และปัญหาการเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการค่อนข้างล่าช้า และ 3) การจัดสรรค่าชดเชยบริการในระดับ CUP ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากต้องประสานงานกับหลายหน่วยงาน ทั้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเรื่องระบบข้อมูล และการเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการจากโรงพยาบาล ในการจัดสรรค่าชดเชยบริการ ส่วนปัญหาอื่นได้แก่สถานการณ์ระบาดโควิด-19

แนวทางการดำเนินงานการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการในหญิงตั้งครรภ์และเด็กวัยเรียน ภายใต้นโยบาย Fee Schedule เป็นการเปิดโอกาสและเริ่มเข้าสู่การขยายผลในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยอื่นตลอดช่วงชีวิต ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเป็นการเฉพาะนี้เป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ภายใต้แนวคิดที่เน้นการจัดบริการระดับปฐมภูมิและการจัดบริการที่ครบวงจรไร้รอยต่อ นอกจากนี้การดำเนินงานโดยการกำหนดตัวชี้วัดที่มีเฉพาะเชิงปริมาณเพียงมุมมองเดียว คงไม่สามารถสะท้อนปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ จึงน่าจะมีการประเมินเชิงคุณภาพร่วมด้วย ส่วนการดำเนินงานที่ผ่านระบบสารสนเทศที่ดี นั้นยังคงเป็นปัญหาอยู่ โดยเฉพาะตัวบุคลากรซึ่งมีความสำคัญมาก ซึ่งเป็นผู้ที่จะต้องใส่ข้อมูลในระบบ ทักษะและความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ทำให้เป็นอุปสรรคในการเก็บข้อมูลเชิงผลผลิตได้ รวมทั้งการที่ข้อมูลทั้งหมดถูกส่งไปรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลาง ก็ทำให้เกิดปัญหาในการนิเทศติดตามในระดับจังหวัดและระดับศูนย์เขตได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สำหรับผู้บริหาร ผู้บริหารควรมีการกำหนดนโยบายต้องมีความชัดเจน การถ่ายทอดนโยบายไปสู่การดำเนินการ ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน การวางแผนเชิงระบบที่มีความชัดเจนและมีแนวทางพร้อมทั้งกำหนดบทบาทที่ชัดในแต่ละระดับ การสนับสนุนปัจจัยต่างๆ ในการดำเนินงานตั้งแต่งบประมาณ แนวทางการดำเนินงาน วัสดุอุปกรณ์ บุคลากร และระบบการนิเทศติดตาม ควรให้มีการนิเทศทั้งในระดับส่วนกลางและระดับเขต รวมทั้งการมีฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพในการสะท้อนการดำเนินงานได้อย่างรวดเร็ว



1.2 สำหรับผู้ปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติควรมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ระบบข้อมูล ต้องมีความรู้ที่ถูกต้อง มีระบบการดำเนินงานที่ปฏิบัติได้ง่าย มีระบบการติดตามผลงาน และผลการจ่ายค่าชดเชยบริการที่สะดวก เข้าถึงได้หลายช่องทาง ส่งเสริมความเข้าใจของผู้รับบริการในการเข้าถึงบริการ ต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบสิทธิประโยชน์ของการรับบริการ และช่องทางที่สามารถเข้ารับบริการได้อย่างทั่วถึง พัฒนาแนวทางการจัดบริการโดยใช้ในรูปแบบการบริหารจัดการให้มีความชัดเจน โดยการพัฒนาให้เกิดเป็นระบบที่มีความครบถ้วนทั้งในเรื่องของการบริหารจัดการ การควบคุมคุณภาพ และระบบการจัดการด้านข้อมูล ภายหลังการให้บริการ

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และข้อเสนอแนะของการดำเนินงานในช่วงแรกเท่านั้น ซึ่งคาดว่าจะป็นข้อมูลนำเข้าในการศึกษาวิจัยประเมินผลนโยบายนี้ที่ยังมีการดำเนินงานต่อไป

2.2 การวิจัยในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กนักเรียนเป็นการเปิดโอกาสและเริ่มเข้าสู่การขยายผลในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยอื่นตลอดช่วงชีวิต

2.3 มีผลพลอยได้จากการดำเนินงาน เช่นการพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีบริการ ซึ่งหากมีการบันทึกและจัดเก็บอย่างเป็นระบบ จะทำให้เกิดการต่อยอดและขยายผลไปอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- Jirapongsa W., & Prasertsom P. (2008). *Oral Health Promotion and Prevention in School Children Project under National Health Security “Yim (Smile) Sodsai (Bright), Dek Thai (Thai Children) Fun Dee (Healthy Teeth)”*: 2005-2007. *Thai Dental Public Health Journal*. 13(5), 85-96. (In Thai).
- Konthaphakdee D., et al. (2018). *Perceptions of Hospital Administrators and Primary Practitioners on Family Physician Clinic Policy: Understanding, Feelings, Expectations, Problems, Obstacles and Recommendations*. *Journal of Public Health System Research*. 12(2), 267-279. (In Thai).
- Ministry of Public Health. P&P Oral Health Service Plan. Retrieved 30 April 2020, from [https:// www.hdcservice.moph.go.th](https://www.hdcservice.moph.go.th).
- Ministry of Public Health, Bureau of Dental Health Department of Health, National Health Security Office. (2019). *Management manual of oral health promotion and prevention service focusing accessibility of specific population group*. Nonthaburi: Sahamit Printing and Publishing Co., Ltd.; 2019. (In Thai).



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

Tuongratanapan S. (2020). *Public - Private Partnership for oral healthcare to reduce the inequality of access to oral health services in child population in Thai urban area*. Data warehouse and health system knowledge Health System Research Institute 2020. (In Thai).

Tianviwat S.,et al.(2011). *Factors related to short-term retention of sealant in permanent molar teeth provided in the school mobile dental clinic, Songkhla, Southern Thailand*. *Journal of Public Health* 2011;41(1):50-58.

Von Bertalanffy, L. *General System Theory: General Systems*. Yearbook of the Society for the Advancement of General System Theory. 1: 1-10; 1956.



Effects of Health Promotion Program on Self-care Agency in Patients Breast Cancer Treated with Chemotherapy

Preeyaporn Wacton^{*}, Tipawan Tiemsan^{**}

(Received: March 23, 2021, Revised: Mar 27, 2021, Accepted: June 7, 2021)

Abstracts

This study was a quasi-experimental research. The purpose of the study was to evaluate the effects of health promotion program on self-care agency in patients breast cancer treated with chemotherapy. Sample was thirty post-operation breast cancer patients who treated with chemotherapy during March 2020 to July 2020, and then were assigned to either the experimental or control groups (15 patients to each group). The experimental group received the promoting self-care program that was developed based on Orem's nursing system theory, while the control group received usual nursing care only. Data of pre and post intervention and control group were collected using self-care questionnaire. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test. The results showed that the quality of life and self-care behaviors of the patients after receiving the program were significantly better than those before receiving the program. The study found that the experimental group had level more self-care agency after receiving health promotion program at significance level of < 0.001 . The mean score of self-care agency in experimental group was significantly higher than the control group ($p < 0.05$). This finding could be used as a guideline for improving nursing quality and health promotion models for other cancer patients.

Keywords: Promotion program, Self-care agency, Breast cancer, Chemotherapy

^{*} Registered Nurse Professional Level, Chemotherapy Unit, Phrae Hospital.

^{**} Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phare, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Corresponding author: tipawan@bcnph.ac.th



ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ปรียาภรณ์ วรรณตอน* ทิพวรรณ เทียมแสน*

(วันรับบทความ: 23 มีนาคม 2564, วันแก้ไขบทความ: 27 พฤษภาคม 2564, วันตอบรับบทความ: 7 มิถุนายน 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดและเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลแพร่ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2563 จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem,2001) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มะเร็งเต้านม เคมีบำบัด

*พยาบาลวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลแพร่

**อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, ผู้ประสานงาน: tipawan@bcnph.ac.th

**บทนำ**

มะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อสุขภาพสตรี และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอันดับต้น ๆ ของทุกประเทศทั่วโลก โดยพบเป็นอันดับ 1 ในมะเร็งเพศหญิง (World Health Organization, 2020) ที่มีอุบัติการณ์ถึงร้อยละ 16 และร้อยละ 28.6 ต่อแสนประชากรของโลกและประเทศไทยตามลำดับ รวมทั้งมีแนวโน้มของอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (National Cancer Institute, 2015) ปัจจุบันวิธีการรักษาโรคมะเร็งเต้านมได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเป็นการรักษาแบบพหุสาขา (multi-disciplinary) ที่ประกอบด้วย การผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา เป็นการรักษาหลัก ร่วมกับวิธีการรักษาในเชิงชีววิทยาโมเลกุล เช่น การรักษาแบบมุ่งเป้า (target therapy) ภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น โอกาสในการกลับเป็นซ้ำลดลง และยังช่วยประคับประคองอาการผู้ป่วยที่โรคมะเร็งอยู่ในระยะแพร่กระจาย ให้ทุกข์ทรมานน้อยที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Sangkhathat, 2016; Prisutkul, et al, 2013; National Cancer Institute, 2015)

การผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับโรคมะเร็งเต้านมที่มีมายาวนาน มีเป้าหมายเพื่อกำจัดก้อนมะเร็งออกจากร่างกายให้ได้มากที่สุด เพื่อการควบคุมโรคเฉพาะที่ (adequate loco-regional control) และให้ทราบระยะที่แท้จริงของโรค สำหรับวางแผนการรักษาที่เหมาะสม (tumor information and staging) รวมทั้งให้เกิดความสวยงามและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (appropriate quality of life) (Asdornwised, U., et al., 2016) อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยการผ่าตัดอาจไม่สามารถตัดก้อนมะเร็งออกได้อย่างสมบูรณ์ (completed resection) อันเนื่องมาจากปัจจัยด้านขนาด ตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ระยะของโรค และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จึงอาจส่งผลให้มีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่บริเวณเต้านม และมีโอกาสการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะข้างเคียง แพทย์จึงมักพิจารณาให้การรักษาร่วมด้วย เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่ (Sangkhathat, 2016) ซึ่งการรักษาด้วยเคมีบำบัด (chemo therapy) ที่ปัจจุบันถือเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่มีบทบาทอย่างมากในกระบวนการรักษาแบบพหุสาขา ที่แพทย์มักใช้ควบคู่กับการผ่าตัด เพื่อช่วยลดขนาดของก้อนมะเร็งให้เล็กลงก่อนทำการผ่าตัด หรือให้ภายหลังจากการผ่าตัดในการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษามะเร็งเต้านมที่หลงเหลือ หรือมีการหลุดรอดไปยังระบบอื่นๆทั่วร่างกาย ช่วยให้มีโอกาสหายขาด ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น (Sangkhathat, 2016; Baxter, 2017; Hussain, et al, 2017)

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แม้จะมีข้อดีในการช่วยทำลายเซลล์มะเร็งได้ทุกระบบของร่างกาย ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือฉายรังสีเพียงวิธีเดียว แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดจนอาจทำให้เกิดอาการทุกข์ทรมานตามมา เนื่องจากยาเคมีบำบัดไม่สามารถแยกเซลล์มะเร็งออกจากเซลล์ปกติได้ โดยเฉพาะเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวเร็ว เช่น เซลล์ไขกระดูก เยื่อบุทางเดินอาหาร รากผม เล็บ ที่มักได้รับผลกระทบจากเคมีบำบัดและก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วย ซึ่งความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับชนิด ปริมาณ วิธีการให้ยาและปัจจัยของตัวผู้ป่วยเองแต่ละคน (Petpichetchian, 2011; National Cancer Institute, 2015; Breastcancer.org, 2017) ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด ไม่เพียงแต่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่ยังอาจส่งผลกระทบต่อแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การลดขนาดยาเคมีบำบัดหรือเลื่อนระยะเวลาของการให้ยาออกไป ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษา อัตราการรอดชีวิต และต้นทุนค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (National Cancer Institute, 2015; Breastcancer.org, 2017) ดังนั้นการได้รับความรู้หรือคำแนะนำ เพื่อให้



สามารถดูแลตนเองระหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง จะช่วยชะลอหรือป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรงได้ (Petpichetchian, 2011; Sirilertrakul, et al, 2012) พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ทำหน้าที่การดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างใกล้ชิด จึงมีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆระหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลแพร่ ทำหน้าที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเต้านมด้วยยาเคมีบำบัด สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาประกอบด้วย 5 สูตรยา ได้แก่ AC Protocol, FAC Protocol, CMF Protocol, Doxitaxel Protocol และ Paclitaxel Protocol จากข้อมูลการให้บริการ ปีพ.ศ. 2560-2562 พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดที่มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ อาการชาปลายมือปลายเท้า คลื่นไส้อาเจียน แผลในช่องปากและลำคอ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบโลหิต และมีระดับความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่าปกติ (hematocrit < 30%) ต้องถูกเลื่อนนัดการรับยาเคมีบำบัดถึงร้อยละ 16.67 และต้องเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการให้เลือดทดแทน ร้อยละ 10.00 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเพื่อลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยพบว่า การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง สามารถปฏิบัติตัวและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดในระดับต่ำ มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ลดลง และระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น (George, et al, 2012; Mollaoglu & Erdogan, 2015) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2011) ต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ป่วยมะเร็งระบบอื่น ๆ ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนลงได้ และสามารถรับยาเคมีบำบัดได้ตรงตามแผนการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

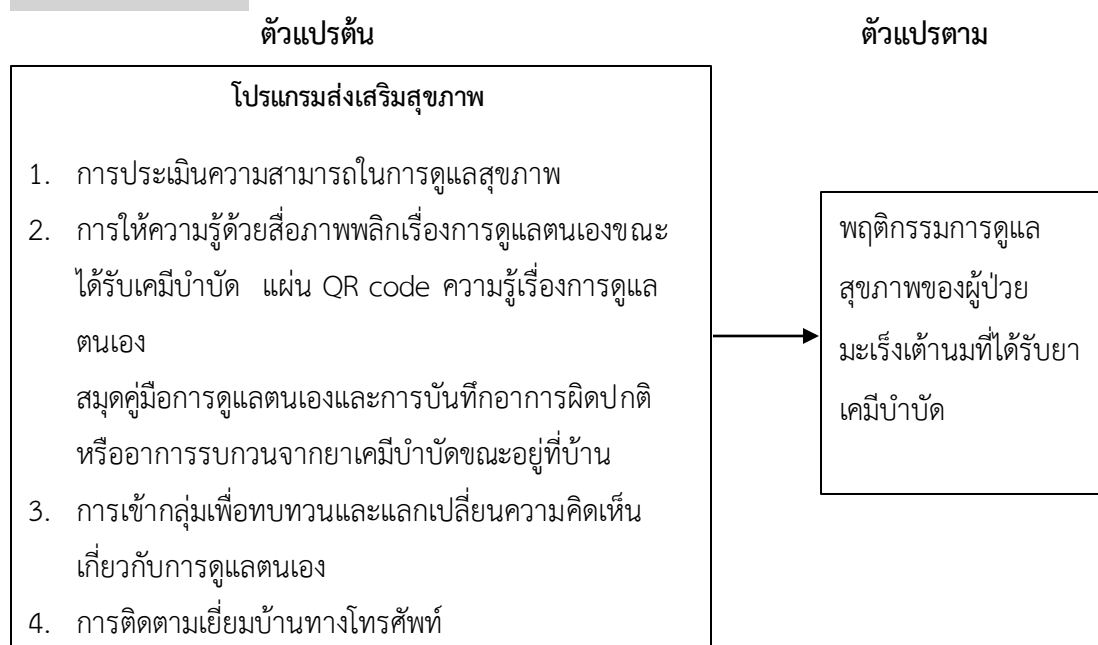
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**นิยามศัพท์เฉพาะ**

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทางการพยาบาล ที่สนับสนุนให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดและรับเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem,2001) ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการประเมินพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ 2) กิจกรรมการให้ความรู้ด้วยสื่อภาพพลิกเรื่องการดูแลตนเองระหว่างได้รับเคมีบำบัด แจกแผ่น QR code สำหรับใช้โทรศัพท์มือถือสแกนเพื่อทบทวนความรู้การดูแลตนเอง สมุดคู่มือการดูแลตนเองและการบันทึกอาการผิดปกติหรืออาการรบกวนจากยาเคมีบำบัดขณะอยู่ที่บ้าน 3) กิจกรรมการเข้ากลุ่มเพื่อทบทวนและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และ 4) กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ เพื่อให้การสนับสนุนและเสริมสร้างพลังใจในการดูแลตนเอง

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ การกระทำที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดและรับเคมีบำบัด ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆซึ่งวัดโดยใช้แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem,2001)

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด หมายถึง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการด้วยยาเคมีบำบัดสูตรที่ใช้ในโรงพยาบาลแพร่ ซึ่งมีทั้งหมด 5 สูตรยา ประกอบด้วย AC protocol, FAC protocol, CMF protocol, doxorubicin protocol และ paclitaxel protocol

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีการดำเนินวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยมีแบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม หลังได้รับการผ่าตัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลแพร่

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power กำหนด Power ที่ระดับ .80, Effect Size ขนาดปานกลาง (.50), ความเชื่อมั่น 95 % ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 ราย และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทำการศึกษาที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดออก จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้เท่ากับ 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงจำนวน 30 รายจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังรับการผ่าตัด และได้รับเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษ ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เดือนมิถุนายน พ.ศ.2563 โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังรับการผ่าตัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดรายใหม่ ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลแพร่
2. ได้รับยาเคมีบำบัดครบจำนวนครั้งตามแผนการรักษาของแพทย์
3. สามารถสื่อสารด้วยการพูด การฟังภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. ยุติการรักษาก่อนได้รับยาเคมีบำบัดครบจำนวนครั้งตามแผนการรักษาด้วยเหตุผลใดๆก็ตาม
2. เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพไม่ครบจำนวนครั้งตามที่กำหนด
3. มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัย

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยจัดเข้าสู่กลุ่มทดลองจำนวน 15 ราย เพื่อให้ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 รายได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของโอเริ่ม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการประเมินพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ 2) กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างการได้รับเคมีบำบัดด้วยภาพพลิกการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด แจกแผ่น QR code สำหรับใช้โทรศัพท์มือถือสแกนเพื่อทบทวนความรู้การดูแลตนเอง สมุดคู่มือการดูแลตนเองและการบันทึกอาการผิดปกติหรืออาการรบกวนจากยาเคมีบำบัดขณะอยู่ที่บ้าน 3) กิจกรรมการเข้ากลุ่มเพื่อทบทวนและแลกเปลี่ยนความ



คิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และ 4) กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ ซึ่งได้รับการตรวจความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษา (face validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคมะเร็ง 2) พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และ 3) เกษตรกรผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และได้ค่า content validity index (CVI) = 1 ความเหมาะสมของภาษา ไม่มีการปรับเปลี่ยนแก้ไข

2. เครื่องที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการดูแลตนเองของ ภราดร ล้อธรรมา (2560) มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 39 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก 36 ข้อ ความหมายทางลบ 3 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ แปลความหมายค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้

3.50-4.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก

2.50-3.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

1.50-2.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

1.00-1.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคมะเร็ง พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเกษตรกรผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ตรวจสอบความชัดเจน ความถูกต้องของภาษา ความตรงตามเนื้อหา และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปร โดยมีค่าความตรงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.90

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่นไปทดลองใช้ (tryout) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 10 ราย และนำข้อมูลมาหาค่าความคงที่ภายในของเครื่องมือ (internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วดำเนินการทดลองโดยกลุ่มควบคุมได้รับการ



พยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามเวลาที่กำหนด

1. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1.1 กลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหน่วยเคมีบำบัด

โรงพยาบาลแพร่ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.1.1 พบกลุ่มตัวอย่างครั้งแรก ณ หน่วยเคมีบำบัด ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมารับยาเคมีบำบัดครั้งแรก ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1.2 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ครั้งที่ 1 โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

1.1.3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การให้คำแนะนำเรื่องโรคเมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนที่ต้องระวัง และวิธีการดูแลสุขภาพระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

1.1.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ถึง ครั้งที่ 5 ตามแพทย์นัด ผู้วิจัยจะทำการประเมินภาวะสุขภาพ ซักถามอาการผิดปกติ ร่วมกับให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพแก่กลุ่มตัวอย่างในทุกครั้งของการมารับยาเคมีบำบัด

1.1.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 6 ซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายตามแผนการรักษา ผู้วิจัยจะทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

3.2 กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 2) กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างการได้รับเคมีบำบัดด้วยภาพพลิกการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด แจกแผ่น QR Code สำหรับใช้โทรศัพท์มือถือสแกนเพื่อทบทวนความรู้การดูแลตนเอง สมุดคู่มือการดูแลตนเองและการบันทึกอาการผิดปกติหรืออาการรบกวนจากยาเคมีบำบัดขณะอยู่ที่บ้าน 3) กิจกรรมการเข้ากลุ่มเพื่อทบทวนและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และ 4) กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.2.1 พบกลุ่มตัวอย่างครั้งแรก ณ หน่วยเคมีบำบัด ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมารับยาเคมีบำบัดครั้งแรก ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.2 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ครั้งที่ 1 โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ



3.2.3 ผู้วิจัยให้ความรู้ด้วยสื่อภาพพลิกเรื่องการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด และแจกแผ่น QR code สำหรับใช้โทรศัพท์มือถือสแกนเข้าถึงสื่อการเรียนรู้เพื่อทบทวนความรู้การดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมทั้งแจกสมุดคู่มือการดูแลตนเองและแนะนำวิธีการบันทึกอาการผิดปกติหรืออาการรบกวนจากยาเคมีบำบัดที่พบขณะอยู่ที่บ้าน และให้นำสมุดติดตัวมาด้วยทุกครั้งที่มารับยาตามนัด

3.2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 และ 3 ตามแพทย์นัด ผู้วิจัยจะทำการประเมินภาวะสุขภาพ ชักถามอาการผิดปกติ ร่วมกับการทบทวนความรู้การดูแลสุขภาพด้วยสื่อภาพพลิกแก่กลุ่มตัวอย่าง

3.2.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 4 และ 5 ตามแพทย์นัด ผู้วิจัยจะจัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันทบทวนความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพ การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด และร่วมให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ภายใต้การดูแลการทำกิจกรรมโดยผู้วิจัย

3.2.6 ผู้วิจัยทำการบันทึกเบอร์โทรศัพท์ และนัดหมายการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ภายหลังจากที่ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดและกลับไปอยู่ที่บ้าน ในช่วง 3 สัปดาห์ของการเว้นระยะห่างระหว่างการรับยาเคมีบำบัดตามนัดครั้งต่อไป

3.2.7 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 6 ซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายตามแผนการรักษา ผู้วิจัยจะทำการประเมินพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ

4. ผู้วิจัยนำเข้าสู่ข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย แสดงค่าจำนวนและร้อยละ
- 2.วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ paired sample t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ โดยส่งโครงร่างวิจัยให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลแพร่ พิจารณาให้ความเห็นชอบ และมีการแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยความสมัครใจ และสามารถขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลหรือมีคำอธิบายใดๆ และจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับ นำมาใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้นและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง การ



วิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลแพร่ หมายเลขใบรับรอง 19/2562 ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2563

ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากที่สุดอยู่ในช่วง 46-60 ปี (ร้อยละ 93.30) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส (ร้อยละ 60) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) การศึกษาระดับอนุปริญญา (ร้อยละ 60) อาชีพรับราชการและไม่ได้ประกอบอาชีพในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 40) รายได้เฉลี่ยมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 46.70) สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลประเภทบัตรสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 93.30) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 66.70)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหลังได้รับการพยาบาลตามปกติสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (n=15)	2.90	0.66	3.63	0.58	7.64	< 0.001
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=15)	2.80	0.73	3.13	0.61	4.18	0.001

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (n=15)	3.63	0.58	28	2.29	0.029
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=15)	3.13	0.61			

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นตามกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง กล่าวคือ กิจกรรมการประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การรับรู้ถึงความจำเป็นและความต้องการในการแสวงหาความรู้หรือคำแนะนำที่ถูกต้องสำหรับการดูแลตนเอง กิจกรรมการให้ความรู้ด้วยสื่อภาพพลิกเรื่องการดูแลตนเองขณะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและจำเป็นสำหรับการดูแลตนเอง นอกจากนี้การมอบแผ่น QR code สำหรับให้ผู้ป่วยใช้โทรศัพท์มือถือสแกนเข้าถึงสื่อภาพพลิกเพื่อศึกษด้วยตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ช่วยให้มีโอกาสศึกษาทบทวนเนื้อหาในส่วนที่ยังไม่เข้าใจหรือต้องการศึกษาเพิ่มเติมให้มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองดียิ่งขึ้น นอกจากนี้กิจกรรมการเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเองภายใต้การให้คำแนะนำของพยาบาลประจำหน่วยเคมีบำบัด ถือเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ระบายความคับข้องใจ และมีกำลังใจในการเผชิญภาวะตึงเครียดจากภาวะโรคและอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ที่เชื่อว่า คนจะมีความสามารถในการวางแผนจัดการกระบวนการการดูแลตนเองได้ ถ้าได้รับความรู้ที่เหมาะสม (Orem, 2001) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภราดร ล้อธรรมา ที่ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ใน 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนเฉลี่ยการดรรชนีคุณภาพชีวิต หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ใน 8 สัปดาห์ และ 12



สัปดาห์ที่ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Lortamma, Tangkawanich, Janepaniss & Prachamban, 2015) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของพวงทอง จินดากุล อำภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์ ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตัวเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่ได้รับ การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสูงกว่าก่อนและระหว่างเข้าโปรแกรม ($P<.001$) การรับรู้ อาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร และเหนื่อยล้า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมต่ำกว่าระหว่างเข้าโปรแกรม ($P<.001$) และความวิตกกังวลหลังเข้าโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ($P<.001$) (Jindakul, Namvongprom & Pakdevong, 2018)

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถ อภิปรายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วยกิจกรรม การสอน ชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อการเรียนรู้ เป็นการออกแบบกิจกรรมต่างๆ อย่างมีขั้นตอน มีความต่อเนื่อง และเหมาะสมกับช่วงเวลาที่จะ กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้ดีกว่ากิจกรรมการพยาบาล ตามปกติ ที่ผู้ป่วยจะได้รับการสอนหรือคำแนะนำการดูแลตนเองด้วยสื่อภาพพลิกเฉพาะในครั้งแรกของการรับยา เคมีบำบัด และพยาบาลจะสอบถามอาการผิดปกติหลังรับยาเคมีบำบัดซ้ำ เมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาตามนัดใน ครั้ง ถัดไป เพื่อให้คำแนะนำการดูแลตนเองเพิ่มเติมตามปัญหาที่พบ นอกจากนี้การติดตามประเมินอาการทางโทรศัพท์ อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้เผชิญกับปัญหาเพียงลำพัง จึงมีความรู้สึก อบอุ่น และมีความมั่นใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง และนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังจนเกิดเป็นพฤติกรรม สุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติ กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อัน ดี การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมและการติดต่อสื่อสาร การศึกษาและ วัฒนธรรมล้วนมีอิทธิพลต่อบุคคลในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กฤษณา สังขมณีจินดา กิตติ กร นิลมานัต และ ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ ที่ทำการศึกษาลักษณะของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวัง ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความหวังในวันที่ 21 สูงกว่าวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.49, <.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยความหวังในวันที่ 21 สูงกว่ากลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($(1, 48) = 151.81, <.001$) (Sungkamuneejinda, Nilmanat & Kitrungrrote, 2013) และผลการศึกษาของ อภิญา พจนารถ ทิพาพรพงศ์หงส์กุล และ อัจฉรา สุคนธสรณ์ ที่ได้ทำการศึกษา ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความ เจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาล



ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ (Pochanart, Wonghongkul & Sukonthasam, 2013) โดยใช้แนวคิดระบบการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรนำผลของการวิจัยนี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องในระหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อช่วยชะลอหรือลดความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เพื่อสามารถคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และปลอดภัยจากอันตรายที่รุนแรงหรือการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนได้

ด้านการวิจัย สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการทำวิจัยต่อเนื่อง เช่น การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือผู้ป่วยมะเร็งระบบอื่นที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หรือการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล (caregiver) ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ด้านการบริหารจัดการ สามารถนำผลการวิจัยเสนอต่อหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปวางแผนในการสนับสนุนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในด้านต่างๆ เช่น งบประมาณ และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและจำนวนเพียงพอต่อการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นของผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และควรขยายเวลาในการศึกษาต่อเนื่องไปจนถึงภายหลังการได้รับยาเคมีบำบัดจนครบคอร์สการรักษา

**เอกสารอ้างอิง**

- Asdornwised, U., et al. (2016). *The main subject of surgical nursing II (3rd ed)*. Bangkok: NP Press Part., Ltd. (in Thai)
- Baxter Inc. (2017). *Cancer Knowledge*. Retrieved 30 April 2020, form: [http://www.baxter.co.th/th/patients and caregivers/cancer knowledge/index.html](http://www.baxter.co.th/th/patients%20and%20caregivers/cancer%20knowledge/index.html). (in Thai).
- Breastcancer.org. Pennsylvania (UK). (2017). *Chemotherapy*. [Online], Available: [http://www.breastcancer.org /treatment/chemotherapy](http://www.breastcancer.org/treatment/chemotherapy).
- George, M. R., Pamela, S. B., Morey, B., David, C., Asher, C.K., Charles C., et al. (2012). Cancer- and Chemotherapy- Induced Anemia: Clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the national comprehensive cancer network*, 10(5), 628-53.
- Hussain, S. A., Palmer, D. H., Stevens, A., Spooner, D., Poole, C. J., & Rea, D. W. (2017) Role of chemotherapy in breast cancer. *Expert review of anticancer therapy*, 5(6), 1095-110.
- Jindakul, P., Namvongprom, A., & Pakdevong, N. (2018). Effectiveness of the Educative-Supportive Program on Self Care Ability, Perceived Intensity of Side Effects of Chemotherapy and Anxiety among Patients with Early Breast Cancer Undergoing Adjuvant Chemotherapy. *Thai caner journal*, 38(3), 105-116.(in Thai).
- Lortamma, P., Tangkawanich, T., Janepaniss, U., & Prachamban, P. (2015). The Effect of Supportive and Educative Nursing Program on Self Care Agency and Quality of life in Patients Breast Cancer Post Operation with Chemotherapy. *Journal of public health*, 45(1), 13-27.(in Thai).
- Mollaoglu, M. & Erdogan, G. (2015). Management of chemotherapy-related arm symptoms in patients with breast cancer. *Cancer Nursing Practice*, 14(2), 22-28.
- National Cancer Institute. (2015). *Cancer Treatment*. Retrieved 30 April 2020, form: [https://www.cancer.gov/ about-cancer/treatment](https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment). (in Thai).
- National Cancer Institute. (2013). *Hospital-based cancer registry annual report 2013*. Bangkok: BTS Press Co., Ltd. (in Thai).
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concept of practice (6th ed.)*. St. Louis: Mosby.
- Petpichetchian, W. (2011). *Best nursing practice in cancer care*. Songkhla: Chanmuang Printing. (in Thai).



- Pochanart, A., Wonghongkul, T., & Sukonthasarn, A. (2013). Effect of Supportive - Educative Nursing System on Uncertainty in Illness among Newly Diagnosed Breast Cancer Patients. *Nursing journal*, 40(3), 75-84.(in Thai).
- Prisutkul, A., Sukuntapan, M., Arundon, T., Dechapunkul, A., & Prupetchkaew, N. (2013). Symptom Experiences, Symptom Management and Outcomes in Patients Under- going Chemotherapy. *Thai cancer journal*, 33(3), 98-111.(in Thai).
- Sangkhathat, S. (editor). (2016). *Cancer Science*. Bangkok: Sahamitpattanakarn printing. (in Thai)
- Sirilertrakul, S., et al. (2012). *Cancer nursing care*. Samut Prakan: Sinthaweeakit Printing. (in Thai).
- Sungkamuneejinda, S., Nilmanat K., & Kitrungrote, L. (2013). Impact of a Hope-Building Supportive Programme on Chemotherapy-Treated Advanced Breast Cancer Patients. *Thai journal of nursing council*, 28 (3), 32-42. (in Thai).
- World Health Organization. (2020). *Breast Cancer*. Retrieved 30 April 2020, form: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>



The Effect of Changing Health Behavior Program for the Diabetes Patients in Samai Subdistrict, Sop Prap District, Lampang

Pancheewan Laeboonma^{*} , Watcharapong Bunjubut^{†*}

(Received March 25, 2021, Revised: July 20, 2021, Accepted: August 11, 2021)

Abstract

The quasi-experimental research aims to study the effects of changing health behavior program for 60 diabetes patients in Samai Subdistrict, Sop Prap District, Lampang. The study was consisted a diabetes patients' group and a control group containing 30 persons each. The experimental group received a health changing program according to 1)The process of improving the potential of self-care for diabetic patient 2)The process of creating the perception of diabetes complications 3) The process of retelling positive experiences 4) Evaluating health status, knowledge and self-care behavior after program. The control group received the traditional diabetes therapy. The changing health behavior program, questionnaire of diabetes knowledge and self-care behavior and, fasting blood sugar (FBS) measurement were determined in this study. These data were collected from June to August 2020. The statistic, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and independent t-test were used for data analysis at the significance level of 0.05 ($p \leq .05$).

The results revealed the experimental group had average scores of knowledge, self-care behavior and FBS in diabetes significantly higher than before experimentation and control group ($P < .05$). In addition, a comparison between the experimental group and control group found that the experimental group had significantly higher than the control group in the average score of knowledge, self-care behavior and FBS in diabetes ($P < .05$) Therefore, the changing health behavior program enhance positive attitude on diabetes self-care behavior and affect health behavior change of patients in blood glucose control and diabetes complications reduction.

Keywords: Changing health behavior; Diabetes Mellitus; Self-care behavior; Fasting blood sugar

^{*} Public Health Technical Officer, Professional Level, Ban Jour Nuea, ,Sub-district Health Promoting Hospitals,
Corresponding author: panchee_wan@hotmail.co.th

^{**} Public Health Officer, Senior Level, Ban Jour Nuea, ,Sub-district Health Promoting Hospitals



ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลสมัย อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง

ปานชีวัน แลบุญมา*, วัชรพงษ์ บุญจูบุตร**

(วันรับบทความ : 25 มีนาคม 2564, วันแก้ไขบทความ : 20 กรกฎาคม 64, วันตอบรับบทความ : 11 สิงหาคม 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลสมัย อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) กระบวนการเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2) กระบวนการสร้างการรับรู้ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน 3) กระบวนการเสนอแบบอย่างด้านบวกเล่าประสบการณ์ และ 4) ประเมินภาวะสุขภาพ ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพหลังใช้โปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลสุขภาพตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t – test และ independent t – test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังนั้นการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานมีส่วนช่วยสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานต่อไป

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ; โรคเบาหวาน; การดูแลสุขภาพตนเอง; ระดับน้ำตาลในเลือด

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจัวเหนือ จังหวัดลำปาง,

ผู้ประสานงาน: panchee_wan@hotmail.co.th

** เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจัวเหนือ จังหวัดลำปาง

**บทนำ**

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก รายงานว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 108 ล้านคนในปี 2523 เป็น 422 ล้านคนในปี 2557 โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางพบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้น และพบว่าในปี 2559 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 1.5 ล้านคน และอีก 2.2 ล้านคนเสียชีวิตเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง สำหรับประเทศไทยพบแนวโน้มการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ต่อประชากรแสนคน ในปี 2557-2561 เป็น 5,095.9, 5,267.3, 5,344.8, 5,726.6 และ 5,981.4 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขพบแนวโน้มการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ต่อประชากรแสนคน ในปี 2557-2561 เป็น 17.5, 19.4, 22.3, 22.0 และ 21.9ตามลำดับ มากไปกว่านั้น จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 มีการประมาณการในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน 4.8 ล้านคน ในจำนวนนี้มีมากถึง 2 ล้านคนที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน อีกทั้งมีจำนวนผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคเบาหวานถึง 7.7 ล้านคน (Policy development and risk communication, 2019) ซึ่งโรคเบาหวานหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่ระยะแรกสามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนในหลายส่วนของร่างกายทั้งหัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และเส้นประสาท เกิดความเสียหายร้ายแรง และเพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบมากที่สุด มักเกิดขึ้นในผู้ใหญ่ สามารถป้องกันได้ด้วยรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพิ่มการทานผัก ผลไม้ เลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็มจัด การควบคุมอาหาร ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดหรือลดการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำจิตใจให้สงบ ผ่อนคลายความเครียด ไม่นอนดึก ตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รวมทั้งการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถือเป็นกุญแจสำคัญในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Division of Non Communicable Disease, 2018)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่นับวันจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในประเทศไทย ข้อมูลล่าสุดจากการสำรวจสุขภาพคนไทยครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 พบความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.9 หรือมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณ 5 ล้านคน และความชุกของคนไทยที่อ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31 เป็นร้อยละ 37 โดยพบว่าผู้หญิงไทยเกือบครึ่งมีภาวะอ้วนซึ่งภาวะอ้วนเป็นความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน และยังพบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุ การเสียชีวิตอันดับ 9 ของผู้หญิงทั่วโลกและติดอันดับ 2 ของการเสียชีวิตของผู้หญิงในประเทศไทย (Public Health System Development , 2016) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงมีความสำคัญ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในคลินิกเบาหวาน ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้รับการวิเคราะห์ปัญหารายบุคคล ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีคู่มือการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กระตุ้นให้กำลังใจติดตามประเมินความสำเร็จตามเป้าหมายที่ครอบคลุมทั้งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการรับประทานยาที่เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ลดลง (Suwansusiri J., 2019) นอกจากนี้จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

สุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Boonpradit A., 2015) ซึ่งจะเห็นได้ว่า การนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

จังหวัดลำปาง มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2562 ทั้งหมด 46,568 ราย ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 3,542 ราย อัตราป่วย 478.51 ต่อแสนประชากร ในอำเภอสบปราบ มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1,788 ราย ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 205 ราย อัตราป่วย 757.54 ต่อแสนประชากร (Health Data Center, 2020) และปัญหาด้านสุขภาพในตำบลสมัย 5 อันดับแรก พบโรคเบาหวาน เป็นปัญหาต่อเนื่องกันหลายปี ตั้งแต่ปี 2558 ถึงปี 2562 โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น ปี 2562 ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 43 ราย (ปี 2561 : 41 ราย) อัตราป่วย 1241.34 ต่อแสนประชากร มาจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปี 2561 จำนวน 19 คน ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลสมัย ปี 2562 มีจำนวน 424 คน อัตราป่วย 6,160.36 ต่อแสนประชากร เพิ่มจากปี 2561 (อัตราป่วย 5,725.50 ต่อแสนประชากร) โดยมีผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาต่อเนื่องที่ รพ.สต.บ้านจัวเหนือ 177 คน ร้อยละ 41.75 ซึ่งมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.55

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจัวเหนือ มีการให้บริการตรวจดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานตามมาตรฐานแนวทางการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาโดยตลอด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีทัศนคติต่อการรักษาโรคยังไม่ถูกต้อง ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน การดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับโรค จากข้อมูลสถิติ สถานการณ์โรคเบาหวาน การศึกษาและทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีการจัดทำโปรแกรมขึ้นตามบริบทของพื้นที่นั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทางผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลสมัย เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยมุ่งเน้นในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพหรือความฉลาดด้านสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ (Choeisuwan V., 2017) ทางคณะวิจัยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจัวเหนือจึงมีแนวทางการจัดการกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยจัดกระบวนการเพิ่มความรู้ในการดูแลตนเองเรื่องโรคเบาหวาน โภชนาการอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ผสมผสานกับกระบวนการเรียนรู้สนทนากลุ่ม ร่วมแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ตนเองพร้อมกับหาทางแก้ปัญหาเหล่านั้นด้วยตนเอง และติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกิดความตระหนักที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลตนเอง สามารถควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้านความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้านความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลอง



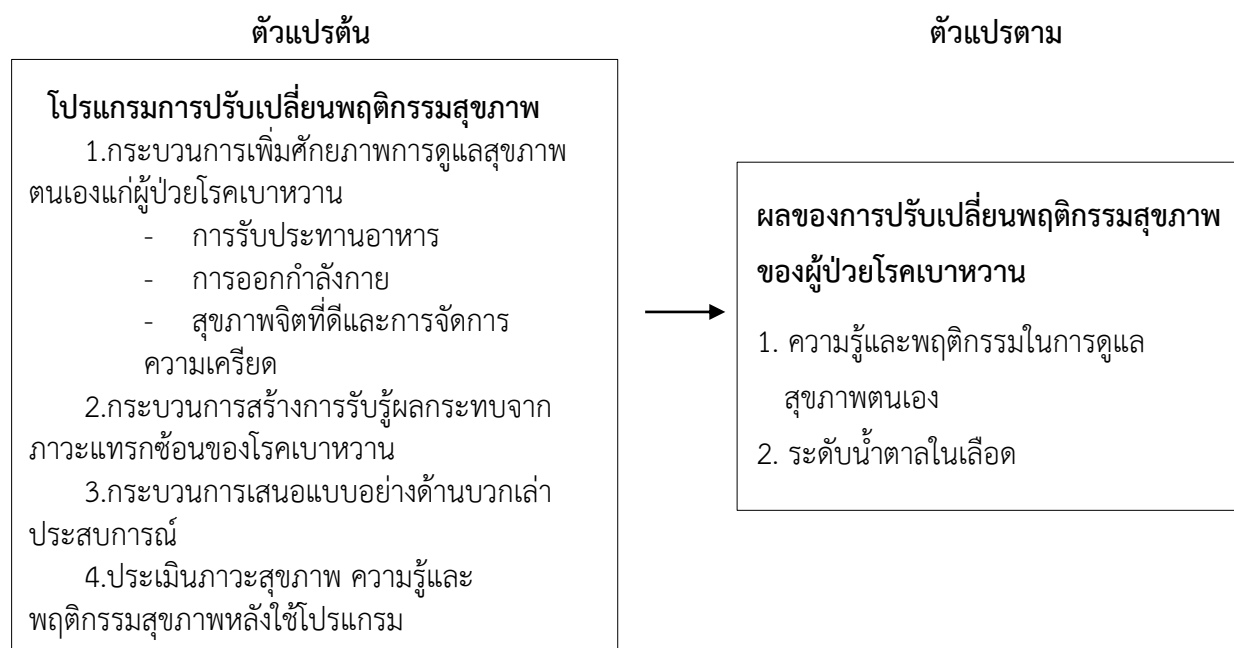
2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนกลุ่มควบคุม และระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัยประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) ด้านเนื้อหาเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด 2) ด้านประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในปัจุบันประมาณ 2563 จำนวน 465 คน โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจัวเหนือ ตำบลสมัย อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลาตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง กันยายน 2563

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้นำการส่งเสริมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ health literacy ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งส่งผลต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีอายุ 30 – 65 ปี ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตตำบลสมัยและมีระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) อยู่ในช่วง 140 – 180 mg/dL 2 ครั้งติดต่อกัน จำนวน 172 คน กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีอายุ 30 – 65 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย ที่อาศัยในเขตตำบลสมัย และมีระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) อยู่ในช่วง 140 – 180 mg/dL 2 ครั้งติดต่อกัน จำนวน 60 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจาก power analysis โดยคำนวณค่า effect size จากการศึกษาของ ยุกาพร นาคกลิ่ง (Nakkling Y., 2017) ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารการออกกำลังกายและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากสูตรของกลาส (Glass, 1976) ได้ค่า effect size เท่ากับ 0.65 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบทางสถิติ (power analysis) เท่ากับ 0.8 เปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย จากการอ้างอิงการวิจัยกึ่งทดลองควรมีก่อนมีกลุ่มตัวอย่าง น้อยที่สุด 20-30 คน ถ้ามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มซึ่งมีประชากรจำนวนน้อยควรมีไม่ต่ำกว่า 10 คน (Polit & Hungler, 1995) ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน และการเจาะเลือดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เหนือกว่าคัดเข้าคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอายุ 30 – 65 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
2. ไม่มีประวัติเจ็บป่วยรุนแรงในรอบปีที่ผ่านมา
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านออกและเขียนได้
4. สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือมีประวัติเป็นโรคหัวใจ
2. ผู้ที่ไม่สามารถอ่านออกและเขียนได้
3. ไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการจัดกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง
4. เป็นผู้ที่ไม่สามารถเดินทางหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตัวเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คณะวิจัยได้สร้างขึ้นเอง



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

โดยพัฒนาการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของดารณี ทองสัมฤทธิ์ และคณะ (Thongsumrit et al., 2017) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม โดยใช้กระบวนการ 4 กระบวนการในการจัดกิจกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยจัดกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ วัดผลหลังทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 12 โดยมีกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 : กระบวนการที่ 1 เพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเมินสุขภาพเบื้องต้น ประกอบด้วย ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ประเมินค่าดัชนีมวลกาย เจาะน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว(DTX) ประเมินความรู้ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และการให้ความรู้เพิ่มการรับรู้ ประกอบด้วย 1. ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย 2. โภชนาการอาหารที่เหมาะสมกับโรค 3. เรื่องสุขภาพจิตการจัดการความเครียด 4. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคและวิถีชีวิต 5. กิจกรรมสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ตนเอง หาวิธีแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ในช่วง 3 สัปดาห์ให้ผู้ป่วยบันทึกอาหารที่รับประทาน 3 มื้อต่อวัน และบันทึกการออกกำลังกายหรือออกแรง ระยะเวลาที่ปฏิบัติใน 1 วัน

สัปดาห์ที่ 4 : กระบวนการที่ 2 สร้างการรับรู้ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ให้ชมวีดิทัศน์ตัวอย่างด้านลบที่เป็นโรคเบาหวาน อาการแทรกซ้อนและความรุนแรงจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ติดตามการดูแลสุขภาพตนเอง วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะเวลา 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา รายบุคคล

สัปดาห์ที่ 8 : กระบวนการที่ 3 การเสนอตัวแบบดูแลสุขภาพ ประเมินสุขภาพเบื้องต้น ประกอบด้วย ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ประเมินค่าดัชนีมวลกาย เจาะน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว(DTX) การสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 15 คน เสนอให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เป็นตัวแบบด้านบวกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในการปฏิบัติตัวได้ดีและวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีชีวิต และให้สมาชิกกลุ่มวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

สัปดาห์ที่ 12 : กระบวนการที่ 4 ประเมินภาวะสุขภาพ ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพหลังใช้โปรแกรมครบ 12 สัปดาห์ โดยประเมินภาวะสุขภาพ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว(DTX) ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบสอบถาม กิจกรรมสนทนากลุ่ม 30 คน โดยสรุปภาวะสุขภาพ รายบุคคล วิเคราะห์ความรู้ และประโยชน์ที่ได้จากการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน
แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และ ประวัติการรักษา จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ ใช่ ไม่แน่ใจ หรือไม่ใช้

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางบวก คือ

ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน

ไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางลบ คือ

ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน

ไม่ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้อยู่ในระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 12 – 15 คะแนน)

ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79.99 (ช่วงคะแนน 10 – 11 คะแนน)

ความรู้อยู่ในระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0 - 9 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านการบริโภค จำนวนทั้งหมด 16 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ด้านออกกำลังกาย จำนวนทั้งหมด 6 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 6 ข้อ

ด้านการจัดการความเครียด จำนวนทั้งหมด 6 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ คำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางบวก คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 4 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

ปฏิบัตินานๆครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 0 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางลบ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 0 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน



ปฏิบัติบางครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	เท่ากับ 3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	เท่ากับ 4 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 90-112 คะแนน)
พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79.99 (ช่วงคะแนน 68 - 89 คะแนน)
พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0 - 67 คะแนน)

2.2 แบบบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ค่าระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยระดับปกติ	≤ 125 mg/dL
กลุ่มผู้ป่วยระดับ 1	126 – 154 mg/dL
กลุ่มผู้ป่วยระดับ 2	155 – 182 mg/dL
กลุ่มผู้ป่วยระดับ 3	≥ 183 mg/dL

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้นำเสนอแบบสอบถามฉบับร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ และอาจารย์วิทยาลัยพยาบาล ตรวจสอบความสอดคล้องและความตรงของเนื้อหา ผลการคำนวณค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) จำนวนข้อคำถาม 53 ข้อ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index, CVI เท่ากับ 0.97

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบ (try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาในพื้นที่ใกล้เคียงกับ ตำบล สมัย อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง คือเขตตำบลนายาง อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยดำเนินการดังนี้

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษา



2. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์สถิติด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t – test

3. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t – test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน การคัดเลือก ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรู้ว่า โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดลำปางแล้ว รหัสโครงการ 078/2563 เมื่อเดือนพฤษภาคม 2563 โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย มีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ รวมถึงการเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปการสรุปผล

2. หากยินดีเข้าร่วมงานวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยถามข้อมูลทั่วไป และเก็บข้อมูลระดับน้ำตาลก่อนการทดลอง

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ การศึกษา สถานภาพ (n = 60)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					
41 – 50 ปี	1	3.3	13	43.33	.000
51 – 60 ปี	13	43.3	17	56.67	
61 ปีขึ้นไป	16	53.4	0	0.0	
เพศ					
หญิง	19	63.3	20	66.7	.79
ชาย	11	36.7	10	33.3	



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ การศึกษา สถานภาพ (n = 60) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	29	96.60	22	73.30	.01
มัธยมศึกษา	1	3.30	8	26.70	
สถานภาพสมรส					
โสด	0	0.00	1	3.30	.65
สมรส	27	90.00	25	83.30	
หย่าร้าง	0	0.00	3	10.00	
หม้าย	3	10.00	1	3.30	
อาชีพ					
เกษตรกร	27	90.00	26	86.70	.69
รับจ้าง	1	3.30	3	10.00	
อาชีพอิสระ	1	3.30	1	3.30	
ไม่ได้ทำงาน	1	3.30	0	0.00	
มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน					
ไม่มี	9	30.00	7	23.30	.63
พ่อแม่	8	26.70	15	50.00	
พี่น้อง	13	43.30	8	26.70	
ระดับน้ำตาลในเลือด					
70 – 99 mg/dL	1	3.30	0	0.00	1.0
100 – 125 mg/dL	3	10.00	4	13.30	
126 – 139 mg/dL	6	20.00	7	23.30	
140 – 180 mg/dL	17	56.70	16	53.30	
>180 mg/dL	3	10.00	3	10.00	
ระยะเวลาในการป่วยโรคเบาหวาน					
<1ปี	2	6.70	2	6.70	.01
1 – 3 ปี	2	6.70	11	36.70	
3 – 5 ปี	5	16.70	5	16.70	



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ การศึกษา สถานภาพ (n = 60) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
5 – 10 ปี	14	46.7	8	26.7	
>10 ปี	7	23.3	3	10.0	
วิธีการรักษาในปัจจุบัน					
ยาเม็ด	30	100.0	22	73.3	.01
ยาฉีด	0	0.0	6	20.0	
อื่นๆ	0	0.0	2	6.7	
มีภาวะแทรกซ้อน					
ไม่มี	23	90.0	22	73.3	.69
จอประสาทตาเสื่อม	1	3.3	2	6.7	
ความดันโลหิตสูง	4	13.3	5	16.7	
จอประสาทตาเสื่อม	0	0.0	2	6.7	
อื่นๆ	2	6.7	0	0.0	

*P<.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนทดลองและหลังทดลองของ กลุ่มทดลอง (n = 30)

ผลลัพธ์การทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	11.53	1.14	13.07	1.70	-4.84	.000*
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	76.20	8.96	82.20	8.56	-2.92	.007*
ระดับน้ำตาลในเลือด						
FBS (mg/dL)	154.60	21.26	139.60	17.54	3.28	.003*

*P<.05



จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 60$)

ผลลัพธ์การทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	13.07	1.70	12.07	1.39	2.50	.015*
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	82.20	8.56	75.30	11.56	2.63	.011*
ระดับน้ำตาลในเลือด						
FBS (mg/dL)	139.60	17.54	160.73	12.77	-5.34	.000*

* $P < .05$

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองยังไม่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ไม่ได้ ซึ่งเมื่อผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมต่างๆ ทั้ง 4 กิจกรรม ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง โดยผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นหลังจากกลุ่มผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้การเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเอง ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โภชนาการอาหารที่เหมาะสมกับโรค สุขภาพจิตการจัดการความเครียด และการออกกำลังกาย การใช้คู่มือดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การบันทึกติดตามพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง นับประเมนผลสุขภาพเบื้องต้นจากค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ใน



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

สัปดาห์ที่ 6 และ 12 จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดรับประทานอาหารประเภททอด ผัด ลดรับประทานขนมหวานและผลไม้ที่มีรสหวาน ประกอบอาหารรับประทานเอง เลิกดื่มกาแฟสำเร็จรูปได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธารณี ทองสัมฤทธิ์ และคณะ (Thongsumrit et al., 2017) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองยังไม่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้มีกลุ่มผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มสีส้ม มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) 155 – 182 mg/dL มากที่สุด ร้อยละ 53.3 ซึ่งเมื่อผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเอง โดยให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน สุขภาพจิตที่ดีและการจัดการความเครียด ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงจากก่อนทดลอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา จันทรา สุวรรณอยู่ศิริ รัชนก จันทรเพ็ญ (Suwunsusiri et al., 2019) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในคลินิกเบาหวาน พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีค่าลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองด้านอาหาร ออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ได้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มจำนวน 3 ครั้ง ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ และให้กลุ่มทดลองเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองอย่างน้อยคนละ 1 วิธี ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้จริงจากวิถีชีวิต และสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนหลังปรับเปลี่ยนตนเองครบ 1 เดือน ทำให้เกิดการกระตุ้นให้มีการดูแลสุขภาพตนเองให้ถูกต้อง ส่งผลให้กลุ่มทดลองนำไปปรับใช้ให้เหมาะกับวิถีชีวิตของตนเองและปฏิบัติได้จริง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจันทรา สุวรรณอยู่ศิริ รัชนก จันทรเพ็ญ (Suwunsusiri et al., 2019) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในคลินิกเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการจัดโปรแกรม มีการสนทนากลุ่ม เสนอตัวแบบด้านบวกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในการปฏิบัติตัวได้ดี เล่าถึงผลดีของการ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และให้ชมวิถีทัศนัตัวแบบด้านลบที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เช่นโรคไตวาย จอประสาทตาเสื่อม เท้าเป็นแผลเรื้อรัง ทำให้กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเอง โดยมีวินัยในการรับประทานอาหารและยาที่ถูกต้อง เพื่อให้ตนเองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรมีการใช้แนวทางการเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
2. การใช้โปรแกรมที่กลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุควรมีบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล
3. ควรจัดกิจกรรมโดยใช้โปรแกรมนี้ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาความต่อเนื่องของโปรแกรม การติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ในการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในระยะยาวได้ และเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลสมัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และขอขอบคุณคณะบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจัวเหนือ ที่ช่วยสนับสนุน อำนวยความสะดวก และดำเนินการจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ผู้วิจัยหวังว่า งานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์สำหรับใช้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ต่อไป สำหรับข้อบกพร่องผิดพลาดต่างๆ ผู้วิจัยยินดีน้อมรับไปพิจารณาปรับแก้ไข เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Boonpradit A., et al. (2015). The Effects of Self-Efficacy Enhancement Program on Health Behaviors Among Patients with Diabetes in Nong-Done Disyriect, Saraburi Province. *Journal of phrapokklao nursing college*. 27(1). 72-82.
- Division of Non Communicable Disease. (2018). *World Diabetes Day 2018*. Retrieved from: <http://www.thaincd.com/2016/news/announcement-detail.php?id=13256&gid=16> (2020, 20 May).
- Health Data Center. (2020). *Incidence rates of diabetes*. Retrieved from: <https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/.php.ecefebce0001>.(2020, 01 May).



Kongpant P. (2016). Effects of Health Education Programs based on Protection Motivation Theory and Social Support on Behaviors to Prevent Complications from Kidney Disease among Type 2 Diabetic Patients. *Journal of phrapokklao nursing college*. 27(1).28-42.

Nakkling Y., et al. (2017). Effect of Self-Efficacy Enhancement Program on Health Behaviors among Older Adults with Uncontrolled Hypertension. *Apheit international journal* 6(1): 27-35.

Policy development and risk communication. (2019). *World Diabetes Day 2019. Division of non-communicable diseases*, Department of disease control. Retrieved from: <https://ddc.moph.go.th/odpc6/news.php?news=10238&deptcode=> (2020, 20 May).

Public Health System Development. (2016). *World Diabetes Day 2017*. [online] Available from: <http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease> (2020, 20 May).

Suwunsusiri J., et al. (2019). The Result of Health Promoting Program for Diabetes Patients without Insulin at Damnoensaduak Hospital. *Hua Hin sook jai klai kangwon journal*. 4(1).35-50.

Thongsumrit D., et al. (2017). *Effects of Health Behavior Modifying Program on Ability of Self-care among Risk Group of Diabetes Mellitus in Ratchaburi*. *Journal of phrapokklao nursing college*. 28(1), 26-35.



Effect of Health Behavior Modification Program Among Risk Groups of hypertension in Bannayang Health Promoting Hospital Nayang Subdistrict Sopprap District Lampang Province

Kalaya Tawong^{*}, Matinee Srisawat^{**}

(Received June 15, 2021, Revised: September 15, 2021, Accepted: October 9, 2021)

Abstract

This study was a quasi-experimental study with single-group measurement before and after the experiment. The purpose was to study the effect of the hypertension behavior modification program on knowledge and health-care behaviors in high-risk groups of hypertensive disease. Participants were 35-year-old patients with high blood pressure levels of more than 130/85- 139/89 at Ban Na Yang Health Promoting Hospital in Sopprap District, Lampang Province. Power analysis was used to calculate the sample size, with the effect size was set at 0.6 at a moderate level. The significance level was 0.05 and the statistical power analysis with open table was 0.8. The sample size of 24 people was chosen to be at least 20% incomplete, with 30 people recruited through purposive sampling. Research tools consisted of two parts: 1) the experimental tool, which included a program for changing health behaviors in high blood pressure group, and 2) the collected tool, which included a knowledge questionnaire. The statistics were used in the data analysis: Descriptive statistics and Paired t- test.

As a result, the sample group had average knowledge scores and self-care behaviors for hypertension after joining the program, compared to higher levels before joining the program. Furthermore, the participants' food consumption had a statistically significant lower salinity level than before entering the program, with $p < .001$. This can be used to adjust health behaviors in at-risk patients in order to reduce the risk of high blood pressure.

Keywords: Health behavior modification program; Risk groups; Hypertension

^{*} Registered Nurse, Professional Level, Bannayang, Sub-district health promoting hospitals, Lampang

^{**} Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Bannayang, Sub-district health promoting hospitals, Lampang,

Corresponding author: fon_mati@hotmail.com



ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาอาจ ตำบลนาอาจ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง

กัลยา ถาวงศ์*, เมธินี ศรีสวัสดิ์**

(วันรับบทความ : 15 มิถุนายน 2564, วันแก้ไขบทความ : 15 กันยายน 2564, วันตอบรับบทความ : 9 ตุลาคม 2564)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีระดับค่าความดันโลหิต $\geq 130/85$ - $139/89$ ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาอาจ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจาก power analysis กำหนดค่า effect size ระดับปานกลางซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ในการศึกษาทางการแพทย์เท่ากับ 0.6 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบทางสถิติ (power analysis) เท่ากับ 0.8 เปิดตารางได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 24 คน จำนวนเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วนร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และ ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแบบวัดระดับการบริโภคความเค็มในอาหาร ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวความคิด เรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ใช้เวลาในการจัดกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t- test

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีระดับความเค็มในการบริโภคอาหารต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

ข้อสรุปโปรแกรมฯ นี้สามารถนำไปใช้สำหรับการปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้เกิดผลในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

ความสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ; กลุ่มเสี่ยง; โรคความดันโลหิตสูง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาอาจ จังหวัดลำปาง

** นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาอาจ จังหวัดลำปาง

ผู้ประสานงาน: fon_mati@hotmail.com



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก คาดว่าในปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเช่นกัน เห็นได้จากความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 10 ล้านคน ในปี 2552 เป็น 13 ล้านคนในปี 2557 และเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคนี้ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเกือบ 4 ล้านคนในปี 2556 เป็นเกือบ 6 ล้านคนในปี 2561 จำนวนผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับจำนวนผู้ป่วยจาก 5,186 คนในปี 2556 เป็น 8,525 คน ในปี 2560 ปี 2557 มีการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่าประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปีต่อ จำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน (Punmung, N., Yulertlob, A., Landti, S., 2019)

โรคความดันโลหิตสูงถือเป็น “ฆาตกรเงียบ” เนื่องจากไม่มีอาการแสดง จนทำให้หลายคนต้องเสียชีวิตจากโรคนี้และในบางครั้งผู้ป่วยมักไปตรวจพบที่โรงพยาบาลจากการมารักษาโรคอื่นๆ ซึ่งหากมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานแล้วไม่ได้รับการรักษา จะแสดงอาการปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย วิงเวียน สับสน หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติหากมีภาวะความดันโลหิตสูงแล้ว ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นเวลานาน จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดแดงในตาเสื่อม อาจทำให้มีเลือดออกที่จอตาทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัว หรือตาบอดได้ โรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากหัวใจทำงานหนักขึ้นทำให้ผนังหัวใจหนาตัว และถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดหัวใจโต และหัวใจวายในที่สุด โรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะหลอดเลือดใน สมองตีบ ตัน หรือแตก ทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคไตเรื้อรัง เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอทำให้เกิดไตวาย ได้อาจรุนแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งโรคความดันโลหิตสูง มีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มี ปริมาณโซเดียมสูง (เช่น ปลากระป๋อง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป และเครื่องดื่มเกลือแร่ เป็นต้น) การสูบบุหรี่ การขาดออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบกับ อายุที่มากขึ้น รวมถึงการมี พ่อ แม่ หรือญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีโอกาส ต่อการเกิดโรคนี้มากขึ้น (Punmung, N., Yulertlob, A., Landti, S., 2019)

จังหวัดลำปาง มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2562 ทั้งหมด 117,763 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 1,537 คน อัตราป่วย 1,305.16 ต่อแสนประชากร ในอำเภอสบปราบมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 4,804 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 433 คน อัตราป่วย 1593.73 ต่อแสนประชากร ในตำบลนาอาจมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 515 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 61 คน อัตราป่วย 1329.85 ต่อแสนประชากร ในปี 2562 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาอาจ มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

รับผิดชอบทั้งหมด จำนวน 502 คน และมารับการรักษาในสถานบริการ จำนวน 333 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.33 มีประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดโรคความดันโลหิตทั้งหมดจำนวน 1,055 คน คิดเป็นร้อยละ 97.32 เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 6.92 มีอัตราความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.61 อีกทั้ง โรคความดันโลหิตสูงยังปัญหาด้านสุขภาพในตำบลบ้านนา ยาง 5 อันดับแรก ต่อเนื่องกันหลายปี (Health Data Center, Ministry of Public Health, 2019)

ดังนั้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงปัญหาของโรคความดันโลหิตสูงที่มาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยออกแบบโปรแกรมตามแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ในความสามารถของตนเอง และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย จนทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และอาจส่งผลให้สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนสุขภาพที่ส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่อง

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
3. เปรียบเทียบระดับความเค็มในอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความเค็มในอาหารน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

**นิยามศัพท์เฉพาะ**

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กิจกรรมที่จัดทำเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้และนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) การตัดสินใจ (decision skill) 5) การจัดการตนเอง (self-management) 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media-literacy) จากนั้นติดตามผลของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2 ด้านคือ

ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินมาจากการทบทวนวรรณกรรม

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองให้พ้นจากความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินมาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย พฤติกรรมบริโภคอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านนาทราย ตำบลนาทราย อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง และมีระดับค่าความดันโลหิตสูงกว่าหรือเท่ากับ 130/85- 139/89 มิลลิเมตรปรอท 2 ครั้งติดต่อกัน

ตรวจวัดความเค็มในอาหาร หมายถึง การตรวจหาค่าความเค็มในอาหารของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยเครื่องตรวจความเค็ม (Salt meter) โดยจะทำการสุ่มตรวจอาหาร 1 มื้อ ทั้งหมด 3 ครั้ง (ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม)

กรอบแนวคิดในการวิจัย**ตัวแปรต้น****ตัวแปรตาม**

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาอาจ ตำบลนาอาจ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปางได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2563 โดยเป็นผู้ที่มีระดับค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 130/85- 139/89 มิลลิเมตรปรอท วัด 2 ครั้งติดต่อกัน มีจำนวนทั้งหมด 72 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยเป็นผู้ที่มีระดับค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 130/85- 139/89 มิลลิเมตรปรอท วัด 2 ครั้งติดต่อกัน โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจาก power analysis โดยคำนวณค่า effect sizeจากการศึกษาของยูภาพร นาคกลิ่ง (2560) ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารการออกกำลังกายและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากสูตรของกลาส (Glass, 1976) ได้ค่า effect size เท่ากับ 0.65 ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบทางสถิติ (power analysis) เท่ากับ 0.8 เปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย
2. ระดับค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 130/85- 139/89 มิลลิเมตรปรอท วัด 2 ครั้งติดต่อกัน
3. ไม่มีประวัติเจ็บป่วยรุนแรงในรอบปีที่ผ่านมา
4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านออกและเขียนได้
5. สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือมีประวัติเป็นโรคหัวใจ
2. ไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการจัดกิจกรรม
3. เป็นผู้ที่ไม่สามารถเดินทางหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตัวเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ
 - 1.) รวบรวมข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ
2. ขั้นก่อนการทดลอง

เก็บข้อมูลทดลองครั้งที่ 1 ด้วยแบบสอบถามก่อนการทดลองในกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถาม ดังนี้



1.) ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระดับความดันโลหิต

2.) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต

3.) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านออกกำลังกาย

4.) ส่วนที่ 4 ผลการวัดระดับความเค็มในการบริโภคอาหารด้วยการตรวจวัดระดับความเค็มด้วยเครื่องตรวจความเค็ม (salt meter)

3. ขั้นตอนทดลอง

1.) กลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมดังนี้

ก. กิจกรรมที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) (สัปดาห์ที่ 2)

ข. กิจกรรมที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) (สัปดาห์ที่ 3)

ค. กิจกรรมที่ 3 ทักษะการสื่อสาร (communication skill) (สัปดาห์ที่ 4)

ง. กิจกรรมที่ 4 การตัดสินใจ (decision skill) (สัปดาห์ที่ 5-6)

จ. กิจกรรมที่ 5 การจัดการตนเอง (self-management) (สัปดาห์ที่ 7-10)

ฉ. กิจกรรมที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ (media-literacy) (สัปดาห์ที่ 11)

4. ขั้นตอนหลังการทดลอง

เก็บข้อมูลหลังการทดลอง ครั้งที่ 2 ด้วยแบบสอบถามหลังการทดลองในกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามดังนี้

1.) ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระดับความดันโลหิต

2.) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต

3.) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านออกกำลังกาย

4.) ส่วนที่ 4 ผลการวัดระดับความเค็มในการบริโภคอาหารด้วยการตรวจวัดระดับความเค็มด้วยเครื่องตรวจความเค็ม (salt meter)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระดับความดันโลหิต



ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาแบบวัดมาจาก การคิดคำถามในแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและตรวจสอบความตรง (validity) โดยพิจารณาความถูกต้องตามเนื้อหา และความเหมาะสม ของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้น นำแบบสอบไปถามไปทดลองใช้กับกลุ่มกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียง จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถาม ทางบวก จำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบให้เลือกตอบถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางลบ ข้อคำถามทางบวก ได้แก่ข้อ 1,2,3,5,6,8,9,11,12,13,14,15 คือ

ตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน

ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางลบ ได้แก่ข้อ 4,7,10 คือ

ตอบถูก เท่ากับ 0 คะแนน

ตอบผิด เท่ากับ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาแบบวัดมาจาก การคิดคำถามในแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและตรวจสอบความตรง (validity) โดยพิจารณาความถูกต้องตามเนื้อหา และความเหมาะสม ของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นนำแบบสอบไปถามไปทดลองใช้กับกลุ่มกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียง ข้อลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่เคย ปฏิบัติ แบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านการบริโภคอาหาร จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 1 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ

ด้านออกกำลังกาย จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางบวก (5,6,7,8,9,10) คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 4 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

ปฏิบัตินานๆครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 0 คะแนน



เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางลบ (1,2,3,4) คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	เท่ากับ 0 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	เท่ากับ 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	เท่ากับ 3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	เท่ากับ 4 คะแนน

ส่วนที่ 4 ผลการวัดระดับความเค็มในการบริโภคอาหารด้วยการตรวจวัดระดับความเค็มด้วยเครื่องตรวจความเค็ม (salt meter)

2. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวความคิด เรื่องความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) การตัดสินใจ (decision skill) 5) การจัดการตนเอง (self-management) 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media-literacy)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและตรวจสอบความตรง (validity) โดยพิจารณาความถูกต้องตามเนื้อหา และความเหมาะสม ของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัย 1 ท่าน แพทย์ผู้มีความรู้ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 1 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index, CVI เท่ากับ 0.97

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกับ ตำบลนายาง อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง จำนวน 30 ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (alpha) เท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระดับความดันโลหิต วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจง ความถี่ โดยนำเสนอในรูปของตารางแสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความแตกต่างของความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ dependent t-test



3. ผลการวัดระดับความเค็มในการบริโภคอาหารด้วยการตรวจวัดระดับความเค็มด้วยเครื่องตรวจความเค็ม (salt meter) และค่าระดับความดันโลหิตวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจง ความถี่ โดยนำเสนอในรูปแบบของตาราง แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย

4. ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือก ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรู้ว่า โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดลำปางแล้ว (เลขที่โครงการวิจัย หมายเลข 080/2563) ก่อนเก็บข้อมูลโดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย สิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ รวมถึงการเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปการสรุปผล

หากยินดีเข้าร่วมงานวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยถามข้อมูลทั่วไป และเก็บข้อมูลระดับน้ำตาลก่อนการทดลอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมโปรแกรมส่วนเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 23.30 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.70 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 50-59 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีส่วนสูงอยู่ในช่วง 150-159 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีสถานภาพการสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.30 มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.70 ประกอบอาชีพ ทำไร่ ทำนา ทำสวน คิดเป็นร้อยละ 76.70 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 73.40 มีค่าระดับความดันโลหิต ค่าตัวบนอยู่ในช่วง 130-139 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 100.00 ค่าตัวล่างอยู่ในช่วงน้อยกว่า 85 มิลลิเมตรปรอทและช่วง 85-89 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 43.30

2. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการวัดระดับความเค็มในการบริโภคอาหารด้วยการตรวจวัดระดับความเค็มด้วยเครื่องตรวจความเค็ม (salt meter) และค่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนสุขภาพ



ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการวัดระดับความเค็มในการบริโภคอาหารด้วยการตรวจวัดระดับความเค็มด้วยเครื่องตรวจความเค็ม (salt meter) และค่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 30)

ระดับ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความรู้					
มีความรู้อยู่ในระดับดี	12	40.00	30.00	100.00	0.028*
มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง	9	30.00	0	0.00	
มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ	9	30.00	0	0.00	
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง					
พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี	26	86.70	28	93.34	0.010*
พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง	0	0.00	1	3.33	
พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ	4	13.30	1	3.33	
ผลการวัดความเค็มในการบริโภคอาหาร					
ผ่าน	6	20.00	25	83.30	0.007*
ไม่ผ่าน	24	80.00	5	16.70	
ค่าความดันโลหิต					
ค่าตัวบน					
น้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท	0	0.00	17	56.70	0.001*
130-139 มิลลิเมตรปรอท	30	100.00	13	43.30	
มากกว่า 139 มิลลิเมตรปรอท	0	0.00	0	0.00	
ค่าตัวล่าง					
น้อยกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท	13	43.30	29	96.70	0.001*
85-89 มิลลิเมตรปรอท	13	43.30	0	0.00	
มากกว่า 89 มิลลิเมตรปรอท	4	13.30	1	3.30	

* P < .05

จากตารางที่ 1 ระดับความรู้ของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพ พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ย 12.75คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 3



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

คะแนน และคะแนนสูงสุด 15 คะแนน โดยมีความรู้อยู่ในระดับดี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมี คะแนนเฉลี่ย 13.85 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 12 คะแนน และคะแนนสูงสุด 15 คะแนน มีความรู้ในระดับดี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพ พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง คะแนนเฉลี่ย 28.47 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน และคะแนนสูงสุด 32 คะแนน โดยมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง คะแนนเฉลี่ย 35.28 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 13 คะแนน และคะแนนสูงสุด 37 คะแนน โดยมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.34

ผลการวัดระดับความเค็มในการบริโภคอาหารด้วยการตรวจวัดระดับความเค็มด้วยเครื่องตรวจความเค็ม (Salt meter) ของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพ พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อาหารที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่ ไม่ผ่านระดับความเค็ม คิดเป็นร้อยละ 80.00 ค่าเฉลี่ยผลการวัดระดับอยู่ที่ เค็มมากระดับ 2 ค่าในการวัดจะอยู่ที่ 1.10 - 1.29 % คิดเป็นร้อยละ 73.75 หลังเข้าร่วมโปรแกรมอาหารที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่ ผ่านระดับความเค็ม คิดเป็นร้อยละ 83.30 ค่าเฉลี่ยผลการวัดระดับอยู่ที่ เค็มมากระดับ 1 ค่าในการวัดจะอยู่ที่ 0.90 - 1.09 % คิดเป็นร้อยละ 83.30

ผลการเปรียบเทียบค่าระดับความดันโลหิต ของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพ พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ค่าระดับความดันโลหิตของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนใหญ่ ค่าตัวบนอยู่ในช่วง 130-139 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 100 ค่าตัวล่างอยู่ในช่วง 85-89 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 43.30 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ค่าระดับความดันโลหิตของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนใหญ่ ค่าตัวบนอยู่ในช่วงน้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 56.70 ค่าตัวล่างอยู่ในช่วงน้อยกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 96.70

3.ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง คะแนนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ผลการวัดระดับความเค็มในการบริโภคอาหารด้วยการตรวจวัดระดับความเค็มด้วยเครื่องตรวจความเค็ม (Salt meter) และค่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนสุขภาพ



ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลการวัดคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง คะแนนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ผลการวัดระดับความเค็มในการบริโภคอาหารด้วยการตรวจวัดระดับความเค็มด้วย เครื่องตรวจความเค็ม (salt meter) และค่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตของกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมปรับเปลี่ยนสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนสุขภาพ (n = 30)

ผลการเปรียบเทียบ	ก่อน		หลัง		t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD		
ความรู้	11.77	4.09	19.23	0.89	3.74	.000*
พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	28.83	4.04	34.07	3.84	4.48	.004*
ผลการวัดความเค็มในการบริโภคอาหาร	1.27	3.74	1.07	2.68	-2.16	.001*

* P < .05

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความรู้โรค ความดันโลหิตสูงของกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ก่อนร่วมกิจกรรมและหลังร่วมกิจกรรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.77 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.09 และภายหลังได้ มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 19.23 ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐานเท่ากับ 0.89 ซึ่งภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ของกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนสุขภาพ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เฉลี่ย 28.83 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.04 และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 34.07 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.84 ซึ่งภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการวัดความเค็มในการบริโภคอาหารก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ระดับความเค็มเฉลี่ย 1.27 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.74 และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีระดับความเค็มเฉลี่ยลดลง 1.07 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.68 ซึ่งภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคความเค็มลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิต พบว่า ค่าความดันโลหิตตัวบนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 135.10 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.57 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ยลดลง 125.87 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.42 และค่าความดันโลหิตตัวล่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 83.27 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.83 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพค่าความดันโลหิตตัว



บนเฉลี่ยลดลง 76.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.85 ซึ่งภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าความดันโลหิต ตัวบนและตัวล่างดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานของการวิจัย และผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดต่อไปนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิต เท่ากับ 19.23 ซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิต เท่ากับ 11.77

เป็นเพราะว่าผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับการปรับเปลี่ยนความรู้ในเรื่องของโรคความดันโลหิต โดยเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้เสี่ยงโรคโรคความดันโลหิตสูง โดยมีกิจกรรมการบรรยายประกอบการนำเสนอรูปแบบ power point. ในเรื่องโรคความดันโลหิต แบ่งกลุ่มและร่วมอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนโดยมีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือให้คำปรึกษา แนะนำ ให้กำลังใจ ชมเชย ทุกกิจกรรมจากกิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประหยัด ช่อไม้ และ อารยา ปราณประวีตร (Chormai, et al.,2015) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาดิน อำเภอเขาพนมจังหวัดกระบี่ โดยการประยุกต์แนวคิดด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองการกำกับตนเอง และการดูแลตนเอง (3 Self) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่าผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกกาญจน์ ทิพานุเคราะห์ (Thipanukroh, K.,2018) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา โดยมีกิจกรรมกิจกรรมที่ดำเนินการกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคุมระดับความดันโลหิตได้ประกอบด้วย กิจกรรม empowerment โดยเจ้าหน้าที่และ role model กิจกรรมให้ความรู้โดยทีมสหวิชาชีพ และกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน/โทรศัพท์ติดตามหรือไลน์กลุ่มวิจัย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <.05) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัสสร พิชญพงศ์โสภณ และจุฬารณ โสตะ (Phichayapongsophon et al.,2018.) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมาซึ่งกิจกรรมประกอบไปด้วยกิจกรรมการบรรยาย สื่อวีดิทัศน์ การเสนอตัวแบบการจัดกิจกรรมกลุ่ม การจำลองสถานการณ์ การสาธิตและฝึกปฏิบัติเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวัดระดับความดันโลหิต ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การคาดหวังในตนเองต่อการปฏิบัติตน



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับการวิจัยของพิเชษฐ์ หอสูติสิมา (Hosutisima, P., 2019.) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงต่ำบลจระเข้หิน อำเภอศรีนครินทร์จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2560 ได้นำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคการรับรู้ความสามารถในการตอบสนอง และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานข้อที่ 2 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรม มีค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตนเองเท่ากับ 34.07 ซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่มีค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง เท่ากับ 28.83 เป็นเพราะว่า ที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดูแลสุขภาพทั้งทางด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย โดยมีกิจกรรม ปฏิบัติวิเคราะห์ค้นหาความเสี่ยงด้วยตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร เพื่อนำมาวางแผนกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การฟังบุคคลต้นแบบบอกเล่าประสบการณ์เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ การชมวิดิทัศน์เรื่องโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงตระหนักถึงความน่ากลัวของโรคความดันโลหิต บรรยายประกอบการนำเสนอรูปแบบ power point ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แบ่งกลุ่ม และร่วมอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ตัวแบบด้านบวกจากสมาชิกในกลุ่มและตัวแบบกรณีศึกษา ติดตามและประเมินความก้าวหน้าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรคที่เป็นสาเหตุไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยมีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือให้คำปรึกษา แนะนำให้กำลังใจ ชมเชย ทุกกิจกรรม จากกิจกรรมดังกล่าว ส่งผลให้ภายหลัง

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่มีค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตนเองซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของจันทร์จิรา สีสว่าง และปุลวิชัย ทองแดง (Sriswan et al., 2019) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงซึ่งได้มีการนำแนวคิดของลอริกและฮอลแมน บุคคลสามารถจัดการตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมโรคและอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยกระบวนการฝึกทักษะคิดแก้ไขปัญหา วางแผนจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย จนสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สามารถปรับใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองของโอริเอม ที่อธิบายว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์



แก้ตนเอง ในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่อันดีผลการวิจัยพบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกายการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดและการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของยูภาพร นาคกลิ่ง และปราณี ทัดศรี (Nakkling et al.,2017) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยกำหนดกิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้และจัดประสบการณ์ตรงการใช้ตัวแบบการพูดจูงใจ การให้กำลังใจ การชมเชย การกระตุ้นเตือน และการประเมินการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสรีระวิทยาผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) และมีจำนวนสมาชิกที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) และสอดคล้องกับการศึกษาของไชยยา จักรสิงโต (Jugsingto, C.,2017) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลัก 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง (ด้านการบริโภคอาหาร และด้านการออกกำลังกาย) ควรนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในพื้นที่ต่อไป
2. จากการศึกษาวิจัยพบว่าการรับฟังปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะการจัดการดูแลตนเอง ใช้วิธีการโดยการแบ่งกลุ่มสนทนาอภิปรายกลุ่มนั้น บางรายร่วมแสดงความคิดเห็นค่อนข้างน้อย อาจส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงยังไม่มี ความไว้วางใจและเชื่อมั่นในสิ่งผู้วิจัยแนะนำได้ เพื่อให้เกิดความร่วมมือและช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีต่อไป ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคลให้บ่อยขึ้นเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี ระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มเสี่ยง และทำให้ผู้วิจัยได้เห็นชีวิตความเป็นอยู่ที่แท้จริงของกลุ่มเสี่ยง

**ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป**

ควรมีการศึกษาการติดตามประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาวอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการป่วยความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

- Chormai, P., Panpawit, A. (2015). *Effect of Health Promotion Program for Promoting Health Behavior Change in Groups at High Risk of High Blood Pressure at Bankhaodin Health Promotion Hospital, Khaopanom District, Krabi Provinc. The journal of graduate school, pitchayatat, ubon ratchathani rajabhat university* (Humanities and Social Sciences). 10(1): 15-24.
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2020). *The statistics of hypertension in Ban Na Yang sub-district top 5*. Retrieved from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports>, (2020, 2 April). (in Thai).
- Hosutisima, P. (2019). The Effectiveness of Health Education Program on Hypertension Prevention Among High Risk Groups in Jorrakeahin Sub district Khonburi District Nakhonratchasima Province. *Thai health science journals*. 25(2): 56-66
- Jugsingto, C. (2017). Effectiveness Of Health Behavior Modification Program In High Risk Group for Diabetes Hypertension and Obesity. *Rajabhat rajanagarindra university*. 86-104.
- Nakkling, Y., Tudsr, P. (2017). Effect of Self-Efficacy Enhancement Program on Health Behaviors among Older Adults with Uncontrolled Hypertension. *Association of private higher education institutions of thailand under the patronage of her royal highness princess mahachakri sirindhorn*. 6(1): 27-35.
- Phichayapongsopon, P., Sota, C. (2018). The Effectiveness of Health Education Program for Health Behavior among Pre-Hypertension, Muang District, Nakornratchasima Province. *Thailand journal of health promotion and environmental health*. 36(3): 56-69.
- Punmung, N., Yulertlob, A., Landti, S. (2019). World Hypertension day 2019. Nonthaburi: Division of Non Communicable Diseases.
- Sriswan, J., Tongtang, P. (2019). Effects of Self-Management Support Programs in Elderly Diseases high blood pressure. *Ramathibodi nursing journal*. 20(2): 179-192. (in Thai)
- Thipanukroh, K. (2018). *Effects of self-care programs for hypertensive patients Rattaphum Hospital Province Songkhla*. Retrieved from <https://www.skho.moph.go.th>, (2020, 2 April). (in Thai).



Associated Factors with Knowledge and Behaviors of Self-Prevention in Stroke Risk Group,
Sala Sub-district, Koh Kha District Lampang Province

Nathakrid Thammakawinwong*, Eakasit Chaipin**, Payom Thin-uan***, Premkai Wongpimkham****,
Pornpairin Sangjaem*****, Montira Meunpirom*****, Thitiwan Wanalaiwet*****

Received June 1, 2021, Revised: July 29, 2021, Accepted: October 15, 2021)

Abstract

This cross-sectional survey aimed to study 1) Health belief, knowledge and health behaviors affected self stroke prevention 2) Associated factors between personal data, health belief and knowledge affected self stroke prevention and 3) Associated between knowledge and behaviors affected self stroke prevention. The sample consisted of 248 people aged 30-59 years living in Sala Subdistrict, Ko Kha District, Lampang Province, using multistage sampling. Research tool used was 4 part questionnaires with consisted of personal data, health beliefs, behaviors and knowledge of self-protection against stroke. Data were analyzed by descriptive statistics and the chi-square test.

The results showed most of the sample size had perceptions of health beliefs as a whole of 218 people (87.90%) especially perception of the severity of the disease had the highest perception (95.16%). Self-defense behaviors at a moderate level, and knowledge of self-protection against most diseases was at a moderate level. Personal factors including age, income, congenital disease, and family illness history were associated with knowledge level of self-stroke prevention at a statistically significant level .05, Health belief factor was associated with the knowledge level of self-stroke prevention about perceived severity of disease, benefit and barrier at a statistically significant level .05. The knowledge factor of self-stroke prevention was associated with self-stroke preventive behaviors such as food, beverage and alcohol consumption at a statistical significance level .05.

Keyword: Health belief; Behaviors affected self of stroke prevention; Knowledge affected self of stroke prevention

* Asst, prof, Faculty of Science, Lampang Rajabhat University,

Corresponding author: nathakrit2014@gmail.com

** Instructor, Faculty of Science, Lampang Rajabhat University

*** Instructor, Faculty of Boromarajjanani College of Nursing, Nakorn Lampang

**** Directot, Bansaladonglan Tambon Health Promoting Hospital , Lampang

***** Graduate, Faculty of Science, Lampang Rajabhat University



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง
ตำบลศาลา อำเภอกะเคา จังหวัดลำปาง

ณัฐกฤษฎ์ ธรรมกวินวงศ์*, เอกสิทธิ์ ไชยบิน** พยอม ถิ่นอ่อน***, เปรมเกียรติ วงศ์พิมพ์คำ**** ,
พรไพสิน แสงแจ่ม*****, มณฑิรา หมั่นภิรมย์*****, ฐิติวัลย์ วนาลักษณ์*****

วันรับบทความ : 1 มิถุนายน 2564, วันแก้ไขบทความ : 29 กรกฎาคม 2564, วันตอบรับบทความ : 15 ตุลาคม 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อสุขภาพ กับความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง 3) ความสัมพันธ์ของความรู้กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้มีอายุ 30 – 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลศาลา อำเภอกะเคา จังหวัดลำปาง จำนวน 248 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมและความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบไค-สแควร์

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเชื่อสุขภาพภาพรวม จำนวน 218 คน คิดเป็นร้อยละ 87.90 โดยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีการรับรู้สูงสุด (ร้อยละ 95.16) และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง, ความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ย โรคประจำตัว และประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ปัจจัยความเชื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค, ด้านการรับรู้ประโยชน์และด้านการรับรู้ต่ออุปสรรค ส่วนปัจจัยด้านความรู้ในการป้องกันตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านอาหารและเครื่องดื่ม และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ; พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง;
ความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง, ผู้ประสานงาน: nathakrit2014@gmail.com

** อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

**** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านศาลาดงลาน ลำปาง

***** ปณิธิศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง



บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable diseases; NCDs) ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม โดยประเทศไทย มีอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อต่ำสุดเมื่อเทียบกับในกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออก (SEARO) (Epidemiology Division, Ministry of Public Health, 2016) จากข้อมูลปีพ.ศ.2559 โรคไม่ติดต้อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชาชนไทยทั้งในแง่ภาระโรคและอัตราการเสียชีวิตอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) จากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด, โรคเบาหวาน,ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมเสี่ยงของการใช้ชีวิตของประชาชน ไม่ว่าจะเป็น อาหาร การออกกำลังกาย และภาวะเครียด (Behavioral Health Care Center Health Education Division, 2013) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2557 ถึงปีพ.ศ. 2559 หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงเล็กน้อยและคงที่ในปี พ.ศ. 2561 โดยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงที่สุดเท่ากับ 44.30 รายต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ชายสูงกว่าเพศหญิง (Department of Disease Control, 2016)

จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง เป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย ผู้ที่ป่วยจากโรคนี้จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการ การมุ่งเน้นให้ประชาชนทั้งกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การที่กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีได้นั้นต้องมีความรู้ มีความเชื่อในการป้องกันตนเองอย่างถูกต้อง (Klinsakorn, C, 2020) แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Backer, 1974) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพดีและหลีกเลี่ยงการเป็นโรคได้นั้น เชื่อว่าขึ้นอยู่กับ การรับรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค,การรับรู้ความรุนแรงของโรค,การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค

สถิติโรคหลอดเลือดสมองข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดลำปาง ปี 2561 พบว่า จำนวนการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มอายุน้อยกว่า 15 ปี มีจำนวน 21 คน, กลุ่มอายุ 15-39 ปีจำนวน 268 คน, กลุ่มอายุ 40-49 ปี มีจำนวน 490 คน กลุ่มอายุ 50-59 ปี มีจำนวน 1,536 คน ในปี 2562 กลุ่มอายุน้อยกว่า 15 ปี มีจำนวน 19 คน กลุ่มอายุ 15-39 ปี มีจำนวน 254 คน กลุ่มอายุ 40-49 ปี มีจำนวน 463 คน กลุ่มอายุ 50-59 ปี มีจำนวน 1,453 คน และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 5,858 คน รวมทั้งหมด 8,047 คน, ในปี 2563 กลุ่มอายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 21 คน กลุ่มอายุ 15-39 ปี, จำนวน 261 คน กลุ่มอายุ 40-49 ปี จำนวน 498 คน กลุ่มอายุ 50-59 ปี จำนวน 1,476 คน แม้แนวโน้มการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองลดลง แต่ในปี 2563 กลับมีอัตราการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จากปี 2562 และอำเภอเกาะคาเป็นอีกหนึ่งอำเภอที่พบว่า เป็นกลุ่มที่ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วย



โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 45 ราย ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศาลาดงลาน ทั้ง 4 หมู่บ้าน ดังนี้ หมู่ที่ 1 จำนวน 56 คน เป็นเพศชาย 22 คน เพศหญิง 34 คน หมู่ที่ 6 จำนวน 29 คนเป็นเพศชาย 15 คน เพศหญิง 14 คน หมู่ที่ 8 จำนวน 37 คน เป็นเพศชาย 20 คน เพศหญิง 14 คน หมู่ที่ 9 จำนวน 23 คน เป็นเพศชาย 8 คน เพศหญิง 15 คน ซึ่งทั้งหมดมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Lampang Provincial Health Office, 2021)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เห็นความสำคัญของความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ในประชาชนบ้านศาลาดงลาน ตำบลศาลา อำเภอกะคา จังหวัดลำปาง จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง ตำบลศาลา อำเภอกะคา จังหวัดลำปาง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยด้านมาส่งเสริมสุขภาพกลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดภาระการดูแลและลดการเกิดภาวะทุพพลภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อสุขภาพ กับความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง กับ พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 30-59 ปีที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลศาลา อำเภอกะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 690 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา

เนื้อหาที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ตัวแปรต้น ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ, เพศ, ดัชนีมวลกาย, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้, โรคประจำตัว, ประวัติการเจ็บป่วยคนในครอบครัว) ปัจจัยความเชื่อสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค) ตัวแปรตาม ประกอบด้วย ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตด้านเวลา

เริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564



นิยามศัพท์เฉพาะ

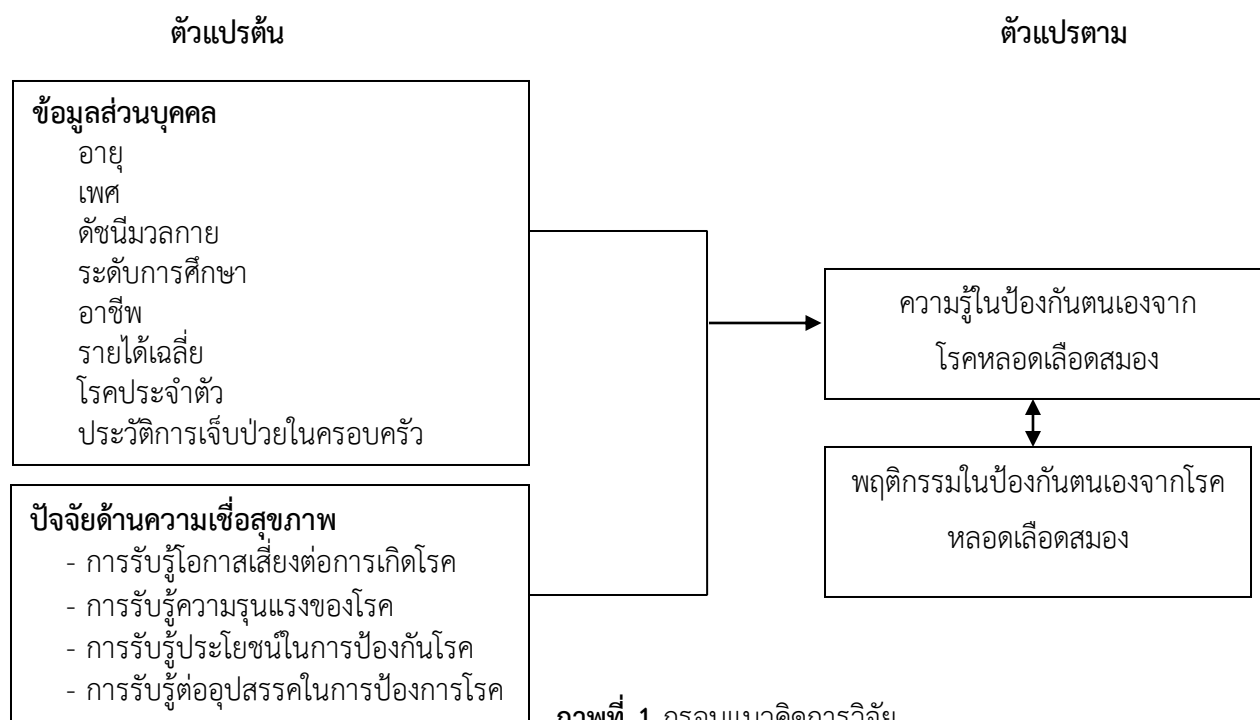
ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

ความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการปฏิบัตินั้นต้องเป็นการกระทำที่มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้ไม่เป็นโรคนั้น

พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การปฏิบัติ การแสดงออกเพื่อการป้องกันตนเองที่จะเกิดอันตรายต่อโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่งเชื่อว่าความเชื่อด้านสุขภาพสัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยต่างๆ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic variable) (อายุ, เพศ, ดัชนีมวลกาย, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้, โรคประจำตัว, ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว) ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพได้แก่ ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค, ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค, ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และปัจจัยการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค จะสัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey study)

ประชากร คือ ผู้มีอายุ 30 – 59 ปี เพศชายและหญิงที่อาศัยในชุมชน ตำบลศาลา อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง จำนวน 690 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi stage random sampling) โดยขั้นที่1 ใช้การสุ่มแบบกลุ่ม (cluster random sampling) จากจำนวน 2หมู่บ้าน ขั้นที่2 ใช้สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากประชาชนใน 2หมู่บ้าน จนได้ครบถ้วนตามจำนวนที่คำนวณได้ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ประชาชนที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 248 คน ตามสูตรคำนวณดังนี้

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

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร ($N = 690$)

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ($e = 0.05$)

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

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ($p = 0.5$)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (10 ข้อ) ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ สอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ รับรู้/ไม่รับรู้ (12 ข้อ), ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ปฏิบัติเป็นประจำ (คะแนน 3), ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (คะแนน 2) , ไม่ปฏิบัติเลย (คะแนน 1) จำนวน 15 ข้อเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการป้องกันตนเองระดับสูง, พฤติกรรมการป้องกันตนเองระดับปานกลาง, พฤติกรรมการป้องกันตนเองระดับต่ำ (Best, John W., 1981), ส่วนที่ 4 ความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง มี 2 ตัวเลือกตอบ ใช่ กับ ไม่ใช่ (15 ข้อ) โดยมีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง, ความรู้ระดับปานกลาง, ความรู้ระดับต่ำ (Best, John W., 1981)



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัย เมื่อสร้างเสร็จแล้วได้นำไปให้ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความครบถ้วนตามหลักวิชาการ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ IOC (Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.84 แล้วจึงนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ จำนวน 30 คน จึงตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (reliability) ด้วย Cronbach's alpha coefficient พบว่าส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78 ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81 และส่วนที่ 4 ความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง นำข้อมูลที่ได้มาค่าความเชื่อมั่นแบบ KR-21 และได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 (Kuder, Richardson, 1937)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย Mean และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: S.D.)

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคล และปัจจัยความเชื่อสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง และความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้โรคหลอดเลือดสมองสมอง กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง ใช้สถิติ chi-square test.

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรม

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลราชชนนี นครลำปาง เลขที่โครงการ 017/2564 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดการวิจัย โดยชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ การปกปิดความลับของกลุ่มตัวอย่าง การเผยแพร่ข้อมูลการนำเสนอในภาพรวม และให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการถอนตัวจากการวิจัยได้ในทุกช่วงเวลาของการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยทุกคน

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง รายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี 37.10% (จำนวน 92 คน) รองลงมาอายุระหว่าง 30 – 39 ปี 34.70% (จำนวน 86 คน) และ อายุระหว่าง 40 – 49 ปี 28.20% (จำนวน 70 คน) เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (ชายจำนวน 124 คน และหญิงจำนวน 124 คน) มีค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ 62.60% (จำนวน 155 คน) รองลงมาน้ำหนักเกิน (>25.00 kg/m²) 31.80 % (จำนวน 79 คน)



และน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ($<18.50 \text{ kg/m}^2$) (จำนวน 14 คน) การศึกษาส่วนใหญ่ ต่ำกว่าปริญญาตรี 72.60 (จำนวน 180 คน) และส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ 69.40% (จำนวน 172 คน) ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาท 60.88% (จำนวน 151 คน) มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวกลุ่มละเท่า ๆ กัน 50 % และมีประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว 57.26 % (จำนวน 142 คน)

ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง เชื่อด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองภาพรวม จำนวน 218 คน คิดเป็นร้อยละ 87.90 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีการรับรู้สูงสุด (ร้อยละ 95.16) และด้านการรับรู้โอกาสการเกิดโรค มีการรับรู้ที่น้อยที่สุด (ร้อยละ 82.26) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=248)

ความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง	รับรู้		ไม่รับรู้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	204	82.26	44	17.74
2.ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	236	95.16	12	4.84
3.ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค	213	85.88	35	14.12
4.ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค	218	87.90	30	12.10
ภาพรวม	218	87.90	30	12.10

พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภาพรวมพฤติกรรมในการป้องกันตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.00 ,S.D.=0.66) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรม ด้านการคลายเครียดอยู่ในระดับสูง (Mean=2.52,S.D.=0.76), นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านอาหารและเครื่องดื่ม (Mean=2.23,S.D.=0.60), ด้านการออกกำลังกาย (Mean=2.16,S.D.=0.59), ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mean=1.58,S.D.=0.76), ด้านการสูบบุหรี่ (Mean=1.54,S.D.=0.68) และด้านการป้องกันโรค (Mean=1.97,S.D.=0.57) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=248)

พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับการปฏิบัติป้องกันตนเอง		
	Mean	S.D.	การแปลผล
1.ด้านอาหารและเครื่องดื่ม	2.23	0.60	ปานกลาง
2.ด้านการออกกำลังกาย	2.16	0.59	ปานกลาง
3.ด้านการคลายเครียด	2.52	0.76	สูง
4.ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.58	0.76	ปานกลาง
5.ด้านการสูบบุหรี่	1.54	0.68	ปานกลาง
6.ด้านการป้องกันโรค	1.97	0.57	ปานกลาง
ภาพรวม	2.00	0.66	ปานกลาง

ความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าคะแนนของระดับความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมของระดับความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง (Mean=9.78, SD=4.98) โดยส่วนใหญ่ระดับคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 52.40 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้ ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=248)

ระดับคะแนนความรู้	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.
ระดับคะแนนความรู้สูง (คะแนน11-15)	130	52.40	9.78	4.98
ระดับคะแนนความรู้ปานกลาง(คะแนน6-10)	64	25.80		
ระดับคะแนนความรู้ต่ำ (คะแนน0-5)	54	21.80		

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความสัมพันธ์กับปัจจัย อายุ (p-value=.004, $\chi^2=15.420$), รายได้เฉลี่ย (p-value=.030, $\chi^2=7.037$), การมีโรคประจำตัว (p-value=.004, $\chi^2=10.998$), และประวัติ การเจ็บป่วยในครอบครัว (p-value=.002, $\chi^2=36.558$) ส่วนปัจจัย เพศ, ดัชนีมวลกาย, การศึกษาและอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=248)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง			χ^2	p-value
	ต่ำ n(%)	กลาง n(%)	สูง n(%)		
1.อายุ				15.420	.004*
30 – 39 ปี	14(16.30)	32(37.20)	40(46.50)		
40 – 49 ปี	23(32.90)	9(12.90)	38(54.30)		
50 – 59 ปี	17(18.50)	23(25.00)	52(56.50)		
2.เพศ				3.022	.221
ชาย	17(25.80)	33(26.60)	59(47.60)		
หญิง	22(18.50)	25(25.00)	71(56.50)		
3.ค่าดัชนีมวลกาย				3.788	.435
ผอม(<18.50 kg/m ²)	3(21.40)	3(21.40)	8(57.10)		
ปกติ(18.51 - 24.99 kg/m ²)	33(21.30)	35(22.60)	87(56.10)		
น้ำหนักเกิน(>25.00 kg/m ²)	18(22.80)	26(32.90)	35(44.30)		
4.ระดับการศึกษา				2.393	.302
ปริญญาตรี/หรือเทียบเท่า	15(22.10)	22(32.40)	31(45.60)		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	39(21.70)	42(23.30)	99(55.00)		
5.อาชีพ				0.955	.620
ว่างงาน	17(18.40)	19(25.00)	43(46.60)		
ประกอบอาชีพ	40(23.30)	45(26.20)	87(50.60)		
6.รายได้เฉลี่ย					
น้อยกว่า 10,000 บาท	34(22.50)	47(31.10)	70(46.40)	7.037	.030*
มากกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	20(20.60)	17(17.50)	60(61.90)		
7.โรคประจำตัว					
มีโรคประจำตัว	21(16.90)	43(34.70)	60(48.40)	10.998	.004*
ไม่มีโรคประจำตัว	33(26.60)	21(16.90)	70(56.50)		
8.ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว					
มีประวัติการเจ็บป่วย	24(16.90)	48(33.80)	70(49.30)	36.558	.002*
ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย	30(28.30)	16(15.10)	60(56.60)		

* p-value <.05

**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อสุขภาพ กับระดับความรู้ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง**

ปัจจัยความเชื่อสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รวมความเชื่อสุขภาพ ($p\text{-value}=.022$, $\chi^2=7.677$), ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($p\text{-value}=.007$, $\chi^2=9.827$), ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค ($p\text{-value}=.000$, $\chi^2=17.630$), ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ($P\text{-value}=.042$, $\chi^2=6.344$) ส่วนที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสการเกิดโรคหลอดเลือด ($p\text{-value}=.105$, $\chi^2=4.504$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ($n=248$)

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ	ระดับความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง			χ^2	Sig
	ต่ำ n(%)	กลาง n(%)	สูง n(%)		
1. การรับรู้โอกาสการเกิดโรค					
รับรู้	43(21.10)	48(23.50)	113(55.40)	4.504	.105
ไม่รับรู้	11(25.00)	16(36.40)	17(38.60)		
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค				9.827	.007*
รับรู้	49(20.80)	58(24.46)	129(54.70)		
ไม่รับรู้	5(41.70)	6(50.00)	1(8.30)		
3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค				17.630	.000**
รับรู้	48(22.50)	45(21.10)	120(56.30)		
ไม่รับรู้	6(17.10)	19(54.30)	10(28.60)		
4. การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดสมอง				6.344	.042*
รับรู้	44(20.20)	53(24.30)	121(55.50)		
ไม่รับรู้	11(36.70%)	10(33.30%)	9(30.00)		
รวมความเชื่อด้านสุขภาพ				7.677	.022*
รับรู้	46(21.10)	51(23.40)	121(55.00)		
ไม่รับรู้	8(26.60)	13(43.40)	9(30.00)		

* * $p\text{-value} < .05$, ** $p\text{-value} < .000$

**ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง**

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านอาหารและเครื่องดื่ม ($p\text{-value}=0.030$, $\chi^2=10.722$), ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($p\text{-value}=0.021$, $\chi^2=11.510$), ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย, ด้านการคลายเครียด, ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการป้องกันโรค พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันตนเอง ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง

ระดับความรู้ในการป้องกันตนเอง	พฤติกรรมในการป้องกันตนเอง			χ^2	p-value
	ต่ำ n(%)	กลาง n(%)	สูง n(%)		
1. พฤติกรรมด้านอาหารและเครื่องดื่ม					
ต่ำ	7(13.00)	23(46.20)	24(44.40)	10.722	.030*
กลาง	2(3.10)	44(68.80)	18(28.10)		
สูง	14(10.80)	79(60.80)	37(28.50)		
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย					
ต่ำ	3(24.30)	3(21.60)	10(62.50)	.936	.919
กลาง	13(29.50)	8(18.20)	20(54.10)		
สูง	12(31.60)	10(26.30)	23(52.30)		
3. พฤติกรรมด้านการคลายเครียด					
ต่ำ	1(33.30)	1(33.30)	1(33.30)	7.273	.122
กลาง	10(40.00)	5(20.00)	10(40.00)		
สูง	14(16.30)	19(22.10)	53(61.60)		
4. ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
ต่ำ	25(17.40)	45(31.30)	74(51.40)	11.510	.021*
กลาง	7(13.70)	15(29.40)	29(56.90)		
สูง	14(33.30)	4(9.50)	24(57.10)		
5. พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่					
ต่ำ	17(18.90)	29(32.20)	44(48.90)	3.388	.495
กลาง	16(21.90)	15(20.50)	42(57.50)		
สูง	7(25.00)	6(21.40)	15(53.60)		
6. พฤติกรรมด้านการป้องกันโรค					
ต่ำ	4(30.80)	4(30.80)	5(38.50)	2.891	.576
กลาง	12(18.20)	14(21.2)	40(60.60)		
สูง	15(25.90)	11(19.00)	32(55.20)		
พฤติกรรม					
ต่ำ	1(1.90)	40(74.10)	13(24.10)	7.714	.103
กลาง	1(1.60)	59(92.20)	4(6.30)		
สูง	2(1.59)	103(79.2)	25(19.20)		

* p-value <.050, ** p-value <.000



อภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กับความรู้ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย พบว่า อายุ, รายได้เฉลี่ย, การมีโรคประจำตัวและประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องเป็นวัยก่อนสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) ชนิดมีเลือดออกในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage) พบประมาณร้อยละ 10 แต่มีความรุนแรงค่อนข้างมาก และการพยากรณ์โรคแย่ (poor prognosis) พบมากในกลุ่มอายุ 50 – 60 ปี ลักษณะพยาธิสภาพมีการแตกของหลอดเลือดในสมอง ทำให้มีเลือดออกในเนื้อสมองทำให้เนื้อสมองตายจากการขาดเลือด (Prapaananchai, 2014) รวมทั้งประชาชนที่มีรายได้เฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท เนื่องจากประชาชนที่มีรายได้ต่อเดือนที่มากกว่าคนอื่นทำให้มีกำลังทรัพย์ที่จะใช้จ่าย ทำให้การรับรู้ข่าวสารและเข้าถึงช่องทางสื่อสารต่างๆ เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ และสื่อออนไลน์เกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่รายได้น้อยกว่า (Lahklum, 2017) การมีโรคประจำตัว จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องระดับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ระดับดี (Reunsungnern, 2017) ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น อาจเกิดความตระหนัก และรับรู้ที่ตนเองนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติทั่วไป และพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว ส่วนมากจะมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อการควบคุมโรคประจำตัวอยู่เป็นประจำ ทำให้มีความรู้ในการป้องกันโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการป้องกันตนเองจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Chuaybudda, 2015) ในส่วนความรู้ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธ์กับประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว อาจเนื่องจาก ครอบครัวที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาทิเช่น ความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคหลอดเลือดหัวใจ จะได้รับความรู้จากแพทย์ผู้รักษาอย่างต่อเนื่องอย่างต่อเนื่องในเรื่องการดูแลตนเอง การป้องกันตัวเอง ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องผลการวิจัย ที่ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีอายุระหว่าง 31-96 ปี มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท มีประวัติญาติสายตรง เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง (Kompilo, 2016)

ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งภาพรวมและรายด้าน ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Becker, 1974), (Lahklum S., 2017) ทั้งนี้อาจมาจาก ประชาชนในพื้นที่ที่มีการรับรู้และมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และมีตัวอย่างของคนในหมู่บ้านเจ็บป่วยและมีอาการรุนแรง (Saikamthon, 2016)



ทำให้เกิดความตระหนักมีความเชื่อในการที่จะป้องกันตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ความรุนแรง รับรู้โทษและประโยชน์ที่ได้รับจึงคิดส่งเสริมสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคดังกล่าว (Boonyanuch,2020) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ทดลองกลุ่มได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนทดลองและมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hiraked, 2021)

ความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านอาหารและเครื่องดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการบริโภคอาหาร,ขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มบางประเภทมีส่วนผสมของเกลือโซเดียมมากและอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงทำให้มีคอเลสเตอรอล ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักในการเกิดโรคหลอดเลือดแข็งสะสมที่ผนังของหลอดเลือด ดังนั้นการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Puttawong,2014) , ความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นวิถีชีวิตของชาวบ้านที่นิยมดื่มเป็นประจำหลังการทำงานการเกษตรและการดื่มทำให้ขาดสติ ขาดความรู้ ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Thammakawinwong,2020) นอกจากนั้นพฤติกรรมด้านอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย,ความเครียด,การสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้กับประชาชนอายุตั้งแต่ 39ปีขึ้นไป และประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในทุกหมู่บ้าน ได้การรับรู้ มีความรู้ และเกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง สถานบริการสาธารณสุขในทุกระดับ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ใกล้ชิดกับประชาชน ควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยสำเร็จสมบูรณ์เพราะได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศาลาดงลาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง, สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ตลอดจน พ.ญ.สุทธินภา วงศ์สวย ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ



เอกสารอ้างอิง

- Becker, M. H. (1974). *The Health Belief Model and sick role behavior*. In M. H. Becker(Ed.), *The health belief model and personal health behavior* (pp. 82-92). Thorofare, NJ: Charles B.Slack.
- Behavioral Health Care Center Health Education Division (2013). *Sweet and Salty Dietary Behavior Books Sweet Salty*, 1 (1), 1-3.
- Best, John W. (1981). *Research in Education*, 4 th ed. New Jersey : Prentice – Hall Inc., p. 182.
- Boonyanuch, B. (2020). *Perception of Stroke in Hypertensive Patients Makhamlom Sub-District, Suphan Buri Province*. 13(1): 93-101. (in Thai)
- Chuaybudda, S. (2015). Study of factors affecting the risk of cardiovascular disease. Of people aged 35 years and over, Nong Bua Subdistrict, Ban Fang District, Khon Kaen Province. *Journal of community health development*, 3(4): 547-560. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2016). *Situation Report of NCDs, Diabetes and Hypertension. And associated risk factors. Nonthaburi: Division of NCDs*. Department of Disease Control.
- Epidemiology Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health (2016). *Surveillance system, 5 groups, disease, 5 dimensions. Nonthaburi: Division of Epidemiology. Department of Disease Control*.
- Hirungerd S., Vutiso P., Srimongkol M. (2021). The Effect of Health Belief Model Program on Knowledge , Stroke Prevention Behavior and Blood Pressure Levels in Hypertensive Patients The Responsibility Area of Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Provinc. *Journal of the royal thai army nurses*.2021;22(1): 478-487. (in Thai)
- Klinsakorn, C., Saetan,S.(2020). Factors Related to Self-Protective Behavior of Stroke with Controlled Hypertention Patients Who Live in Danchang District, Suphanburi Province. *Journal of council of community public health* 2020; 2(2), 62-77. (in Thai)
- Kompilo, N. (2016). *Knowledge, attitude and risk behaviors of stroke among people with hypertension in maeta hospital, maeta district, lampang province*. 2559.
- Krejcie, R. V., and Morgan, D. W. (1970). *Determining Sample Size for Research Activi- ties Educational and Psychological Mea- surement*. 30, 607 – 610.
- Kuder, Frederic G. and M.W. Richardson. (1937). *The Theory of the Estimation of Test Reliability, Psychometrika*. 2(September 1937), 151-160.
- Lahkum, S. (2017). *Relationship between Health Belief perception and stroke prevention behavior in high risk patient in Nuea Mueang Sub District, Mueang District, Roi Et Province*. (in Thai)



Lampang Provincial Health Office. (2021). *Annual Report 2021. Lampang Provincial Health Office Mueang District*, Lamphun Province. (in Thai)

Prapaananchai P., Mungtaweepongsa S. (2014). Ischemic brain syndrome: Stroke Syndrome. *Thai journal of neurology*, 30(4), 24-34.

Puttawong W., Kittipichai V., Silawan T., Mensawangsab C., (2014). Risk Factors and Cerebrovascular Disease among Hypertensive Patients Payao Provine. *Journal of public health*. 44(1), 30-45.

Reunsungnarn, S. (2017). The level of awareness of the warning symptoms of cerebrovascular disease in hypertensive patients Bo Thong Sub-District Health Promoting Hospital, Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province, *Srinagarind medical journal, faculty of medicine, khon kaen university*, 32 (2): 472-489. (in Thai)

Saikamthon, S. (2016). Effects of risk factors for cerebrovascular disease, Health District 1, Office of Disease Prevention and Control 1, Chiang Mai and Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. *Lanna public health journal*, 12 (2): 46-52. (in Thai)

Thammakawinwong N. Creating Policy Participation of Health Behavior for Reduce Cancer, Hypertension and Cardiovascular Disease in Maelan Subdistrict, Li District, Lamphun Province. *Journal of the royal thai army nurses*. 2020;21(2): 111-117. (in Thai)



Prevalence and factors associated with fall risk among elderly people in Lampang

Chanin Prakongyot ^{*}, Supisara Pholprasittito ^{**}

(Received: June 3, 2021, Revised: July 9, 2021, Accepted: July 12, 2021)

Abstract

Fall is a common problem among the elders, affecting the quality of life and the economy. This study aimed to investigate the prevalence and factors associated with fall risk among elderly people in Lampang Province. Fall risk was assessed by Timed up and go test according to the Thai Elderly Fall Screening Guideline. This study is a cross-sectional study of 3,600 elderly people in Lampang Province between October 2019 and September 2020. Data were collected from the electronic medical record. The prevalence of fall risk was evaluated using descriptive statistics. The factors associated with fall risk were analyzed using Fisher's exact test and multiple logistic regression.

The prevalence of fall risk was found to be 3.50 percent. Females were more 1.86 times likely to have a fall risk ($OR_{adj}=1.86$, 95% CI 1.13 – 3.03), compared to males. Osteoarthritis risk was more 80.16 times likely to have a fall risk ($OR_{adj}=80.16$, 95% CI 50.11 - 128.23), compared to those who were without osteoarthritis risk. And the home-bound elderly performed the activities of daily living (ADL) were more 12.96 times likely to have a fall risk ($OR_{adj}=12.96$, 95% CI 4.16 - 40.32), compared to the social-bound elderly. Public health personnel should provide established strategies to take care and prevent fall among elderly people who have fall risk, especially in females, risk of osteoarthritis and the ADL of home-bound.

Keywords: Fall risk; Factors; Elderly

^{*} Medicine Doctor, Professional Level, Social Medicine Department, Lampang Hospital,
Corresponding author: tae_027@hotmail.com

^{**} Pharmacist, Professional Level, Pharmaceutical Department, Lampang Hospital.



ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง

ชนินท์ ประคองยศ*, ศุภิสรา ผลประสิทธิ์โต**

(วันรับบทความ: 3 มิถุนายน 2564, วันแก้ไขบทความ: 9 กรกฎาคม 2564, วันตอบรับบทความ: 9 กรกฎาคม 2564)

บทคัดย่อ

การหกล้มเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และเศรษฐกิจ การวิจัยนี้จึงศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง โดยทดสอบด้วยวิธี Timed up and go test ตามแนวทางการคัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอายุของประเทศไทย การศึกษานี้เป็น Cross-sectional study ในผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง เดือนตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงกันยายน พ.ศ.2563 จำนวน 3,600 คน จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์ วิเคราะห์ความชุกโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุโดยใช้ fisher exact test และ multiple logistic regression

ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของภาวะเสี่ยงหกล้มเท่ากับ ร้อยละ 3.50 เพศหญิงพบภาวะเสี่ยงหกล้ม 1.86 เท่า ($OR_{adj}=1.86$, 95% CI 1.13 – 3.03) เมื่อเทียบกับเพศชาย ภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อมมีภาวะเสี่ยงหกล้ม 80.16 เท่า ($OR_{adj}=80.16$, 95% CI 50.11 – 128.23) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม และผู้ที่ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นกลุ่มติดบ้านพบภาวะเสี่ยงหกล้ม 12.96 เท่า ($OR_{adj}=12.96$, 95% CI 4.16- 40.32) เมื่อเทียบกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นกลุ่มติดสังคม บุคลากรทางสาธารณสุขควรมีมาตรการในการดูแล และป้องกันผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบภาวะเสี่ยงหกล้ม โดยเฉพาะเพศหญิง มีภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นกลุ่มติดบ้าน

คำสำคัญ: ภาวะเสี่ยงหกล้ม; ปัจจัย; ผู้สูงอายุ

บทนำ

*นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำปาง, ผู้ประสานงาน: tae_027@hotmail.com

** เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลลำปาง



ในปัจจุบันทั่วโลกพบสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ประเทศไทยถือเป็นประเทศหนึ่งที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) มีผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 18.58 ของประชากร (Institute for Population and Social Research Mahidol University Thailand, 2021) และในปี พ.ศ.2562 จังหวัดลำปาง มีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 23.61 ถือเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) (Lampang provincial statistical office, 2021) จากอายุที่มากขึ้นทำให้มีการเสื่อมสภาพของการทำงานและอวัยวะต่างๆในร่างกาย ผู้สูงอายุจึงอาจมีกลุ่มอาการที่พบได้บ่อย (geriatric syndromes) เช่น ภาวะข้อเข่าเสื่อม ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะหกล้ม เกิดขึ้นได้ (Assantachai, 2011)

การหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญ และสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้านในผู้สูงอายุ โดยปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ โรคเรื้อรังต่างๆ การออกกำลังกายน้อย และการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกาย ปัจจัยภายใน ได้แก่ การลดลงของอารมณ์การรับรู้ การมองเห็นที่ไม่ชัดเจน รวมถึงการทรงตัวที่ไม่ดี ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดบ้านที่ไม่เหมาะสม การขาดปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการได้รับการดูแลจากชุมชน (World Health Organization, 2015) ในเขตชุมชนผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และอายุมากกว่า 85 ปี มีโอกาสหกล้มอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อปี ร้อยละ 30 และร้อยละ 50 ตามลำดับ การหกล้มในผู้สูงอายุมากนั้น ทำให้เกิดการบาดเจ็บตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อย กระดูกหัก จนถึงเสียชีวิตถึงร้อยละ 23-40 ซึ่งส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในการเดิน คุณภาพชีวิต และกระทบต่อเศรษฐกิจ (Limpawattana, Sutra, Thavompitak, Chindaprasirt, & Mairieng, 2012; World Health Organization, 2015)

จากผลกระทบดังกล่าวทำให้มีการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น ตั้งแต่มีประวัติการหกล้ม จนถึงทดสอบความสามารถในการทรงตัว ได้แก่ การลุกนั่งจากเก้าอี้และการลุกเดิน (timed up and go test) การลุกนั่งจากเก้าอี้ 30 วินาที (30 second chair stand test) และการทรงตัว 4 แบบ (4 stage balance test) (Phelan, Mahoney, Voit, & Stevens, 2015) ในจังหวัดพัทลุง และจังหวัดเชียงรายพบความชุกของภาวะเสี่ยงหกล้มเท่ากับร้อยละ 23.7 และ 12.6 ตามลำดับ (Noopud, Phrom-On, Woradet, & Chaimay, 2020; Trongsakul & Vimolratana, 2018) โดยการทดสอบความสามารถในการทรงตัวด้วยวิธี Timed up and go test ตามแนวทางการคัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอายุของประเทศไทย (Department of Medical Services Ministry of Public Health) ซึ่งพบความแตกต่างกันของความชุก รวมถึงยังมีข้อมูลน้อยในจังหวัดลำปาง การวิจัยนี้จึงศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดลำปางที่ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงหกล้มและมีความเสี่ยง กลุ่มใดควรได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นพิเศษ

วัตถุประสงค์



เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขต 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้ม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า ภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และดัชนีมวลกาย 2) ด้านประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 3,600 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ เขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลาที่ศึกษา ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2562 ถึง กันยายน พ.ศ.2563

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2562 ถึง กันยายน พ.ศ.2563 ทั้งหมดจำนวน 47,598 คน ที่มีข้อมูลการคัดกรองภาวะเสี่ยงหกล้ม ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า ภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และดัชนีมวลกายครบถ้วนจะถูกนำเข้าสู่การวิจัย (inclusion criteria) และผู้ที่มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในกลุ่มติดเตียงจะถูกนำออกจากการวิจัย (exclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์ (electronic medical record) ของโรงพยาบาลลำปาง โดยได้รับอนุญาตเข้าถึงข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลลำปาง จากการทบทวนวรรณกรรมพบภาวะเสี่ยงหกล้มร้อยละ 23.72 สัดส่วนกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงหกล้มต่อกลุ่มที่ไม่มีภาวะเสี่ยงหกล้มเท่ากับ 0.72 และ 0.65 ตามลำดับ (Noopud et al., 2020) กำหนดค่า alpha error เท่ากับ 0.05 และ statistical power เท่ากับร้อยละ 90 คำนวณตามสูตร two-sample comparison of proportions ดังภาพที่ 1 ได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 3,030 คน การวิจัยนี้จึงทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 3,600 คน โดยทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

$$n_1 = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\bar{p}\bar{q}(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, q_1 = 1 - p_1, q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}$$

ภาพที่ 1 two-sample comparison of proportions



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) ข้อมูลด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ 2) ข้อมูลด้านการคัดกรอง ได้แก่ ภาวะเสี่ยงหกล้ม ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า ภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และดัชนีมวลกาย การคัดกรองดังกล่าวประเมินโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุตามพื้นที่ และนำข้อมูลมาลงในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองดังกล่าวอ้างอิงมาจากคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2558 (Department of Medical Services Ministry of Public Health)

การคัดกรองภาวะเสี่ยงหกล้ม เครื่องมือที่ใช้คือ การทดสอบ timed up and go โดยให้ผู้สูงอายุนั่งเก้าอี้ที่มีที่พนักแขนลูกเดินเป็นเส้นตรงจากเก้าอี้เป็นระยะทาง 3 เมตรและเดินกลับมานั่งบนเก้าอี้ตัวเดิม ถ้าใช้เวลาน้อยกว่า 12 วินาที แปลผลว่าไม่มีภาวะเสี่ยงหกล้ม ถ้าใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที ถือว่ามีภาวะเสี่ยงหกล้ม (Bischoff et al., 2003)

การคัดกรองระดับความดันโลหิต หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวัดความดันโลหิต แบ่งระดับความดันโลหิตเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ปกติ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) อยู่ในช่วง 91 ถึง 129 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) และ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) อยู่ในช่วง 61 ถึง 84 มิลลิเมตรปรอท

กลุ่มที่ 2 มีความเสี่ยง ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว อยู่ในช่วง 130 ถึง 139 มิลลิเมตรปรอท หรือ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว อยู่ในช่วง 85 ถึง 89 มิลลิเมตรปรอท

กลุ่มที่ 3 สงสัยป่วย ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท

การคัดกรองระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง และแบ่งผลระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ปกติ ระดับน้ำตาลหลังอดอาหารอยู่ในช่วง 70 ถึง 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (mg%)

กลุ่มที่ 2 มีความเสี่ยง ระดับน้ำตาลหลังอดอาหารอยู่ในช่วง 101 ถึง 125 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

กลุ่มที่ 3 สงสัยป่วย ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร > 125 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

การคัดกรองภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบ คือ Abbreviated Mental Test (AMT) กำหนดให้ < 8 คะแนน แปลผลว่ามีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม และ 8 – 10 คะแนน แปลผลว่า ไม่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม (department of medical services ministry of public health)

การคัดกรองภาวะเสี่ยงซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบ คือ การถาม 2 คำถาม (2Q) ได้แก่ “ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่” และ “ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก เบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน หรือไม่” กำหนดให้ 1 – 2 คะแนน แปลผลว่ามีความเสี่ยง



ซีมีตรา และ 0 คะแนน แปลผลว่าไม่มีภาวะเสี่ยงซีมีตรา (department of medical services ministry of public health)

การคัดกรองภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ คือ การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก โดยการถามอาการปวดข้อเข่า ถ้ามีอาการปวดข้อเข่าให้ถามคำถามต่อ 5 คำถาม ได้แก่ “ข้อเข่าฝืดตึงหลังตื่นนอนตอนเช้า น้อยกว่า 30 นาที (stiffness)” “เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว (crepitus)” “กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า (bony tenderness)” “ข้อใหญ่ผิดปกติ (bony enlargement)” “ไม่พบข้ออุ่น (no palpable warmth)” ถ้ามีอาการปวดข้อเข่า ร่วมกับพบอย่างน้อย 2 ใน 5 คำถาม แปลผลว่ามีภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม ถ้าไม่มีอาการปวดข้อเข่า หรือมีอาการปวดข้อเข่าแต่พบคำถามไม่ถึง 2 ใน 5 คำถาม แปลผลว่า ไม่มีภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม (Department of medical services ministry of public health)

การคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบ คือ activity of daily living คะแนนเต็ม 20 คะแนน แปลผล 12 – 20 คะแนน หมายถึงกลุ่มติดสังคม, 5 – 11 คะแนน หมายถึงกลุ่มติดบ้าน และ 0 – 4 คะแนน หมายถึง กลุ่มติดเตียง (department of medical services ministry of public health)

ดัชนีมวลกาย (body mass index) หมายถึง น้ำหนัก (กิโลกรัม)/ส่วนสูง² (เมตร)

การเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขออนุญาตทำวิจัยในโรงพยาบาล และขอจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง

2. ผู้วิจัยติดต่อขอข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลลำปาง ได้แก่ ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีชื่อในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ.2562 ถึง กันยายน พ.ศ.2563 รวมถึงข้อมูล เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย การคัดกรองภาวะเสี่ยงหกล้ม การคัดกรองระดับความดันโลหิต การคัดกรองระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร การคัดกรองภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม การคัดกรองภาวะเสี่ยงซีมีตรา การคัดกรองภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม และการคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลตาม inclusion criteria และ exclusion criteria

4. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และเขียนรายงานการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ความชุกของภาวะเสี่ยงหกล้มแสดงผลในรูปร้อยละ และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่อภาวะเสี่ยงหกล้มโดยใช้ fisher exact test และ multiple logistic regression

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง เลขที่ 65/64 รับรองวันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ.2564 – 23 พฤษภาคม พ.ศ.2565

**ผลการวิจัย**

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ศึกษาทั้งหมด 3,600 คน เป็นเพศหญิง 1,918 คน (ร้อยละ 53.28) ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี จำนวน 2,409 คน (ร้อยละ 66.92) มีน้ำหนักสมส่วน (ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5 – 22.9 กิโลกรัม/เมตร²) 1,633 คน (ร้อยละ 45.36) คัดกรองพบภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม เท่ากับ 28 คน (ร้อยละ 0.78), 6 คน (ร้อยละ 0.17) และ 197 คน (ร้อยละ 5.47) ตามลำดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเกือบทั้งหมดเป็นกลุ่มติดสังคม 3,566 คน (ร้อยละ 99.06) คัดกรองระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลหลังอดอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ เท่ากับ 2,850 คน (ร้อยละ 79.17) และ 3,353 คน (ร้อยละ 93.14) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงหกล้ม (n=3,600)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะเสี่ยงหกล้ม (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะเสี่ยงหกล้ม (ร้อยละ)	P-value
จำนวนทั้งหมด	3,600 (100.00)	126 (3.50)	3,474 (96.50)	
เพศ				
ชาย	1,682 (46.72)	33 (1.96)	1,649 (98.04)	< .001*
หญิง	1,918 (53.28)	93 (4.85)	1,825 (95.15)	
อายุ (ปี)				
60 - 69	2,409 (66.92)	70 (2.91)	2,339 (97.09)	.001*
70 - 79	811 (22.53)	30 (3.70)	781 (96.30)	
≥ 80	380 (10.56)	26 (6.84)	354 (93.16)	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²)				
< 18.5	448 (12.44)	23 (5.13)	425 (94.87)	.011*
18.5 - 22.9	1,633 (45.36)	67 (4.10)	1,566 (95.90)	
23.0 - 24.9	728 (20.22)	17 (2.34)	711 (97.66)	
≥ 25.0	791 (21.97)	19 (2.40)	772 (97.60)	
ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม				
ไม่มี	3,572 (99.22)	112 (3.14)	3,460 (96.86)	< .001*
มี	28 (0.78)	14 (50.00)	14 (50.00)	



ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงหกล้ม (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะเสี่ยงหกล้ม (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะเสี่ยงหกล้ม (ร้อยละ)	P-value
ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม				
ไม่มี	3,594 (99.83)	123 (3.42)	3,471 (96.58)	.001*
มี	6 (0.17)	3 (50.00)	3 (50.00)	
ภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม				
ไม่มี	3,403 (94.53)	35 (1.03)	3,368 (98.97)	< .001*
มี	197 (5.47)	91 (46.19)	106 (53.81)	
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (activity of daily living)				
กลุ่มติดสังคม	3,566 (99.06)	116 (3.25)	3,450 (96.75)	< .001*
กลุ่มติดบ้าน	34 (0.94)	10 (29.41)	24 (70.59)	
คัดกรองระดับความดันโลหิต				
ปกติ	2,850 (79.17)	103 (3.61)	2,747 (96.39)	.440
มีความเสี่ยง	400 (11.11)	15 (3.75)	385 (96.25)	
สงสัยป่วย	350 (9.72)	8 (2.29)	342 (97.71)	
คัดกรองระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร				
ปกติ	3,353 (93.14)	122 (3.64)	3,231 (96.36)	.298
มีความเสี่ยง	208 (5.78)	4 (1.92)	204 (98.08)	
สงสัยป่วย	39 (1.08)	0 (0.00)	39 (100.00)	

* p < .05

จากตารางที่ 1 ผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 3,600 คน พบว่า ภาวะเสี่ยงหกล้ม 126 คน (ร้อยละ 3.50) ปัจจัยด้านเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า ภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการคัดกรองระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลหลังอดอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงหกล้ม

ลักษณะประชากรผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง พบว่า ภาวะเสี่ยงหกล้ม 93 คน (ร้อยละ 4.85) พบว่า ภาวะเสี่ยงหกล้มในช่วงอายุ 60 – 69 ปี, 70 – 79 ปี และ มากกว่าเท่ากับ 80 ปี เท่ากับ 70 คน (ร้อยละ 2.91), 30 คน



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

(ร้อยละ 3.70) และ 26 คน (ร้อยละ 6.84) ตามลำดับ ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5 – 22.9 กิโลกรัม/เมตร² พบภาวะเสี่ยงหกล้ม 67 คน (ร้อยละ 4.10) ภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม, ซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม เท่ากับ 14 คน (ร้อยละ 50.00), 3 คน (ร้อยละ 50.00) และ 91 คน (ร้อยละ 46.19) ตามลำดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันพบกลุ่มติดบ้าน 34 คน (ร้อยละ 0.94) มีภาวะเสี่ยงหกล้ม 10 คน (ร้อยละ 29.41)

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุ

ปัจจัย		Adjusted Odds Ratio (95% CI)	P-value
เพศ	ชาย	ref	
	หญิง	1.86 (1.13-3.03)	.014*
อายุ (ปี)			
60 - 69		ref	
70 - 79		0.88 (0.51-1.51)	.643
≥ 80		1.50 (0.77-2.89)	.230
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)			
< 18.50		ref	
18.50 - 22.90		1.12 (0.58-2.14)	.742
23.00 - 24.90		0.58 (0.25-1.30)	.187
≥ 25.00		0.52 (0.24-1.15)	.105
ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม		2.36 (0.84-6.71)	0.105
ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า		1.65 (0.98-27.61)	.728
ภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม		80.16 (50.11-128.23)	< .001*
งานกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living)			
กลุ่มติดสังคม		ref	
กลุ่มติดบ้าน		12.96 (4.16-40.32)	< .001*

* p < .05

จากการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (multiple logistic regression) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง ภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในกลุ่มติดบ้านมีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงหกล้มอย่าง



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิง พบภาวะเสี่ยงหกล้ม 1.86 เท่า ($OR_{adj}=1.86$, 95% CI 1.13 – 3.03) เมื่อเทียบกับเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อมมีภาวะเสี่ยงหกล้ม 80.16 เท่า ($OR_{adj}=80.16$, 95% CI 50.11- 128.23) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม และผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นกลุ่มติดบ้านพบภาวะเสี่ยงหกล้ม 12.96 เท่า ($OR_{adj}=12.96$, 95% CI 4.16 – 40.32) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นกลุ่มติดสังคม ส่วนช่วงอายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม และภาวะเสี่ยงซึมเศร้าไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง ร้อยละ 3.50 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้า ร้อยละ 12.60 – 23.70 (Noopud et al., 2020; Trongsakul & Vimolratana, 2018) อาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้ภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุ พบน้อย เช่น สัดส่วนผู้สูงอายุในช่วงอายุน้อย การออกกำลังกายต่างๆ การเข้าร่วมชมรม และกิจกรรมของชมรมสูงอายุ (Gillespie et al., 2012; Noopud et al., 2020; Trongsakul & Vimolratana, 2018) งานวิจัยนี้พบช่วงอายุของผู้สูงอายุอยู่ที่ 60 – 79 ปี ถึงร้อยละ 89.45 รวมถึงจังหวัดลำปาง เป็นจังหวัดที่มีชมรมสูงอายุครอบคลุมเกือบทุกพื้นที่ มีกิจกรรมในชมรมสำหรับผู้สูงอายุที่สามารถลดภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุได้หลากหลาย เช่น การเดินลีลาศ การเดินบาสโลบ รำไทจิซึกง เป็นต้น จึงอาจทำให้พบภาวะเสี่ยงหกล้มในจังหวัดลำปาง ที่น้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้าและจังหวัดอื่นได้

ในงานวิจัยนี้พบปัจจัยเรื่องเพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า เพศหญิงมีภาวะเสี่ยงหกล้ม 1.86 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงหกล้มมากกว่าเพศชาย (Campbell, Spears, & Borrie, 1990; Robbins et al., 1989) ดังนั้นผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงหกล้มแล้วมีภาวะเสี่ยง โดยเฉพาะในเพศหญิงควรได้รับการเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะหกล้มมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยัง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อมพบภาวะเสี่ยงหกล้มเท่ากับ 80.16 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม ซึ่งไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาก่อนหน้า (Saelee & Suttanon, 2018; van Schoor et al., 2020) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมและการมีกล้ามเนื้อบริเวณเข่าอ่อนแรงมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะดังกล่าว ดังนั้นในผู้สูงอายุที่คัดกรองพบภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม ควรมีกิจกรรมการออกกำลังกายที่มีการเสริมสร้างความสามารถในการทรงตัว และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อบริเวณข้อเข่า เช่น การออกกำลังกายโดยการเดิน การออกกำลังกายแบบยืดกล้ามเนื้อ รำไทจิซึกง (Howe, Rochester, Neil, Skelton, & Ballinger, 2011) เพื่อป้องกันภาวะหกล้ม

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงหกล้ม โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มติดบ้านมีภาวะเสี่ยงหกล้มเป็น 12.96 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มติดสังคม ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Dawn A. Skelton (Skelton, 2001) กล่าวว่า การลดลงของกิจวัตรทางกายสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม ดังนั้นผู้สูงอายุที่พบภาวะเสี่ยงหกล้มร่วมกับมีความสามารถในการดำเนิน



ชีวิตประจำวันเป็นกลุ่มติดบ้าน ควรมีมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกันการหกล้มภายในบ้านอย่างเข้มงวด และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาในจังหวัดพัทลุงและจังหวัดเชียงราย (Noopud et al., 2020; Trongsakul & Vimolratana, 2018) พบว่า ช่วงอายุที่มากขึ้นมีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยนี้พบ ภาวะเสี่ยงหกล้มในช่วงอายุ 60 – 69 ปี, 70 – 79 ปี และมากกว่าเท่ากับ 80 ปีอยู่ที่ร้อยละ 2.91, ร้อยละ 3.70 และร้อยละ 6.84 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่มากขึ้น แต่ไม่มีความสัมพันธ์ในทางสถิติเมื่อวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร อาจเนื่องมาจากร้อยละของภาวะเสี่ยงหกล้มที่พบน้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ ทำให้ร้อยละของภาวะเสี่ยงหกล้มในแต่ละช่วงอายุมีความต่างกันไม่มากจนไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ดังนั้นจึงควรมีจำนวนประชากรในการศึกษาที่มากขึ้นในกรณีที่ประชากรพบร้อยละของภาวะเสี่ยงหกล้มน้อย

การคัดกรองในการศึกษานี้ประเมินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาล ที่ได้รับการอบรมประเมินการคัดกรองผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลลำปาง และแบ่งพื้นที่คัดกรองผู้สูงอายุตามการดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดลำปางมีจำนวนมาก ร่วมกับการคัดกรองมีเวลาจำกัด จึงจำเป็นต้องใช้บุคลากรทางสาธารณสุขจำนวนมากในการคัดกรองผู้สูงอายุ ทำให้การสอบเทียบผู้ประเมินเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุควรมีมาตรการในการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มความสามารถในการทรงตัว และป้องกันภาวะหกล้มที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุ โดยเน้นย้ำในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง มีภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นกลุ่มติดบ้านให้มีการเข้าร่วมมากยิ่งขึ้น

2. บุคลากรทางสาธารณสุขควรมีการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบภาวะเสี่ยงหกล้ม โดยเฉพาะในเพศหญิง มีภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นกลุ่มติดบ้านให้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ชักชวนเข้ากิจกรรมที่มีในชุมชน อาทิเช่น การออกกำลังกาย การเข้าร่วมชมรมต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยใช้ข้อมูลในอดีต จึงมีข้อจำกัดด้านข้อมูลที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุ เช่น การมีโรคประจำตัวต่างๆ การมีผู้ดูแล การรับประทานยาบางประเภท การเข้าร่วมชมรมสูงอายุ การออกกำลังกายในหลายรูปแบบ เพื่อลดข้อจำกัดด้านข้อมูลดังที่กล่าวมาควรมีการเพิ่มเติมตัวแปรที่อาจมีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในการศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Assantachai, P. (2011). *Common health problems in the elderly and their prevention* (2 ed.).

Bangkok: Union Creation Co., Ltd. (in Thai)

Bischoff, H. A., et al. (2003). Identifying a cut off point for normal mobility: a comparison of the timed up and go test in community-dwelling and institutionalised elderly women. *Age and Ageing*, 32(3), 315-320. doi:10.1093/ageing/32.3.315 %J Age and Ageing



- Campbell, A. J., Spears, G. F., & Borrie, M. J. (1990). Examination by logistic regression modelling of the variables which increase the relative risk of elderly women falling compared to elderly men. *Journal of clinical epidemiology*, 43(12), 1415-1420.
- Department of medical services ministry of public health. *guide to screening / assessing the elderly* (2 ed.). Office of Printing Welfare, Veterans Organization. (in Thai)
- Gillespie, L. D., et al. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane database of systematic reviews*(9).
- Howe, T. E., Rochester, L., Neil, F., Skelton, D. A., & Ballinger, C. (2011). Exercise for improving balance in older people. *Cochrane database of systematic reviews*(11).
- Institute for Population and Social Research Mahidol University Thailand. (2021). Thailandometers. . Retrieved 10 April ,2020, from, <http://www.thailandometers.mahidolacth/>. (in thai)
- Lampang provincial statistical office. (2021). Analyze and summarize the situation of the Lampang elderly. Retrieved 10 April ,2020, from, http://lampang.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=423:2020-09-14-21-39-28&catid=105:2012-01-09-07-07-49&Itemid=657. (in Thai)
- Limpawattana, P., Sutra, S., Thavompitak, Y., Chindaprasirt, J., & Mairieng, P. (2012). Geriatric hospitalizations due to fall-related injuries. *Journal of the medical association of thailand*, 95(7), 235-239.
- Noopud, P., Phrom-On, D., Woradet, S., & Chaimay, B. (2020). Prevalence of fall risk and factors associated with fall risk among elderly people. *Journal of sports science and health*, 21(1). (in Thai)
- Phelan, E. A., Mahoney, J. E., Voit, J. C., & Stevens, J. A. (2015). Assessment and management of fall risk in primary care settings. *Medical clinics*, 99(2), 281-293.
- Robbins, A. S., Rubenstein, L. Z., Josephson, K. R., Schulman, B. L., Osterweil, D., & Fine, G. (1989). Predictors of falls among elderly people: results of two population-based studies. *Archives of internal medicine*, 149(7), 1628-1633.
- Saelee, P., & Suttanon, P. (2018). Risk Factors for Falls in People with Knee Osteoarthritis: Systematic Review. *Vajira medical journal: Journal of urban medicine*, 62(4), 281-288.
- Skelton, D. A. (2001). Effects of physical activity on postural stability. *Age ageing*, 30(suppl_4), 33-39.
- Trongsakul, S., & Vimolratana, O. (2018). Prevalence and associated factors of fall risk in Thai older people: a primary care based study in Chiang Rai. *Journal of current science and technology*, 8(2), 99-106.
- van Schoor, N. M., et al. (2020). *Clinical osteoarthritis of the hip and knee and fall risk: the role of low physical functioning and pain medication*. Paper presented at the Seminars in arthritis and rheumatism.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*: World Health Organization.



Effectiveness of The Project-based learning on life skills of Nursing Students

Adul Wuttijurepan^{*} , Kanlayanee No-in^{*} , Chulawaree Chaiwongnakkapun^{*}

(Received August 23, 2021, Revised: October 9, 2021, Accepted: October 18, 2021)

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research, one-group pre-test and post-test design, aimed to study the effectiveness of the project-based learning on life skills of nursing students. Forty-nine second year nursing students participated in this study. The research instruments were 1) the project-based lesson plan on life skills of a 15-week of the learning by activities subject, 2) the life skills questionnaires of nursing students, and 3) the satisfaction questionnaires of the project-based learning. Data collection took place during June to October 2020. Descriptive statistics, and paired t-test were used for data analysis.

The results were revealed that the overall mean scores and each part mean scores of nursing students' life skills before and after the project-based study were not different ($p > .05$). When considering the average life skills scores of nursing students for each item in each part, it was found that the mean scores of the three life skills (empathetic skill, decision-making skill and problem-solving skill) after project-based learning were significantly higher than before project-based learning at .05. The overall mean scores of nursing students' satisfaction of the project-based study were high. Suggestions: Project-based learning is an effective teaching strategy for developing of nursing students' life skills. It should be promoted as a teaching strategy in general education subjects and nursing subjects to improve and develop nursing students to increase life skills.

Keywords: Effectiveness; Project based learning; Nursing students; Life skills

^{*} Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phare Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Corresponding author: wuttijurepan.adul@gmail.com



ประสิทธิผลของการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานต่อทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

อดุลย์ วุฒิจูร์พันธุ์*, กัลยาณี โนนินทร์*, จุฬาวรี ชัยวงศ์นาคพันธ์*

(วันรับบทความ: 23 สิงหาคม 2564, วันแก้ไขบทความ : 9 ตุลาคม 2564, วันตอบรับบทความ : 18 ตุลาคม 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานต่อทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 จำนวน 49 คน เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แผนการสอนการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานต่อทักษะชีวิตในรายวิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมมีระยะเวลา 15 สัปดาห์ 2) แบบประเมินทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม พ.ศ.2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตโดยรวมและรายด้านก่อนและหลังการเรียนฯ ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลเป็นรายข้อแต่ละด้าน พบว่า ทักษะด้านการเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น ทักษะด้านการตัดสินใจ และทักษะด้านการแก้ไขปัญหา มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตสูงกว่าก่อนการเรียนแบบโครงงานเป็นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนน ความพึงพอใจต่อการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ: การเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานเป็นกลวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพสำหรับการพัฒนาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ควรส่งเสริมให้เป็นกลวิธีการสอนในวิชาหมวดวิชาชีพศึกษาทั่วไป และหมวดวิชาชีพการพยาบาล เพื่อส่งเสริมและพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะชีวิตเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ประสิทธิผล; การเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน; นักศึกษาพยาบาล; ทักษะชีวิต

* อาจารย์พยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข,
Corresponding author: wuttijurepan.adul@gmail.com

**บทนำ**

ทักษะชีวิต มีความจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของวัยรุ่นในสังคมโลกยุคศตวรรษที่ 21 เนื่องจากวัยรุ่นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ฯลฯ อย่างรวดเร็ว อันเป็นผลมาจากการใช้เทคโนโลยีทันสมัยในการขับเคลื่อน วัยรุ่นเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตที่กำลังจะเข้าสู่ผู้ใหญ่ ทำให้เป็นวัยแห่งความสับสน มีความเข้มแข็งทางจิตใจ ความมีเหตุผล และความทันต่อโลกน้อย ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการมีประสบการณ์น้อยในการตัดสินใจในการดำเนินชีวิต (Phanjawattanakun, J., 2018) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงเป็นทั้งปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนาและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในวัยรุ่น ทักษะชีวิตจึงเหมือนภูมิคุ้มกันที่มีส่วนช่วยสนับสนุนและลดปัญหาที่เข้ามาคุกคามชีวิตของวัยรุ่นให้สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านส่วนตัว ด้านครอบครัว ด้านสังคมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น เพื่อให้การดำรงชีวิต มีความสุขทั้งในปัจจุบันและอนาคต (Im-iam, S.& Makmee, P., 2019) หากขาดทักษะชีวิตก็จะนำไปสู่การเผชิญกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เช่น การติดเกมส์ การใช้สารเสพติด การตั้งครมไม่พร้อม ฯลฯ อันนำไปสู่ปัญหาต่างๆ ตามมา อาทิ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการเรียน ปัญหาครอบครัว และปัญหาสังคม

นักศึกษายาบาลส่วนใหญ่มีอายุ 18 – 21 ปี ถือว่าเป็นวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น นอกจากได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับวัยรุ่น โดยทั่วไปปัจจัยด้านการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต การปฏิบัติบทบาทตามความคาดหวังของสังคมหรือวิชาชีพ การปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยและ อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ล้วนถือว่ามีส่วนสำคัญต่อความสามารถในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา หากนักศึกษาไม่สามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้นักศึกษาเกิดปัญหาความวิตกกังวล ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า ทำให้ต้องพักการเรียน การเรียนช้าขึ้น หรือลาออกกลางคัน และผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา คือ การฆ่าตัวตาย (Bundusak, T., et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamwong, W., et al., (2016) เกี่ยวกับความเครียดและสาเหตุของความเครียดของนักศึกษายาบาลในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย ร้อยละ 38.79 และมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก ร้อยละ 4.24 โดยสาเหตุของความเครียด ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว การเรียน ระเบียบของสถานศึกษา เพื่อน อาจารย์ การจัดสรรเวลา เศรษฐกิจ และสาเหตุในอนาคต (กลัวทำผิดระเบียบ กลัวสอบตก กลัวผิดหวังในการเรียน กังวลเรื่องชีวิตส่วนตัว) ซึ่งสาเหตุทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดของนักศึกษายาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ดังนั้นการพัฒนาทักษะชีวิตจึงมีความจำเป็นสำหรับนักศึกษายาบาล

แนวทางการพัฒนาทักษะชีวิตสามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นในตัวบุคคลได้ด้วยวิธีการสำคัญ 2 วิธี ได้แก่ การพัฒนาที่เกิดเองตามธรรมชาติ เป็นการเรียนรู้ที่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการมีแบบอย่างที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว และการพัฒนาโดยกระบวนการเรียนการสอน เป็นการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผ่านกิจกรรมรูปแบบต่างๆ ได้ลงมือปฏิบัติ ได้ร่วมคิดอภิปรายแสดงความคิดเห็น ได้แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้สะท้อนความรู้สึกนึกคิด มุมมอง เชื่อมโยงสู่วิถีชีวิตของตนเอง เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่และปรับใช้กับชีวิต (Pipattanawong, W., 2014) สำหรับสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล พบว่ามีดำเนินการพัฒนาและสร้างทักษะชีวิตแก่นักศึกษายาบาลผ่าน



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

กระบวนการเรียนการสอนในหลักสูตรและกิจกรรมเสริมหลักสูตร ภายใต้กรอบแนวคิดเชิงมนทัศน์สำหรับทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 (Model of 21st Century Outcomes and Support Systems) โดยเน้นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้เรียนทั้งด้านความรู้สึกรสชาติและทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ซึ่งมีผลการศึกษาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล พบว่า มีทักษะชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Jiramanaswong, A., Howham, C., & Wannatawee, P., 2020 ; Sarakshetrin, A., et al., 2021) โดยมีผลการศึกษาส่วนหนึ่งพบว่าทักษะชีวิตลดลงเมื่ออยู่ระดับชั้นปีที่สูงขึ้น ผู้วิจัยจึงได้แนวคิดว่าคุณศึกษาศาสตร์ควรได้รับการส่งเสริมและพัฒนาด้านทักษะชีวิตอย่างต่อเนื่อง

ในการศึกษาที่ผ่านมา มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยมุ่งไปที่การฝึกอบรม ดังการศึกษาของ Saichamchan, S., et al., (2015) เกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนพยาบาล และการศึกษาของ Surangsee, S., Leungratanamart, L., & Pookitsana, S., (2019) เกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยได้แนวคิด ว่ารูปแบบกิจกรรมการฝึกอบรมในช่วงระยะเวลา 1 - 3 สัปดาห์อาจทำให้ประสิทธิผลเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาอันสั้น จึงควรเชื่อมโยงการพัฒนาทักษะชีวิตเข้ากับการเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการจัดการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน (project-based learning) ที่มุ่งให้ผู้เรียนได้เชื่อมโยงประสบการณ์จากชีวิตจริงสู่การเรียนรู้ค้นหาคำตอบด้วยการลงมือ ค้นคว้า ปฏิบัติจริง เพื่อเตรียมความพร้อมต่อการดำรงชีวิตในอนาคต (Khammani, T., 2018 ; Pangsri, S., 2018) ซึ่งมีผลการศึกษาการเรียนแบบโครงงานเป็นฐาน เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่า ทำให้นักศึกษามีทักษะด้านการคิดสูงขึ้น (Suvithayasiri, K., et al., 2020 ; Sarakshetrin, N., et al., 2021) แต่ยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ศึกษาผลต่อการพัฒนาทักษะชีวิตโดยภาพรวม สำหรับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครแพร่ มีการพัฒนาทักษะผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ให้มีการใฝ่รู้ แสวงหาความรู้ด้วยตนเอง คิดอย่างมีวิจารณญาณและการมีความคิดสร้างสรรค์ ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างรู้เท่าทันรวมถึงการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ โดยกำหนดเป็นผลลัพธ์การเรียนรู้ในกิจกรรมเสริมหลักสูตร และการจัดการเรียนในหลักสูตรผ่านรายวิชาต่างๆ ซึ่งรายวิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้นักศึกษาเกิดประสบการณ์ภาคทดลองด้านกิจกรรมเสริมสร้างทักษะชีวิต บุคลิกภาพ จิตสาธารณะและการดำรงชีวิตอย่างพอเพียง สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 มีระยะเวลาเรียน 15 สัปดาห์ (90 ชั่วโมง) ซึ่งเหมาะแก่การเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐาน ที่ผ่านมามีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน แต่ยังไม่มีความชัดเจนที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับนำไปพัฒนาต่อยอดในรายวิชาอื่นๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานต่อทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้ขั้นตอนการเรียนแบบโครงงานตามแนวคิดของ Panich, V. (2012) ที่แบ่งขั้นตอนการเรียนแบบโครงงานเป็นฐานออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดปัญหา การวางแผนดำเนินโครงการ การลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง การทบทวนกระบวนการเรียนรู้ และการนำเสนอต่อชั้นเรียนหรือที่ประชุม อันจะนำไปสู่การพัฒนาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลให้มีคุณภาพ ในการดำรงชีวิตของตนเอง และการประกอบวิชาชีพสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล นำไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาทักษะชีวิตนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งเป็นแนวทางการพัฒนางานวิจัยด้านการเรียนเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาต่อไป

**วัตถุประสงค์**

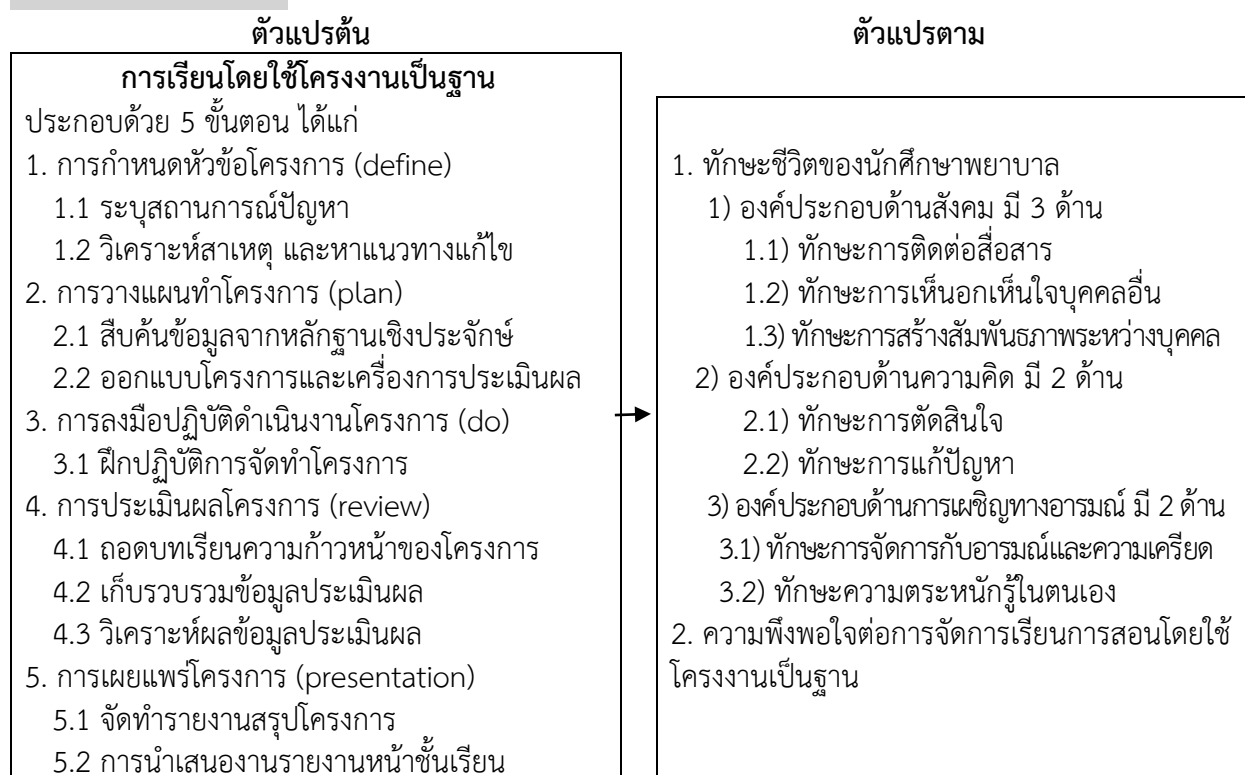
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานต่อทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยทักษะชีวิตดีกว่าก่อนการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน
2. หลังเข้าร่วมการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจต่อการเรียนฯ ในรายวิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมในระดับมาก

ขอบเขตงานวิจัย ขอบเขตการวิจัยมี 4 ด้านดังนี้

1. ด้านตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรต้น ได้แก่ การเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน ตัวแปรตาม ได้แก่ ทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล และความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน
2. ด้านประชากร/กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรม ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 49 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)
3. ด้านพื้นที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
4. ด้านระยะเวลา ใช้ระยะเวลา 15 สัปดาห์ ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง ตุลาคม พ.ศ.2563

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ที่ใช้แผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครแพร่ ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 49 คน และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการสอนการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานต่อทักษะชีวิตในรายวิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้นักศึกษาเกิดประสบการณ์ภาคทดลองด้านกิจกรรมเสริมสร้างทักษะชีวิต บุคลิกภาพ จิตสาธารณะและการดำรงชีวิตอย่างพอเพียงสำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 มีระยะเวลาเรียน 15 สัปดาห์ (90 ชั่วโมง) เรียนในวันอังคาร เวลา 09.00-12.00 น. และวันพุธ เวลา 14.00-17.00 น. ซึ่งแผนการสอนนี้ได้ออกแบบกิจกรรมที่พัฒนาทักษะชีวิตของผู้เรียนโดยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมจากนักวิชาการหลายท่าน อาทิ Panich, V. (2012) ; Saichamchan, S., et al., (2015) ; Surangsee, S., Leungratanamart, L., & Pookitsana, S. (2019) โดยสรุปได้ดังนี้ ขั้นตอนการเรียนรู้แบบโครงงาน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดหัวข้อโครงการ 2) การวางแผนทำโครงการ 3) การลงมือปฏิบัติดำเนินงานโครงการ 4) การประเมินผลโครงการ และ 5) การเผยแพร่โครงการ ลักษณะกิจกรรมการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ การบรรยายแบบมีส่วนร่วม การจัดกิจกรรมกลุ่ม การสะท้อนคิด การมอบหมายจัดทำโครงการ ฝึกปฏิบัติการจัดทำโครงการ การนำเสนอรายงานหน้าชั้นเรียน เป็นต้น บทบาทอาจารย์ผู้สอนทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา กระตุ้นให้กำลังใจ กำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล โดยผู้วิจัยดัดแปลงใช้แบบประเมินของ Voracharoensri, S. (2007) ที่พัฒนาแบบประเมินทักษะชีวิตในนักเรียนวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยเดียวกันกับนักศึกษาพยาบาล แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ลักษณะของคำถามเป็นแบบปลายปิดจำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านสังคม (ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น และทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล) 2) องค์ประกอบด้านความคิด (ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการแก้ปัญหา) และ 3) องค์ประกอบด้านการเผชิญทางอารมณ์ (ทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด ทักษะความตระหนักรู้ในตนเอง) มีข้อคำถามจำนวน 22, 9 และ 14 ข้อตามลำดับ รวมมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 45 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ประมาณค่า 5 ระดับ โดยข้อคำถามเชิงบวก 5 คะแนน หมายถึง จริงที่สุด ถึง 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริงเลย และ ส่วนข้อคำถามเชิงลบ 1 คะแนน หมายถึง จริงที่สุด ถึง 5 คะแนน หมายถึง ไม่จริงเลย

การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยของทักษะชีวิตทั้งรายด้านและโดยรวม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีทักษะชีวิตสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีทักษะชีวิตสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีทักษะชีวิตปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีทักษะชีวิตต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีทักษะชีวิตต่ำมาก

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานในรายวิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรม ใช้แบบประเมินของ Kusirirat, K., & Nuchprayoon, N. (2019) ความพึงพอใจมี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการเรียนรู้ ด้านกิจกรรมการเรียน และด้านประโยชน์ที่ได้รับ มีข้อคำถามจำนวน 5, 7 และ 8 ข้อตามลำดับ รวมมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดย 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ถึง 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจทั้งรายด้าน และโดยรวม ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานในรายวิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการเรียนฯ มาก คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการเรียนฯ ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการเรียนฯ น้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการเรียนฯ น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการสอนการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานต่อทักษะชีวิตในรายวิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรม และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลและแบบประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาพยาบาลจำนวน 3 ท่านและผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) ซึ่งแผนการสอนการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานต่อทักษะชีวิตในรายวิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรม ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.92 แบบประเมินทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.88 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนฯ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.88 ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเรียนฯ เท่ากับ 0.87 และ 0.94 ตามลำดับ



วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง โดยการประเมินข้อมูลทั่วไป และทักษะชีวิตของผู้เรียนในวันเดียวกัน กับกิจกรรมการเตรียมความพร้อมของผู้เรียน

2. ระยะดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 เป็นกิจกรรมการเตรียมความพร้อมของผู้เรียน ประกอบด้วยกิจกรรม การปฐมนิเทศ เกี่ยวกับรายวิชา รูปแบบการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล รวมทั้งกิจกรรมฝึกทักษะการฟังด้วยกระบวนการสุนทรียสนทนา

สัปดาห์ที่ 2 ขึ้นการกำหนดหัวข้อโครงการ โดยจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนระบุสถานการณ์ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลภายใต้บริบทของวิทยาลัยฯ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์สาเหตุ และวิธีการแก้ไข

สัปดาห์ที่ 3-5 ขึ้นการวางแผนทำโครงการ โดยจัดกิจกรรมมอบหมายให้ผู้เรียนสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา กิจกรรมนำเสนอข้อมูลจากการสืบค้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ กิจกรรมนำเสนอการออกแบบกิจกรรมโครงการและเครื่องมือการประเมินผลโครงการกิจกรรม รวมทั้งผู้สอนให้ข้อมูลป้อนกลับต่อการนำเสนอผลงานกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 6-12 ขึ้นลงมือปฏิบัติดำเนินงานโครงการ โดยจัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติดำเนินงานโครงการใน/นอกชั่วโมงเรียน กลุ่มละ 2 ครั้งๆละ 2-3 ชั่วโมง ผู้สอนให้ข้อมูลป้อนกลับต่อการปฏิบัติงานโครงการเพื่อสร้างความตระหนักรู้ของผู้เรียน ในสัปดาห์ที่ 10 กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีการรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินกิจกรรมโครงการ พร้อมกิจกรรมถอดบทเรียน (AAR) ระหว่างดำเนินงานร่วมกันในชั่วโมงเรียน

สัปดาห์ที่ 13-14 ขึ้นประเมินผลโครงการ โดยจัดกิจกรรมมอบหมายให้ผู้เรียนเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ผลภายหลังจัดทำโครงการ

สัปดาห์ที่ 15 ขึ้นการเผยแพร่โครงการโดยจัดกิจกรรมมอบหมายให้ผู้เรียนจัดทำเป็นรายงานสรุป และนำเสนอโครงการกิจกรรม ผู้สอนให้ข้อมูลป้อนกลับต่อการนำเสนอผลงานกลุ่มเพื่อสร้างความตระหนักรู้ของผู้เรียน

3. ระยะหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 16 การประเมินผลภายหลังการจัดการเรียนการสอนและการวิจัย โดยการประเมินทักษะชีวิตของผู้เรียน และความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานในรายวิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และระดับความพึงพอใจต่อการเรียนแบบโครงงานเป็นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนแบบโครงงานเป็นฐาน ด้วยการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ (PPH No.013/2563 ลงวันที่ 18 มิถุนายน 2563) และได้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมกิจกรรมแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง สามารถถอนตัวจากการเป็นอาสาสมัคร โครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งได้ขอคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร จากกลุ่มตัวอย่างทุกคนก่อนศึกษา ข้อมูลที่ได้นำเสนอข้อมูลแก่สาธารณะในภาพรวมของผลการวิจัยและใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย**1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง**

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=49)

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน (n=49)	ร้อยละ
1. อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	24	48.90
20 – 29 ปี	23	46.90
มากกว่า 30 ปี	2	4.20
(Mean= 20.2 ปี S.D. = 2.79 ปี min = 19 ปี max = 33 ปี)		
2. เพศ		
ชาย	2	4.10
หญิง	47	95.90
3. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน		
2.00 – 2.99	32	65.30
มากกว่า 3.00	17	34.70

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 48.9 เป็นเพศหญิงร้อยละ 95.9 และมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระหว่าง 2.00-2.99 ร้อยละ 65.3



2. การเปรียบเทียบทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบทักษะชีวิตรายข้อ รายด้านและโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน (n=49)

ทักษะชีวิตของ นักศึกษาพยาบาล	ก่อนการเรียนรู้			หลังการเรียนรู้			t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
1. ด้านการสื่อสาร	3.91	0.31	สูง	3.98	0.46	สูง	-1.266	0.212
- ฉันสื่อสารพูดคุยกับบุคคลอื่นได้อย่างราบรื่น	3.67	0.56	สูง	3.85	0.65	สูง	-1.844	0.071
- เพื่อนๆ เข้าใจฉัน เวลาฉันพูดคุยกับเขา	3.77	0.51	สูง	3.83	0.72	สูง	-0.651	0.518
- เมื่อเพื่อนมาเล่าปัญหาครอบครัวให้ฉันฟัง ฉันรับฟังและแสดงสีหน้า ท่าทางได้อย่างเหมาะสม	4.06	0.56	สูง	4.22	0.72	สูง	-1.385	0.173
- ฉันเป็นผู้ฟังที่ดีเมื่อพูดคุยกับคนอื่น ๆ	4.10	0.59	สูง	4.22	0.63	สูง	-1.062	0.294
- ฉันรับฟังเรื่องราวต่างๆ ที่เพื่อน ๆ เล่าให้ฉันฟังได้ทุกๆ เรื่อง	4.36	0.60	สูง	4.34	0.69	สูง	0.198	0.844
- เวลาเพื่อนพูดคุยกับฉัน ฉันสามารถรับฟังด้วยความตั้งใจ	4.16	0.62	สูง	4.16	0.66	สูง	0.000	1.000
- เมื่อจำเป็นต้องพูดข้อเสียของเพื่อนๆ ในห้อง ฉันสามารถบอกข้อเสียของเพื่อนได้ โดยที่เพื่อนไม่รู้สึกโกรธหรือไม่พอใจได้	3.18	0.67	ปานกลาง	3.06	0.78	ปานกลาง	0.948	0.348
- เวลาฉันจะตักเตือนเพื่อนฉันจะใช้คำพูดที่ไม่ทำร้ายความรู้สึกของเพื่อน	3.55	0.77	สูง	3.53	0.79	สูง	0.198	0.844
- เมื่อเพื่อนๆ แนะนำฉัน ฉันจะตั้งใจฟัง	3.95	0.61	สูง	4.04	0.68	สูง	-0.814	0.420
- ฉันนำสิ่งที่เพื่อนแนะนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงตนเอง	3.93	0.59	สูง	4.10	0.65	สูง	-1.741	0.088
- ฉันเปิดใจรับฟังเรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับข้อบกพร่องของตัวเอง	4.18	0.65	สูง	4.24	0.63	สูง	-0.685	0.497
2. ด้านการเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น	3.93	0.49	สูง	4.05	0.51	สูง	-1.633	0.109
- เมื่อเพื่อนสอปลก ฉันสามารถรับรู้และเข้าใจความรู้สึกเสียใจของเพื่อนได้	4.44	0.58	สูง	4.51	0.62	สูง	-0.651	0.518
- เมื่อเพื่อนรู้สึกผิดหวัง ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกของเพื่อนว่าเขารู้สึกอย่างไร	4.04	0.68	สูง	4.32	0.59	สูง	-2.376	0.022*
- ฉันรู้สึกถึงอาการประหม่าของเพื่อนได้เมื่อเขาต้องออกไปพูดหน้าชั้นเรียน	3.81	0.86	สูง	3.83	0.83	สูง	-0.198	0.844
- ฉันสามารถเข้าใจว่าเพื่อนของฉันต้องการอะไร เวลาเพื่อนฉันเจอปัญหา	3.42	0.74	ปานกลาง	3.63	0.78	สูง	-1.808	0.077
- ฉันเข้าใจความรู้สึกของเพื่อนบางคนที่ไม่สมหวังจากสิ่งที่คาดหวังไว้	3.93	0.63	สูง	3.93	0.66	สูง	0.000	1.000



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบทักษะชีวิตรายข้อ รายด้านและโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้แบบโครงการเป็นฐาน (n=49) (ต่อ)

ทักษะชีวิตของ นักศึกษาพยาบาล	ก่อนการเรียนรู้			หลังการเรียนรู้			t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
3. ด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.43	0.39	ปานกลาง	3.40	0.43	ปานกลาง	0.426	0.672
- ฉันทำความรู้จักกับผู้อื่นได้ง่าย	3.75	0.75	สูง	3.95	0.74	สูง	-1.872	0.067
- เพื่อนในชั้นเรียนมีความเป็นมิตรที่มีความจริงใจต่อกัน	3.95	0.64	สูง	3.75	0.69	สูง	1.566	0.124
- ฉันสามารถทำงานร่วมกับเพื่อนในชั้นเรียนได้อย่างมีความสุข	4.06	0.56	สูง	4.04	0.54	สูง	0.198	0.844
- ฉันไม่ชอบพูดคุยซักถามกับอาจารย์ผู้สอนทั้งในและนอกชั้นเรียน	2.91	0.86	ปานกลาง	2.89	1.03	ปานกลาง	0.123	0.903
- เป็นการยากสำหรับฉันที่จะโต้แย้งกับอาจารย์ แม้จะมีเหตุผลเพียงพอ	2.67	0.88	ปานกลาง	2.53	0.74	ปานกลาง	1.155	0.254
- ฉันสามารถแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในห้องเรียนด้วยบรรยากาศความเป็นมิตร	3.20	0.61	ปานกลาง	3.22	0.10	ปานกลาง	-0.198	0.844
4. ด้านการตัดสินใจ	3.82	0.50	สูง	3.92	0.64	สูง	-1.495	0.142
- เมื่อจำเป็นต้องตัดสินใจ ฉันจะรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆ เพื่อนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจ	3.95	0.61	สูง	3.97	0.78	สูง	-0.206	0.837
- ฉันมักจะวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลต่างๆ อย่างรอบคอบ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการตัดสินใจ	3.67	0.69	สูง	3.89	0.68	สูง	-0.011	0.040*
- ก่อนจะตัดสินใจเลือกทางเลือกใด ฉันจะวิเคราะห์ข้อดี/ข้อเสียของทางเลือกนั้น	3.93	0.80	สูง	3.91	0.84	สูง	-0.038	0.850
- ฉันสามารถประเมินผลของการตัดสินใจของฉันได้ว่าเป็นอย่างไร	3.63	0.78	สูง	3.83	0.80	สูง	-2.478	0.017*
- เมื่อต้องทำอะไรหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ฉันตัดสินใจได้ว่าจะทำอะไรก่อนหลัง	3.70	0.86	สูง	3.82	0.96	สูง	-1.098	0.278
5. ด้านการแก้ไขปัญหา	3.64	0.45	สูง	3.67	0.48	สูง	-0.456	0.650
- เมื่อฉันประสบปัญหา ฉันสามารถบอกได้ว่าปัญหานั้นๆ คืออะไร	3.89	0.65	สูง	3.75	0.86	สูง	1.124	0.267
- เมื่อฉันประสบปัญหา ฉันไม่สามารถระบุได้ว่าอะไรคือสาเหตุของปัญหา	3.71	0.76	สูง	3.59	0.91	สูง	0.785	0.436
- ฉันจะวิเคราะห์แนวทางต่างๆ ในการแก้ปัญหาด้วยเหตุและผล	3.53	0.58	สูง	3.79	0.58	สูง	-2.910	0.005*



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบทักษะชีวิตรายข้อ รายด้านและโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้แบบ
โครงการเป็นฐาน (n=49) (ต่อ)

ทักษะชีวิตของ นักศึกษาพยาบาล	ก่อนการเรียนรู้			หลังการเรียนรู้			t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
- เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันสามารถกำหนด แนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดี	3.40	0.57	ปาน กลาง	3.53	0.71	สูง	-1.231	0.224
6. ด้านการจัดการกับอารมณ์และ ความเครียด	3.93	0.33	สูง	3.92	0.44	สูง	0.106	0.916
- ฉันจะมองปัญหาหรืออุปสรรคที่ เกิดขึ้นกับตัวเองว่าเป็นบทเรียนที่สำคัญ ของชีวิต มากกว่าจะมองว่าเป็นความ โชคร้ายของตัวเอง	4.14	0.71	สูง	4.04	0.76	สูง	0.868	0.390
- ฉันเรียนรู้และได้ประโยชน์จากความ ผิดพลาดที่เกิดขึ้นกับตัวฉันมากกว่าที่จะ กล่าวโทษหรือตำหนิตนเอง	4.00	0.65	สูง	4.04	0.74	สูง	-0.350	0.728
- เมื่อรู้สึกเครียดจากการเรียน ฉันสามารถหา อะไรทำเพื่อให้ตัวเองรู้สึกผ่อนคลาย	4.06	0.63	สูง	4.14	0.65	สูง	-0.703	0.485
- เมื่อเกิดความเครียด ฉันสามารถระบุถึง สาเหตุ/ที่มาของความเครียดที่เกิดขึ้นได้	3.89	0.68	สูง	3.97	0.60	สูง	-0.753	0.455
- เมื่อถูกขัดใจจากผู้อื่น ฉันไม่รู้สึก หงุดหงิดจนควบคุมอารมณ์ไม่ได้	3.85	0.71	สูง	3.75	0.84	สูง	0.961	0.341
- เมื่อรู้สึกกังวล ฉันไม่สามารถจัดการความ กังวลที่เกิดขึ้นได้	3.65	0.75	สูง	3.63	1.00	สูง	0.133	0.894
7. ด้านความตระหนักรู้ในตนเอง	3.92	0.37	สูง	3.84	0.43	สูง	1.398	0.169
- ฉันรู้ว่าตนเองมีจุดอ่อนจุดแข็ง อะไรบ้างในรายวิชาที่ฉันเรียนอยู่	4.00	0.68	สูง	3.83	0.59	สูง	1.533	0.132
- ฉันยอมรับข้อบกพร่องในการเรียนรู้ ของตนเองอยู่เสมอ	4.22	0.56	สูง	4.12	0.57	สูง	1.000	0.322
- ฉันมั่นใจว่าตนเองสามารถทำงานที่ ได้รับมอบหมายได้อย่างสมบูรณ์	3.79	0.58	สูง	3.75	0.69	สูง	0.260	0.710
- ฉันมั่นใจว่าตนเองจะทำโครงการ ที่ได้รับมอบหมายได้อย่างเต็มที่เพื่อให้ เกิดผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจ	3.67	0.63	สูง	3.67	6.30	สูง	0.000	1.000
- ฉันคิดว่าตัวเองคงไม่สามารถทำอะไร เพื่อพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นได้	4.30	0.68	สูง	4.20	0.87	สูง	0.843	0.404
- ฉันสามารถบอกความรู้สึกที่แท้จริง ได้ว่าชอบหรือไม่ชอบอะไร	3.89	0.71	สูง	3.81	0.78	สูง	0.727	0.471
- ฉันไม่มั่นใจในการทำงานที่ยากลำบาก	3.24	0.95	ปาน กลาง	3.20	0.84	ปาน กลาง	0.270	0.789
- ฉันยอมรับไม่ได้หากมีคนตำหนิสิ่งที่ฉัน ทำ	4.14	0.76	สูง	4.08	0.95	สูง	0.409	0.685
โดยรวม	3.82	0.25	สูง	3.85	0.35	สูง	-0.841	0.405



จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตโดยรวมและรายด้าน 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านการเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น ด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการตัดสินใจ ด้านการแก้ไขปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ด้านความตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้แบบโครงการเป็นฐานไม่มีความแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตรายข้อส่วนใหญ่ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้แบบโครงการเป็นฐานไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตด้านความเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น ในข้อที่ถามว่า “เมื่อเพื่อนรู้สึกผิดหวัง ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกของเพื่อนว่าเขาารู้สึกอย่างไร” ทักษะชีวิตด้านการตัดสินใจ ในข้อที่ถามว่า “ฉันมักจะวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลต่างๆ อย่างรอบคอบ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการตัดสินใจ” และ “ฉันสามารถประเมินผลของการตัดสินใจของฉันได้ว่าเป็นอย่างไร” และทักษะชีวิตด้านการแก้ไขปัญหา ในข้อที่ถามว่า “ฉันจะวิเคราะห์แนวทางต่างๆ ในการแก้ปัญหาด้วยเหตุและผล” หลังการเรียนรู้แบบโครงการเป็นฐานมีค่าสูงกว่าก่อนการเรียนรู้แบบโครงการเป็นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานในรายวิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรม

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจรายข้อ รายด้าน และโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานในรายวิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรม (n=49)

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	ระดับ
1. ด้านการจัดการเรียนรู้	4.23	0.65	มากที่สุด
1.1 การชี้แจงวัตถุประสงค์ก่อนการเรียนรู้	4.35	0.52	มากที่สุด
1.2 การจัดลำดับขั้นตอนการเรียนการสอน	4.06	0.66	มาก
1.3 การให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำของอาจารย์ผู้สอนในการทำโครงการ	4.49	0.68	มากที่สุด
1.4 การประเมินผลโครงการ	4.04	0.61	มาก
1.5 การให้ข้อมูลป้อนกลับจากอาจารย์ผู้สอน	4.19	0.76	มาก
2. ด้านกิจกรรมการเรียนรู้	4.16	0.66	มาก
2.1 กิจกรรมการเรียนรู้มีความเหมาะสมกับเนื้อหา	4.02	0.60	มาก
2.2 กิจกรรมการเรียนรู้ส่งเสริมให้ท่านได้แลกเปลี่ยนความรู้กับบุคคลอื่น	4.16	0.72	มาก
2.3 กิจกรรมการเรียนรู้ส่งเสริมให้ท่านพัฒนากระบวนการคิดเพื่อการตัดสินใจ	4.31	0.68	มากที่สุด
2.4 กิจกรรมการเรียนรู้ทำให้ท่านกล้าคิดกล้าตอบ	4.08	0.76	มาก
2.5 กิจกรรมการเรียนรู้ทำให้ท่านมีโอกาสดูแลความคิดเห็น	4.22	0.69	มากที่สุด
2.6 กิจกรรมการเรียนรู้ทำให้ท่านเข้าใจในเนื้อหามากขึ้น	4.02	0.63	มาก
2.7 กิจกรรมการเรียนรู้ส่งเสริมให้ท่านเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน	4.33	0.60	มากที่สุด



ตารางที่ 3 ความพึงพอใจรายข้อ รายด้าน และโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานในรายวิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรม (n=49) (ต่อ)

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	ระดับ
3. ด้านประโยชน์ที่ได้รับ	4.15	0.63	มาก
3.1 การจัดการเรียนรู้ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่าย	3.92	0.79	มาก
3.2 การจัดการเรียนรู้ทำให้จำเนื้อหาได้นาน	3.78	0.65	มาก
3.3 การจัดการเรียนรู้ช่วยให้ท่านสร้างความรู้ ความเข้าใจด้วยตนเองได้	4.16	0.59	มาก
3.4 การจัดการเรียนรู้ทำให้ท่านนำวิธีการเรียนรู้ไปใช้ในวิชาอื่นๆ ได้	4.18	0.57	มาก
3.5 การจัดการเรียนรู้ทำให้ท่านพัฒนาทักษะการคิดที่สูงขึ้น	4.20	0.58	มาก
3.6 การจัดการเรียนรู้ช่วยให้ท่านตัดสินใจโดยใช้เหตุผล	4.24	0.60	มากที่สุด
3.7 การจัดการเรียนรู้ทำให้เข้าใจและรู้จักเพื่อนมากขึ้น	4.27	0.70	มากที่สุด
3.8 กิจกรรมการเรียนการสอนนี้ทำให้ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น	4.43	0.58	มากที่สุด
โดยรวม	4.17	0.64	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวม รายด้านและรายข้อของนักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานในรายวิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานต่อทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เปรียบเทียบทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน พบว่า ค่าเฉลี่ยทักษะชีวิตโดยรวมและรายด้าน 7 ด้านก่อนและหลังการเรียนฯ ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านอายุของกลุ่มตัวอย่าง ที่ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 48.9 (Mean = 20.2, S.D. = 2.79, min = 19, max = 33) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงที่คาบเกี่ยวระหว่างวัยรุ่นตอนปลายกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งยังผ่านประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตไม่มากนัก จึงส่งผลให้มีทักษะชีวิตก่อนและหลังการเรียนฯ ไม่แตกต่างกัน และอีกปัจจัยหนึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ระหว่าง 2.00-2.99 ร้อยละ 65.3 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ถึง ระดับอ่อนที่อาจส่งผลต่อการเรียนรู้ด้านทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลด้วย คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Tunjaroen, P., Anusasananan, S., & Wongtheerathorn, D. (2020) เรื่อง การพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อทักษะชีวิตของนักศึกษาครู พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ส่งอิทธิพลทางบวกต่อทักษะชีวิตของนักศึกษาครูโดยผ่านตัวแปรอัตมโนทัศน์ ลักษณะมุ่งอนาคต การสนับสนุนทางสังคม การอบรมเลี้ยงดู และสัมพันธภาพในมหาวิทยาลัยของนักศึกษาครู

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานเป็นรายข้อในแต่ละด้านตามองค์ประกอบทักษะชีวิตทั้ง 3 องค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบด้านสังคม ได้แก่ ทักษะด้านการเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น ในข้อที่ถามว่า “เมื่อเพื่อนรู้สึกผิดหวัง ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกของเพื่อนว่าเขา รู้สึกอย่างไร” มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตหลังการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานมีค่าสูงกว่าก่อนการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.022$) สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลซึ่งโดยพื้นฐานของบุคคลที่จะเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลมักจะมีลักษณะเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น อยากช่วยเหลือผู้อื่นให้พ้นจากความทุกข์กายทุกข์ใจ ส่วนองค์ประกอบด้านความคิด ได้แก่ ทักษะด้านการตัดสินใจ ในข้อที่ถามว่า “ฉันมักจะวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลต่างๆ อย่างรอบคอบ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการตัดสินใจ” และ “ฉันสามารถประเมินผลของการตัดสินใจของฉันได้ว่าเป็นอย่างไร” มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตหลังการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานมีค่าสูงกว่าก่อนการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.040$ และ $p=.017$ ตามลำดับ) และทักษะด้านการแก้ไขปัญหา ในข้อที่ถามว่า “ฉันจะวิเคราะห์แนวทางต่างๆ ในการแก้ปัญหาด้วยเหตุและผล” มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตหลังการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานมีค่าสูงกว่าก่อนการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.005$) สามารถอภิปรายได้ว่า วิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมได้ออกแบบการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน เป็นการจัดทำโครงงานที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาพยาบาลแต่ละกลุ่มสามารถค้นหาปัญหาต่างๆ และออกแบบกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่พบด้วยตนเอง ภายใต้บริบทของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ โดยยึดขั้นตอนในการจัดทำโครงงานตามกรอบแนวคิดของ Panich, V. (2012) ได้แก่ ขั้น define เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนและผู้สอนร่วมกันกำหนดปัญหา รวมถึงสิ่งที่ต้องการให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ขั้น plan เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนมีการวางแผนดำเนินโครงงานด้วยตนเอง และผู้สอนทำหน้าที่เป็นแนะนำและให้คำปรึกษา ขั้น do เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนลงมือทำกิจกรรมต่างๆ ที่วางแผนไว้ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ทักษะในการวิเคราะห์และแก้ปัญหา การประสานงาน การทำงานร่วมกันเป็นทีม การจัดการความขัดแย้ง การทำงานภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด และการค้นหาความรู้เพิ่มเติม ขั้น review เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนทบทวนการเรียนรู้ โดยทบทวนเกี่ยวกับผลของกิจกรรมที่เกิดขึ้น การเรียนรู้พฤติกรรมในแต่ละขั้นตอน รวมทั้งทบทวนขั้นตอนที่เป็นอุปสรรคและแนวทางแก้ไข และขั้น presentation เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนนำเสนอผลของโครงการที่เกิดขึ้นต่อชั้นเรียนหรือที่สาธารณะ ซึ่งการนำเสนอนี้เป็นการเรียนรู้เชิงทักษะทางปัญญา การเรียนรู้ทั้ง 5 ขั้นตอนนี้ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ในทักษะการตัดสินใจและทักษะการแก้ปัญหาเกี่ยวกับโครงงานของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bussabokkaew, N., et al., (2018) พบว่าการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานช่วยพัฒนาทักษะชีวิตด้านการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ การแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์ ในขั้นตอนการคิด หัวข้อ ค้นหาข้อมูลและลงมือปฏิบัติ เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นโดยการทำงานกลุ่ม



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

เพื่อขอข้อมูล ขอคำแนะนำ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการทำโครงการ เมื่อโครงการสำเร็จเกิดความภาคภูมิใจ ตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่นจากการทำงานร่วมกัน

2. ความพึงพอใจต่อการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานในรายวิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวม รายด้าน และรายข้อของนักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานในรายวิชาการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด อาจเนื่องจากแผนการสอนการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานฯ ถูกออกแบบบนพื้นฐานหลักการให้ผู้เรียนเลือกทำโครงงานที่เชื่อมโยงกับบริบทจริงตามความสนใจของตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงศักยภาพต่างๆ ที่มีอยู่ออกมาใช้ประโยชน์ จนได้ผลงานที่ออกมาอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้และการทำงาน มีความใส่ใจ กระตือรือร้น ความอดทนในการแสวงหา และใช้ความรู้ในแก้ไขปัญหาจนประสบความสำเร็จเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง (Khammani, T., 2018) โดยแผนการสอน ฯ จัดกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย ได้แก่ การบรรยายแบบมีส่วนร่วม การจัดกิจกรรมกลุ่ม การสะท้อนคิด การมอบหมายจัดทำโครงการ ฝึกปฏิบัติการจัดทำโครงการ การนำเสนอรายงานหน้าชั้นเรียน เป็นต้น โดยบทบาทอาจารย์ผู้สอนทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา กระตุ้น ให้กำลังใจ กำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการจัดกิจกรรมในรูปแบบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานของนักศึกษาพยาบาลในหลายเรื่อง (Thummakul, D., Thunjareanrat, W., & Lapjeam, P., 2014; Ginggeaw, S., et al., 2017) พบว่าผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้แบบโครงงานในระดับมาก

ดังนั้นผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า การเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานในรายวิชาเรียนรู้ผ่านกิจกรรมช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะชีวิตในด้านการเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่นซึ่งเป็นองค์ประกอบด้านสังคม ทักษะด้านการตัดสินใจและทักษะด้านการแก้ไขปัญหาซึ่งเป็นองค์ประกอบด้านความคิด จึงมีประโยชน์สำหรับนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. การจัดการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน ควรให้ความสำคัญของการพัฒนาทักษะชีวิตด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทั้งระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน และระหว่างผู้เรียนด้วยกัน ในทุกขั้นตอนของการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน

2. การจัดการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน ในขั้นกำหนดหัวข้อโครงการ (define) และการวางแผนทำโครงการ (plan) เป็นการจัดการเรียนรู้ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ยากสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ซึ่งยังไม่มีความรู้พื้นฐานการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโครงการ ผู้สอนจึงควรเตรียมความพร้อมด้านการเสริมสร้างทักษะการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์แก่ผู้เรียน

3. การจัดการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับการพัฒนาทักษะชีวิตผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะเพื่อการทำงาน ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ ด้านการแก้ไขปัญหา และการเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่นในการทำงานเป็นทีม

**ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการจัดการเรียนการสอนแบบโครงการเป็นฐานต่อทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อการศึกษาที่มีประสิทธิภาพที่ชัดเจนขึ้น
2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในหมวดวิชาเฉพาะกลุ่มวิชาพื้นฐานวิชาชีพและกลุ่มวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

- Bundasak, T., Jungasem, N., Supsung, A., & Chaichanarungruang, W. (2021). Prevention of Depression among Nursing Students. *Boromarajonani college of nursing, uttaradit journal*, 13(1), 62-70. (in Thai).
- Bussabokkaew, N., Jiawiwatkul, A., Kleepong, N., & Yossatorn, D., (2018). Project-Based Learning and Life Skills of High School Students: A Case Study of a Welfare Education School. *Kasem bundit journal*, 19(Special Edition), 1-14. (in Thai).
- Ginggeaw, S., Prapasanon, Y., Nadoon, W., & Poo-arsa, B. (2017). Development Model of Project Based Learning for Enhancing Health Promotion and Teamwork Competencies in Course of Health Promotion Practicum among Sophomore Nursing Students. *Journal of health science boromarajonani college of nursing sunpasitthiprasong*, 1(3), 29-45. (in Thai).
- Im-iam, S., & Makmee, P. (2019). A Comparison of the Life Skills of Vocational Students in Eastern Special Development Zone between Genders and Learning Styles. *Research methodology & cognitive science*, 17(1), 191-203. (in Thai).
- Jiramanaswong, A., Howharn, C., & Wannatawee, P. (2020). A Study on Life Skills of Undergraduate Nursing Students Boromarajonani College of Nursing, Surin. *Nursing public health and education journal*, 21(1), 139-148. (in Thai).
- Khammani, T. (2018). *Education Science : Knowledge for Efficiently Learning Process Management*. 22th ed. Bangkok : Chulalongkorn University Press. (in Thai).
- Khamwong, W., Plangpongpan, S., & Yamboonruang, T. (2016). The relationships between levels of stress, causes of stress and stress management in nursing students of nursing colleges under the jurisdiction of Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 10(1), 78-87. (in Thai).



- Kusirirat, K., & Nuchprayoon, N. (2019). The Effects of Learning Activities by Project Based Learning in Sound and Video Editing Course of Undergraduate Students. *Dhonburi Rajabhat University Journal*, 13(1), 139-153. (in Thai).
- Pangsri, S. (2018). Project-based Instruction: Application to Practice in Nursing Education. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 29(1), 215-222. (in Thai).
- Panich, V. (2012). *The 21st Century Skills : Learning skills*. Bangkok. Sodsri-Saritwong Foundation. (in Thai).
- Phanjawattanakun, J. (2018). Four Noble Truths and Teenagers of 21st Century. *Journal of philosophical vision*, 23(1), 1-15. (in Thai).
- Pipattanawong, W., (2014). Life Skill of Thai Teen in 21st Century. *Payap university journal*, 24(2), 39-63. (in Thai).
- Saichamchan, S., Skulkhu, J., Potisuk, A., & Yongsorn, C. (2015). A Development of Training Program to Enhance Life Skills for The Royal Thai Air Force Nursing Students. *Journal of the royal thai army nurses*, 16(2), 21-29. (in Thai).
- Sarakshetrin, A., Sriyasak, A., Howharn, C., & Kunlaka, S. (2021). A Study on Life Skills of Undergraduate Nursing Students Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. *Hua hin medical journal*, 6(1), 22-32. (in Thai).
- Surangsee, S., Leungratanamart, L., & Pookitsana, S. (2019). Development of Life Skills Training Program to Promote Resilience among Nursing Students. *Nursing journal of the ministry of public health*, 29(3), 195-204. (in Thai).
- Suvithayasiri, K., Wadyim, N., Techamuanwaiwit, S. & Padklang, S. (2020). The Effects of Project Based-Learning to Create Innovation for Developing of Reflective Thinking Ability of Nursing Students. *Journal of health and nursing research*, 36(3), 164-177. (in Thai).
- Thummakul, D., Thunjareanrat, W. & Lapjeam, P. (2014). Effects of project-based learning on learning development of nursing students. *Journal of health science research*, 8(1), 46-53. (in Thai).
- Tunjaroen, P., Anusasananan, S., & Wongtheerathorn, D. (2020). A development of causal relationship model of life skills among teacher. *The Journal of pacific institute of management science humanities and social sciences*, 6(2), 121-132. (in Thai).
- Voracharoensri, S. (2007). *A Study of life skills and a training group model construction for developing life skills of adolescent students*. Unpublished Doctor's thesis, Srinakharinwirot University. (in Thai).



The Effect of applying the Dance posture to Lampang on increasing Muscle mass of the Old women in Lampang Province

Puangpet Jaiin*, Chompunut Sangwichitr*, Jitaree Chatmontree*, Weerachai Khenkew*

(Received August 9, 2021, Revised: October 15, 2021, Accepted: October 19, 2021)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of using the Lampang dance posture to increase the muscle mass of elderly women living in Lampang province, Thailand. The study sample consisted of 40 sedentary older women was obtained from Lampang municipality, Muang district, Lampang province, using a purposive random sampling technique. The sample was divided into two equal groups (experimental and control groups). The control group received routine care, while the experimental group received the Lampang dance posture to increase muscle mass regarding self-care behaviors, which was based on an education supportive and nutrition therapy for the elderly women who had low physical performance. This instruments consisted of personal data questionnaire, body composition meter, SARC-F scores correlating with low physical performance. Data analyzed and presented in forms of frequency, mean, percentage, standard deviation, the inferential statistics including t-test and Repeated measurement ANOVA were used to compare mean scores muscle mass of the elderly.

As a result, the experimental group's mean muscle mass scores after one month, three months, and six months were significantly higher than those in the control group ($p = .01$). Similarly, the mean muscle mass of the elderly after one month, three months, and six months in the experimental group was significantly higher than before intervention ($p = .01$).

Therefore, exercise should be encouraged by teaching the Lampang dance posture in term knowledge of self-care and nutrition therapy to elderly and those with low muscle mass in order increase muscle mass.

Keywords: Dance posture to Lampang; Muscle mass; Elderly

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Corresponding author: puangpet.j@mail.bcnlp.ac.th



ผลของการประยุกต์ทำการฟ้อนรำเปิงล่ำปางต่อการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ ของผู้สูงอายุหญิงในจังหวัดลำปาง

พวงเพชร มีศิริ*, ชมพูนุท แสงวิจิตร*, จิตอารี ชาติมนตรี*, วีระชัย เชื้อนแก้ว*

(วันรับบทความ : 9 สิงหาคม 2564, วันแก้ไขบทความ 15 ตุลาคม 2564 : , วันตอบรับบทความ : 19 ตุลาคม 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ทำการฟ้อนรำเปิงล่ำปางต่อการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยในเขตเทศบาลนครลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวนทั้งหมด 40 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลแบบปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโดยประยุกต์ทำรำรำเปิงล่ำปาง เป็นระยะเวลา 6 เดือน ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองและ โภชนาการบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย และแบบสอบถามคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยชนิด SARC-F วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้วิธีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน Repeated measurement ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลอง ภายหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($t = 3.416$, $p = .000$) 2) ค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง ระยะ 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$ ($F = 71.685$, $p = .000$)

ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยประยุกต์ใช้ทำรำรำเปิงล่ำปางร่วมกับความรู้เรื่องการดูแลตนเองในผู้สูงอายุและ โภชนาการบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ เพื่อเพิ่มมวลกล้ามเนื้อให้กับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การฟ้อนรำเปิงล่ำปาง; มวลกล้ามเนื้อ; ผู้สูงอายุ

*อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข,
ผู้ประพันธ์บทความ: puangpet.j@mail.bcnlp.ac.th

**บทนำ**

ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การแพทย์และการสาธารณสุขส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น อายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าในอดีต จำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้น นำมาสู่การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของโลกอย่างต่อเนื่อง ในปี 2568 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) ซึ่งประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะมีรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น การให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านสุขภาพร่างกายเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งปัญหาหลักด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การเสื่อมของร่างกาย (Thai elderly, 2020) ผู้สูงอายุมีความเสื่อมตามวัย จากกระบวนการชราภาพ (aging process) ที่สัมพันธ์กับความแข็งแรง และความสามารถในการทำกิจกรรมทางกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะลดลงร้อยละ 3 ต่อปี เมื่ออายุ 65 ปี ขึ้นไป การมีมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง อาจนำไปสู่การเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) ที่เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยของผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่การสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะมวลกล้ามเนื้อที่ลดลงในผู้สูงอายุส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ลดความสามารถในการทำหน้าที่ และก่อให้เกิดความพิการทางร่างกาย เกิดความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอีกด้วย (Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ แลนดี (Landi F. et al, 2013) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป และมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย มีอัตราการตายสูงกว่าผู้สูงอายุในวัยเดียวกันถึง 2.32 เท่า จากปัญหาดังกล่าวทำให้เห็นความสำคัญของภาวะมวลกล้ามเนื้อลดลงที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว และปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการหกล้ม ภาวะน้ำหนักลด ดัชนีมวลกาย กิจกรรมทางกาย และภาวะโรคเรื้อรังร่วม (Gray M., Jordan M. G., Binns A., 2016)

จากปัจจัยดังกล่าว พบว่า ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงได้และหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะก่อให้เกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อลดลง ดังนั้นการหาวิธีการชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยลดลงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันความเสื่อมและการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ปัจจุบันการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยใช้การรักษาโดยไม่ใช้ยาเป็นหลัก ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การให้โภชนาบำบัด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การออกกำลังกายถือเป็นวิธีที่มีประโยชน์ชัดเจนต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย จากการทบทวนวรรณกรรมการออกกำลังกายที่มีผลต่อการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ คือ การออกกำลังกายชนิดเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (resistive exercise) ควรทำอย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะทำให้สามารถเพิ่มทั้งความแข็งแรงและเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ โดยการกระตุ้นการสร้างโปรตีนโดยตรง (Anton SD. et al., 2018) ร่วมกับการออกกำลังกายชนิดเพิ่มความทนทาน (aerobic exercise) ซึ่งจะช่วยให้มีการสร้างโปรตีนของกล้ามเนื้อและช่วยให้ไขมันในกล้ามเนื้อลดลง (Su-Zi Yoo, et al, 2018) ปัจจุบันมีการศึกษารูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุหลายรูปแบบ ซึ่งการศึกษารูปแบบการออกกำลังกายที่เป็นประเพณีดั้งเดิม ตามวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชนเริ่มได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้นจากการศึกษาของ ญัฐิกา ราชบุตร จุลจิรา จันทะมุงคุณ และจรรุภา แซ่อ้อ (Rachabootr N., et al., 2018)



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ ตำบลดอนมนต์ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ โดยให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายประกอบเพลงพื้นเมืองประยุกต์ พบว่า มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิติภา ศรีสมัย และคณะ (Srisamai T., et al. 2560) ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยรำมวยโบราณประยุกต์ต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุชายไทย : การศึกษานำร่อง พบว่า ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายก่อนและหลัง 8 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การทรงตัว และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการวิจัยของณัฐธร ขุนทอง (Khuntong N., Tammatisthan C., Rombanloa P., 2016). ได้ศึกษาและเปรียบเทียบความแข็งแรงของแขน ความแข็งแรงของขา และความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังฝึกโดยใช้โปรแกรมการฝึกท่าโยคะจำนวน 30 คนหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 8 ค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของแขน ความแข็งแรงของขา และความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ ดีกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการพัฒนารูปแบบกิจกรรมนาฏศิลป์บำบัด พบว่าในปัจจุบันมีการให้ความสนใจในการบริหารกล้ามเนื้อในรูปแบบต่าง ๆ โดยการนำเอานาฏศิลป์บำบัดที่มีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวร่างกายกับความรู้สึกอารมณ์ เพื่อทำการบำบัดผู้ที่บกพร่องในด้านต่าง ๆ ซึ่งมีความสอดคล้องกับระวีวรรณ วรรณวิชัย (Wanwichai R., 2011) ที่กล่าวถึงนาฏศิลป์บำบัด คือการนำหลักการด้านการเคลื่อนไหวร่างกายที่เป็นอิสระอย่างมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ความรู้สึก และพื้นที่รอบตัวเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถแสดงความรู้สึกที่ไม่อาจสื่อออกมาเป็นถ้อยคำ เป็นการพัฒนาลักษณะไปในทางบวก พัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ลดความเครียด ความวิตกกังวลและเศร้าซึม ลดการแยกตัว การเจ็บป่วยเรื้อรังและการเกร็งกล้ามเนื้อเพิ่มทักษะในการสื่อสาร และส่งเสริมให้รู้ถึงชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า รูปแบบการออกกำลังกายในเชิงอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมไทยพื้นบ้านได้รับความสนใจในการประยุกต์ใช้การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมากขึ้น ซึ่งทางคณะผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาการประยุกต์ทำรำรำเปิงลำปาง ซึ่งเป็นศิลปวัฒนธรรมการฟ้อนรำของจังหวัดลำปาง ที่มีท่าทางการเคลื่อนไหวของร่างกายแขนขาที่ผสมผสานสัมพันธ์กันคล้ายรูปแบบการออกกำลังกาย ประกอบกับการออกกำลังกายที่ช่วยเพิ่มมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุยังมีการศึกษาที่ไม่ชัดเจน ดังนั้นทางคณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของการประยุกต์ทำการฟ้อนรำเปิงลำปางโดยคาดว่าผลของการประยุกต์การออกกำลังกายโดยใช้ท่าการฟ้อนรำเปิงลำปาง จะช่วยเพิ่มมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ ลดความเสื่อมของร่างกาย ลดอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ และเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุ ตามอัตลักษณ์ของวิทยาลัยต่อไป

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ทำการฟ้อนรำเปิงล่ำปางต่อการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังการทดลอง

สมมุติฐาน

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโดยประยุกต์ทำรำรำเปิงล่ำปาง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโดยประยุกต์ทำรำรำเปิงล่ำปาง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อสูงกว่าก่อนการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อน และหลังการทดลอง (two group pretest- posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตเทศบาลนครลำปาง อ.เมือง จ.ลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุเพศหญิง ที่อาศัยในเขตเทศบาลนครลำปาง อ.เมือง จ.ลำปาง และตามหลักของ Polit & Hungler (1991) ที่กล่าวว่า ถ้าเป็นการวิจัยกึ่งทดลองควรมีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20-30 ราย ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (cluster random sampling) ในเขตเทศบาลนครลำปางมีทั้งหมด จำนวน 8 ตำบล ซึ่งมีสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด และอยู่ภายใต้มาตรฐานการบริการทางด้านสาธารณสุขเดียวกัน คือ โรงพยาบาลลำปาง ทำการสุ่มได้ 2 ตำบล จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุ เพศหญิงที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ที่มีคะแนนการประเมินความรู้ ความเข้าใจจีฟี่คืออก 9 คะแนนขึ้นไป โดยผ่านการคัดกรองความบกพร่องด้านการรับรู้สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จากการใช้แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจ จีฟี่คืออกของ Brodaty และคณะ (2002) แปลภาษาไทยของ จิรนนท์ กริฟฟิทธิ์ สุภาวดี พุฒิน้อย และ เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี (2014) โดยคะแนนรวมต่ำกว่า 9 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติด้านการรับรู้



2. มีคะแนนการคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยชนิด SARC-F ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน โดยใช้แบบสอบถามคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยชนิด SARC-F (Thanasupakornkul P., 2018) เพื่อใช้ในการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Asian Working Group of Sarcopenia (AWGS) (Chen L-K et al., 2020) โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้ มวลกล้ามเนื้อต่ำ (low muscle mass) คือ มีค่ามวลกล้ามเนื้อที่ได้จากการวัดด้วยเครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย เพศชาย ต่ำกว่า 7.0 kg/m² เพศหญิง ต่ำกว่า 5.7 kg/m² ประกอบกับคะแนนแบบสอบถามคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยชนิด SARC-F คะแนนรวมของ SARC-F มากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป จะได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

3. ไม่มีข้อจำกัดในการใช้เครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย (body composition analyzer) ในการวัดมวลกล้ามเนื้อ เช่น มีภาวะบวม ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะในร่างกาย ใช้เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ

4. ไม่มีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน

5. ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 เดือนก่อนเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างบอกเลิกโครงการวิจัย
2. ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตามระยะเวลาที่โปรแกรมกำหนด
3. ผู้ที่ไม่มีความสามารถตอบแบบสอบถามได้ ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมองเสื่อม มีความผิดปกติทางจิตประสาท มีความบกพร่องทางภาษา

วิธีการเก็บข้อมูล

ครั้งที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินงานโครงการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน โดย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ใช้ชีวิตตามปกติ และกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน ประเมินมวลกล้ามเนื้อ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผ่านเครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย (body composition analysis) โดยในกลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อลดลง และได้รับการสอนท่ารำร่าเปิงลำปางประยุกต์ร่วมกับการใช้ยางยืด ในการออกกำลังกาย โปรแกรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วยการอบอุ่นร่างกายและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 5 นาที หลังจากนั้นทำการออกกำลังกายด้วยการประยุกต์ท่ารำร่าเปิงลำปาง 30 นาทีและผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยการยืดเหยียด 5 นาที โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายด้วย วิธีการประยุกต์ท่ารำร่าเปิงลำปาง จำนวน 3 ครั้ง / สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยติดตามผลการออกกำลังกาย เป็นจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ติดตามผลและประเมินมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุหลังให้โปรแกรม 1 เดือน

ครั้งที่ 2 ติดตามผลและประเมินมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุหลังให้โปรแกรม 3 เดือน

ครั้งที่ 3 ติดตามผลและประเมินมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุหลังให้โปรแกรม 6 เดือน ทั้งกลุ่ม 2 กลุ่ม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้เครื่องมือในการวิจัย แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล****ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการและสัดส่วนของร่างกาย ได้แก่ เครื่องวัด**

องค์ประกอบของร่างกาย เครื่องวัดส่วนสูง

2.1 เครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย (body composition analysis) ตรวจวิเคราะห์องค์ประกอบในร่างกาย ด้วยการส่งกระแสไฟฟ้าระดับต่ำที่ไม่เป็นอันตรายเข้าสู่ร่างกาย โดยผ่านแผ่นรองเท้าขั้วอิเล็กโทรด ใช้ประเมินน้ำหนักตัว และมวลกล้ามเนื้อ

2.2 เครื่องวัดส่วนสูง**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ****1.การทดสอบความเที่ยงตรง (validity)**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และโปรแกรมการประยุกต์ทำการพ้องร่าเปิงลำปางต่อการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุหญิง หาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านเวชศาสตร์การกีฬา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการทำการพ้องร่าเปิงลำปาง และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา และความชัดเจน ของเนื้อหา ครอบคลุมเนื้อหา ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI เท่ากับ 0.86 หลังจากปรับปรุงโปรแกรมการประยุกต์ทำการพ้องร่าเปิงลำปางต่อการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุหญิง ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเขลางค์นคร อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (cronbach'alpha coefficient) 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ส่งโครงร่างวิจัยให้คณะกรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
2. ทำเรื่องขออนุญาตการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
3. รวบรวมข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้อง
4. จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโดยประยุกต์ทำการพ้องร่าเปิงลำปาง
5. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
6. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
7. ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโดยประยุกต์ทำการพ้องร่าเปิงลำปาง
8. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลหลังการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์โดยจำนวน การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองโดยการวิเคราะห์สถิติด้วย Chi-square test และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test)

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อน และหลังการทดลอง 1 เดือน, 3 เดือนและ 6 เดือน ใช้สถิติทดสอบกรณี 2 กลุ่ม สัมพันธ์กัน (paired t-test) ในการแจกแจงประชากรแบบปกติ แต่เนื่องจากการวัดซ้ำมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป จะใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน Repeated measurement ANOVA

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง หมายเลข E 2562/017 วันที่อนุมัติ 12 กรกฎาคม 2562 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม สำหรับกลุ่มควบคุม ทางคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยใช้โปรแกรมการประยุกต์ทำการฟิตร่างกายให้กับผู้ที่สนใจเมื่อการดำเนินงานวิจัยแล้วเสร็จ

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ทำการฟิตร่างกายต่อการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อผู้สูงอายุ ในจังหวัดลำปาง จำนวน 40 คน ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตาราง และ อภิปรายผลตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีอายุอยู่ในช่วง 60-75 ปี มากที่สุดในช่วงอายุ 71-75 ปี (ร้อยละ 20) เพศหญิง ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 42.50) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 45) รายได้อยู่ในช่วง 5,000 – 10,000 บาท / เดือน (ร้อยละ 47.5) มี



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

โรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ คือโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเส้นเลือด (ร้อยละ 55) ส่วนสูงเฉลี่ย 153.60 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 58 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายกลุ่มทดลองเท่ากับ 22.15 (3.29) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.47 (3.43) ไม่มีประวัติน้ำหนักลด (ร้อยละ 75) การประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยด้วยแบบประเมิน SARC-F ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมวลกล้ามเนื้อปกติ (ร้อยละ 55) เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (fisher's exact probability test) ผลการทดสอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40)

ลักษณะตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	p-value
	(n =20)	(n =20)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี)			0.786	0.675
61-65	2 (10.00)	4 (20.00)		
66-70	10 (50.00)	9 (45.00)		
71-75	8 (40.00)	7 (35.00)		
การศึกษา			1.333	0.856
ไม่ได้เรียน	2 (10.00)	3 (15.00)		
ประถมศึกษา	8 (40.00)	9 (45.00)		
มัธยมศึกษา	6 (30.00)	5 (25.00)		
อนุปริญญา/ปวส.	4 (20.00)	3 (15.00)		
สถานะ			0.848	0.654
โสด	4 (20.00)	2 (10.00)		
สมรส	10 (50.00)	12 (60.00)		
หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่	6 (30.00)	6 (30.00)		
อาชีพ			0.889	0.926
ไม่ได้ประกอบอาชีพ / เกษียณ	8 (40.00)	10 (50.00)		
เกษตรกร	8 (40.00)	7 (35.00)		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว / รับจ้าง	4 (20.00)	3 (15.00)		
รายได้ต่อเดือน (บาท)			0.889	0.828
<5,000	6 (30.00)	3 (15.00)		
5,000-10,000	9 (45.00)	10 (50.00)		
10,001-15,000	4 (20.00)	5 (25.00)		
>15,001	1 (5.00)	2 (10.00)		



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40) (ต่อ)

ลักษณะตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	X ²	p-value
	(n =20)	(n =20)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
โรคประจำตัว				
มี	20 (100.00)	20 (100.00)		
ระบุโรค			0.848	0.654
ความดันโลหิตสูง / ไขมันในเส้นเลือด	12 (60.00)	10 (50.00)		
เบาหวาน	6 (30.00)	8 (40.00)		
ปวดอุจจาระเรื้อรัง / หิด	2 (10.00)	2 (10.00)		
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)			0.234	0.972
< 18.5	3 (15.00)	3 (15.00)		
18.5 – 22.90	8 (40.00)	9 (45.00)		
23 – 24.90	6 (30.00)	7 (35.00)		
25 – 29.90	3 (15.00)	1 (5.00)		
กลุ่มทดลอง 22.15 (3.29)				
กลุ่มควบคุม 22.47 (3.43)				
ภาวะน้ำหนักลดในช่วง 1 เดือน (>5%)			0.533	0.465
น้ำหนักลด >5%	4 (20.00)	6 (30.00)		
ไม่มีภาวะน้ำหนักลด	16 (80.00)	14 (70.00)		

*p-value <.05

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติการทดสอบทีอิสระ (independent t-test) พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.018, p < .05$) และหลังการทดลองค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.416, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

ค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อ (กิโลกรัม)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
ก่อนการทดลอง	25.92 (2.27)	25.91 (2.26)	0.018	0.986
หลังการทดลอง	28.24 (1.89)	26.03 (2.19)	3.416	0.001*

* p-value < .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อน และหลังการทดลอง 1 เดือน, 3 เดือนและ 6 เดือนด้วยสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน repeated measurement ANOVA พบว่า ค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อน และหลังการทดลอง 1 เดือน, 3 เดือนและ 6 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อน และหลังการทดลอง 1 เดือน, 3 เดือนและ 6 เดือน (n=40)

รายการ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง เดือนที่ 1	หลังการทดลอง เดือนที่ 3	หลังการทดลอง เดือนที่ 6	F ^a
	Mean (S.D)	Mean (S.D)	Mean (S.D)	Mean (S.D)	
ค่าเฉลี่ยมวล กล้ามเนื้อ (กิโลกรัม)	25.92 (0.50)	25.95 (0.43)	27.45 (0.40)	28.24 (0.42)	71.685*

* p-value < .05

^a = Greenhouse-Geisser correction was used to reduce type I error

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อน และหลังการทดลอง 1 เดือน, 3 เดือนและ 6 เดือน แบบรายคู่ (n=40)

ระยะเวลา	Mean	S.D.	p-value
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง 1 เดือน	-0.91*	0.11	0.000
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง 3 เดือน	-1.53*	0.17	0.000
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง 6 เดือน	-2.32*	0.23	0.000
หลังการทดลอง 1- หลังการทดลอง 3 เดือน	-0.61*	0.12	0.000
หลังการทดลอง 1- หลังการทดลอง 6 เดือน	-1.40*	0.18	0.000
หลังการทดลอง 3- หลังการทดลอง 6 เดือน	-0.79*	0.12	0.000

* p-value < .05, MD = mean difference



อภิปรายผล

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการประยุกต์ทำการฟอมน้ำเป็งลำปางต่อการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อผู้สูงอายุ โดยในกลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ โภชนาบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อลดลง และได้รับการสอนท่ารำรำเป็งลำปางประยุกต์ร่วมกับการใช้ยางยืด ในการออกกำลังกาย โปรแกรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วยการอบอุ่นร่างกายและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 5 นาที หลังจากนั้นทำการออกกำลังกายด้วยการประยุกต์ท่ารำรำเป็งลำปางร่วมกับการใช้ยางยืด 30 นาทีและผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยการยืดเหยียด 5 นาที โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยท่ารำรำเป็งลำปางประยุกต์จำนวน 3 ครั้ง / สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามผลการออกกำลังกาย เป็นจำนวน 3 ครั้ง คือ เดือนที่ 1 เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 พบว่าสามารถเพิ่มค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของแซนนา (Sanna Vikberg, et al., 2019) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการออกกำลังกายแบบออกแรงต้าน (resistance training) ต่อการทำงานของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยระยะแรก พบว่า การออกกำลังกายแบบออกแรงต้าน เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ๆ ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที สามารถเพิ่มมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยระยะแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่ารำรำเป็งลำปางประยุกต์ร่วมกับการใช้ยางยืด เป็นลักษณะการออกกำลังกายที่ใช้การออกแรงต้านกับแรงภายนอก การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านคือการรบกวน (stress) ระบบกล้ามเนื้อ เมื่อมีการรบกวนจนถึงจุดที่กล้ามเนื้อเริ่มไม่ไหว ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจะปรับตัวให้สามารถสู้กับแรงต้านบริเวณนั้นได้ ทำให้ความทนทาน (endurance) ความแข็งแรง (strength) และมีกำลัง (power) เพิ่มขึ้นได้ (Timothy D. Law, et al., 2016) และจากการศึกษาของรีนาโต (Renato Gorga Bandeira de Mello, et al., 2019) ที่ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการออกกำลังกายที่สามารถจัดการกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการออกกำลังกายแบบออกแรงต้าน ระยะเวลา 10-12 สัปดาห์ สามารถเพิ่มมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการออกกำลังกายด้วยท่ารำรำเป็งลำปางประยุกต์เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อหัวใจ มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง อย่างมีแบบแผนและจังหวะ ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะของการออกกำลังกาย ได้แก่ อบอุ่นร่างกาย ระยะออกกำลังกาย และระยะผ่อนคลายโดยฝึก 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เป็นการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง ซึ่งเป็นระดับที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (American College of Sports Medicine:ACDM, 2021)

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อในระยะ 4 สัปดาห์แรก มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 25.95 (0.50) โดยเพิ่มจากครั้งที่ 1 ที่มีค่าเฉลี่ย 25.92 (0.43) เพียงเล็กน้อย ซึ่งแตกต่างจากค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อในระยะ 12 สัปดาห์ ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 27.45 (0.40) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิตติภา ศรีสมัย (Srisamai T., et al., 2017) ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยการรำมวยโบราณประยุกต์ต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุชาวไทย พบว่า ในกลุ่มทดลอง หลังจากออกกำลังกายแบบรำมวยโบราณประยุกต์ 40 นาทีต่อครั้ง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สมรรถภาพในการออกกำลังกาย



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การทรงตัว และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการออกกำลังกายที่เห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีควรมีระยะเวลานานพอ และมีความถี่ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับงานวิจัย ของ กัตติกา ธนะขว้าง และ จันทนา รัตนวิฑูรย์ (Thanakwang K & Rattanawitoon J ,2013) ที่ศึกษาผลของการรำไม้พลองมองเซิงเมืองน่าน ต่อสมรรถภาพทางกายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหญิงที่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ โดยให้ผู้สูงอายุหญิงออกกำลังกายแบบรำไม้พลองมองเซิงเมืองน่าน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ ความทนทานของปอดและหัวใจของผู้สูงอายุหญิงที่มีการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองมองเซิงเมืองน่านมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกาย และพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความปวดทางกาย ความมีพลัง และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหญิงกลุ่มที่ออกกำลังกายแบบรำไม้พลองมองเซิงเมืองน่านดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบกับงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เท่ากับ 22.15 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 22.47 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าค่าดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อมวลกล้ามเนื้อ โดยค่าดัชนีมวลกายที่มีค่าปกติมีผลต่อประสิทธิภาพการออกกำลังกายในวัยผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ จิสเลน และคณะ (Gislaine Cristina Vagetti, et al, 2017) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของดัชนีมวลกายกับสมรรถภาพทางกายของสตรีสูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และมีภาวะอ้วน มีคะแนนความสามารถในการออกกำลังกายต่ำกว่าผู้สูงอายุหญิงที่มีค่าดัชนีมวลกายที่ปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับงานวิจัยฉบับนี้ที่ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมงานวิจัยเป็นกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายที่ปกติ จึงส่งผลให้ประสิทธิภาพการออกกำลังกายได้ผลดีขึ้น

ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยใช้ท่ารำรำเปิงลำปางประยุกต์ ประกอบกับการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองในผู้สูงอายุและ โภชนาการบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ เพื่อเพิ่มมวลกล้ามเนื้อให้กับผู้สูงอายุ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.หากมีการนำผลของการวิจัยไปประยุกต์ใช้บริบทอื่น เช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายเกิน หรือในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ อาจมีข้อจำกัดอื่นที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากการออกกำลังกายด้วยท่ารำรำเปิงลำปางประยุกต์ มีลักษณะการออกกำลังกายที่เป็นทั้งแบบแอโรบิก และการใช้แรงต้าน ที่ต้องอาศัยการออกแรงพอสมควรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาถึงผลของการออกกำลังกายด้วยท่ารำรำเปิงลำปางประยุกต์ ที่เป็นการศึกษาระยะยาว เพื่อให้ได้ผลที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2.ควรมีการศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยท่ารำรำเปิงลำปางประยุกต์ ต่อสมรรถนะด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เช่น ผลต่อการทรงตัวเพื่อป้องกันการหกล้ม เนื่องจากการออกกำลังกายด้วยท่ารำรำเปิงลำปางประยุกต์ เป็นการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน เพิ่มมวลกล้ามเนื้อได้ ซึ่งน่าจะมีส่วนต่อการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุได้

**เอกสารอ้างอิง**

- American College of Sports Medicine. (2021). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription, 11th edition*. (online). Retrieved from: <https://www.acsm.org/read-research/trending-topics-resource-pages/physical-activity-guidelines>.
- Anton S. D., Hida A., Mankowski R., Layne A., Solberg L. M., Mainous A. G., Buford T. (2018). *Nutrition and exercise in sarcopenia*. (online). Retrieved from: <https://www.eurekaselect.com/148738/article>.
- Chan D. C., Chang C. B., Han D. S., Hong C. H., Hwang J. S., Tsai K. S., Yang R. S. (2018). Effects of exercise improves muscle strength and fat mass in patients with high fracture risk: A randomized control trial. (online). Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929664617301018?via%3Dihub>.
- Chen L.K., et al. (2020). *Asian working group for sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment*. (online). Retrieved from: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(19\)30872-2/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(19)30872-2/fulltext).
- Cruz-Jentoft A. J., Baeyens J. P., Bauer J. M., Boirie Y., Cederholm T., Landi F., Finbarr C. M., Jean-Pierre M., Rolland Y., Schneider S. M., Topinková E., Vandewoude M., Mauro Z. (2010). *Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the european working group on sarcopenia in older people*. (online). Retrieved from: <https://academic.oup.com/ageing/article/39/4/412/8732>.
- Gray M., Jordan M. G., Binns A. (2016). *Predicting sarcopenia from functional measures among community-dwelling older adults*. (online). Retrieved from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11357-016-9887-0>.
- Khuntong N., Tammatisthan C., Rombanloa P. (2016). *The training effect of 14 poses of applied manora dancing towards the elders balance*. (online). Retrieved from: <https://www.lib.ku.ac.th/KU/2561/KRKPS000S0000210c1.pdf>. (in Thai)
- Landi F., Cruz-Jentoft A. J., Liperoti R., Russo A., Giovannini S., Tosato M., Capoluongo E., Bernabei R., Onder G. (2013). *Sarcopenia and mortality risk in frail older persons aged 80 years and older: results from the SIRENTE study*. (online). Retrieved from: <https://academic.oup.com/ageing/article/42/2/203/27621>.
- Law T. D., Clark L. A. and Clark B. C. (2016). Resistance Exercise to Prevent and Manage Sarcopenia and Dynapenia. (online). Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4849483/pdf/nihms756840.pdf>.



- Promklang D., Piaseu n., Jarupat M. S., Tantiprasoplap S. (2018). Factors Associated with Sarcopenia Amongst Older Adults in Congested Communities in Bangkok. (online). Retrieved from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/115005/96392>. (in Thai)
- Rachabootr N., et al. (2018). The Study of Socio-Cultural Program for Mental Health Promotion and Depressive Prevention in the Elderly Donmon Sub-district, Satuek District, Buriram Province. (online). Retrieved from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/HCUJOURNAL/article/view/149592/109791>. (in Thai)
- Renato Gorga Bandeira de Mello, Roberta Rigo Dalla Corte, Joana Gioscia and Emilio Hideyuki Moriguchi. (2019). Effects of Physical Exercise Programs on Sarcopenia Management, Dynapenia, and Physical Performance in the Elderly: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials. (online). Retrieved from: <https://ownloads.hindawi.com/journals/jar/2019/1959486.pdf>.
- Srisamai T, Nakmareong S, Yonglitthipagon P, Siritaratiwat W, Auvichayapat P, Sawanyawisuth K, Janyacharoen T. (2017). Effects of traditional Thai boxing exercise program on physical performance in elderly Thai subjects: A pilot study. *Chulalongkorn medical journal*.61(6):745– 755. (in Thai)
- Thai Elderly. (2020). *Situation of the Thai elderly*. (online). Retrieved from: <https://thaitgri.org/?p=39772> (2020, 23,Jan). (in Thai).
- Thanakwang K & Rattanawitoon J. (2013). *Effect of Ram Mi-Plong Mong Soeng Muang Nan on Physical Fitness and Health-Related Quality of life in sedentary older women*. (online). Retrieved from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/cmunnursing/article/download/33069/28099>. (in Thai)
- Thanasupakornkul P., Wongsuttillert A., Jaidee W., Punyamana U., Thararam S. (2018). SARC-F scores correlated with low physical performance and muscle strength in older Thai adults. (online). Retrieved from: <http://ojslib3.buu.in.th/index.php/BJmed/article/view/5930/3105>. (in Thai)
- Vikberg S., Sörlén N., Brandén L., Johansson J., Nordström A., Hult A., Nordström P. (2019). Effects of Resistance Training on Functional Strength and Muscle Mass in 70-Year-Old Individuals With Pre-sarcopenia: A Randomized Controlled Trial. (online). Retrieved from: <https://www.jamda.com/action/showPdf?pii=S1525-8610%2818%2930502-4>.
- Wanwichai R., (2011). Dance for the hearing impaired children. (online). Retrieved from: <https://www.car.chula.ac.th/display7.php?bib=b1933828>. (in Thai)
- Yoo S. Z., Hyun M., Heo J. W., Park D. H., Kang J. H., Kim S. H., Kwak H. B. (2018). Role of exercise in age-related sarcopenia. (online). Retrieved from: <https://www.e-jer.org/journal/view.php?number=2013600543>.



Predictors of Self-Management Behavior in Pre-Dialysis Chronic Kidney Disease Patients

Ruedeerat Suebwongpat*, Oratai Tumtong**, Pannee Paisamtuksin^{1***},
Kanokchat Saidaungkaew**, Kruawan Santhuankaew ***

(Received August 30, 2021, Revised: October 28, 2021, Accepted: November 6, 2021)

Abstract

The purpose of this descriptive study was to identify predictors of personal factors, knowledge, and self-care behaviors on self-management in patients with chronic kidney disease before dialysis. 120 persons with chronic kidney disease were purposively selected from the NCDs department at Mae Tha Hospital in Lampang. Five assessment tools for patients with chronic kidney disease were used to collect data: 1) a demographic data form 2) a health status 3) knowledge and health behaviors 4) self-care behaviors, and 5) a self-management scale. Cronbach's Alpha coefficients for knowledge and self-care behaviors scale, self-care behaviors, and self-management scale were 0.70, 0.70, and 0.74, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Spearman's Rank correlation coefficient and Stepwise Multiple Regression.

As a result, knowledge and self-care behaviors significantly predicted self-management behavior variances among patients with chronic kidney disease before renal replacement therapy stage, 23.5% ($R^2 = 0.23$, $F = 17.97$, $p < .01$). The self-care behavior was the highest statistically significant influencing factor on the variance of self-management behavior and knowledge respectively ($\beta = 0.33$, $p < .01$, $\beta = 0.23$, $p < .05$). The disease stage had no effect on the variability of self-management behavior. ($\beta = -0.02$, $p < .05$). This study could serve as a guide for health care workers in terms of improving self-management's information for patients with chronic kidney disease patients in order to slow the progression of the the kidney replacement therapy phase.

Keywords: Chronic Kidney Disease; Pre-Dialysis Chronic Kidney Disease Patients; Self-Management Behavior

* Medical Doctor, Maetha Hospital, Lampang, **Professional Nurse, Maetha Hospital, Lampang

*** Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, ¹Corresponding author: ppaisamtuksin@gmail.com



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

ถิรรัตน์ สืบวงศ์แพทย์*, อรทัย ทำทอง**, พรณี ไพศาลทักษิณ***,

กนกฉัตร สายดวงแก้ว**, เครือวัลย์ สารเถื่อนแก้ว***

(วันรับบทความ : 30 สิงหาคม 2564, วันแก้ไขบทความ : 28 ตุลาคม 64, วันตอบรับบทความ: 6 พฤศจิกายน 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ จ. ลำปาง จำนวน 120 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลสุขภาพ 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ 5) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.70, 0.70 และ 0.74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนและการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตได้ คิดเป็นร้อยละ 23.50 ($R^2=0.23, F=17.97, p<.01$) โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองมีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.33, p<.01$) รองลงมา คือความรู้ ($\beta=0.23, p<.05$) ส่วนระยะของโรคไม่มีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($\beta=-0.02, p>.05$) ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ข้อมูลการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใช้เป็นแนวทางในการจัดการข้อมูลและวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อช่วยชะลอการเข้าสู่ระยะบำบัดทดแทนไตให้ช้าลง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง; ระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต; พฤติกรรมการจัดการตนเอง

* นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง

*** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง, สถาบันพระบรมราชชนก

กระทรวงสาธารณสุข, ผู้ประสานงาน: ppaisamtaksin@gmail.com

**บทนำ**

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย มีอัตราการความชุกและเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปีค.ศ. 2016 พบอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกา วัยผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 15 หรือประมาณ 37 ล้านคน (EDC, 2019) โดย National Kidney Foundation ได้จำแนกความรุนแรงของการดำเนินโรคไตวายเรื้อรังเป็น 5 ระยะ ตามอัตราการกรองของไต (Estimated glomerular filtration rate, eGFR) (Rani, 2011) ได้แก่ ระยะที่ 1 ผู้ป่วยยังไม่มีอาการของโรคแต่ตรวจเลือดพบ Serum creatinine <1.2 mg/dl และตรวจปัสสาวะพบโปรตีนไข่ขาว (Microalbuminuria) ซึ่งประมาณค่า eGFR > 90 mL/min/1.73 m² ระยะที่ 2 ผู้ป่วยยังไม่มีอาการแต่ไตจะเสื่อมเร็วขึ้น eGFR อยู่ระหว่าง 60-89 mL/min/1.73 m² มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะเป็นครั้งคราว ระยะที่ 3 eGFR อยู่ระหว่าง 30-59 mL/min/1.73 m² ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มมีอาการซีด เนื่องจากไตไม่สามารถสร้างฮอร์โมน erythropoietin ซึ่งเป็นสารที่ช่วยกระตุ้นให้ไขกระดูกผลิตเม็ดเลือดแดงจึงทำให้ผู้ป่วยซีดและไตขับของเสียที่มีไนโตรเจนจากการเผาผลาญของโปรตีนลดลงต่ำกว่าครึ่ง ระยะที่ 4 ผู้ป่วยเริ่มอ่อนเพลีย มีอาการซีดมากขึ้น และอัตราการกรองของไตลดลงมาก ค่า eGFR อยู่ระหว่าง 15 - 29 mL/min/1.73 m² มีอาการบวมและภาวะเลือดเป็นกรด ระยะที่ 5 ค่า eGFR ลดลงต่ำกว่า 15 mL/min/1.73 m² เป็นระยะที่ไตทำหน้าที่เสื่อมลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยจึงมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น มีอาการบวมเพราะไตขับน้ำและเกลือลดลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซีด หอบเหนื่อย สับสน ซึม อาการดังกล่าวเกิดจากภาวะยูเรียเมียคั่ง ต้องทำการบำบัดทดแทนไตโดยวิธีล้างไต (dialysis)

ระยะแรกของโรคไตเรื้อรังมักไม่พบอาการผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบและมักตรวจพบเมื่อมีการดำเนินของโรคมากแล้ว เมื่อดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease; ESRD) (Thanakitjaru, 2015) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งไม่ว่าจะเป็นการรักษาโดยวิธีใดจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ Thai SEEK ปี ค.ศ.2010 พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.50 หรือประมาณ 8 ล้านคน และประชากรส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่าตัวเองป่วยโรคไตเรื้อรัง (Nephrol Dial Transplant, 2010) ทั้งนี้เป้าหมายที่สำคัญในการรักษาโรคไตเรื้อรังคือการป้องกันการเสื่อมของไต ไม่ให้เข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease; ESRD) ดังนั้นการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการดูแลรักษาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง (Jantarametakune, 2011)

จากสถิติของจังหวัดลำปาง ปีพ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยที่โรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 1-5 จำนวน 22,655 คน แบ่งเป็นระยะที่ 1 ร้อยละ 15.56 ระยะที่ 2 ร้อยละ 25.80 ระยะที่ 3 ร้อยละ 40.08 ระยะที่ 4 ร้อยละ 11.83 และระยะที่ 5 ร้อยละ 6.74 ทั้งนี้จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตอำเภอแม่ทะ ทั้งหมดจำนวน 1,386 คน แบ่งเป็นระยะที่ 1 ร้อยละ 10.60 ระยะที่ 2 ร้อยละ 19.19 ระยะที่ 3 ร้อยละ 43.29 ระยะที่ 4 ร้อยละ 17.32 และ



ระยะที่ 5 ร้อยละ 9.60 และการรายงานตัวชี้วัดการชะลอไตเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2562 ของอำเภอแม่ทะและจังหวัดลำปาง พบผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตลดลง (Glomerular Filtration Rate; GFR) $< 4 \text{ mL/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ ถึงร้อยละ 67.68 และ 57.39 ตามลำดับ (HDC Lampang, 2019) นอกจากนี้งานคลินิกโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลแม่ทะ ปี พ.ศ. 2562 (Out Patient custom search result: MaeTha Hospital, 2019) มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนโรคไตเรื้อรังและได้รับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 70.21 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3-5 ทั้งหมด 1,161 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยระยะที่ 3 จำนวน 547 คน ระยะที่ 4 จำนวน 338 คน และระยะที่ 5 จำนวน 276 คน ตามลำดับ โดยมีระบบการให้ความรู้ในคลินิกโรคไตเรื้อรังยังไม่ได้แยกคลินิกที่ชัดเจน เน้นเฉพาะผู้ป่วยที่พบปัญหาของโรคที่ซับซ้อนและควบคุมโรคไม่ได้ รวมทั้งยังไม่มีแนวทางในการให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมในการจัดการตนเองที่เหมาะสม

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องรับรู้และทำความเข้าใจเพื่อให้ข้อมูลดังกล่าวเป็นส่วนประกอบในการแสดงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรค โดยความรู้เกี่ยวกับโรคในด้านต่างๆ เป็นปัจจัยที่สำคัญส่งผลต่อพฤติกรรมและการจัดการตนเองจะสำเร็จได้นั้น ผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค การปฏิบัติตัว และการรักษา เพื่อช่วยตัดสินใจในการดูแลตนเอง (Gage & Berliner, 1992) นอกจากนี้ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะได้รับการรักษาที่เน้นการดูแลตนเองเป็นสำคัญ สามารถจัดการตนเองเพื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีและชะลอการเกิดไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ (Ardkhithkarn, Pothiban, & Lasuka, 2013)

จากแนวทางการจัดการตนเองมีพื้นฐานมาจากกระบวนการคิด การตัดสินใจ และการเรียนรู้ทางสังคม แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig และ Holman (2003) กล่าวถึงสิ่งที่บุคคลเลือกแนวทางในการปรับมุมมองและทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ รวมถึงรักษาความมั่นคงทางอารมณ์ประกอบด้วย การจัดการทางการแพทย์หรือปฏิบัติตามแผนการรักษา (medical management) การจัดการเกี่ยวกับบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน (role management) และการจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) ซึ่งบุคคลจะมีการจัดการตนเองที่ดีได้นอกจากจะต้องมีความรู้ที่ดีแล้วยังต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ดังนั้นการจัดการตนเอง (self-management) เป็นความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการจัดการกับโรคและการรักษาตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาพ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ โดยใช้ความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และความสามารถในการกำกับตนเอง (Seephom, 2013) ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การควบคุมอาหาร ควบคุมโรค และปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้เกิดการชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตให้ดีขึ้นและยาวนานที่สุด

จากการศึกษาที่ผ่านมาของ Chaiyasung & Meetong (2018) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพมีผลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ อายุ การออกกำลังกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง



สามารถทำนายความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 45.90 สอดคล้องกับการศึกษาของ Maneesri (2010) พบว่า ระยะของโรค และ โรคร่วม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดูแลจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะแรกถึงระยะปานกลางจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมกับโรค เนื่องจากเป็นระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการผิดปกติที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญและไม่ตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จนส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต นอกจากนี้การมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพและมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองและแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังน้อยลง

จากความสำคัญของพฤติกรรมจัดการตนเองและปัจจัยที่มีอิทธิพลเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองต่อการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตและปัญหาการดำเนินงานในคลินิกโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลแม่ทะ ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตเป็นอย่างไร และต้องการศึกษาปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว พฤติกรรมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเอง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำมาพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนบำบัดทดแทนไต อันจะช่วยส่งเสริมการชะลอความเสื่อมของไต และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้นานที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมดูแลตนเองและพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมดูแลตนเองและพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมดูแลตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

**ขอบเขตการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยการคำนวณค่า GFR ตั้งแต่ระยะ 3b ถึงระยะที่ 5 เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน - มิถุนายน 2564

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนาย (predictive study) พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3b คือ eGRF ระยะ 4 eGRF และระยะ 5 eGRF ของโรงพยาบาลแม่ทะ ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 1,161 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3b-5 มีชื่ออยู่ในข้อมูลประวัติทะเบียน ผู้ป่วยโรงพยาบาลแม่ทะ ในโปรแกรม Hos xp เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2562 โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร Thorndike (Srititnarangune, 2010) สูตร $n = 10k + 50$ โดยที่ n คือ ขนาดตัวอย่าง และ k คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว พฤติกรรม การดูแลตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน คณะผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก 20% เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินการวิจัย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จำนวน 120 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

ผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมให้ข้อมูลวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

ขณะที่เข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคไตวายที่รุนแรงขึ้นที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการ หรือผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต หรือขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในวิจัยนี้ ประกอบด้วย 5 ตอน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อน



บำบัดทดแทนไต และส่วนที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล คณะผู้วิจัยสร้างเอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา และระดับการศึกษา

2. ข้อมูลด้านสุขภาพ คณะผู้วิจัยสร้างเอง ได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า serum BUN serum creatinine, อัตราการกรองของไต (GFR), ระดับโรคไตเรื้อรัง, โรคอื่นร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ, ประวัตินิ่วในไต, BMI, การใช้ยา NSAIDs, การได้รับยา ACEI/ARB, ผลการตรวจค่า CHO, LDL, albumin ในปัสสาวะ, ยาที่รับประทานในแต่ละวัน, การออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ได้แก่ albumin ในเลือดและ uric acid

3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต คณะผู้วิจัยได้พัฒนาจากทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และดัดแปลงในบางข้อคำถามจากคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (The Nephrology Society of Thailand, 2015) ร่วมกับประสบการณ์การทำงานทางคลินิกโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค จำนวน 5 ข้อ ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว แบ่งออกเป็น ด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ ด้านอารมณ์ จำนวน 2 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นการเลือกคำตอบ ใช่ กับ ไม่ใช่ ตามความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แบบสอบถามชุดนี้มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้ระหว่าง 0-15 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระดับต่ำ (0 - 5 คะแนน) ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระดับปานกลาง (6 - 10 คะแนน) ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระดับสูง (10 - 15 คะแนน)

4. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต คณะผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัยของภทรพรรณ อุณาภาค และ ขวัญชัย รัตนมณี ศึกษาการสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-5 ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม (Unaphak & Rattanamane, 2558) ข้อคำถามประกอบด้วย การรับประทานยา การป้องกันโรค การออกกำลังกาย การตรวจวัดความดันโลหิต และพฤติกรรมเสี่ยง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตั้งแต่ 1-4 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเกี่ยวกับข้อความนั้นเลย จนถึง 4 คะแนน หมายถึง เคยปฏิบัติเกี่ยวกับข้อความนั้นเป็นประจำ คะแนนรวมที่เป็นไปได้ระหว่าง 0-66 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตในระดับต่ำ (0-22 คะแนน) ระดับปานกลาง (23-44 คะแนน) และระดับสูง (45-66 คะแนน)



5. แบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะก่อนบำบัดทดแทนไต คณะผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig และ Holman (2003) ซึ่งพัฒนาและดัดแปลงมาจากเครื่องมืองานวิจัยของ Ardkhithkarn, Pothiban, & Lasuka (2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการแพทย์ 17 ข้อ ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน 2 ข้อ ด้านอารมณ์ 3 ข้อ แบบสอบถามชุดนี้มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้ระหว่าง 0-88 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมจัดการตนเองระดับต่ำต่ำ (0-29 คะแนน) ระดับปานกลาง (30-60 คะแนน) ระดับสูง (61-88 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและนำไปคำนวณหาค่า IOC ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 0.93 แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 0.88 และแบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 0.88

การหาความเชื่อมั่น (reliability) คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่หาความตรงตามเนื้อหาและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 21 (Kuder Richardson 21) ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของเท่ากับ 0.70 และแบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 0.74

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมจัดการตนเองและพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (spearman' rank coefficient of correlation)
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ E 2564-01 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อที่แท้จริง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถจะออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ร้อยละ 58.33 เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 24-95 ปี (Mean=70.68 ,S.D.=10.50) ส่วนใหญ่ อายุ 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.80 รองลงมา อายุระหว่าง 61-70 ปี คิดเป็น ร้อยละ 33.30 ส่วนน้อยที่อายุน้อยกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.50 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด 85 คน คิดเป็นร้อยละ 70.80 ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มากที่สุดร้อยละ 83.30 รองลงมาใช้สิทธิเบิกได้ คิดเป็นร้อยละ 12.50

1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา คือ ระยะที่ 4 และ 5 คิดเป็นร้อยละ 37.50 และ 12.50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 89.20, 65.80 และ 22.50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีจำนวนโรครวม 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 48.30 สำหรับภาวะสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระหว่าง 13.62 – 33.91 (Mean= 22.43,S.D.=4.20) ส่วนใหญ่ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ 47 คน คิดเป็นร้อยละ 39.20 ส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 79.20 นอกจากนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่สูบบุหรี่และดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 83.30 และ 80.80 ตามลำดับ

1.3 ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการตรวจค่า serum BUN ค่า serum creatinine และค่าอัตราการกรองของไต (GFR) โดยค่า serum BUN อยู่ระหว่าง 14.80–101.70 mg/dL (Mean=30.86 mg/dL) ค่า serum creatinine ระหว่าง 1.28–99.00 mg/dL (Mean=3.27 mg/dL) ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) ระหว่าง 2.71–51.27 mL/min/1.73m² (Mean= 29.32 mL/min/1.73m²) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการตรวจระดับไขมันในเลือด ได้แก่ ค่า cholesterol, LDL ,HDL และการตรวจค่า albumin ในปัสสาวะ พบว่า cholesterol อยู่ระหว่าง 82-703 mg/dL (Mean=174.45 mg/dL) ค่า LDL อยู่ระหว่าง 18-226 mg/dL (Mean=93.48 mg/dL) ค่า HDLอยู่ระหว่าง 27-89 mg/dL (Mean= 46.61 mg/dL) และค่า albumin ในปัสสาวะ ร้อยละ 39.20 ไม่พบ albumin ในปัสสาวะ รองลงมาพบ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ผล trace คิดเป็นร้อยละ 17.50 ทั้งนี้ยังกลุ่มตัวอย่าง 17 คน ตรวจหาค่า albumin มีค่าระหว่าง 2.70–4.40 mg/dL และจำนวน 27 คน ได้รับการตรวจหาระดับ uric acid ในเลือด คิดเป็นร้อยละ 22.50 พบค่า uric acid ระหว่าง 1.46 – 11.00 mg/dL ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าพิสัยและค่าเฉลี่ย ของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3b–5

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เลือด)		Range	Mean
N = 120	serum BUN	14.80 – 101.70	30.86
	serum creatinine	1.28 – 99.00	3.27
	อัตราการกรองของไต (GFR)	2.71 – 51.27	29.32
	cholesterol	82 – 703	174.45
	LDL	18 – 226	93.48
	HDL	27 – 89	46.61
N = 17	albumin	2.70 – 4.40	3.44
N = 27	uric acid	1.46 – 11.00	7.28

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการวัดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว ที่ 9–15 คะแนน เต็ม 15 คะแนน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.80 ได้ 13 คะแนนขึ้นไป (Mean=13.71, S.D.=1.42) แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับสูง สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ระหว่าง 39–65 คะแนน จาก 66 คะแนน (Mean=49.66, S.D.=4.81) แสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง และพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ระหว่าง 45–83 คะแนน จาก 88 คะแนน (Mean=64.13, S.D.=10.39) แสดงว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปรผลของ ความรู้ เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต (n = 120)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		Mean(S.D.)	การแปลผล
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
ความรู้	0 – 15	9 – 15	13.71 (1.42)	สูง
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	0 – 66	39 – 65	49.66 (4.81)	สูง
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	0 – 88	45 – 83	64.13 (10.39)	สูง



3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติตัว ($r = .39, p < .01$) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = .44, p < .01$) นอกจากนี้การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา รวมถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะของโรค จำนวนโรคร่วม ค่าดัชนีมวลกาย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rank coefficient of correlation) พบว่า ระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.18, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต ($n = 120$)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ระยะของโรค	1.00			
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว	0.33**	1.00		
3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	0.19*	0.46**	1.00	
4. พฤติกรรมการจัดการตนเอง	-0.18*	0.39**	0.44**	1.00

** $p < .01$, * $p < .05$

3. ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็นร้อยละ 23.50 ของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r^2 = 0.23, F = 17.97, p < .01$) โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองมีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.33, p < .01$) รองลงมาคือความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ($\beta = 0.23, p < .05$) ส่วนระยะของโรคไม่มีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($\beta = -0.02, p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง ต่อ พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต (n = 120)

ลำดับ	ตัวแปร	B	SE	β	t
1	ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว	1.70	0.67	0.23	2.56*
2	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	0.71	0.20	0.33	3.64**
	ค่าคงที่	5.24	9.87	-	0.53

$r^2 = .24$, SEE = 9.17, F = 17.97, Sig of F = .000, * p < .05, ** p < .01

การอภิปรายผล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน มีอายุเฉลี่ย (Mean=70.68, S.D.=10.50) พบว่าใกล้เคียงกับข้อมูลจากสถิติการเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรังของประเทศ พบว่า เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ไตจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างและการทำงานโดยรวม ไตจะมีขนาดเล็กลง น้ำหนักและปริมาตรจะลดลง ทำให้ไตสูญเสียการทำงานที่มากขึ้น (Leesmidt, V., et al., 2020) ในด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่ถึงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 70.80 และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ถึงร้อยละ 83.30 ในส่วนข้อมูลทั้งสองด้านสามารถอธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่ทะ ส่วนใหญ่เป็นประชากรในพื้นที่ บริบทสภาพสังคมยังเป็นการใช้ชีวิตตามวิถีชนบท โอกาสการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทั้งด้านการศึกษาและการรักษาจึงน้อยกว่าสังคมเมือง ทำให้ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมต้นและใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นสิทธิการรักษาที่อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพที่รัฐบาลจัดให้เป็นสวัสดิการพื้นฐานด้านสุขภาพสำหรับประชาชนชาวไทย

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง (Mean=13.71, S.D.=14.2, Mean=49.66, S.D.=4.81 และ Mean=64.13, S.D.=10.39 ตามลำดับ) อธิบายได้จากกระบวนการดำเนินการและให้บริการของคลินิกเฉพาะโรคของโรงพยาบาลแม่ทะ ซึ่งจัดให้ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ได้เข้ารับบริการตรวจรักษาในคลินิกเฉพาะโรค (NCD clinic) และมี case manager ของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีบทบาทในการให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคแบบรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาลและออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ใน รพ.สต. ครอบคลุมทั้งเขตอำเภอ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะ 3b-5 จัดเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการรักษาและรับบริการตรวจที่คลินิกเฉพาะโรคไตเรื้อรัง มี case manager CKD ดูแลรวมทั้งให้ความรู้ คำแนะนำใน



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวแบบรายบุคคล ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่ของพฤติกรรมในการดูแลตนเองในทิศทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Ardkhithkarn, Pothiban, & Lasuka (2013) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง อย่างต่อเนื่องพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสามารถร่วมทำนาย ร้อยละ 41 ของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($p < .01$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39, p < .01$ และ $r = .44, p < .01$ ตามลำดับ) แสดงถึงระดับของความรู้มีผลกับพฤติกรรมในการจัดการโรค สามารถอธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นถึง ร้อยละ 70.80 และส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป อยู่บ้านไม่ได้ทำงาน มีเวลาและสนใจในการดูแลตัวเอง ค่อนข้างให้ความเชื่อถือและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างดี ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

ระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.18, p < .05$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่า ตนเองมีโรคแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรัง แต่ไม่ทราบระยะการดำเนินโรคไตเรื้อรังว่าอยู่ในระยะใด เข้าใจว่าการดูแลตนเองในโรคไตเรื้อรังเหมือนกันทุกระยะ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่ผู้ป่วยไม่ทราบผลเลือดที่ผิดปกติของตนเองส่วนใหญ่แล้วจะแจ้งผล creatinine ให้ผู้ป่วยทราบเท่านั้น ทั้งจุดซักประวัติและห้องตรวจ หรือบางรายอาจจะทราบแต่ยังไม่เข้าใจเนื่องจากเป็นวัยสูงอายุ ทำให้การรับรู้ข้อมูลที่ลึกไปอาจทำให้เข้าใจบางส่วนหรือไม่เข้าใจ

4. ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็นร้อยละ 23.50 ของพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ($R^2 = 0.23, F = 17.97, p < .01$) โดยพฤติกรรมในการดูแลตนเองมีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของพฤติกรรมในการจัดการตนเองมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.33, p < .01$) รองลงมา คือ ความรู้ ($\beta = 0.23, p < .05$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีโรคร่วม ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลสุขภาพระยะยาว การได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อโรคอย่างต่อเนื่อง จากบุคลากรทางการแพทย์ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตัวเองที่ดี

ส่วนระยะของโรคไม่มีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ($\beta = -.002, p > .05$) แสดงว่า ถึงแม้ว่าระยะของโรคจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต แต่เมื่อนำเอาไปเป็นสมการถดถอยแล้วยังไม่สามารถทำนายพฤติกรรมในการจัดการ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ตนเองได้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาพบว่ามีความอัตราการกรองของไต (eGFR) ค่าระหว่าง 2.71–51.27 แสดงถึงการทำงานของไตที่อยู่ในระยะที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างการดำเนินโรคอยู่ในระยะที่ 3b รวมถึงเป็นระยะแรกเริ่มที่เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยและการเข้ารับการรักษาจึงส่งผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการวินิจฉัยและการรักษาที่มากจึงได้รับการดูแลรักษาจากทีมแพทย์และพยาบาลในด้านการรักษา การให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคแบบรายบุคคลอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแรกเริ่ม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีระยะของการดำเนินโรคที่ใกล้เคียงกันมีผลให้ปัจจัยดังกล่าวไม่สามารถเพิ่มในสมการของปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคได้ สอดคล้องกับงานศึกษาของอภิญญา บ้านกลาง และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ระยะเวลาการดำเนินของโรคมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.028 แต่เมื่อนำปัจจัยดังกล่าวเข้าสู่การพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณจึงสรุปว่าระยะเวลาการดำเนินของโรคไม่สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพได้เนื่องจากความใกล้เคียงของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการข้อมูล และวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ชะลอการเข้าสู่ระยะบำบัดทดแทนไตให้ช้าลง
2. ได้ข้อมูลการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเป็นโปรแกรมในการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากรเนื่องจากการเก็บข้อมูลจำนวนตัวอย่างค่อนข้างน้อย รวมทั้งเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง จึงควรมีการศึกษาในระยะยาว (longitudinal study) เพื่อศึกษาแบบแผนหรือติดตามการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองโดยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ละระยะ เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนหรือพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

**เอกสารอ้างอิง**

- Apinya B., Udomlak D., & Pritsana R. (2016). Factors affecting to health behavior among type 2 diabetes patients, in area of Sila health promoting hospital, Muang District, Khon Kaen Province. *Journal of the office ODPC 7 khon kaen*. 23(1), 85-95. (in Thai)
- Ardkhitkarn S., Pothiban L., & Lasuka D. (2013). Self-Management Behaviors and Predicting Factors in Elders with End Stage Renal Disease Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Nursing journal, Volume 40* Supplement December. (in Thai)
- Chaiyasung, P., & Meetong, P. (2018). Factors Predicting Chronic Kidney Disease of Patients with Chronic Disease in the Community. *The journal of prapokklao hospital clinical medical education center*, 35(2) Apr-Jun. (in Thai)
- EDC (2019). *Chronic Kidney Disease (CKD) Surveillance System*. Retrieved 15 Aug, 2020, from, <https://nccd.cdc.gov/CKD/default.aspx>.
- Gage, N. L., & Berliner, D. C. (1992). *Educational psychology* (5th ed.). Houghton: Mifflin and Company.
- HDC Lampang (2019). (on line), Available: https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- Jantarametekune, S. (2011). Risk Factors Kidney complications in type 2 diabetes mellitus. Retrieved 15 Aug, 2020, from, http://www.mukhos.go.th/site/data/research_1333503317_sutep.pdf.
- Leesmidt, V., et al. (2020). *Development of a Model for Prevention and Resolution of Chronic Kidney Disease*. Bangkok: Bhumirajanakarindra Kidney Institute Hospital.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcome, and mechanisms. *The society of behavioral medicine*, 26(1), 1-7.
- Maneesri, S. (2010). *Factors Influencing Self-Management Behavior of Patients with Chronic Kidney Disease*. Master of Nursing, Mahidol University. (in Thai)
- Nephrol Dial Transplant (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai Adult population: Thai SEEK study. Retrieved 15 Aug, 2020, from, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20037182>.
- Out Patient custom search result: MaeTha Hospital. (2019). *Patient information at the chronic kidney clinic, maetha*
- Rani, A. U. (2011). Nurse role in prevention of chronic kidney disease (CKD). *International journal of nursing education*, 3(2), 125-127 (in Thai)



Seephom, S. (2013). Self-management in chronic kidney disease. *Thai red nursing journal*, 6(1): January - June. (in Thai)

Sristitnarangune, B. (2010). *The Maethadology of Nursing Research*. Bangkok: U&I Intermedia.

Thanakitjaru, P. (2015) Current situation of chronic kidney disease in Thailand. *Journal of the department of medical services*. 5, 5-17. (in Thai)

The Nephrology Society of Thailand. (2015). *Clinical Practice Recommendation for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease in Adults 2015*.

(Retrieved 15 Aug, 2020, from, http://doh.hpc.go.th/data/HL/CKD_2015.pdf

Unaphak, P., & Rattanamanee, K. (2015). The Correlation Factors of Self-Care Behaviors to Prevent Complications among Patients with Chronic Kidney Disease at Somdetphraphutthalertla Hospital in Samutsongkhram Province. *The public health journal of burapha university*. 10(2), July-December. (in Thai)



Factors Influencing Health Status of Late Adolescents in Muang District, Lampang Province

Usanee wannalai*

(Received: June 5, 2021, Revised: August 1, 2021, Accepted: October 29, 2021)

Abstract

The purpose of this study was to examine the factors influencing the health status of late adolescents in Muang District, Lampang Province. 400 participants were people aged 16 to 19 who lived in Muang district for at least 6 months. The content validity of the questionnaire using the IOC Index was 0.5-1.00, and the reliability by KR-20 and the Cronbach Alpha coefficient was 0.69 and 0.91, respectively.

The results revealed that gender, self-management awareness, understanding towards health, vehicles used in commuting, access to information and health services, family support, and social health policy (from school/community) predicted the outcome of the percentage of health status with a statistical significance of 0.05 ($p\text{-value} < 0.000$), could account for 65.7 percent of the variation in the health status index ($R^2 = 43.20$).

Recommendations from the study: Network partners from educational institutions, public health sectors, and community sectors should promote and support health service policy development. Organization of capacity-building programs should also enhance health condition among the Thai adolescents to meet their needs, work up guidelines for the care, and develop adolescents to have good health and reduce potential risks.

Keywords: Health status; Adolescents

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing,

Lampang Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

อุษณีย์ วรรณาลัย*

(วันรับบทความ: 25 กุมภาพันธ์ 2564, วันแก้ไขบทความ: 22 มีนาคม 2564, วันตอบรับบทความ: 25 พฤษภาคม 2564)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 16-19 ปี อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 400 คน โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยค่าความตรงของเนื้อหาด้วยดัชนีความสอดคล้อง IOC ได้เท่ากับ 0.5-1.00 หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วย KR20 ผลลัพธ์ที่ได้เท่ากับ 0.69 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับได้เท่ากับ 0.91

ผลการศึกษา พบว่า เพศ การรับรู้การจัดการตนเอง ความรู้ความเข้าใจสุขภาพ พาหนะที่ใช้ในการเดินทาง การเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนจากครอบครัว และนโยบายสุขภาพทางสังคม (จากโรงเรียน/ชุมชน) ร่วมกันทำนายค่าผลลัพธ์ของร้อยละของภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (P-value < .000) สามารถอธิบายการแปรผันดัชนีภาวะสุขภาพได้ ร้อยละ 65.70 ($R^2=43.20$)

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา: ภาครัฐควรขยายจากสถานศึกษา ภาคสาธารณสุข ภาคชุมชนควรส่งเสริมและสนับสนุนเชิงนโยบายการให้บริการทางด้านสุขภาพ การช่วยเหลือการพัฒนากิจกรรม การจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะการเสริมสร้างสุขภาพในวัยรุ่นไทย ที่สนองความต้องการของกลุ่มวัยรุ่นเพื่อให้มีการพัฒนาแนวทางในการดูแลและพัฒนาวัยรุ่นให้มีสุขภาพที่ดีเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ; วัยรุ่น

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

**บทนำ**

สังคมไทยปัจจุบันเป็นสังคมที่ต้องดิ้นรนต่อสู้และมีการแข่งขันสูง ทำให้ผู้คนส่วนใหญ่ดำเนินวิถีชีวิตอย่างเร่งรีบ จนลืมเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้มนุษย์สมัยใหม่ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพทางกาย สุขภาพทางใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (Division of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, 2019) รายงานพบทวนสถานการณ์และผลดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในประเทศไทย พบว่า อัตราป่วย โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ในปี พ.ศ. 2559-2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่ม ร้อยละ 13.90 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 16.40 ในปี พ.ศ. 2562 คิดเป็นอัตราเพิ่ม ร้อยละ 18.00 และโรคเบาหวานเพิ่มจากร้อยละ 6.60 เป็นร้อยละ 7.80 คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 18.20 และเป็นการเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ อีกทั้งการศึกษาของอรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ ภาณุวัฒน์ คำวังสง่าและสุธิดา แก้วทา (Kanjapibulwong A , Khamwangsanga P and Kaewta S., 2019) รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2562 การบริโภคน้ำตาลทรายมีปริมาณใกล้เคียงกันที่ปริมาณ 2.5-2.6 ล้านตันต่อปี โดยผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิง และพบในกลุ่มเด็กอายุ 6-14 ปี ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ยต่อสัปดาห์มากที่สุด มีความชุกของผู้สูบบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2560 เท่ากับร้อยละ 19.10 กลุ่มวัยรุ่น และเยาวชนเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น อายุประมาณ 17-18 ปี จึงเห็นได้ว่ากลุ่มวัยรุ่นเป็นวัยที่จะเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต มีแนวโน้มความเสื่อมถอยของภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น นำไปสู่ภาวะประชากรที่ไม่มีคุณภาพในอนาคต

รายงานของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง (Lampang Provincial Public Health Office. , 2019) พบว่า ประชากรวัยรุ่นไทย มี 8,037,282 คน คิดเป็นร้อยละ 12.10 จากประชากรทั้งหมด วัยรุ่นตอนปลาย อายุ 16-19 ปี มีจำนวน 3,261,707 คน คิดเป็นร้อยละ 40.58 ประชากรทั้งวัยรุ่นไทย สอดคล้องกับสถิติประชากรวัยรุ่นในลำปาง มี 69,502 คน คิดเป็นร้อยละ 8.53 ของประชากรจังหวัดลำปาง วัยรุ่นตอนปลาย อายุ 16-19 ปี มีจำนวน 27,278 คน คิดเป็นร้อยละ 42.26 ของวัยรุ่นจังหวัดลำปาง ดังนั้นกลุ่มวัยรุ่นหากมีการจัดการภาวะสุขภาพตนเองที่เหมาะสม ก็จะเป็นผู้ใหญ่สุขภาพดีในอนาคต แต่ถ้ามีการจัดการภาวะสุขภาพตนเองไม่ดีก็จะก่อให้เกิดโรคและปัญหาต่างๆ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดสารเสพติด เป็นต้น จากการสำรวจข้อมูลสถิติสถานการณ์ทางวัฒนธรรมวัยรุ่นไทย โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (Thai Health Promotion Foundation., 2019) พบว่า ในช่วงที่ผ่านมาพบปัญหาสำคัญ 6 ด้านหลักได้แก่ 1. ปัญหาเยาวชนเสพติด 2. ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 3. เด็กถูกละเมิดและกลั่นแกล้ง 4. การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ยุคใหม่ ที่รักลูกแบบไม่ถูกทาง 5. การเสพติดออนไลน์ และ 6. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การศึกษาของเบญญา เอมาวัฒน์ (Amawat B., 2020)



ได้รายงาน ว่าในปี พ.ศ.2560 จังหวัดลำปาง เป็น 1 ใน 3 จังหวัดที่มีอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปีหรือช่วงวัยรุ่นต่ำกว่า 25 ต่อวัยรุ่นหญิง 15-19 ปี 1,000 คน นอกจากนี้กองระบาดวิทยา (Division of Epidemiology.,2019) รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในรอบ 10 ปี ตั้งแต่ พ.ศ.2552-2562 มีเยาวชนอายุ 15-24 ปี ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น 2 เท่า จาก 41.6 เพิ่มขึ้นเป็น 169.12 ต่อประชากรแสนคน ในระหว่างปี พ.ศ. 2550 และพ.ศ. 2561 ปัญหาอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ในช่วงเวลา 13 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นร้อยละ 64.5 หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 4.96 ต่อปี (Alcohol Consumption Control department of Disease,2016) ซึ่งอชิบ ดันอารีย์และพลเทพ วิจิตรคุณากร (Tanaree A and Vichitkunakorn P., 2019) ได้ศึกษาสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดในประเทศไทย: ข้อมูลการสำรวจ พ.ศ. 2560 พบว่า ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของนักดื่มทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่ (ร้อยละ 35.40 และ 32.80 ตามลำดับ) และกลุ่มวัยรุ่น (ร้อยละ 19.00 และ 16.80 ตามลำดับ)จังหวัดที่มีดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดได้แก่ ลำปาง (0.72 คะแนน) ผลการสำรวจสถิติแนวโน้มปัญหาการใช้สารเสพติดในกลุ่มช่วงอายุ 15-19 ปี ช่วงปี พ.ศ.2558 ถึง พ.ศ 2562 พบว่า มีอัตราการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นทุกปี ร้อยละ 15.78 16.57 13.69 12.45 และ 19.37 ตามลำดับ (Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment,2019) และจากข้อมูลสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (Health Systems Research Institute.,2016) การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี เริ่มเมื่ออายุเฉลี่ยน้อยที่สุด กลุ่มอายุที่กินครบ 3 มื้อ น้อยที่สุด คือ 15-29 ปี คือ ร้อยละ 69.9 กลุ่มอายุ 15-29 ปี มีอัตราการใช้เข็มฉีดยา การสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งที่ใช้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในสัดส่วนที่น้อยกว่ากลุ่มอายุ 30-44 ปี และ 45-59 ปี ผู้ชายกลุ่มอายุ 15-29 ปี การขับขี่ยานยนต์ภายหลังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีสัดส่วนสูงที่สุด ร้อยละ 38.50

มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของวัยรุ่นดังผลการศึกษาของ สุริยา ฟองเกิด และคณะ (Fongkerd S et al. ,2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย พบว่า ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ การรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ และการศึกษา ร่วมกันทำนายได้ 10. 030% ($R=0.103$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผลการศึกษาของ สรวงทิพย์ ภูักฤษณา กัญญาวิณัฒน์ โมกขาวและสุริยา ฟองเกิด (Pookitsana S, Mokkhawa K and Fongkerd S. ,2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ และการได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น ร่วมกันทำนาย ร้อยละ 37 ($R^2=.37$)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของวัยรุ่นมีหลายปัจจัยทั้งจากปัจจัย



ภายในบุคคลเช่น การรับรู้ความสำคัญ การรับรู้อุปสรรค หรือการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพ และปัจจัยจากภายนอก เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ การได้รับแรงสนับสนุน เป็นต้น

จากข้อมูลข้างต้น หากวัยรุ่นมีการจัดการ การดูแลภาวะสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมก็จะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีตามไปด้วย การสร้างเสริมสุขภาพเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล โดยอาศัยองค์ความรู้ในการให้บุคคล ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การสร้างเสริมสุขภาพตนเอง แนวคิด PRECEDE MODEL (Green & Kreuter, 2005) ที่เป็นแนวคิดหนึ่งที่มีความสนใจและถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในการสร้างเสริมสุขภาพแบบสหปัจจัยของบุคคลในทุกๆ ช่วงวัย พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัย ภายในและภายนอกบุคคล ดังนั้นสิ่งที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมย่อมส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีได้ จึงต้องมีการดำเนินการ หลายด้านประกอบกัน ที่เน้นปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม อันส่งผลต่อภาวะสุขภาพตนเองที่เหมาะสมของกลุ่มวัยรุ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ซึ่งเป็นสังคมเมืองที่มีภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยจะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นในระยะยาว เพื่อให้เติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิตและมีสุขภาพที่ดีต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตการวิจัย ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา มีรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา 2) ด้านประชากร คือ วัยรุ่นตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 16-19 ปี ในจังหวัดลำปาง และกลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 16 - 19 ปี ในเขตอำเภอเมืองไม่ต่ำกว่า 6 เดือน จำนวน 400 คน 3) ด้านพื้นที่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลา เริ่มดำเนินงานตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ.2563 - กันยายน พ.ศ.2564

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ประชากรกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายอายุ 16-19 ปี ในเขตอำเภอเมืองจำนวน 8,420 คน

กลุ่มตัวอย่าง : กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ วัยรุ่นตอนปลายอายุ 16-19 ปี อาศัยในเขตอำเภอเมืองไม่ต่ำกว่า 6 เดือน คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี simple random sampling ตามขั้นตอนดังนี้

1. ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เพื่อสุ่มหาตำบลกลุ่มตัวอย่างโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดลำปาง ได้แก่ โรงเรียนบุญวาทย์วิทยาลัย โรงเรียนลำปางกัลยาณี โรงเรียนเทศบาลและวิทยาลัยอาชีวศึกษา
2. ใช้วิธีการสุ่มโดยการจับสลาก โดยการสุ่มจากรายชื่อหรือเลขที่ของนักเรียน จากห้องเรียนที่สุ่มแต่ละชั้นเรียนในโรงเรียนที่การคำนวณตาม สัดส่วนจากกลุ่มประชากรจำนวน 5,921 คน ดังตารางแสดงที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เพื่อสุ่มหาตำบลกลุ่มตัวอย่างโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดลำปาง

ระดับชั้น	ร.ร บุญวาทย์ฯ	ร.ร ลำปางกัลยาณี	ร.ร เทศบาล	วิทยาลัยอาชีวฯ	
ม4/ปวช.ปี1	43(640)	34(500)	11(150)	33(503)	121(1,793)
ม5/ปวช.ปี2	43(643)	34(495)	11(150)	31(461)	118(1,749)
ม6/ปวช.ปี3	41(605)	32(475)	11(150)	33(493)	117(1,723)
ปวส				44(656)	44(656)
	127(1,888)	99(1,470)	33(450)	141(2,113)	400(5,921)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน โดยส่วนที่ 1-4 ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และส่วนที่ 5 ได้นำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทยของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเอง จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ดังนี้ ตอบถูก ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 และตอบผิด ได้ค่าคะแนน เท่ากับ 0

การแปลผล

ค่าคะแนน 0.80 - 1.00	หมายถึง มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองในระดับสูง
0.50 - 0.79	หมายถึง มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง
0.00 - 0.50	หมายถึง มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองในระดับต่ำ

การรับรู้การจัดการตนเอง เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ แบ่งเป็น ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานครั้ง และน้อยมากหรือแทบไม่ปฏิบัติดังนี้

กำหนดเกณฑ์	หมายถึง	ให้คะแนนเชิงบวก	ให้คะแนนเชิงลบ
การประเมิน		เท่ากับ	เท่ากับ
ทุกครั้ง	ปฏิบัติกิจกรรมที่ระบุ 80% ขึ้นไป	4	0
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติกิจกรรมที่ระบุ 60-79%	3	1
บางครั้ง	ปฏิบัติกิจกรรมที่ระบุ 40-59%	2	2
นานๆครั้ง	ปฏิบัติกิจกรรมที่ระบุ 20-39%	1	3
น้อยมากหรือไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติกิจกรรมที่ระบุ 0-19%	0	4

การแปลผล

ค่าคะแนน 3.21 - 4.00	หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้การจัดการตนเองทุกครั้ง
2.41 - 3.20	หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้การจัดการตนเองบ่อยครั้ง
1.61 - 2.40	หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้การจัดการตนเองบางครั้ง
0.81 - 1.60	หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้การจัดการตนเองนานครั้ง
0.00 - 0.80	หมายถึง น้อยมากหรือแทบไม่ปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้การจัดการตนเอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ประเพณีสถานศึกษา เงินค่าใช้จ่าย ที่พักอาศัย พาหนะในการเดินทาง เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพที่เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ แบ่งเป็น ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานครั้ง และน้อยมากหรือแทบไม่ปฏิบัติ ดังนี้



กำหนดเกณฑ์	หมายถึง	ให้คะแนนเชิงบวก	ให้คะแนนเชิงลบ
การประเมิน		เท่ากับ	เท่ากับ
ทุกครั้ง	เข้าถึงหรือได้รับกิจกรรมที่ระบุ 80% ขึ้นไป	4	0
บ่อยครั้ง	เข้าถึงหรือได้รับกิจกรรมที่ระบุ 60-79%	3	1
บางครั้ง	เข้าถึงหรือได้รับกิจกรรมที่ระบุ 40-59%	2	2
นานๆครั้ง	เข้าถึงหรือได้รับกิจกรรมที่ระบุ 20-39%	1	3
น้อยมากหรือไม่ปฏิบัติ	เข้าถึงหรือได้รับกิจกรรมที่ระบุ 0-19%	0	4

การแปลผล

ค่าคะแนน 3.21 - 4.00	หมายถึง มีการเข้าถึงข้อมูลหรือได้รับการบริการสุขภาพทุกครั้ง
2.41 - 3.20	หมายถึง มีการเข้าถึงข้อมูลหรือได้รับการบริการสุขภาพบ่อยครั้ง
1.61 - 2.40	หมายถึง มีการเข้าถึงข้อมูลหรือได้รับการบริการสุขภาพบางครั้ง
0.81 - 1.60	หมายถึง มีการเข้าถึงข้อมูลหรือได้รับการบริการสุขภาพนานครั้ง
0.00 - 0.80	หมายถึง น้อยมากหรือแทบไม่มีการเข้าถึงข้อมูลหรือได้รับการบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากเพื่อน แรงสนับสนุนจากครู แรงสนับสนุนจากครอบครัว และนโยบายสุขภาพสุขภาพทางสังคม(จากโรงเรียน/ชุมชน) เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ โดยจำนวนปัจจัยย่อยละ 5 ข้อ แบ่งเป็น ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานครั้ง และน้อยมากหรือแทบไม่ปฏิบัติ ดังนี้

กำหนดเกณฑ์	หมายถึง	ให้คะแนนเชิงบวกเท่ากับ	ให้คะแนนเชิงลบเท่ากับ
การประเมิน			
ทุกครั้ง	ได้รับแรงสนับสนุน/มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ระบุ 80%ขึ้นไป	4	0
บ่อยครั้ง	ได้รับแรงสนับสนุน/มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ระบุ 60-79%	3	1
บางครั้ง	ได้รับแรงสนับสนุน/มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ระบุ 40-59%	2	2
นานๆครั้ง	ได้รับแรงสนับสนุน/มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ระบุ 20-39%	1	3
น้อยมากหรือไม่ปฏิบัติ	ได้รับแรงสนับสนุน/มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ระบุ 0-19%	0	4

**การแปลผล**

ค่าคะแนน 3.21-4.00	หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสนับสนุนทุกครั้ง
2.41-3.20	หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสนับสนุนบ่อยครั้ง
1.61-2.40	หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสนับสนุนบางครั้ง
0.81-1.60	หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสนับสนุนนานครั้ง
0.00-0.80	หมายถึง น้อยมากหรือแทบไม่ได้รับแรงสนับสนุนหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสนับสนุน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ ได้แก่ เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (Department of Mental Health, 1996) เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานครั้ง และน้อยมากหรือแทบไม่ปฏิบัติดังนี้

กำหนดเกณฑ์การ	หมายถึง	ให้คะแนนเชิงบวกเท่ากับ	ให้คะแนนเชิงลบเท่ากับ
ประเมิน			
มากที่สุด	รับรู้เกี่ยวกับสภาพหรือกิจกรรมที่ระบุ 80% ขึ้นไป	4	0
มาก	รับรู้เกี่ยวกับสภาพหรือกิจกรรมที่ระบุ 60-79%	3	1
ปานกลาง	รับรู้เกี่ยวกับสภาพหรือกิจกรรมที่ระบุ 40-59%	2	2
เล็กน้อย	รับรู้เกี่ยวกับสภาพหรือกิจกรรมที่ระบุ 20-39%	1	3
น้อยมากหรือไม่ปฏิบัติ	รับรู้เกี่ยวกับสภาพหรือกิจกรรมที่ระบุ 0-19%	0	4

การแปลผล

ค่าคะแนน 3.21 - 4.00	หมายถึง มีภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับดีมากที่สุด
2.41 - 3.20	หมายถึง มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก
1.61 - 2.40	หมายถึง มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
0.81 - 1.60	หมายถึง มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับเล็กน้อย
0.00 - 0.80	หมายถึง มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับน้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองกับภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบอาจารย์พยาบาล



พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วนำแบบสอบถามนี้มาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Item Objective Congruence Index :IOC) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.5 - 1.00

การหาความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองกับภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายไปทดสอบกับนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ที่มีช่วงอายุ 16-19 ปี และไม่ได้อยู่ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 ชุด การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร คูเดอร์-ริชาร์ดสัน Kuder-Richardson (KR20) ผลลัพธ์ที่ได้เท่ากับ 0.69 และการวิเคราะห์แบบสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.912

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ปัจจัยอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง หมายเลข ICH-GCP 083/2562 ลงวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ.2563 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการยินยอมให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงเอกสารผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ลงนามยินยอมเข้ารับการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย พบว่า มีผลกระทบ เช่น การสูญเสียเวลา หรือเป็นการเปิดเผยความลับส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการทำแบบสอบถามได้ทันทีและปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้



ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง สรุปผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.80 มีอายุ 19 ปี มากที่สุดร้อยละ 35.47 รองลงมา มีอายุ 18 ปี ร้อยละ 30.79 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 43.60 รองลงมา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 34.72

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลด้านปัจจัยนำของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 0.69, S.D. = 0.11) และการรับรู้การจัดการตนเอง โดยรวมมีการจัดการบ่อยครั้ง (Mean= 2.84, S.D. = 0.36) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยนำของกลุ่มตัวอย่าง (n=406)

ปัจจัยนำของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.	แปลผล
ความรู้ ความเข้าใจสุขภาพ						
สูง	(0.80 - 1.00)	83	20.44	0.69	0.11	ปานกลาง
ปานกลาง	(0.50 - 0.79)	306	75.37			
ต่ำ	(0 - 0.50)	17	4.19			
การรับรู้การจัดการตนเอง						
ทุกครั้ง	(3.21 - 4.00)	71	17.49	2.84	0.36	บ่อยครั้ง
บ่อยครั้ง	(2.41 - 3.20)	284	69.95			
บางครั้ง	(1.61 - 2.40)	49	12.07			
นานครั้ง	(0.81 - 1.60)	2	0.49			
น้อยมากหรือแทบไม่ปฏิบัติ	(0 - 0.80)	0	0.00			



ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเอื้อของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเงินค่าใช้จ่ายเฉลี่ย/วันน้อยกว่า 100 บาท มากที่สุดจำนวน 336 คนคิดเป็นร้อยละ 82.75 พาหนะที่ใช้ในการเดินทางโดยรถจักรยานยนต์มากที่สุด จำนวน 315 คนคิดเป็นร้อยละ 77.59 ที่พักอาศัยที่หอพักมากที่สุดจำนวน 353 คนคิดเป็นร้อยละ 86.95 และการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพโดยรวมมีการเข้าถึงบ่อยครั้ง (Mean= 2.80, S.D. = 0.61) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของปัจจัยเอื้อของกลุ่มตัวอย่าง (n=406)

ปัจจัยเอื้อของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.	แปลผล
เงินค่าใช้จ่ายเฉลี่ย/วัน					
น้อยกว่า 100 บาท	336	82.75			
101 -200 บาท	68	17.00	97.44	28.71	
มากกว่า 200 บาท	1	0.25			
พาหนะที่ใช้ในการเดินทาง					
รถยนต์หรือรถโดยสารประจำทาง	91	22.41			
รถจักรยานยนต์	315	77.59			
ที่พักอาศัย					
หอพัก	353	86.95			
พักกับบิดา มารดา ญาติ หรือปู่ ย่า ตา ยาย	53	13.05			
การเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ					
ทุกครั้ง (3.21 - 4.00)	74	18.23			
บ่อยครั้ง (2.41 - 3.20)	207	50.99			
บางครั้ง (1.61 - 2.40)	115	28.33	2.80	0.61	บ่อยครั้ง
นานครั้ง (0.80 - 1.60)	8	1.96			
น้อยมากหรือแทบไม่ (0.00 - 0.80)	2	0.49			
ปฏิบัติ					

**ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเสริมของกลุ่มตัวอย่าง**

ข้อมูลด้านปัจจัยเสริมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (Mean = 2.69, S.D. = 0.58) และได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนโดยรวมอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (Mean = 2.68, S.D. = 0.54) ตามลำดับ ได้รับแรงสนับสนุนจากครู โดยรวมอยู่ในระดับบางครั้ง (Mean = 2.17, S.D. = 0.60) และได้รับนโยบายสุขภาพสุขภาพทางสังคม(จากโรงเรียน /ชุมชน) โดยรวมอยู่ในระดับบางครั้ง (Mean = 2.13, S.D. = 0.75) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยเสริมของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยเอื้อของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน n=406)	ร้อยละ	Mean	S.D.	แปลผล
แรงสนับสนุนจากเพื่อน						
ทุกครั้ง	(3.21 - 4.00)	59	14.53	2.68	0.54	บ่อยครั้ง
บ่อยครั้ง	(2.41 - 3.20)	201	49.51			
บางครั้ง	(1.61 - 2.40)	137	33.74			
นานครั้ง	(0.80 - 1.60)	7	1.73			
น้อยมากหรือแทบไม่ปฏิบัติ	(0.00 - 0.80)	2	0.49			
แรงสนับสนุนจากครู						
ทุกครั้ง	(3.21 - 4.00)	7	1.72	2.17	0.60	บางครั้ง
บ่อยครั้ง	(2.41 - 3.20)	122	30.05			
บางครั้ง	(1.61 - 2.40)	179	44.09			
นานครั้ง	(0.80 - 1.60)	92	22.66			
น้อยมากหรือแทบไม่ปฏิบัติ	(0.00 - 0.80)	6	1.48			
แรงสนับสนุนจากครอบครัว						
ทุกครั้ง	(3.21 - 4.00)	44	10.84	2.69	0.58	บ่อยครั้ง
บ่อยครั้ง	(2.41 - 3.20)	233	57.39			
บางครั้ง	(1.61 - 2.40)	109	26.85			
นานครั้ง	(0.80 - 1.60)	18	4.43			
น้อยมากหรือแทบไม่ปฏิบัติ	(0.00 - 0.80)	2	0.49			
นโยบายสุขภาพสุขภาพทางสังคม(จากโรงเรียน /ชุมชน)						
ทุกครั้ง	(3.21 - 4.00)	21	5.17	2.13	0.75	บางครั้ง
บ่อยครั้ง	(2.41 - 3.20)	95	23.40			
บางครั้ง	(1.61 - 2.40)	176	43.35			
นานครั้ง	(0.80 - 1.60)	109	26.85			
น้อยมากหรือแทบไม่ปฏิบัติ	(0.00 - 0.80)	5	1.23			



ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 2.84, S.D. = 0.63) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=406)

ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.	แปลผล
ดีมากที่สุด (3.21 - 4.00)	88	21.67			
ดีมาก (2.41 - 3.20)	237	58.37			
ปานกลาง (1.61 - 2.40)	77	18.97	2.84	0.63	มาก
เล็กน้อย (0.80 - 1.60)	4	0.99			
น้อยมาก (0.00 - 0.80)	0	0.00			

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบว่า มี 7 ตัวแปรครอบคลุมทั้งปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ดังรายละเอียด ดังนี้ ปัจจัยทางชีวสังคมคือ เพศ ปัจจัยนำ คือ การรับรู้การจัดการตนเอง และความรู้ ความเข้าใจสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ คือ พาหนะที่ใช้ในการเดินทางและการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริมคือ แรงสนับสนุนจากครอบครัว และนโยบายสุขภาพทางสังคม (จากโรงเรียน /ชุมชน) ร่วมกันทำนายค่าผลลัพธ์ของร้อยละของการจัดการภาวะสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตัวแปรทั้งสองสามารถอธิบายการผันแปรดัชนีภาวะสุขภาพได้ 65.7 % ($R^2 = 43.20$) โดยมีสูตรการทำนายเป็น

$Y = 0.170 + 0.273$ ของแรงสนับสนุนจากครอบครัว + 0.432 ของการรับรู้การจัดการตนเอง - 0.279 ของเพศชาย + 0.212 ของพาหนะ (รถยนต์หรือรถโดยสารประจำทาง) ที่ใช้ในการเดินทาง + 0.170 ของนโยบายสุขภาพสุขภาพทางสังคม (จากโรงเรียน /ชุมชน) + 0.553 ของความรู้ ความเข้าใจสุขภาพ + 0.084 ของการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ ดังตารางที่ 6



ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของการจัดการตนเองกับภาวะสุขภาพ (n=406)

ตัวแปร	B	SEB	β	t	p-value
ค่าคงที่	0.170	0.201		0.846	0.398
ปัจจัยทางชีวสังคม					
เพศ (ชาย)	-0.279	0.052	-0.214	-5.361	0.000
ปัจจัยนำ					
การรับรู้การจัดการตนเอง	0.432	0.073	0.296	5.936	0.000
ความรู้ ความเข้าใจสุขภาพ	0.553	0.200	0.112	2.768	0.006
ปัจจัยเอื้อ					
พาหนะที่ใช้ในการเดินทาง (รถยนต์หรือรถโดยสารประจำทาง)	0.212	0.050	0.166	4.214	0.000
การเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ	0.084	0.041	0.097	2.040	0.042
ปัจจัยเสริม					
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	0.273	0.042	0.279	6.464	0.000
นโยบายสุขภาพทางสังคม (จากโรงเรียน /ชุมชน)	0.170	0.201	0.279	0.846	0.398

R = 65.7, $R^2 = 43.2$, F = 40.566, p < .000

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบมีตัวแปรครอบคลุมทั้งปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม สามารถร่วมทำนายการผันแปรดัชนีภาวะสุขภาพได้ 65.7 % ($R^2 = 43.2$) ซึ่งอธิบายได้ว่า แบบจำลองตามทฤษฎี PRECEDE Model ซึ่งพัฒนาโดย Green and Kreuter (2005) สามารถนำมาใช้ทดสอบภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นได้ ซึ่งทั้งในปัจจัยนำ ปัจจัย เอื้อ และปัจจัยเสริม พบว่า มี 7 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

ปัจจัยทางชีวสังคม พบว่า เพศที่สามารถทำนายค่าผลลัพธ์ของร้อยละของภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้นคือกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นเพศหญิงส่งผลให้ร้อยละของภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้นดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ จุมพล รามล (Ramol J., 2017) ที่ศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์



รวมของนักศึกษาชั้นปีที่หนึ่ง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต พบว่า เพศหญิงกับเพศชาย มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อธิบายได้ว่าธรรมชาติวัยรุ่นเพศหญิง เป็นเพศที่มีความใคร่รู้และสนใจเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นเพศชาย จากพัฒนาการวัยรุ่นหญิงมีพัฒนาการร่างกายรวมทั้งมีพัฒนาการทางเพศที่รวดเร็วกว่าวัยรุ่นชาย จึงมีความคิด ความเป็นผู้ใหญ่และรู้จักดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าวัยรุ่นเพศชาย (Chuawanitchakorn S.,2020) กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยที่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพประกอบกับวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่อยู่ในระยะวิกฤติที่จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ยังเป็นวัยที่มีความต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน (Thanomsat K and Sansern R.,2011) จึงทำให้วัยรุ่นหญิงสามารถจัดการตนเองให้มีภาวะสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นเพศชาย

ปัจจัยนำ พบว่า การรับรู้การจัดการตนเองที่เพิ่มขึ้น สามารถทำนายค่าผลลัพธ์ของภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นโดยส่งผลให้ร้อยละของภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุริยา พองเกิด และคณะ (Fongkerd S et al. ,2017) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทยพบว่า ปัจจัยด้าน การรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ (PBOA) ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ (PBTA) และ ปัจจัยด้านการศึกษา (EDU) ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทยได้ 10.30% ($R^2 = .103$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าวัยรุ่นตอนปลายเป็นช่วงวัยที่อยู่ในภาวะที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างมากที่ต้องก้าวข้ามจากวัยรุ่นเข้าสู่ช่วงวัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยที่เป็นชีวิตของวัยเรียนที่ก่อให้เกิดความรับผิดชอบมากขึ้น รับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองว่าเป็นอย่างไร พึ่งมีการจัดการของตนเองหรือมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองอย่างไรตามความเชื่อและเจตคติ ซึ่งขึ้นอยู่กับที่ได้รับสิ่งเร้าที่เหมาะสมที่ทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง และจากแนวคิดของ Green and Kreuter (2005) ที่ว่าการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพหรือรับรู้การจัดการสุขภาพของตนเอง เป็นความพอใจของบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลที่จะเลือก เกิดแรงจูงใจภายในตัว เกิดการเปลี่ยนแปลง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองสามารถพัฒนาตน อันนำไปสู่การคงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดี

นอกจากนี้ผลการศึกษพบว่าความรู้ ความเข้าใจสุขภาพที่เพิ่มขึ้น สามารถทำนายค่าผลลัพธ์ของภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นโดยส่งผลให้ร้อยละของภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวพันธุ์ คะโยธา และ วุฒิพงศ์ ภักดีกุล (Kayotha S and Phakdikul W.,2018) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดและปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันยาเสพติดของเยาวชน ในโรงเรียนมัธยมศึกษา เขตเทศบาลนครสกลนคร พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องสารเสพติดและกฎหมาย การอ่านหนังสือ การออกกำลังกาย ทัศนคติการช่วย



ทำงานบ้าน อายุ และการ สนับสนุนของผู้ปกครอง เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการป้องกันการใช้สารเสพติดได้ ร้อยละ 27.5 ($R^2 = 0.275, p < .05$) อธิบายได้ว่าความรู้ ความเข้าใจสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกซึ่งภาวะสุขภาพ การเพิ่มขึ้นของความรู้ย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากแบบจำลอง PRECEDE MODEL ความรู้ ประสบการณ์ในการเรียนรู้ เป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคลและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลซึ่งอาจมีส่วนช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ (Green and Kreuter, 2005) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยที่มีความมั่นใจในตนเอง ถ้าคิดว่าตนมีภาวะสุขภาพที่ดีอยู่แล้วยิ่งทำให้มีการจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในทางที่ดี มีการยับยั้งในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพ

ปัจจัยเอื้อ พบว่า พาหนะในการเดินทางที่เลือกใช้เป็นรถยนต์หรือรถโดยสารประจำทางแทนการใช้รถจักรยานยนต์เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ร้อยละของภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นคราญ ตาตะคำ (Tatakham N., 2015) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ ของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดน่านที่พบว่านักเรียนเกินกว่าครึ่งมีพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์อยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 51.3) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เจตคติต่อการขับขี่เร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด ($p = 0.002$) เจตคติต่อการการขับขี่ฝ่าฝืนกฎจราจร ($p\text{-value} = 0.01$) และเจตคติต่อการดัดแปลงสภาพรถจักรยานยนต์ ($p = 0.02$) อธิบายได้ว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและความนึกคิด มีความอยากรู้อยากเห็น อยากรลอง ชอบความตื่นเต้น สนุกสนาน ต้องการเด่นดัง ขาดการประเมินอันตราย ขาดการยั้งคิด มีความคึกคะนอง กมลาญ ฌโนมสัถย์ และรัชณี สรรเสริญ (Thanomsat K and Sansern R., 2011) กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน จึงถูกชักจูงได้ง่าย และพฤติกรรมเสี่ยง (Risk taking behaviors) ของวัยรุ่นเป็นพฤติกรรมซึ่งจะก่อให้เกิดอันตราย หรือผลเสียต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม สิ่งแวดล้อม โดยผู้ที่กระทำอาจทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นหรือไม่ก็ได้พฤติกรรมเสี่ยงอาจจัดกลุ่มได้เป็นประเภทต่างๆ (Poonkham Y., 2010) ประกอบกับวัยรุ่นที่ศึกษาส่วนใหญ่พักอาศัยโดยลำพังที่หอพักโดยไม่มีผู้ปกครองจึงมักขับขี่มอเตอร์ไซด์ด้วยความเร็วสูง ขาดจิตสำนึกในเรื่องความปลอดภัย อีกกระทั่งการตัดสินใจในเหตุการณ์เฉพาะหน้าไม่ดีจึงทำให้วัยรุ่นประสบอุบัติเหตุหรือกระทบกับภาวะสุขภาพได้

การเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ร้อยละของภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุริรัตน์ รุ่งเรือง และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ (Rongruang S and Suknantapong S., 2011) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่พบว่าปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ได้แก่การมีและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ และปัจจัยอื่นที่ร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 35.95 อธิบายได้ว่าแหล่งบริการที่มีหลากหลายช่องทางเพียงพอ ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัยสนองความต้องการทางสุขภาพทำให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงได้สะดวกยอมทำให้วัยรุ่นมีความสะดวกสบายในการเข้าใช้บริการอันนำไปสู่การดูแลภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นให้ดียิ่งขึ้น กิตติพร เนาว์สุวรรณ ประไพพิศ สิงหเสม เยวาลักษณ์ ยิ้มเยื่อน และคณะ (Nawsuwan K , Singhasem P , Yimyearn Y et al.,2016) กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นเครือข่ายทางสังคมหรือการผสมผสานผสาน ทางสังคมที่ทำให้บุคคลเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับหน่วยของสังคม ซึ่งได้แก่ บุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และสถานบริการสุขภาพต่างส่งผลให้บุคคล มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจัยเสริมคือ แรงสนับสนุนจากครอบครัวที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ร้อยละของภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของเคอิลล์ ปาวิล (Pavila Ki.,2007) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ครูและเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.56, p<.01$) อธิบายได้ว่า วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่อยู่ในระยะวิกฤติที่จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา และเป็นวัยที่อยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง นอกจากนี้ ยังเป็นวัยที่มีความต้องการการยอมรับจากกลุ่มจึง ถูกชักจูงได้ง่าย (Kamolphu Thanomsat and Ratchanee Sansern,2011) ประกอบกับความรักความเข้าใจในครอบครัว การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างหรือบุคคลที่วัยรุ่นเคารพมีส่วนในการในการได้รับข้อมูล หรือสิ่งที่สนองความต้องการ อิทธิพล ระหว่างบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวย่อมมีอิทธิพลโดยตรงและแรงผลักดันจากครอบครัวมีผลทางอ้อมต่อแรงผลักดันให้วัยรุ่นมีความสนใจ ใส่ใจสุขภาพมากขึ้น

นโยบายสุขภาพสุขภาพทางสังคม (จากโรงเรียน /ชุมชน)ที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ร้อยละของภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และกานดา จันท์แย้ม (Sarawiroth A and Chanyam K.,2014) พบว่า ตัวแปรด้านปัจจัยนำปัจจัย เอื้อ และปัจจัยเสริม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ เป็น 1 ใน 5 ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 23.30 อธิบายได้ว่าวัยรุ่นมองว่าโรงเรียนหรือชุมชนที่มีนโยบายด้านสุขภาพที่ชัดเจนเห็นเป็นรูปธรรม วัยรุ่นได้มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายและร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพตนเองได้ตามความสนใจ และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม โดยผ่านทั้งการเรียนและกิจกรรมโครงการทำให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าร่วมกิจกรรมตามความสมัครใจ ก็จะส่งผลให้



ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันหรือหน่วยงาน

บุคลากรด้านสุขภาพและสถานศึกษา สามารถนำปัจจัยที่พบว่า สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นไป เป็นแนวทางในการพัฒนา กิจกรรม หรือโปรแกรมเพื่อให้วัยรุ่นมีสุขภาพที่ดีโดยเน้นการเสริมสร้างจัดการตนเองที่เหมาะสมเน้นปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการรับรู้การจัดการตนเอง สนับสนุนปัจจัยเอื้อด้านพาหนะการเดินทาง และสนับสนุนปัจจัยเสริมเชิงนโยบายสุขภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

หัวหน้างาน

ผลักดันเชิงนโยบายทั้งทางโรงเรียนและชุมชน ในการให้กลุ่มวัยรุ่นได้เข้าไปมีส่วนร่วมกำหนดมาตรการด้านสุขภาพที่สนองความต้องการของกลุ่มได้มากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับการดูแลและพัฒนาวัยรุ่นให้มีสุขภาพที่ดีและมีการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะการเสริมสร้างสุขภาพในวัยรุ่นไทย โดยการเพิ่มศักยภาพในการจัดการตนเองให้มีสุขภาพที่ดี สร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต และพัฒนาศักยภาพในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับตน เพื่อลดปัญหาหรือความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพตลอดจนเกิดความเจ็บป่วย

เอกสารอ้างอิง

Alcohol Consumption Control department of Disease.(2016).*Revealing the results of a survey found that Thai youth drink Alcohol increased by 4.96% per year*. Retrieved 28 Jan 2020 from <https://www.hfocus.org>. (in Thai)

Amawat B. (2020). *Lampang Model Preventing Unwanted Pregnancy*. Retrieved 15 Jan 2020 from <https://www.komchadluek.net/news/edu-health/372274>. (in Thai)



Chuawanitchakorn S.(2020). *Chapter 4: Adolescent Development*. Retrieved 25 Dec 2020 from

http://www.elnurse.ssru.ac.th/surang_ch/pluginfile.php/201/block_html/content/%E0.%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%A3%E0%B8%B8%E0%B9%88%E0%B8%99%20%28Aldollescence%29.pdf (in Thai)

Department of Mental Health.(1996).*World Health Organization Quality of Life Indicators,Thai version (WHOQOL-BREF-THAI)*.Retrieved 2 June 2020.from

<http://www.dmh.go.th/test/whoqol>.(in Thai)

Division of Epidemiology.(2019). *Safe sex on Loy Krathong day*. Retrieved 14 Jan 2020 from

<http://35.190.29.12/uploads/files/1020920191111092746.pdf> (in Thai)

Division of Non Communicable Disease,Department of Disease Control.(2019). *Report of the study of the situation review project Preventing chronic non-communicable diseases in Thailand and the results of 2017-2619*.Retrieved 2 June 2021.from

<http://thaincd.com/document/file/download/knowledge.pdf> (in Thai)

Fongkerd S et al. (2017). Factors Influencing Health Promotion Behaviors of Thai Adolescents. *Nursing Journal of Ministry of Public Health*, 27, 196-209.(in Thai)

Green LW, Kreuter MW. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. 4th ed. New York: Emily Barrosse.

Health Systems Research Institute.(2016.). *Report of the Thai people's health survey by physical examination No. 5, 2014*. Nonthaburi: Aksorn Grphic And Design Publishing Limited Partinership. (in Thai)

Kanjanapibulwong A , Khamwangsanga P and Kaewta S. (2019).*Report on the situation of NCDs, diabetes, high blood pressure and Related Risk Factors 2019*. 1th ed. Bangkok:Graphic and Design Publishing. (in Thai)

Kayotha S and Phakdikul W.(2018). Risk Factors for Drug Use and Factors affecting Drug Use Protection of Junior High Schools Students in Sakon Nakhon Municipality. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 21(3), 84-95.(in Thai)



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

Lampang Provincial Public Health Office. (2019). *Population data in the middle of 2019*.

Retrieved 15 Mar 2020 from <http://www.lpho.go.th/main/> (in Thai)

Nawsuwan K , Singhasem P , Yimyearn Y et al. (2016). Relationship and the Predictive Power of Social Support on the Practice of Hypertensive Patients . Boromarajonani College of Nursing, *Uttaradit Journal*,8(1), 1-13 (in Thai)

Pavila Ki. (2007). *Factors Affecting Food Consumption Behavior Over Nutritional Status Grades 4-6 Students of Kasetsart University Laboratory School Center for Educational*. (Master of Science Health Education). Bangkok: Kasetsart University. (in Thai)

Pookitsana S, Mokkhawa K and Fongkerd S. (2016). Influencing Factors of Health Promoting Behavior of Adolescents in the Area of Responsibility of Mueang Chon Buri Hospital. *Research Methodology & Cognitive Science*, 14(2), 114-124. (in Thai)

Poonkham Y. (2010). *Health promotion, prevention of risk behaviors and youth health problems*. Nonthaburi : Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (in Thai)

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. (2019). *Number and percentage of All drug patients of Tanyarak Institute*. Retrieved 1 Jan 2020 from www.pmnidat.go.th (in Thai)

Rakpanusit T , Jeenuang N, and Khoyneung N. (2018). Factors Related to Health Promoting Behavior among Undergraduate University Students, Prince of Songkla University, Pattani Campus. *Academic Services Journal, Prince of Songkla University*, 29(3) ,170 - 178. (in Thai)

Ramol J. (2017). *The behavior of holistic self-care students at one campus the behavior of holistic self-care students at one campus Thammasat University*(Master of Education Program Thesis). Bangkok: Department of Anti-Aging and Regenerative College of Integrative Medicine Dhurakij Pundit University. (in Thai)



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

Rongruang S and Suknantapong S. (2011). Health Promoting Behavior among University Students in Prince of Songkla University, Pattani Campus . *Journal of Behavioral Sciences*,17(1), 109-123.(in Thai)

Sarawiro A and Chanyam K. (2014). Factors Influencing Health Promotion Behavior of Undergraduate Students at Prince of Songkla University, Hat Yai Campus. *Kasetart Journal: Social Sciences*, 35(2), 223-234.(in Thai)

Tanaree A and Vichitkunakorn P. (2019). Alcohol Drinking and Provincial Alcohol Problem Index (PAPI) in Thailand: The 2017 Survey.*Journal of Health Systems Research* ,13(4),353 - 367. (in Thai)

Tatakham N.(2015).*Factors Related to Motorcycle Using Behaviors of High School Students, Phu Phiang District, Nan Province*.(Master of Public Health). Chiang Mai :Chiang Mai University. (in Thai)

Thai Health Promotion Foundation.(2019). *Survey on behavior of Thai adolescents*. Retrieved 15 Jan 2020 from <https://www.thaihealth.or.th/Content/47099-A2.html> (in Thai)

Thanomsat K and Sansern R. (2011). Factors Related to Early Smoking Stage Among Male Students at Lower Secondary Schools Under The Jurisdiction of Trat Education Service Area Office. *Journal of Nursing and Education*, 4(3), 38-47 (in Thai)



Factors Associated with Perceived Cognitive Functions in Colorectal Cancer Patients Receiving Chemotherapy

Kruawan Santhuankaew*, Bualuang Sumdaengrit **, Apinya Siripitayakunkit ***

(Received: June 8, 2021, Revised: October 16, 2021, Accepted: November 4, 2021)

Abstract

This study aimed to examine the correlation between doses of chemotherapy, anxiety levels, depression levels and perceived cognitive functions. The research participants were 65 patients with colorectal cancer who received chemotherapy in Lampang province selected by accidental sampling of the specified qualifications. The instruments consisted of demographic data form, Hospital Anxiety and Depression Scale Questionnaire (Thai HADS) and Functional Assessments Cancer Therapy - Cognitive function (FACT-Cog Version 3) Questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics, Pearson's correlation statistics and Spearman's Rank correlation coefficient.

The findings illustrated that the mean scores of perceived cognitive impairments were slightly low ($\bar{X} = 98.85$, $SD = 10.34$). Moreover, the correlation analysis revealed that anxiety, depression and chemotherapy dose were negatively correlated with perceived cognitive functions. ($r = -.47$, $p < .01$, $r = -.49$, $p < .01$ and $r = -.42$, $p < .05$ respectively)

The results provide basic information that enhances nurses and healthcare personnel concern cognitive function assessments and make nursing plans reduce the factors related to cognitive impairment in patients with colorectal cancer receiving chemotherapy effectively.

Keywords: Colorectal cancer; Chemotherapy; Cognitive function

* Master student, Adult Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Corresponding author: Kruawan02@hotmail.com

**Corresponding author, Major advisor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Co advisor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

เครือวัลย์ สารเถื่อนแก้ว*, บัณฑิต ล่ำแดงฤทธิ์ **, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ ***

(วันรับบทความ: 8 มิถุนายน 2564, วันแก้ไขบทความ: 16 ตุลาคม 2564, วันตอบรับบทความ: 4 พฤศจิกายน 2564)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ขนาดยาเคมีบำบัด ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เลือกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนดคือกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่เข้ารับการรักษายาเคมีบำบัดในจังหวัดลำปาง จำนวน 65 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Thai HADS) และแบบสอบถามการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา (FACT-Cog Version 3) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ในระดับเล็กน้อย (Mean= 98.85 , S.D. = 10.34) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และขนาดยาเคมีบำบัด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.47, p < .01$, $r = -.49, p < .01$ และ $r = -.42, p < .05$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยให้พยาบาลและทีมสุขภาพได้ตระหนักเห็นความสำคัญของการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง รวมทั้งการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง; ยาเคมีบำบัด; การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

* นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ผู้ประสานงาน: Kruawan02@hotmail.com

** อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***อาจารย์ที่ปรึกษารอง สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**บทนำ**

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นปัญหาของระบบสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยพบสถิติการป่วยเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย และอันดับ 2 ในเพศหญิง (National Cancer Institute, 2019) การใช้ยาเคมีบำบัดเป็นแนวทางหนึ่งในการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและพบการใช้ในผู้ป่วยรายใหม่มีอัตราสูงขึ้นถึงร้อยละ 35.58 (National Cancer Institute, 2015) ทั้งนี้ผลการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแม้จะเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาในขณะเดียวกันยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจซึ่งสามารถพบการเกิดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Koteprom et al., 2013) และด้านร่างกายที่ต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์และผลข้างเคียงในระบบต่างๆ นอกจากนี้ยังพบมีผลต่อการทำงานของสมองที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดได้เช่นกัน

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ยาเคมีบำบัดเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะพร่องการทำงานด้านรู้คิด (cognitive impairment) ที่เรียกว่า Chemo-brain หรือ Chemo fog ซึ่งเป็นอาการผิดปกติอันเนื่องมาจากระบบการทำงานของสมองด้านการรู้คิดที่ลดลง ทำให้เกิดอาการหลงลืม สับสน ความรู้สึกนึกคิดซ้ำ จำเรื่องราวบางอย่างไม่ได้ชั่วคราว มีปัญหาการใช้ภาษาและการสื่อความหมาย รวมทั้งไม่มีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่ทำ (Mitchell, & Turton, 2011; Myers, 2013) อาการเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดช่วงการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและคงอยู่หลังจากสิ้นสุดการรักษา ทั้งนี้ลักษณะอาการและระยะเวลาการเกิดยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน ไม่เหมือนอาการทางด้านร่างกายอื่นๆอันเป็นผลจากการได้รับยาเคมีบำบัด อาการอาจมีเพียงเล็กน้อยจนสังเกตเห็นได้ยากหรือเกิดซ้ำๆหลายครั้งจนเห็นความผิดปกติ (Falletti, Sanfilippo, Maruff, Weih, & Phillips, 2005) จากแบบแผนการเกิดอาการเป็นเรื่องยากที่อธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจ ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ผลที่ตามมาจากการรู้คิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่องทำให้มีสมาธิจดจ่อกับการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งลดลง ไม่มีสมาธิในการทำงาน หรืออาจมีปัญหาความจำระยะสั้นได้ (Boykoff, Moieni, Karen, & Subramanian, 2009; Myers, 2013) นอกจากนี้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นยังมีผลกระทบต่องานทำให้เกิดความแปรปรวนด้านอารมณ์และด้านความรู้สึกนึกคิดรวมถึงด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพตามมาได้ (Von Ah, Haberman & Carpenter, 2013) เห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีโอกาสเกิดภาวะพร่องการทำงานด้านการรู้คิด ทั้งยังมีผลรบกวนการดำเนินชีวิตและการรักษาโรคมะเร็งรวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้ (Diane et al., 2009; Mehnert et al., 2007)

การศึกษาที่ผ่านมามีหลักฐานชี้ว่ายาเคมีบำบัดสามารถซึมผ่านตัวกั้นกลางระหว่างเลือดและสมอง (blood brain barrier) ทำให้สมองและเซลล์ประสาทเกิดการบาดเจ็บโดยผ่านหลายกลไกที่ซับซ้อนได้ รวมทั้งเกิดความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมนและสารเคมีในสมองส่งผลให้โครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Fardell, Vardy, Johnston, & Winocur, 2011; Han, et al., 2008) โดยพบอุบัติการณ์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 17-75 (Wefel, Lenzi, Theriault, Davis, & Meyers, 2004) และปัจจุบันที่มีแนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาเคมีบำบัดเฉพาะเจาะจงกับตำแหน่งที่เกิดมะเร็งมากขึ้นยังพบการพร่องการทำงานที่ของสมองด้านการรู้คิดถึง ร้อยละ 32 (Dhillon et al.,



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

2018) ทั้งนี้สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงส่วนใหญ่ประกอบด้วยยา 5-fluorouracil (5-FU) ที่พบว่าสามารถซึมผ่านตัวกั้นกลางระหว่างเลือดและสมองมีผลต่อเซลล์ประสาทและเยื่อหุ้มเซลล์ประสาท ทำให้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเปลี่ยนแปลงได้ (Han et al., 2008; Wigmore et al., 2010) การศึกษาของ Vardy และคณะ (2015) พบว่าร้อยละ 43 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรที่มีส่วนประกอบของยา 5-FU มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดลดลง และเมื่อติดตามประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดหลังการรักษา 6 เดือน ยังพบผู้ป่วยร้อยละ 25 คงมีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัดพบความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .007$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดได้

จากการทบทวนวรรณกรรม การบริหารยาเคมีบำบัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดจากการใช้ยาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดที่พิจารณาปริมาณของยาเคมีบำบัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคที่รุนแรงและมีแนวโน้มการพยากรณ์โรคที่แย่งอาจจำเป็นต้องให้ยาเคมีบำบัดในปริมาณที่สูงกว่าปกติ ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจึงสามารถเกิดภาวะพร่องการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับปริมาณยาขนาดมาตรฐาน (Bender & Thelen, 2013; Von, Haberman, Carpenter & Schneider, 2013) นอกจากนี้ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) ได้แก่ ความวิตกกังวล (anxiety) และอาการซึมเศร้า (depression) ทำให้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดลดลงได้ จากการศึกษาพบว่าภาวะดังกล่าวเป็นภาวะเครียดทางจิตใจส่งผลให้ประสิทธิภาพของกระบวนการรู้คิดลดลง และยังส่งผลให้ร่างกายหลังสารเคมีออกมาขัดขวางการทำงานของระบบประสาทที่ควบคุมด้านความคิดและความจำ นำมาซึ่งการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดลดลง การศึกษาของภทริกา ปัญญา และคณะ (2559) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสามารถเกิดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 25 และการศึกษาของ Wigmore และคณะ (2010) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามากขึ้น โดยผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตามการทบทวนงานวิจัยด้านการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าการศึกษามากส่วนใหญ่มักเป็นการศึกษาวิจัยต่างประเทศในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีเล็กน้อย สำหรับประเทศไทยมีข้อมูลซึ่งเริ่มทำการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 และปัจจุบันยังไม่แพร่หลายมากนัก ส่วนใหญ่นักศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเท่านั้น ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีข้อมูลบอกถึงจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีหลักฐานแสดงให้เห็นชัดเจนว่ายาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาเป็นมาตรฐานของโรคมะเร็งดังกล่าวมีผลต่อกระบวนการทำหน้าที่ของสมองด้านการรู้คิดด้วยเช่นกัน และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ขนาดของยาเคมีบำบัด และปัจจัยอื่นๆที่อาจเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ได้แก่ ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำ



หน้าที่ด้านการรู้คิด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินและวางแผนจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดรวมทั้งเพื่อป้องกันและลดปัญหาด้านการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาขนาดยาเคมีบำบัด ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า และการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ขนาดยาเคมีบำบัด ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า กับ การรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบสหสัมพันธ์เชิงพรรณนา (correlational descriptive research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ได้แก่ ขนาดยาเคมีบำบัด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ณ หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลลำปาง และแผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ระยะเวลาศึกษา ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลลำปาง และแผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและมีคุณสมบัติตามที่กำหนดได้แก่ 1) อายุระหว่าง 18 - 60 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้แก่ สูตร 5-FU/LV สูตร FOLFOX หรือ สูตร FOLFIRI อย่างน้อย 1 cycle

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (confidence level) ที่ 95% ($\alpha = .05$) ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ .80 สำหรับค่าขนาดอิทธิพลอ้างอิงจากค่าเฉลี่ยของค่าความสัมพันธ์จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาในรูปแบบเดียวกัน (Hermalink et al., 2007, Vearncomb et al., 2009, Visovatti et al., 2015) เท่ากับ 0.35 ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 65 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา ภาวะสุขภาพ และประวัติการเจ็บป่วย



2. แบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) โดยธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (Nilchaikovit, T., Lortrakul, M., & Phisansuthideth, U., 1996) มีคะแนนข้อละ 0 – 3 คะแนน ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 14 ข้อ โดยข้อคำถามเลขคู่สำหรับประเมินความวิตกกังวล และข้อคำถามเลขคี่สำหรับประเมินอาการซึมเศร้า มีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนตั้งแต่ 0 – 21 คะแนน คะแนน 0 – 7 คะแนนเป็นกลุ่มที่ปกติ ไม่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า คะแนน 8 – 10 คะแนนเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มของอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า และมากกว่า 11 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าในระดับสูงอาจเป็นโรคทางจิตเวช นำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (α -Coefficient) ของ Cronbach ได้ค่าเท่ากับ .84 และ .92 ตามลำดับ เมื่อนำมาใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 คน การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80 และ .96 ตามลำดับ

3. แบบสอบถามการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา (Functional Assessments Cancer Therapy-Cognitive function Version 3: FACT-Cog) สร้างและพัฒนาโดย Facit.org (2008) แปลและดัดแปลงเป็นฉบับภาษาไทย โดย จรินทร์ โคตพรหม (Koteprom, J., Pongthavornkamol, K., Chareonkitkarn, V., & Soparattanapaisarn, N., 2013) เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด จำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วยการประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความพร้อมด้านการรู้คิด ด้านการรับรู้ความสามารถด้านการรู้คิด ด้านการรับรู้ความคิดเห็นของผู้อื่นต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของตนเอง และด้านผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ลักษณะคำตอบเป็นระดับคะแนน (Likert scale) มี 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยมีอาการเลย ถึง มีอาการวันละหลายครั้ง มีคะแนนแต่ละข้อ 0 – 4 คะแนน มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 132 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดอยู่ในระดับปกติ คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดลดลง นำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (α -Coefficient) ของ Cronbach ได้ค่าเท่ากับ .86 เมื่อนำมาใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 คน การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยขออนุญาตการทำวิจัยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน จากโรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (รหัสโครงการ เลขที่ 2560/538)



การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับอนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนของการทำวิจัยในครั้งนี้

2. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในวันและเวลาราชการ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งสอบถามจากเจ้าหน้าที่พยาบาลร่วมกับสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้ามามีส่วนร่วมเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย อธิบายรายละเอียดและขั้นตอนของการบันทึกข้อมูล กรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความประสงค์ให้ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามแทน ผู้วิจัยสามารถอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกตอบคำถามตามที่ต้องการ โดยปราศจากการชี้นำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ แล้วบันทึกคำตอบในแบบสอบถามตามความเป็นจริง

5. หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทวนความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล กล่าวขอบคุณและแจ้งการสิ้นสุดการเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย และรวบรวมข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด เพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการรักษาและประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า และการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด โดยใช้สถิติบรรยาย (descriptive statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า กับ การรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (pearson's product moment correlation) ยกเว้น ขนาดยาเคมีบำบัด พบว่าการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (spearman's rank correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงจำนวน 65 คน มีอายุระหว่าง 32 – 60 ปี อายุเฉลี่ย 52.80 ปี (SD = 5.57) ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 51 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 63.08 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 70.77 เป็นเพศชาย มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ถึงระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.16 กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.31 รองลงมาคือประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 21.54 ความเพียงพอของรายได้จากการประกอบอาชีพส่วนใหญ่มีพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 38.46 สำหรับข้อมูลด้านการเจ็บป่วย การรักษา และภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.08 ใช้สิทธิการ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

รักษาพยาบาลบำบัดประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงตั้งแต่ Stage II (ที่มีความเสี่ยงสูง) ขึ้นไป ร้อยละ 52.31 อยู่ใน Stage ที่ III ของการดำเนินโรค สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับมากที่สุดคือ สูตร 5-FU/LV คิดเป็นร้อยละ 38.46 และเข้ามารับการรักษาเพื่อให้ยาเคมีบำบัด cycle ที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.31 ทั้งนี้มากกว่าร้อยละ 80 อยู่ระหว่างการให้ยา cycle ที่ 2 – 5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับขนาดของยาขนาดสูง และระหว่างให้ยาเคมีบำบัดทุกรายได้รับยานำก่อนให้เคมีบำบัด และภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.92 ไม่มีโรคประจำตัว ระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัดในครั้งนี้ร้อยละ 83.08 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด ประวัติการเกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดก่อนหน้านี้ ได้แก่ เคยมีประวัติเกิดภาวะ neutropenia คิดเป็นร้อยละ 10.77 เคยมีประวัติการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 6.15 เคยมีประวัติเกล็ดเลือดต่ำ คิดเป็นร้อยละ 1.54 เคยมีประวัติโลหิตจาง คิดเป็นร้อยละ 16.92 และประวัติการเกิดอาการข้างเคียงอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 24.62

2. ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4.62 และ 1.54 เริ่มมีความผิดปกติของความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า และมีภาวะพร่องการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดระดับเล็กน้อย ร้อยละ 49.23 สำหรับรายด้าน 1) การรับรู้เกี่ยวกับความพร่องด้านการรู้คิดมีการรับรู้ระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 56.92 2) การรับรู้ความคิดเห็นจากผู้อื่นต่อการรู้คิดของตนเอง พบว่าผู้อื่นมีความคิดเห็นว่าการกลุ่มตัวอย่างมีความพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดระดับเล็กน้อยและปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 27.69 และ 4.62 ตามลำดับ 3) การรับรู้ความสามารถด้านการรู้คิด รับรู้ว่ามีภาวะพร่องระดับเล็กน้อย ร้อยละ 43.08 และ 4) การรับรู้ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ร้อยละ 46.15 และ 15.38 รับรู้ว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของตนเองส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระดับเล็กน้อยและปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของขนาดของยาเคมีบำบัด ระดับความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด (n = 65)

ระดับของตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ขนาดของยาเคมีบำบัด		
ขนาดมาตรฐาน	25	38.46
ขนาดสูง (>1,000 mg/m ²)	40	61.54
ความวิตกกังวล		
ไม่มีความวิตกกังวล	62	95.38
เริ่มมีความวิตกกังวล	3	4.62
อาการซึมเศร้า		
ไม่มีอาการซึมเศร้า	64	98.46
เริ่มมีอาการซึมเศร้า	1	1.54



ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของขนาดของยาเคมีบำบัด ระดับความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และการรับรู้ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด (n = 65) (ต่อ)

ระดับของตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด		
1. โดยรวม		
ปกติ	33	50.77
พร่องระดับเล็กน้อย	32	49.23
2. ด้านการรับรู้เกี่ยวกับความพร่องด้านการรู้คิด		
ปกติ	28	43.08
พร่องระดับเล็กน้อย	37	56.92
3. ด้านการรับรู้ความคิดเห็นจากผู้อื่นต่อการรู้คิดของตนเอง		
ปกติ	44	67.69
พร่องระดับเล็กน้อย	18	27.69
พร่องระดับปานกลาง	3	4.62
4. ด้านการรับรู้ความสามารถด้านการรู้คิด		
ปกติ	37	56.92
พร่องระดับเล็กน้อย	28	43.08
5. ด้านการรับรู้ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต		
ปกติ	25	38.46
กระทบระดับเล็กน้อย	30	46.15
กระทบระดับปานกลาง	10	15.38

ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เมื่อวิเคราะห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความ วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับปกติ เท่ากับ (Mean=4.28 ,S.D.= 1.57) และ(Mean= 3.42 ,SD = 1.95) ตามลำดับ สำหรับค่าเฉลี่ยการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดโดยรวม (Mean= 98.85 ,SD = 10.34) แปลผลได้ว่า การรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความพร่องระดับเล็กน้อย ดังแสดงตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปรผลของ ความวิตกกังวล และ อาการซึมเศร้า และการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด (n = 65)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		Mean (S.D.)	การแปลผล
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
ความวิตกกังวล	0 – 21	1 - 9	4.28 (1.57)	ระดับปกติ
อาการซึมเศร้า	0 - 21	0 - 9	3.42 (1.95)	ระดับปกติ
การรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด				
1. โดยรวม	0 – 132	71 - 118	98.85 (10.34)	ความพร่องเล็กน้อย
2. ด้านการรับรู้เกี่ยวกับความพร่องด้านการรู้คิด	0 – 72	40 - 60	52.23 (4.40)	ความพร่องเล็กน้อย
3. ด้านการรับรู้ความคิดเห็นจากผู้อื่นต่อการรู้คิดของตนเอง	0 – 16	8 - 16	13.26(2.03)	ปกติ
4. ด้านการรับรู้ความสามารถด้านการรู้คิด	0 – 28	14 - 28	21.38(3.07)	ปกติ
5. ด้านการรับรู้ผลกระทบต่อกิจกรรมชีวิต	0 - 16	6 - 16	11.97(2.77)	กระทบเล็กน้อย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.47, p < .01$) และ ($r = -.49, p < .01$) ตามลำดับ และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของขนาดยาเคมีบำบัด ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า ขนาดยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.42, p < 0.5$) ดังตารางแสดงที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ขนาดยาเคมีบำบัด ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด (n = 65)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ขนาดยาเคมีบำบัด	1.00			
2. ความวิตกกังวล	.02	1.00		
3. อาการซึมเศร้า	.10	.39**	1.00	
4. การรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	-.42*	-.47**	-.49**	1.00

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

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



อภิปรายผล

การรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่องในระดับเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดรอบที่ 2 – 3 สอดคล้องกับการศึกษา Ahles และ Saykin (2007) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีอาการแตกต่างกันตามมิติของการรู้คิดซึ่งจะแสดงอาการตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงและเกิดขึ้นได้หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 2 เป็นต้นไป การได้รับยาเคมีบำบัดส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองส่วนกลางโดยผ่านหลายกลไกที่ซับซ้อน การประเมินการรับรู้ด้านการรู้คิดในผู้ที่ได้รับยาเคมีจึงพบความผิดปกติได้ เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Dhillon และคณะ (2018) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยใช้แบบประเมิน FACT-Cog เช่นเดียวกันพบว่าการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งการประเมินการรับรู้ความสามารถด้านการรู้คิดหลังการรับยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กับการทดสอบทางประสาทวิทยาอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติ ($r = 0.28 - 0.34$; $p < .05$) ผลการศึกษาดังกล่าวต่างสนับสนุนว่าการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่องของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความเกี่ยวข้องกับการได้รับยาเคมีบำบัด

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้านของการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความพร่องที่เกิดขึ้นระดับเล็กน้อย รับรู้ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตระดับเล็กน้อย สำหรับการรับรู้ความคิดเห็นจากผู้อื่นต่อการรู้คิดของตนเองและรับรู้ความสามารถด้านการรู้คิด อยู่ในระดับปกติ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้การทำหน้าที่ของสมองด้านการรู้คิดของตนเองไม่เหมือนเดิมและรับรู้ว่ามีสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง ในขณะเดียวกันการรับรู้ความคิดเห็นจากบุคคลอื่นต่อการรับรู้ของตนเองและการรับรู้ความสามารถด้านการรู้คิดคงอยู่ในระดับปกติ อาจเกิดจากอาการที่เกิดไม่ชัดเจนจนเป็นความผิดปกติและไม่ทำให้ผู้อื่นสังเกตเห็นความผิดปกตินั้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mitchell และ Turton (2011) เรียกปรากฏการณ์ความผิดปกตินี้ว่า “Chemo-brain” เป็นอาการของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ลดลงในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เกิดขึ้นได้ทั้งในระหว่างและหลังการได้รับยาเคมีบำบัด มีอาการและแบบแผนการเกิดไม่ชัดเจนแต่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ ที่สำคัญอาการที่แสดงออกส่วนใหญ่ไม่เหมือนอาการข้างเคียงทางร่างกายอื่นๆ จึงยากที่จะบอกความผิดปกตินี้แก่ผู้อื่นทราบได้ (Falletti, Sanfilippo, Maruff, Weih, & Phillips, 2005) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของตนเองลดลงในขณะที่บุคคลรอบข้างอาจสังเกตไม่เห็นความผิดปกติที่เกิดขึ้น

การรับรู้ความสามารถการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ถึงแม้ในการศึกษานี้มีค่าเฉลี่ยในระดับปกติ แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.08 รับรู้ถึงความสามารถของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ลดลงในระดับเล็กน้อย จากการสอบถามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความจำก่อนและหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดบอกว่า หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดมีความรู้สึกถึงความจำที่ลดลง ไม่เหมือนก่อนการได้รับยา โดยอาการที่บอกเล่าคือ การลืมตำแหน่งที่วางของ ลืมว่าตนเองต้องการทำอะไรทั้งที่ได้วางแผนไว้แล้วหรือการทำงานที่ต้องสลับไปมา 2 อย่าง และใช้เวลาในการเรียกชื่อสิ่งของหรือบุคคลมากกว่าปกติ ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

การเกิดภาวะพร่องการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดหลังจากการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดของ Boykoff และคณะ (2009) พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการสูญเสียความจำระยะสั้น มีการหลงลืมง่าย และการนึกคิดซ้ำ โดยเฉพาะการลืมสิ่งที่เคยปฏิบัติเป็นประจำ เช่น ลืมที่วางสิ่งของ ลืมกุญแจ รวมถึงความสามารถในการเรียกชื่อสิ่งของหรือบุคคลลดลง บางครั้งไม่สามารถนึกถึงคำที่แสดงความรู้สึกของตนเองออกมาได้ รวมทั้งการประสิทธิภาพการวางแผนและการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆลดลง

นอกจากนี้ความพร่องด้านการรู้คิดที่ลดลงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในระดับเล็กน้อย อธิบายได้จากแบบแผนการเกิดอาการไม่แน่ชัดเป็นเรื่องยากที่อธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยมีเรื่องรบกวนจิตใจตลอดเวลา เกิดความรู้สึกหงุดหงิดง่าย และรู้สึกแย่อ่อนแอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Diane และคณะ (2009) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ผลการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ผิดปกติจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ผลการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดควรได้รับการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดร่วมด้วย เพื่อเป็นการคัดกรอง ค้นหาความผิดปกติของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดตั้งแต่แรกเริ่มและวางแผนจัดการดูแลแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

ขนาดยาเคมีบำบัด การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 ของการดำเนินโรค ตามแนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2556) พิจารณาให้ยาเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการดำเนินโรคตั้งแต่ระยะ 3 ขึ้นไป โดยใช้สูตรยา (Regimen) ที่ประกอบด้วย 5-FU ขนาดสูงถึง $2,400 \text{ mg/m}^2/\text{day}$ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีระยะโรคที่รุนแรงหรือจำนวนรอบของการได้รับยาเคมีเพิ่มขึ้นมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆของร่างกายได้ (ศูนย์มะเร็ง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2557) อย่างไรก็ตามการทบทวนวรรณกรรมของ Furguson และคณะ (2018) พบว่าขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับเพียงอย่างเดียวไม่อาจอ้างถึงความพร่องการทำหน้าที่ด้านรู้คิดที่รุนแรงขึ้นได้ ยังมีความพร้อมด้านจิตใจเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของการพร่องการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดได้ด้วยเช่นกัน

ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่พบระดับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่เป็นความผิดปกติทางจิตเวช พบว่า เริ่มมีความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น โดยระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะเป็นช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ความไม่สุขสบายต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Saniah & Zainal, 2010; Polat et al., 2014) การรักษาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ที่มากขึ้น รวมถึงช่วงระยะเวลาการรักษามีผลให้ระดับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นที่เกิดจากการรับรู้การเจ็บป่วยและเกิดผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งและผลกระทบจากการรักษาจึงส่งผลให้เกิดภาวะวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้การศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอื่นที่ได้รับยาเคมีบำบัดทั้งผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Saniah & Zainal, 2010; Koteprorn et al., Kim & Kim, 2011; 2013; Moon) ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา (Ponjorn, 2014) เมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างมีความเป็นไปได้ที่ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าปกติ ข้อมูล พบว่า ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงการรักษา



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ด้วยยาเคมีบำบัดรอบที่ 2 – 3 ซึ่งเป็นช่วงต้นของการรับยาเคมีบำบัด ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดอาจพบความไม่รุนแรง ร่วมกับการให้ยาในครั้งนี้นี้อาจไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงมีผลกระทบทางอารมณ์ของผู้ป่วยไม่มากนัก อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าสามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แต่การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในระดับปกติอาจเกิดจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ส่งผลให้ไม่พบความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษาพบว่า ขนาดยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในปริมาณที่สูง (high dose) สามารถเกิดภาวะพร่องการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับปริมาณยาที่ต่ำกว่า (Vardy & Tannock, 2007; Fardell et al., 2011) การศึกษาของ Bender และ Thelen (2013) แสดงให้เห็นว่ายิ่งผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคจะได้รับขนาดยาที่ใช้ในการรักษาสูงเนื่องจากเพิ่มประสิทธิภาพการทำลายเซลล์มะเร็งจึงทำให้ผู้ป่วยพบความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยมีความรุนแรงขึ้นแม้ว่าการรักษานั้นได้สิ้นสุดไปแล้ว จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าข้อมูลด้านประวัติการรักษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา FOLFOX และสูตร FOLFIRI ซึ่งยาสูตรดังกล่าวมียา 5-FU ปริมาณที่สูงถึง 2,400 mg/m²/day ทำให้ปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อวันสูงกว่าสูตรอื่น 4 – 6 เท่า จากการทบทวนเกณฑ์กำหนดปริมาณของยา 5-FU พบว่าการใช้มากกว่า 1,000 mg m²/day ถือว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นเป็นยาขนาดสูง (high dose) และควรมีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะข้างเคียงในระบบต่างๆของร่างกายมากขึ้นกว่าเดิม (Chengtawee, 2013; Hubjaroen, 2014) จากหลักฐานดังกล่าวทำให้ยาซึมผ่าน blood brain barrier เข้าไปทำลายเนื้อสมองได้มากกว่าปริมาณยาที่เป็นขนาดมาตรฐานทั่วไป ความสามารถการทำหน้าที่ของสมองอาจลดลงได้

ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าในระดับที่สูงผิดปกติจะมีการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ จรินทร์ โคตพรม (2556) พบว่า ความวิตกกังวลและซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงต่อการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ($r = -0.63$ และ $r = -0.66$, $p < .01$) จากข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างอธิบายได้ว่าความวิตกกังวลซึ่งเป็นหนึ่งในอารมณ์พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า แต่เมื่อเกิดต่อเนื่องติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะเพิ่มความรุนแรงของโรคและอาจเกิดอาการซึมเศร้าตามมาได้ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเมื่อได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดจัดเป็นสิ่งเร้าทำให้เกิดภาวะเครียดของร่างกาย มีผลให้การหลั่งสารเคมีในร่างกาย ทำให้กระบวนการสร้างสารอนุมูลอิสระในเซลล์ต่างๆมีจำนวนมากขึ้น (Bender & Thelen, 2013; Merriman et al., 2013) รวมทั้งการทำหน้าที่ของสมองส่วนต่างๆผิดปกติ หากความผิดปกติเกิดขึ้นในสมองส่วนที่ทำหน้าที่ด้านการรู้คิดสามารถทำให้เกิดอาการ หลงลืม ขาดสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่ทำ การตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพได้ง่าย (Arunpongpaisal, et al., 2016; Ferguson, Riggs, Ahles & Saykin, 2018) นอกจากนี้ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นระหว่างเข้ารับการรักษา การได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรคมะเร็ง



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ด้วยยาเคมีบำบัดเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามความปกติของการดำเนินชีวิต จำเป็นที่ร่างกายต้องมียาตอบสนองเพื่อให้เกิดความสมดุล ทำให้เกิดอาการทางอารมณ์ที่หลากหลาย การรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ย่อมส่งผลให้กระบวนการทำงานของสมองขาดประสิทธิภาพ ความสามารถในการเรียนรู้และความจำลดลงได้ (Arunpongpaissal, et al., 2016; Vardy et al., 2008) โดยสรุปในสภาวะที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าระหว่างรับการรักษา ย่อมส่งผลให้มีการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่ลดลง มีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของสมองและสารเคมีในร่างกาย ทำให้กระบวนการทำงานด้านจิตปัญญาขาดประสิทธิภาพ นำมาซึ่งความสามารถด้านการรู้คิดที่ลดลงตามมาได้ ดังนั้นเมื่อประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด FACT-Cog ซึ่งเป็นแบบประเมินการรับรู้ของตนเองจะพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นและรับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นมีผลให้การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตที่แย่ลง ผลการศึกษานี้จึงสรุปได้ว่าความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบต่อการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการวิจัยจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยในครั้งนี้

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ณ หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลลำปาง และแผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ทำให้ไม่สามารถอ้างอิงผลการศึกษาไปยังกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือภูมิภาคอื่นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรเพิ่มความตระหนักในการประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด โดยเฉพาะอาการที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เช่น อาการหลงลืม เหม่อลอย ขาดสมาธิ เป็นต้น และควรประเมินระดับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยร่วมด้วยเสมอ รวมถึงติดตามเป็นระยะเนื่องจากการเกิดความผิดปกติดังกล่าว สามารถเกิดได้ตลอดช่วงระยะเวลาของการรักษา นอกจากนี้ควรจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการจัดการอาการต่างๆ โดยเฉพาะอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ภาวะเหนื่อยล้า ซีด ผอมลง เป็นต้น เพื่อช่วยลดความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านการรู้คิดได้

ด้านการศึกษา ผลการศึกษาที่ได้เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นองค์ความรู้ที่สำคัญและเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการอบรมพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเป็นข้อมูลแก่บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องให้ตระหนักเห็นความสำคัญของการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดผลกระทบที่ส่งต่อการดำเนินชีวิตและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งให้มากขึ้น

**ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ไม่ครอบคลุมช่วงการติดตามอาการหลังการรักษา เนื่องจากมีข้อจำกัดของระยะเวลาการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย ควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อให้ทราบลักษณะการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความเข้าใจของแบบแผนการเกิดความพร่องที่ชัดเจน ซึ่งจะเป็นองค์ความรู้และเป็นประโยชน์ในการออกแบบโปรแกรมต่างๆ ที่ช่วยประเมินและการจัดการความพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่เกิดขึ้นต่อไป รวมทั้งการออกแบบงานวิจัยโดยเปรียบเทียบการประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดตามการรับรู้ของผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินด้านจิตประสาทวิทยาทางคลินิก จะทำให้ทราบถึงสาเหตุของความผิดปกติการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากพยาธิสภาพของสมองร่วมด้วยหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้จะไม่สำเร็จถ้าขาดความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง นักศึกษาพยาบาล ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน และการสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- Ahles, T. A., & Saykin, A. (2007). *Candidate mechanism for chemotherapy-induced cognitive change*. *Nature reviews cancer*, 7(3), 192-201.
- Arunpongpaisal, S., Chaiudomsom, K., & Virasiri, S. (2016). Depression Disorder. In Chaiudomsom, K., Paholpak, P., Vadhanavikit, P., & และ Paholpak, P. (Eds.). *Phychiatry*. (pp. 280-299). Khon Kaen: klungnana vitthaya press. (in Thai).
- Bender, C. M., & Thelen, B. D. (2013). Cancer and cognitive changes: The complexity of the problem. *Seminars in oncology nursing*, 29(4), 232-237.
- Boykoff, N., Moieni, M., Karen, S., & Subramanian, S. K. (2009). Confronting chemobrain: an in-depth look at survivors' reports of impact on work, social network, and health care response. *Journal of cancer survivorship*, (3), 223-232.
- Chengtawee, P. (2013). *Colon & chemotherapy*. Retrieved from https://med.mahidol.ac.th/cancer_center/th/article/coloncancer (in Thai).
- Dhillon, H. M., Tannock, I. F., Gregory R. P., Corrinne R., Sean, B. R., & Vardy, J. L. (2018). Perceived cognitive impairment in people with colorectal cancer who do and do not receive chemotherapy. *Journal of cancer survivorship*, 12, 178 – 185.



- Diane, V., Kathleen, M., Russel, Storniolo, A. M., Janet, S., & Carpenter, M. (2009). *Cognitive dysfunction and its relationship to quality of life in breast cancer patient*. *Oncology nursing forum*, 36(6), 326-334.
- Falletti, M. G., Sanfilippo, A., Maruff, P., Weih, L., & Phillips, K. A. (2005). *The nature and severity of cognitive impairment associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer: a meta-analysis of the current literature*. *Brain Cognition*, 59, 1905-1913.
- Fardell, J. E., Vardy, J., Johnston, I. N., & Winocur, G. (2011). Chemotherapy and cognitive impairment: Treatment Options. *Clinical pharmacology and therapeutics*, 90(3), 336-376.
- Ferguson, R. J., Riggs, R., Ahles, T., & Saykin, A. J. (2018). *Management of Chemotherapy-Related Cognitive Dysfunction*. In Feuerstein, M. & Nekhlyudov, L. (Eds.), *Handbook of Cancer Survivorship*. (2nd ed, pp.287-300). AG: Springer International Publishing. eBook ISBN 978-3-319-77432-9
- Han, R., Yang, Y. M., Dietrich, J., Luebke, A., Mayer-Proschel, M., & Noble, M. (2008). Systemic 5-fluorouracil treatment causes a syndrome of delayed myelin destruction in the central nervous system. *Journal of biology*, 7(12), 12.1-12.22.
- Hess, L. M., & Insel, K. C. (2007). *Chemotherapy-related change in cognitive function: a conceptual model*. *Oncology nursing forum*, 34(5), 981-994.
- Hermelink, K., Untch, M., Lux, M. P., Kreienberg, R., Beck, T., Bauerfeind, I., et al. (2007). *Cognitive function during neoadjuvant chemotherapy for breast cancer*. *Cancer*, 109(9), 1905-1913. DOI: 10.1002/cncr.22610
- Hubjaroen, S. (2014). *Nursing care of colorectal cancer patients treated with Chemotherapy*. In Boonpipattanapong, T., & Wannawong, S. (Eds.). *State-of-the-art: standard of care for colorectal cancer*. (pp.141-156). Songkhla: Book unit, Faculty of Medicine, PSU. (in Thai).
- Koteprom, J., Pongthavornkamol, K., Chareonkitkarn, V., & Soparattanapaisarn, N. (2013). Factors Influencing Perceived Cognitive Functioning in Breast Cancer Patients Receiving Adjuvant Chemotherapy. *Nursing science journal of thailand*, 31(2), 17-26. (in Thai).
- Merriman, J. D., Ah, D. V., Miaskowski, C., & Aouizerat, E. (2013). Proposed mechanisms for cancer and treatment related cognitive change. *Seminars in oncology nursing*, 29(4), 260-267.



- Mehnert, A., Scherwath, A., Schirmer, L., Schleimer, B., Petersen, C., Schulz-Kindermann, F., et al. (2007). *The association between neuropsychological impairment, self-perceived cognitive deficits, fatigue & health related quality of life in breast cancer survivors following standard adjuvant versus high-dose chemotherapy*. *Patient Education & Counseling*, 66, 108-118.
- Mitchell, T., & Turton, P. (2011). 'Chemobrain': Concentration and memory effects in people receiving chemotherapy - a descriptive phenomenological study. *European journal of cancer care*, 20, 539-548.
- Moon, S., Kim, S., & Kim, M. (2011). Perceived cognitive function and related factors in korean women with breast cancer. *Asian nursing research*, 5(2), 141-150.
- Myers, J. S. (2013). Cancer and chemotherapy related cognitive change: the patient experience. *Seminars in oncology nursing*, 29(4). 300-307.
- National Cancer Institute. (2015). *Colorectal Cancer guideline*. Bangkok: Kosit Press. (in Thai).
- National Cancer Institute. (2019). *Hospital-based cancer registration 2018*. Bangkok: New Thammada press. (in Thai).
- Nilchaikovit, T., Lortrakul, M., & Phisansuthideth, U. (1996). Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. *Journal of the psychiatrist association of Thailand*, 41(1), 18-30. (in Thai).
- Polat, U., Arpaci, A., Demir, S., Erdal, S., & Yalcin, S. (2014). Evaluation of quality of life and anxiety and depression levels in patients receiving chemotherapy for colorectal cancer: impact of patient education before treatment initiation. *Journal of gastrointestinal oncology*, 5(4), 270-275.
- Ponjorn, U., (2014). The effect of buddhist chanting on anxiety among patients with hematological malignancy receiving chemotherapy [Master's degree of Nursing Science Program] Prince of Songkla University. (in Thai)
- Saniah, A. R., Zainal, N. Z. (2010). Anxiety, depression and coping strategies in breast cancer patients on chemotherapy. *Malaysian journal of phychiatry ejournal*, 19(2).
- Vardy, J. N., Dhillon, H. M., Pond, G. R., Rourke, S. B., Bekele, T., Dodd, R.A., et al. (2015). Cognitive function in patients with colorectal cancer who do and do not receive chemotherapy: A prospective, longitudinal, controlled study. *Journal of clinical oncology*, 33(34). 4085-4092.



- Vardy, J., Wefel, J. S., Ahles, T., Tannock, I. F., & Schagen, S. B. (2008). Cancer and cancer-therapy related cognitive dysfunction: an international perspective from the Venice cognitive workshop. *Annals of oncology*, 19, 623-629.
- Vearncombe, K. J., Rolfe, M., Wright, M., Pachana, N. A., Andrew, B., & Beadle, G. (2009). Predictors of cognitive decline after chemotherapy in breast cancer patients. *Journal of the international neuropsychological society*, 15, 951-962.
- Visovatti, M. A., Reuter-Lorenz, P. A., Chang, A. E., Northouse, L., & Cimprich, B. (2015). *Assessment of cognitive impairment and complaints in individual with colorectal cancer*. Oncology Nursing Society, 43(2), A1-A10.
- Von Ah, D., Haberman, B., Carpenter, J. S., & Schneider, B. L. (2013). Impact of perceived cognitive impairment in breast cancer survivors. *European journal of oncology nursing*, 17(2), 236-241.
- Wefel, J. S., Lenzi, R., Theriault, R. T., Davis, R. N., & Meyers, C. A. (2004). The cognitive sequelae of standard-dose adjuvant chemotherapy in women with breast carcinoma: Result of a prospective, randomized, longitudinal trial. *Cancer*, 100(11), 2292-2299.
- Wigmore, P. M., Mustafa, S., El-Beltagy, M., Lyons, L., Umka, J., & Bennett, G. (2010). Effects of 5-FU. In Raffa, R. B. & Tallarida, R. J. (Eds.), *Chemo fog: Cancer chemotherapy-related cognitive impairment* (pp. 157-164). [Online], Available:: <http://www.springer.com/us/book/9781441963055>



The Development of Caring Model to Promote Growth and Development of Preschool Children in the Preschool Development Center at Boromarajonani College of Nursing, Lampang

Nichakan Nakvirojana^{1*}, Siriwan Baitragua^๒ *, Jittavee kreasuwa^๓ *, Jutathip Dakdacha^{4*}

(Received 10 September, 2021, Revised: 9 December, 2021, Accepted: 12 December, 2021)

Abstract

The action research aimed to study preschooler's situations and develop a caring model to promote growth and development for children in the pre-school development center at Boromarajonani College of Nursing, Lampang. Preschool children, families, the board of directors of the preschool development center, pediatric nursing instructors, caregivers, and also the Bachelor of Nursing students were all participants in this study. The research instruments were child development surveillance and promotion assessments, caregivers' knowledge and skill assessments, and in-depth interviews. Data was analyzed using frequency, percentage, and content analysis.

The research results were as follows:

1. Regarding child growth situations and the development aspect, underweight children were at 35% compared to the standard. The heights did not meet the standard and were measured at 15%. Disproportionate shapes were 28.7%. There were 37 children with delayed development (46.25%), of those, 32.5% or 26 children had only one skill delayed development. 13.75% or 11 children had more than one skill delayed development.

2. The development of caring model for promoting growth and development of preschool children had four components that consist of 1) administrative policy 2) information management system 3) human resource development and 4) family participation.

Therefore, the Preschool Development Center should apply this model for creating the administrative policy on child health care, making a plan on the information management system with the association that relates to the effective preschool growth and developmental promotion.

Keywords: Model development; Growth promotion; Child development; Preschool development center

^{*} Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon lampang, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, ¹Corresponding author: nichakan.n@mail.bcnlp.ac.th



การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและ พัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ณิกานต์ นาควิโรจน์ *, ศิริวรรณ ไบตระกูล *, จิตตวิทย์ เกียรติสุวรรณ *, จุฑาทิพย์ เดชเดช *

(วันรับบทความ : 10 กันยายน 2564, วันแก้ไขบทความ : 2564, วันตอบรับบทความ : 12 ธันวาคม 2564)

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและ พัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กก่อนวัยเรียน ผู้ปกครองเด็ก คณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก อาจารย์พยาบาลเด็ก ครูผู้ดูแลเด็ก และนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินการเจริญเติบโตและ พัฒนาการเด็ก แบบวัดความรู้และทักษะของครูผู้ดูแลเด็ก และสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์การเจริญเติบโตและ พัฒนาการ พบว่า เด็กน้ำหนักไม่ตามเกณฑ์ ร้อยละ 35 ส่วนสูงไม่ตามเกณฑ์ ร้อยละ 15.00 ไม่สมส่วน ร้อยละ 28.70 เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย จำนวน 37 คน (ร้อยละ 46.25) ด้านพัฒนาการ โดยพัฒนาการไม่สมวัยเพียง 1 ด้าน จำนวน 26 คน (ร้อยละ 32.50) และมีพัฒนาการไม่สมวัยมากกว่า 1 ด้าน จำนวน 11 คน (ร้อยละ 13.75)

2. รูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและ พัฒนาการที่พัฒนาขึ้น มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) นโยบายการบริหารจัดการ 2) ระบบการจัดการข้อมูล 3) การพัฒนาบุคลากร และ 4) การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

ดังนั้นศูนย์เด็กควรนำรูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและ พัฒนาการนี้ ไปกำหนดเป็นนโยบายบริหารการดูแลสุขภาพเด็ก เพื่อวางแผนการจัดการระบบข้อมูลกับภาคีที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและ พัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ; การส่งเสริมการเจริญเติบโต; พัฒนาการเด็ก; ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กระทรวงสาธารณสุข, ¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: nichakan.n@mail.bcnlp.ac.th

**บทนำ**

การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนากิจการมีความสำคัญต่อเด็กก่อนวัยเรียน จึงต้องมีแนวทางการพัฒนา ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยเจริญเติบโตอย่างเหมาะสมและเท่าเทียมกัน จึงเป็นเป้าหมายสำคัญของประเทศชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนให้เหมาะสมตามช่วงวัย โดยเด็กปฐมวัยควรได้รับการส่งเสริมและพัฒนาทักษะทางสมองและทักษะทางสังคมที่เหมาะสม (National Economic and Social Development Board, 2020) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยตามดัชนีสวนสูงตามเกณฑ์อายุ ได้แก่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก และดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์สวนสูง ได้แก่ สถานภาพสมรสของผู้เลี้ยงดู และลักษณะครอบครัว สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 3-5 ปีตามดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ และตามดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์สวนสูง ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการเด็กสมวัย ได้แก่ สถานภาพสมรสของผู้เลี้ยงดู การศึกษาของผู้เลี้ยงดู อายุของผู้เลี้ยงดู และรายได้ของครอบครัว (Tapruk et al. 2017) จึงเห็นได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครอง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนากิจการเด็ก

ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จัดตั้งขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน แบ่งเบาภาระให้กับผู้ปกครอง แหล่งให้บริการวิชาการ สร้างองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน โดยเฉพาะด้านส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนากิจการ ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.2562 ในมาตรฐานที่ 3 คุณภาพของเด็กปฐมวัย ในตัวบ่งชี้ 3.1 ก และ ข คือ เด็กมีการเจริญเติบโตสมวัย โดยเด็กมีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ และส่วนสูงสมส่วนระดับดีมาก ร้อยละ 64 ขึ้นไป และในตัวบ่งชี้ 3.2 ก และ ข เด็กมีการพัฒนาการสมวัย โดยเด็กมีการพัฒนาการสมวัยโดยรวมระดับดีมาก ร้อยละ 85 ขึ้นไป (National Early Childhood Development Board, 2019) แต่จากการประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนากิจการในเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 พบว่า เด็กมีการเจริญเติบโตสมวัย โดยเด็กมีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ และส่วนสูงสมวัยระดับผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ ร้อยละ 54.25 ขึ้นไป ในด้านพัฒนาการ พบว่า เด็กมีการพัฒนาการสมวัย โดยเด็กมีการพัฒนาการสมวัยโดยรวมในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 67.45 ขึ้นไป (Preschool development center Boromarajonani College of Nursing Lampang, 2020) โดยที่ผ่านมาจากการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพเด็กในศูนย์เด็กพบว่า การดำเนินงานต่างๆ เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโต ภาวะโภชนาการ พัฒนาการยังไม่ชัดเจน และไม่มีแนวปฏิบัติการแก้ปัญหาการเจริญเติบโตและพัฒนากิจการของเด็กรายบุคคล รวมถึงยังขาดการวางแผนการพัฒนาศักยภาพของครูผู้ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง ระบบการบริการแบบมีส่วนร่วมระหว่างครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็กยังไม่ชัดเจน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการสุขภาพเด็ก

การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนากิจการเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำเป็นจะต้องอาศัยวิธีการรูปแบบ และมาตรฐานต่างๆ ที่ผสมผสานหลักวิชาการ สอดคล้องไปตามความต้องการ ความคาดหวัง และความร่วมมือจากทุกฝ่ายของศูนย์เด็ก ได้แก่ ผู้ปกครองเด็ก คณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก อาจารย์พยาบาลเด็ก ครูผู้ดูแลเด็ก และนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ที่ฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก1 ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ในการร่วมคิดและทำความเข้าใจสภาพปัญหา วิเคราะห์ วางแผน ช่วยกันกำหนดรูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและ พัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนที่มีคุณภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยใช้การศึกษาศถานการณ์การเจริญเติบโตและ พัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ในด้านการจัดการคุณภาพ ด้วยกระบวนการคุณภาพ PDCA ในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและ พัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ที่เหมาะสมตามบริบทและเป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาศถานการณ์การเจริญเติบโตและ พัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
2. เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและ พัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ขอบเขตของงานวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

ขอบเขตด้านตัวแปร ประกอบด้วย ตัวแปร คือ รูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและ พัฒนาการเด็ก

ขอบเขตด้านประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็น

ข้อมูลเชิงปริมาณจากเด็กก่อนวัยเรียนและผู้ปกครองเด็กจำนวน 80 ราย ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ปกครองเด็กจำนวน 15 คน ครูผู้ดูแลเด็กจำนวน 13 คน กรรมการบริหารศูนย์เด็กจำนวน 3 คน อาจารย์พยาบาลเด็กจำนวน 4 คน นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 15 คน รวม 50 คน

ขอบเขตด้านพื้นที่ที่ศึกษา ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ขอบเขตระยะเวลาการศึกษา เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 – มิถุนายน พ.ศ. 2564

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยใช้กระบวนการวิจัยที่ใช้การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านการเจริญเติบโตและ พัฒนาการเด็ก การวางแผนและกำหนดรูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและ พัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ระหว่าง ผู้ปกครองเด็ก คณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก อาจารย์พยาบาลเด็ก ครูผู้ดูแลเด็ก และ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

นักศึกษายาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก และการนำรูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ร่วมปรึกษาหารือ เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กให้มีความเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริงในการจัดบริการการดูแลสุขภาพเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยเก็บข้อมูลเชิงสำรวจ (survey research) และวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยมีการดำเนินการ 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิธีเชิงสำรวจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เด็กวัยก่อนเรียนทุกคน ผู้ปกครองทุกคน และครูผู้ดูแลเด็กทุกคนในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 – มิถุนายน พ.ศ. 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครอง เป็นแบบกรอกข้อมูล จำนวน 10 ข้อ โดยผู้ปกครองกรอกข้อมูล
2. แบบประเมินการเจริญเติบโต โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูงที่มีมาตรฐาน แปลผลโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2020) เป็นแบบพล็อตกราฟวิเคราะห์ตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต อาจารย์พยาบาลเด็กเป็นผู้ประเมิน
3. แบบประเมินพัฒนาการตามคู่มือเฝ้าระวังคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) (Ministry of Public Health, 2020) โดยใช้ชุดเครื่องมือประเมินพัฒนาการ ซึ่งอาจารย์พยาบาลเด็กเป็นผู้ประเมิน
4. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก ทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเลือกตอบด้านการส่งเสริมการเจริญเติบโตเด็กจำนวน 20 ข้อ และด้านพัฒนาการเด็ก ซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนาแบบวัดความรู้ขึ้นมา
5. แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วยรายการประเมินจำนวน 20 ข้อ ซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินทักษะนี้ขึ้นมา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องชาวด้านการ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด 1 ท่าน อาจารย์มหาวิทยาลัยที่เชี่ยวชาญด้านการพัฒนามาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเด็กที่เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการโดยใช้เครื่องมือ DSPM 1 ท่าน โดยกำหนดค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์แต่ละข้อมากกว่า 0.5 ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่า IOC แยกตามรายองค์ประกอบ 2 องค์ประกอบ มีค่าระหว่าง 0.75-0.98 ค่า IOC แยกตามรายข้อมีค่ามากกว่า 0.50 และภาพรวมทั้ง 2 ฉบับ เท่ากับ 0.94 และ 0.98 ตามลำดับ

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วได้ นำไปทดลองใช้กับครูผู้ดูแลเด็ก จำนวน 10 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และ 0.86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลบุคคลของเด็กและผู้ปกครอง แบบประเมินระดับการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก วิเคราะห์โดยหาความถี่ และร้อยละ

2. แบบวัดความรู้และทักษะปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กของครูผู้ดูแลเด็ก วิเคราะห์โดยหาค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 วิธีเชิงปฏิบัติการ

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ ผู้ปกครองเด็กจำนวน 15 คน กรรมการบริหารศูนย์เด็กจำนวน 3 คน อาจารย์พยาบาลเด็กจำนวน 4 คน ครูผู้ดูแลเด็กจำนวน 13 คน และนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 15 คน รวม 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยที่มีความเฉพาะเจาะจงในรายละเอียดของการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโต จำนวน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินการเจริญเติบโต ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย และการนอนหลับ ดังตัวอย่างแนวคำถาม “ท่านมีวิธีการประเมินการเจริญเติบโตของเด็กอย่างไรบ้าง” “ในความคิดของท่าน ท่านจะช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตเด็กได้อย่างไรบ้าง” และการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จำนวน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินพัฒนาการ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการเล่น และแนวทางการอบรมเลี้ยงดูส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ดังตัวอย่างแนวคำถาม “ท่านทราบได้อย่างไรว่าเด็กมีปัญหาพัฒนาการ” “ท่านมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการส่งเสริมพัฒนาการร่วมกับผู้ปกครองเด็กอย่างไรบ้าง”



การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยไฟล์เสียงจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ จะถูกนำมาถอดเทปแบบคำต่อคำ และค้นหาประเด็นสำคัญโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบแบบอุปนัย (inductive coding) และการจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ (taxonomy) เชื่อมโยงข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) กับบันทึกการสังเกตในสนาม จากนั้นผู้วิจัยจะนำประเด็นหลักที่ได้จากกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการตรวจสอบความถูกต้อง และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความชัดเจนและนำมาปรับปรุงประเด็นหลักใหม่เพื่อหาข้อสรุปร่วมกันกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ตามเลขที่จริยธรรม E2563/067 รับรองตั้งแต่วันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 - 4 มิถุนายน พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การสำรวจสถานการณ์การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน

1. สถานการณ์การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.30 โดยมีอายุมากกว่า 2 ปี 6 เดือน - 4 ปี ร้อยละ 42.30 ผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 81.30) อายุมากกว่า 25 -35 ปี (ร้อยละ 50.00) ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 85.00) อาชีพรับราชการ (ร้อยละ 40.0) การศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 67.50) และรายได้ส่วนใหญ่ของครอบครัว 30,001-45,000 บาท (ร้อยละ 52.50)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัญหาการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ปีวิจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กจากการให้ข้อมูลของผู้ปกครอง (n = 80)

รายการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
การเจริญเติบโต		
- น้ำหนักไม่ตามเกณฑ์	28	35.00
- ส่วนสูงไม่ตามเกณฑ์	12	15.00
- ไม่สมส่วน	23	28.70
พัฒนาการ		
- สมวัยทุกด้าน	43	53.75
- ไม่สมวัย	37	46.25
- ไม่สมวัย 1 ด้าน	26	32.50
- ไม่สมวัยมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ด้าน	11	13.75



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัญหาการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กจากการให้ข้อมูลของผู้ปกครอง (n = 80) (ต่อ)

รายการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโต		
- พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมกับวัย	48	60.00
- พฤติกรรมออกกำลังกายไม่เหมาะสมกับวัย	45	56.25
- พฤติกรรมนอนหลับไม่เหมาะสมกับวัย	33	41.25
ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก		
- การส่งเสริมทักษะการช่วยเหลือตนเองไม่เพียงพอ	41	51.25
- การส่งเสริมทักษะด้านสังคม ปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นไม่เพียงพอ	32	40.00
- การส่งเสริมการใช้ภาษาจากการอ่านและเขียนไม่เพียงพอ	46	57.50
- การจัดกิจกรรมเรียนรู้ด้วยการเล่นไม่เหมาะสม	42	52.25

จากตารางที่ 1 แสดงปัญหาด้านการเจริญเติบโต พบว่า มีเด็กน้ำหนักไม่ตามเกณฑ์ ร้อยละ 35.00 ส่วนสูงไม่ตามเกณฑ์ ร้อยละ 15.00 ไม่สมส่วน ร้อยละ 28.70 ส่วนปัญหาด้านพัฒนาการ พบว่า เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย จำนวน 37 คน (ร้อยละ 46.25) โดยพัฒนาการไม่สมวัยเพียง 1 ด้าน จำนวน 26 คน (ร้อยละ 32.50) และมีพัฒนาการไม่สมวัยมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ด้าน จำนวน 11 คน (ร้อยละ 13.75) ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการเจริญเติบโต พบว่า เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมกับวัย ร้อยละ 60.00 พฤติกรรมออกกำลังกายไม่เหมาะสมกับวัยร้อยละ 56.25 พฤติกรรมนอนหลับพักผ่อนไม่เหมาะสม ร้อยละ 41.25 และในปัญหาการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครอง พบว่า เด็กได้รับส่งเสริมการใช้ภาษาจากการอ่านและเขียนไม่เพียงพอ การจัดกิจกรรมเรียนรู้ด้วยการเล่นไม่เหมาะสม การส่งเสริมทักษะการช่วยเหลือตนเองไม่เพียงพอ และการส่งเสริมทักษะด้านสังคม ปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นไม่เพียงพอ ร้อยละ 57.50, 52.25, 51.25, และ 40.00 ตามลำดับ

2. ความรู้และทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กของครูผู้ดูแลเด็ก

ตารางที่ 2 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กของครู/ผู้ดูแลเด็ก (n = 13)

การประเมิน	Min	Max	Mean(S.D.)
ความรู้การส่งเสริมการเจริญเติบโต			
การส่งเสริมการเจริญเติบโต จำนวน 20 ข้อ	10	17	13.77(2.16)
ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการ			
การส่งเสริมพัฒนาการ จำนวน 20 ข้อ	9	15	11.77(1.77)
ทักษะปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโต	4	8	6.08(1.38)
การส่งเสริมการเจริญเติบโต จำนวน 10 รายการ			
ทักษะปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการ	3	7	5.00(1.00)
การส่งเสริมพัฒนาการ จำนวน 10 รายการ			



จากตารางที่ 2 พบว่า ครูผู้ดูแลเด็กมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการส่งเสริมการเจริญเติบโตมากกว่าการส่งเสริมพัฒนาการ ($Mean=13.77$, $S.D.= 2.16$, $Mean=11.77$, $S.D.= 1.77$) และ ครูผู้ดูแลเด็กมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตที่ต้องมากกว่าการส่งเสริมพัฒนาการ ($Mean=6.08$ $S.D.=1.38$, $Mean=5.00$, $S.D.=1.00$)

ระยะที่ 2 วิธีเชิงปฏิบัติการ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม สถานการณ์การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก (Analyzing)

การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์การเจริญเติบโต

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตไม่ตามเกณฑ์ เด็กมีการใช้พลังงานและการบริโภคอาหารไม่สมดุล ส่งผลกระทบให้เด็กมีการเจริญเติบโตไม่เหมาะสมกับวัย ได้แก่ น้ำหนักตัวน้อย เตี้ย อ้วน รวมทั้งพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ไม่สมดุล เช่น รับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ กินจุจิก จะใช้พลังงานส่วนใหญ่มากกับการเล่น ดังตัวอย่างคำพูดจากครูผู้ดูแลเด็ก “ในศูนย์เด็ก จะมีเด็กที่มีปัญหาน้ำหนักผอม และเตี้ยเป็นส่วนใหญ่ เด็กอ้วนจะเจอตั้งแต่กลุ่มเด็กเล็กในบางราย และบางรายก็เจอในกลุ่มเด็กโต ส่วนเด็กตัวผอมและเตี้ยมากกว่ามักเริ่มเจอในกลุ่มหัดเดิน” “เด็กตัวเล็ก ๆ ผอม เตี้ย เพราะไม่ทานอาหารมื้อเช้า ทานข้าวได้ทีละน้อย ชอบกินจุจิกก่อนมื้ออาหาร และชอบทานนมรสหวาน ไม่ค่อยอยากทานอาหาร ทานได้สองสามคำ บอกว่าอิ่มแล้ว” และจากตัวอย่างคำพูดของผู้ปกครอง “แม่สังเกตว่า ช่วงลูกอายุน้อย จะทานอาหารได้มากกว่า แต่พอหลังอายุหนึ่งขวบจะทานได้น้อยลง มักชอบหว่านเล่น ไม่ยอมทานข้าว ชอบอมข้าว” “ตอนเล็ก ๆ ลูกอ้วนจ้ำม่ำ น่ารัก พอโตขึ้น วิ่งซุกซน ไม่อยู่นิ่ง และไม่ยอมทานอะไร ทานอาหารได้น้อยมาก”

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กไม่เหมาะสม ทั้งรูปแบบการรับประทานอาหาร และรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ปกครอง “ลูกเป็นเด็กอ้วน ชอบทานอาหารจานเดียว มักชอบทานไก่ทอดเป็นประจำทุกวัน ไม่ทานผักแต่ชอบทานผลไม้รสหวานมาก” “เด็กที่อ้วนจะชอบอาหารรสหวาน บางคนไม่ทานข้าว ทานแต่ข้าวเหนียว และแซนวิช” “เด็กจะเขี่ยผักทิ้ง ไม่ว่าผักอะไร ก่อนตักอาหารใส่ปาก ถ้าทานไปเจอเศษผักเล็กๆ จะคายทิ้ง” และครูผู้ดูแลเด็กให้ข้อมูล ดังตัวอย่างคำพูด “บางคนเตรียมอาหารเข้าไม่ทันให้ลูกแหวะร้านอาหารสะดวกซื้อมาทานที่ศูนย์เด็กเป็นประจำ” “เด็กจะนั่งตักแยกข้าวกับเนื้อ และเขี่ยผักออกนอกจาน ครูต้องซ่อนป้อนอาหารโดยแอบทำผักเล็กๆที่สุดไว้ใต้ข้าว แต่พอเด็กทานเข้าไปเจอผัก ก็จะคายผักทิ้ง”

3. ขาดการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดอาหารและโภชนาการตามเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้เด็กได้รับปริมาณอาหารไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ดังตัวอย่างคำพูดของครูผู้ดูแลเด็ก “การจัดเมนูอาหารในศูนย์เด็กจะใช้วิธีกะปริมาณตามจำนวนเด็ก และจัดสับเปลี่ยนเมนูอาหารเด็กรายเดือนโดยผู้จัดการศูนย์เด็ก” “เมนูอาหารส่วนใหญ่ไม่ได้คุณภาพตามเกณฑ์ รสชาติไม่ถูกปากเด็ก ทานได้บางเมนู” โดยอาจารย์พยาบาลเด็กมีความคิดเห็นว่า ควรมีการสรรหาดำเนินงานนักโภชนาการหรือแม่ครัวเพื่อกำหนดรายการอาหารให้ได้เป็นไปตามมาตรฐาน ดังตัวอย่างคำพูด “ทางศูนย์เด็ก ไม่มีตำแหน่งแม่ครัว หรือนักโภชนาการ ส่งผลให้ต้องมีการควบคุม



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

สถานที่ปรุงอาหาร ประกอบอาหารทำได้ไม่ต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพอาหารส่วนใหญ่ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน” “อาหารของเด็กเล็ก ต้องมีผู้ดูแลเด็กในกลุ่มหมุนเวียนมาทำเองรายสัปดาห์ ทำให้ต้องทิ้งภาระการดูแลเด็กให้กับผู้ดูแลเด็กท่านอื่นในห้อง ประมาณวันละ 1-2 ชั่วโมงต่อวัน ส่งผลต่อการคุณภาพการบริการแก่เด็กกลุ่มเด็กเล็ก”

4. เด็กขาดการส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายตามวัย ทำให้ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและสุขภาพร่างกายแข็งแรง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ปกครอง “ที่บ้าน น้องจะออกกำลังกายวิ่งเล่นในบ้าน ไม่ค่อยได้ไปออกกำลังกายนอกบ้าน หรือสนาม เนื่องจากพ่อแม่ไม่มีเวลา ทำงานกลับบ้านค่ำ ส่วนใหญ่พาไปออกกำลังกายวันเสาร์อาทิตย์” ในศูนย์เด็กไม่ได้จัดกิจกรรมการออกกำลังกายเครื่องเล่นสนามและเครื่องเล่นสนามบางชิ้นชำรุด ดังตัวอย่างคำพูด “เด็กจะได้รับการออกกำลังกาย ในกิจกรรมการเคลื่อนไหวในศูนย์เด็ก แต่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายหรือเล่นเครื่องเล่นสนามนอกห้องเรียน” “เด็กในศูนย์เด็ก ได้ลงออกกำลังกายเล่นเครื่องเล่นสนามได้ไม่ครบทุกกลุ่ม บางครั้งสนามก็ไม่พร้อมใช้”

5. เด็กขาดการส่งเสริมให้เด็กได้นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ในบางครอบครัวเด็กได้รับการพักผ่อนไม่เหมาะสมกับอายุ ทำให้เด็กนอนดึกตื่นสาย ส่งผลต่อการเจริญเติบโตได้ ดังตัวอย่างคำพูดผู้ปกครอง “เด็กจะได้นอนพักผ่อนไม่ต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จะติดการ์ตูนในโทรศัพท์ งอแงไม่ยอม บางครั้งแม้งานยุ่ง ไม่ได้พาเข้านอน ก็เลยต้องนอนพร้อมแม่ประมาณสี่ทุ่มหรือห้าทุ่ม” ทำให้เด็กบางคนมาพักผ่อนต่อที่ศูนย์เด็ก ซึ่งทางศูนย์เด็กได้จัดสิ่งแวดล้อมในการพักผ่อนกลางวัน เช่น การจัดบรรยากาศที่เงียบสงบและเปิดเพลงบรรเลงให้ฟังช่วยในการพักผ่อนนอนหลับ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลเด็ก “ทางศูนย์เด็ก จะจัดสิ่งแวดล้อมให้เด็กในศูนย์เด็กนอนพักผ่อนกลางวันอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง” “เด็กบางคน ไม่ยอมนอนกลางวัน บางคนก็นอนได้น้อยประมาณครึ่งชั่วโมง โดยเฉพาะกลุ่มเด็กเล็ก ถ้าช่วงอากาศร้อนเด็กจะนอนไม่ค่อยหลับ นอนได้ประมาณสิบนาทีกี่ต้น”

การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์พัฒนาการ

1. ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กไม่สมวัย และบางรายมีปัญหาพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ร่วมด้วย

ดังตัวอย่างคำพูดของครูผู้ดูแลเด็ก “เด็กในศูนย์เด็กมีพัฒนาการช้าหลายคน บางคน 2 ขวบยังพูดเป็นคำๆ อยู่เลย แต่บางคน 3 ขวบยังไม่เข้าใจคำสั่ง และเล่นกับเพื่อนๆ ไม่ได้” “มีเด็กในศูนย์เด็ก ตอนนี้จำนวน 4 คน ที่ต้องให้ผู้ปกครองพามาพบผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับด้านพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก” ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากนักศึกษายาบาลที่พบว่าเมื่อน้องพัฒนาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ต้องมีผู้ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอันตราย ดังตัวอย่างคำพูด “มีน้องอายุ 3 ขวบกว่า ชอบอยู่ไม่นิ่ง ปีนป่ายที่สูง ชอบส่งเสียงเอะอะโวยวาย ไม่เข้าใจกฎกติกากลุ่ม ไม่มีสมาธิในการเรียนรู้ ทำให้ผู้ดูแลเด็กต้องมาดูแลน้องคนนี้พิเศษคนเดียว ส่งผลให้เด็กคนอื่นได้รับการดูแลได้ไม่ดีเท่าที่ควร”

2. ทาง 2 แพร่ง จากสื่อออนไลน์ ส่งผลให้พัฒนาการไม่สมวัยทุกด้าน ดังตัวอย่างคำพูดของอาจารย์พยาบาลเด็ก “ผู้ปกครองหลายท่านมักเข้าใจผิดคิดว่าสื่อออนไลน์ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ เครื่องคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต มือถือ จะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จึงมักเห็นเด็กใช้มือถือมากกว่าการใช้ของเล่น หรือหยิบหนังสืออ่าน” ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าด้านการใช้ภาษา ต้องส่งไปพบกุมารแพทย์ด้านพัฒนาการเพื่อกระตุ้น



พัฒนาการ ดังตัวอย่างคำพูดของครูผู้ดูแลเด็ก “เด็กที่มีพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาไม่สมวัย ส่วนใหญ่เกิดจากครอบครัวไม่ค่อยมีเวลาจัดกิจกรรมการเล่นกับลูก มักให้ลูกดูทีวี หรือดูการ์ตูน จะพูดช้า ไม่ชัด ต้องส่งไปพบแพทย์เพื่อกระตุ้นพัฒนาการ”

ขาดการเชื่อมโยงทางด้านโครงสร้างและกระบวนการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ

1. ศักยภาพที่ต้องการเติมเต็มของครูผู้ดูแลเด็ก

1.1 ด้านความรู้เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพัฒนาศักยภาพของครูผู้ดูแลเด็ก ดังตัวอย่างคำพูดของอาจารย์พยาบาลเด็ก “ครูยังขาดความรู้และทักษะในการประเมินพัฒนาการเด็ก ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนมาใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 2563” ซึ่งผู้ดูแลเด็กต้องการพัฒนาความรู้ในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ดังตัวอย่างคำพูด “อยากพัฒนาความรู้ในด้านโภชนาการ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ทั้งจากภายในหรือภายนอกวิทยาลัยพยาบาล”

1.2 ด้านทักษะปฏิบัติเป็นประเด็นสำคัญต่อเนื่องจากประเด็นความรู้ ซึ่งครูผู้ดูแลเด็กประเมินตนเอง ว่าไม่มั่นใจในการใช้เครื่องมือประเมินพัฒนาการ DSPM เนื่องจากยังไม่ได้รับการอบรม สอดคล้องกับความคิดเห็นของอาจารย์พยาบาลเด็ก ดังตัวอย่างคำพูด “ครูไม่มั่นใจในการประเมินพัฒนาการเด็ก เนื่องจากไม่ได้รับการอบรม ไม่เคยใช้เครื่องมือในการประเมินพัฒนาการเด็ก” “เวลาผู้ปกครองสอบถามแนวทางการส่งเสริมการเจริญเติบโต ก็จะตอบด้วยความไม่มั่นใจ”

1.3 รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่เป็นรายบุคคล ส่งผลให้คุณภาพการบริการด้านสุขภาพไม่ได้รับการจัดการและดูแลอย่างเป็นองค์รวม ดังตัวอย่างคำพูดของคณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก และอาจารย์พยาบาลเด็ก “การจัดแผนประสบการณ์การเรียนรู้ 6 หลักในแต่ละห้องที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน ไม่แตกต่างกัน จะเป็นแผนสอนเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ไม่หลากหลาย ไม่สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการแต่ละช่วงในแต่ละห้อง ไม่มีการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นรายบุคคล” “การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ยังไม่ได้มีการจัดการรายบุคคล ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็ก ไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลถึงผู้ปกครองเป็นระบบ”

2. ช่องว่างระหว่างนโยบายสู่การปฏิบัติ

2.1 ขาดการถ่ายทอดเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติสู่การปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีผู้รับผิดชอบถ่ายทอดตัวชี้วัดนี้สู่การกำหนดแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลเด็ก “ไม่มีใครมาถ่ายทอดตัวชี้วัดเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติสู่การปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาการเจริญเติบโตและพัฒนาการสู่การปฏิบัติในการแก้ปัญหาหรือส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ชัดเจน แม้จะมีการส่งบุคลากรไปอบรมเรื่องนี้มาแล้ว” “ขาดผู้รับผิดชอบถ่ายทอดตัวชี้วัดเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติสู่การปฏิบัติของบุคลากรทั้งหมดในศูนย์เด็กที่ชัดเจน”



2.2 ขาดการนำข้อมูลปัญหาการเจริญเติบโตและพัฒนาการนำมาใช้ในการตัดสินใจเพื่อพัฒนา

ระบบคุณภาพการบริการสุขภาพเด็ก ดังตัวอย่างคำพูดของคณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก “ขาดการเชื่อมโยงกันในข้อมูลที่เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการรวมทั้งการแก้ไขพัฒนาการในเด็กที่มีปัญหาระหว่างครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง และยังขาดการส่งต่อปัญหาพัฒนาการอย่างเป็นระบบแก่อาจารย์พยาบาลเด็ก และคณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก”

2.3 ไม่มีฐานข้อมูลที่ประมวลผลในการตัดสินใจของผู้บริหารศูนย์เด็ก เพื่อแก้ปัญหาการ

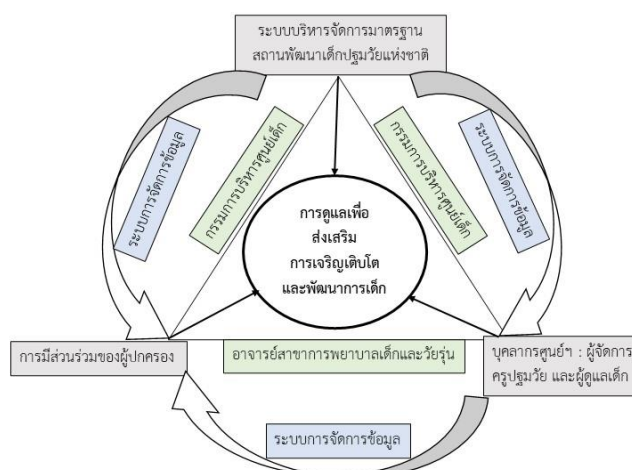
เจริญเติบโตและพัฒนาการที่ไม่สมวัยเป็นรายบุคคล ทำให้ไม่มีข้อมูลในการแก้ปัญหาของเด็กรายบุคคล ดังตัวอย่างคำพูดของคณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก และอาจารย์พยาบาลเด็ก “ต้องจัดทำระบบฐานข้อมูลศูนย์เด็ก การติดตามประเมินซ้ำทุกเดือน ระบบการให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำผู้ปกครองในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก การจัดทำสมุดรายงานประจำตัวเด็ก ส่งต่อข้อมูลระหว่างศูนย์เด็กและที่บ้าน เป็นประจำทุกเดือน” “ไม่มีฐานข้อมูลของเด็กในศูนย์เด็ก ในทุกด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน มีแต่ข้อมูลดิบไม่ต่อเนื่อง ถูกจัดเก็บไม่เป็นระบบ ไม่ได้มีระบบการวิเคราะห์ให้เห็นระดับของปัญหา ที่นำมาสู่การจัดการปัญหาที่ชัดเจนได้”

2.4 ไม่มีระบบการส่งคืนข้อมูลแก่ผู้ปกครอง การส่งข้อมูลให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารด้วย

วาจา ไม่ได้ระบบการรายงานเป็นระบบ ดังตัวอย่างคำพูดของอาจารย์พยาบาลเด็กและครูผู้ดูแลเด็ก “การรายงานข้อมูลให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะรายงานทางวาจา ในช่วงผู้ปกครองมารับเด็กตอนเย็น และมีการรายงานน้ำหนักส่วนสูงประจำเดือน แต่ไม่ได้ให้ข้อมูลในแนวทางที่ต้องแก้ไขหรือส่งเสริมการเจริญเติบโตหรือพัฒนาการที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร”

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนและกำหนดรูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน (planning)

นำประเด็นสถานการณ์การดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ข้อมูลการจัดการด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่สมวัย จากการสำรวจปัญหา การสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มมารวบรวมระดมสมองสังเคราะห์ จัดทำเป็นรูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์เด็ก อย่างเป็นระบบสามารถสรุปได้ประเด็น และนำเสนอสรุปในภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 องค์ประกอบของการดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก

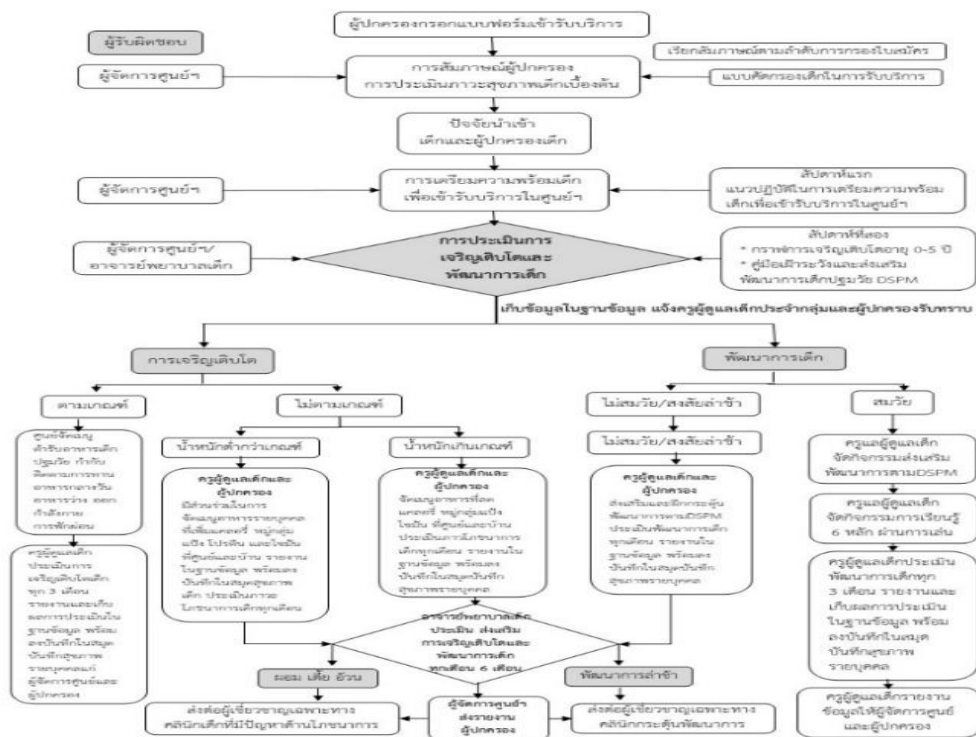
1. คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนต้องมีการกำหนดนโยบายการบริหารที่ชัดเจน ในการถ่ายทอด กำกับ ขับเคลื่อนตัวชี้วัดการประกันคุณภาพตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ โดยทำงานร่วมกันระหว่างผู้ปกครอง ร่วมกับคณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน อาจารย์พยาบาลเด็ก และครูผู้ดูแลเด็ก
2. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ในประเด็นการดูแลสุขภาพเด็ก โดยครูผู้ดูแลเด็กต้องได้รับการพัฒนาต่อเนื่องระหว่างประจำการ อย่างน้อยปีละ 20 ชั่วโมง ตามเกณฑ์คุณสมบัติของครูผู้ดูแลเด็กตามเกณฑ์ตัวชี้วัดการประกันคุณภาพตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ
3. ระบบการจัดการข้อมูล ต้องมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลสำคัญตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงข้อมูล ปัญหา และหาแนวทางการตัดสินใจร่วมกันในการจัดการข้อมูล
4. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมีความสำคัญในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก โดยต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็กร่วมกันตั้งแต่แรกเข้า ขณะรับบริการ จนสำเร็จการบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กไปปฏิบัติในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง (acting)

ตามที่คณะผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น เข้าร่วมประชุมเสวนากับผู้รับผิดชอบและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ได้แก่ ผู้ปกครองเด็ก กรรมการบริหารศูนย์เด็ก อาจารย์พยาบาลเด็ก ครูผู้ดูแลเด็ก และนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันถึงความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กไปปฏิบัติได้จริงในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลนครลำปาง โดยมีการกำหนดรูปแบบการดูแลเด็กเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กที่มีรายละเอียดขั้นตอนและผู้รับผิดชอบในการดูแลกำกับติดตามและรายงานผลเป็นระยะอย่างชัดเจนตลอดการรับบริการในศูนย์เด็ก ตั้งแต่การรับสมัครเด็กเข้ามารับบริการที่ศูนย์เด็ก เด็กและผู้ปกครองจะได้รับการ

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

บริการเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและ พัฒนาการจากครูผู้ดูแลเด็ก โดยมีอาจารย์พยาบาลเด็กเป็นที่ปรึกษา
ควบคุมกำกับโดยผู้จัดการศูนย์เด็ก ร่วมกับคณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก เพื่อให้เด็กได้รับการส่งเสริมและ
พัฒนาการเหมาะสมกับวัยตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาปฐมวัยแห่งชาติ ตามรายละเอียดดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลเด็กเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนารเด็ก

อภิปรายผล

1. สถานการณ์การเจริญเติบโต พบว่า เด็กน้ำหนักไม่ตามเกณฑ์ ร้อยละ 35.00 ส่วนสูงไม่ตามเกณฑ์ ร้อยละ 7.50 รูปร่างไม่สมส่วน ร้อยละ 28.75 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Prommul, et al. (2018) ที่พบว่าเด็กมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 6.97 เริ่มอ้วน ร้อยละ 5.81 มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 1.16 ผอม ร้อยละ 1.16 สถานการณ์พัฒนาการเด็ก เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย ร้อยละ 46.25 ด้านพัฒนาการ พัฒนาการไม่สมวัยเพียง 1 ด้าน จำนวน 26 คน ร้อยละ 32.50 และมีพัฒนาการไม่สมวัยมากกว่ามากกว่า 1 ด้าน จำนวน 11 คน ร้อยละ 13.75 ซึ่งมีการศึกษาผลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็กวัย 2-5 ปี มีผลกระทบต่อพัฒนาการ ในแต่ละด้าน คือ ด้านการเข้าใจภาษามากที่สุด (ร้อยละ 22.90) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (ร้อยละ 10.50) ด้านการเข้าใจภาษา (ร้อยละ 9.50) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (ร้อยละ 6.70) และด้านการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 3.80) ตามลำดับ (Chumprasert, Wiroonpanich, & Wattanasit, 2019)



2. รูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก มี 4 องค์ประกอบ

1. นโยบายการบริหารศูนย์เด็ก ต้องชัดเจน ในการถ่ายทอด กำกับ ขับเคลื่อนตัวชี้วัดการประกันคุณภาพตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ มีการทำงานระหว่างคณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก อาจารย์พยาบาลเด็ก ครูผู้ดูแลเด็ก ร่วมกับผู้ปกครอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jerajaturapornkul, Kosanpipat, & Srisurak, (2018) กล่าวว่า การบริหารจัดการศูนย์เด็ก ควรมีการบริหารงานให้เป็นระบบและชัดเจน สภาพแวดล้อมเอื้อต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ และมีกระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ส่งเสริมให้เด็กทุกคนได้รับการฝึกสุขนิสัยในการดูแลสุขภาพ และการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นอย่างสม่ำเสมอ

2. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรศูนย์เด็ก ในประเด็นการดูแลสุขภาพเด็ก ครูผู้ดูแลเด็กต้องได้รับการพัฒนาต่อเนื่องระหว่างประจำการ อย่างน้อยปีละ 20 ชั่วโมง ตามเกณฑ์ของครูผู้ดูแลเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pumpoo, (2019) กล่าวว่าศูนย์เด็กที่ทำให้เด็กเกิดคุณลักษณะระดับดีควรพัฒนาด้านการบริหาร ผู้บริหารควรจัดทำแผนงานและดำเนินงานอย่างเป็นระบบ กำหนดคุณสมบัติและอัตราส่วนของผู้ดูแลเด็กอย่างชัดเจน

3. ระบบการจัดการข้อมูล ต้องมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลสำคัญตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบถึงข้อมูล ปัญหา และหาแนวทางการตัดสินใจร่วมกันในการจัดการข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการบริหารจัดการสุขภาพ โดยศึกษาต้นแบบการใช้แอปพลิเคชันคุณลูก ในคลินิกสุขภาพเด็กดีกับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กของ Aremit et al. (2020) กล่าวว่า ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กมีระดับความรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน โดยผู้ปกครองสามารถประเมินการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการได้รับภูมิคุ้มกันของเด็กได้สอดคล้องกับที่แพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขประเมิน และมีความสอดคล้องมากกว่าผู้ปกครองที่ใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กประเมินเกือบทุกด้าน มีข้อดีที่ใช้งานง่าย พกพา สะดวก ข้อมูลทันสมัย สามารถคัดลอกข้อมูลเพื่อเก็บสำรองข้อมูลไว้ใช้ได้

4. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมีความสำคัญในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็กร่วมกันตั้งแต่แรกเข้า ขณะรับบริการ จนสำเร็จการบริการที่ศูนย์เด็ก สอดคล้องกับหลักการจัดการศึกษาปฐมวัย ที่กระตุ้นให้ชุมชนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาความพร้อมของเด็กก่อนเข้าเรียน โดยได้รับความร่วมมือระหว่างองค์กรกับชุมชน ในการร่วมกันวางแผน ดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย ในการพัฒนาความพร้อมสำหรับเด็กอย่างทั่วถึง และให้การบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ (Nisarajh, 2018)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. สามารถนำรูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กไปใช้ตามมาตรฐานสถานศึกษาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ 2562 ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางอย่างเป็นรูปธรรม

2. การศึกษาอยู่ในชุมชนเมือง ควรขยายผลการศึกษาในชุมชนบริบทอื่น เช่น ชุมชนกึ่งเมือง ชุมชนชนบท เพื่อเกิดการสร้างเครือข่ายต่างๆ ภายในชุมชนรวมทั้งทำให้เกิดการพัฒนาและความยั่งยืนของรูปแบบ

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. สถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องการดูแลเด็กก่อนวัยเรียน สามารถนำรูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนไปประยุกต์ใช้ในการจัดการศึกษาได้
2. การพัฒนาเชิงนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำรูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์เด็ก ไปกำหนดเป็นมาตรฐานแนวทางปฏิบัติของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้ครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กอย่างมีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Aremitt, R., Saengnipanthkul, S., Lumbiganon, P., Sutra, S., & Sripanidkulchai, K. (2020). *Implementation of KhunLook Application: a Model for Health Supervision at Well Child Clinic*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI). (in Thai)
- Chumprasert, T., Wiroonpanich, W., & Wattanasit, P. (2019). Relationships between the use of electronic media and the development of children Aged 2-5 Years in Public Child Development Centers in Songkhla Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(2), 91-104. (in Thai)
- Jerajaturapornkul, P., Kosanpipat, S., & Srisurak, C. (2018). Guidelines for education development in early childhood level of Child Development Center attach to Chiang Dao sub-district administration organization to the standards of The National Child Care Center. *Phikanate Journal*, 14(2), 17-29. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2020). *Developmental Surveillance and Promotion Manual (DPSM)*. Nonthaburi: WVO officer of Printing Mill Press. (in Thai)
- National standard for early childhood development centers. (2019). *National Standard for Early Childhood Care, Development and Education Thailand*. Bangkok: National Early Childhood Development Board. (in Thai)
- Nisarajh, C. (2018). The satisfaction of the children guardians towards the early childhood center administration. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 3(1), 14-26. (in Thai)
- Preschool Development Center at Boromarajonani College of Nursing, Lampang. (2020). *Child development and growth assessment report*. Lampang: Boromarajonani College of Nursing, Lampang. (in Thai)
- Pumpoo, P. (2019). Operation educational for early childhood in Visnupat Child Development Center. *Online Journal of Education*, 14(2), 1-11. (in Thai)
- Prommul, J., Klerlhee, T., Perngyai, C., & Suwanwaiphatthana, W. (2018). Nutritional status of pre-school children with participation of families and communities in muang Songkhla. *Journal of the Southern College of Nursing and Public Health Network*, 5(3), 169-185. (in Thai)
- Tapruk, S., Mukdakaseam, P., Seubnuch, J., & Jaturapornpoem, J. (2017). The study of caregivers and community participation about childcare factors to promotion of child growth and development on the Regional Health Promotion Centers 4 and 5. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 11(25), 21-42. (in Thai)



คำแนะนำการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ หรือ Journal of Health Science Scholarship (JOHSS) เป็นวารสารที่เป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนและยกระดับขีดความสามารถในการผลิตและสร้างองค์ความรู้ด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านสาธารณสุข เป็นวารสารรายหกเดือนหรือครึ่งปี กำหนดการออกวารสาร ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) และฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)

เรื่องที่ส่งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องเป็นงานวิชาการด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านสาธารณสุข รับบทความประเภท บทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) บทความปริทัศน์ (Review article)

บทความที่เสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ จะได้รับการประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน บรรณาธิการจะพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับแก้ก่อนที่ผู้เขียนจะได้รับแจ้งข้อเสนอแนะดังกล่าวผลการพิจารณาจากกองบรรณาธิการถือเป็นสิ้นสุด

บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและต้องไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่

1. บทความวิจัย (Research article) คือ รายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย หรือ การพัฒนาอย่างเป็นระบบ ควรประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
1.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคน ให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ

1.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องระบุถึงแบบแผนการวิจัย วัตถุประสงค์ ประชากรและตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และผลการวิจัย ความยาวไม่เกิน 250 คำ

1.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
1.5 บทนำ (ที่แสดงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาหรือภูมิหลังของงานที่ศึกษา)
1.6 วัตถุประสงค์ของการศึกษา คำถามการวิจัย หรือ สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
1.7 ขอบเขตการศึกษา ควรระบุให้ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาหรือตัวแปร ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ด้านพื้นที่และด้านระยะเวลา

1.8 นิยามศัพท์/กรอบแนวคิด (ถ้ามี)
1.9 ระเบียบวิธีวิจัย หรือ วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น descriptive หรือ quasi-experiment แล้วระบุประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายหรือแบบหลายขั้นตอน รวมถึงวิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เครื่องมือที่ใช้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความ



นำเชือถือ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นวิธีการเชิงคุณภาพ หรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งการวิจัยที่ดีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดระบุผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยดังกล่าว

1.10 ผลการศึกษา แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้นๆ อาจมีภาพตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

1.11 การอภิปรายผล รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย

1.12 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) (ถ้ามี) มีย่อหน้าเดียวเป็นแจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

1.13 เอกสารอ้างอิง (Reference) คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง) การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA style โดยทำเป็นวงเล็บวางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง) การเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร A----->Z

2. บทความวิชาการ (Academic articles) คือ งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เป็นความรู้ใหม่ กล่าวถึงความ เป็นมาของปัญหา วัตถุประสงค์ แนวทางการแก้ปัญหา มีการใช้แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล เช่น หนังสือวารสารวิชาการ อินเทอร์เน็ต ประกอบการวิเคราะห์ วิจัย เสนอแนวทางการแก้ไข ควรประกอบด้วย

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคน ให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ

2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องระบุถึงวัตถุประสงค์ หัวข้อที่นำเสนอ สรุป และข้อเสนอแนะ โดยเนื้อหาในบทคัดย่อความยาวไม่เกิน 250 คำ

2.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ (ที่แสดงเหตุผลหรือที่มาของประเด็นที่ต้องการอธิบายหรือวิเคราะห์)

2.6 เนื้อหาของบทความ จะเป็นการอธิบายหรือวิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการสำรวจเอกสารหรืองานวิจัยเพื่อสนับสนุนจนสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ในประเด็นนั้นได้ อาจเป็นการนำความรู้จากแหล่งต่างๆ มาประมวลร้อยเรียงเพื่อวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดยผู้เขียนสามารถแสดงทัศนะทางวิชาการของตนเองไว้อย่างชัดเจนด้วย ส่วนสุดท้ายจะเป็นส่วนสรุปและข้อเสนอแนะ มีการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ครบถ้วนสมบูรณ์

2.7 References คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง)



3. บทความปริทัศน์ (Review Article) คือ บทความที่มีการผสมผสานแนวคิด และผลการวิจัยหลายๆ งานวิจัย โดยผู้เขียนจะสังเคราะห์แนวคิดเหล่านี้ ตลอดจนสังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อประมวลเป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความปริทัศน์ คือ เป็นการสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัยจากผลงานวิจัยอื่นๆ และ/หรือผลงานวิชาการอื่นๆ จนถึงปัจจุบัน เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้นๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป ควรประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address

3.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.5 บทนำเพื่อกล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่น่าสนใจก่อนเข้าสู่เนื้อหาในแต่ละประเด็น

3.6 เนื้อหาของบทความจะนำเสนอในแต่ละประเด็นและต้องมีบทสรุปเรื่องที่เสนอ พร้อมข้อเสนอแนะจากผู้เขียนเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวสำหรับให้ผู้อ่านได้พิจารณาประเด็นที่น่าสนใจต่อไป ผู้เขียนควรตรวจสอบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับบทความที่น่าสนใจอย่างละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื้อหาที่ใหม่ที่สุด ข้อมูลที่น่าสนใจจะต้องไม่จำเพาะเจาะจงเฉพาะผู้อ่านที่อยู่ในสาขาของบทความเท่านั้น แต่ต้องนำเสนอข้อมูลที่ซึ่งผู้อ่านในสาขาอื่นสามารถเข้าใจได้

3.7 บทสรุปหรือวิจารณ์

3.8 References คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง)

ทั้งบทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Journal Article) บทความปริทัศน์ (Review Article) และบทวิจารณ์บทความ (Article Review) ผู้นิพนธ์กรุณาแนบหนังสือขอเสนอบทความในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ ซึ่งอยู่ด้านหลังสุดของเอกสารชุดนี้ ทั้งนี้ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 20 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง) ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16)

การเตรียมบทความต้นฉบับ

การรับบทความต้นฉบับ ระบบจะรับไฟล์ MS Words เท่านั้น และต้องไม่มี file protection เนื่องจาก reviewer อาจจะทำให้ความเห็นโดยใช้ Track Changes หรือ New Comment

1. ชื่อเรื่อง (title) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร รวมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมาก ให้ตัดเป็นชื่อย่อรอง (subtitle)

2. ชื่อผู้เขียน (author and co-author) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อเต็ม ไม่ใช้คำย่อ ไม่ต้องระบุ ตำแหน่งและคำนำหน้าชื่อ

3. ชื่อสังกัด/สถานที่ปฏิบัติงาน (affiliation) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อหน่วยงานที่ผู้เขียนปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้ในกรณีมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ขอให้ระบุมาเพียงสังกัดเดียว เมื่อมีผู้เขียนหลายคน และอยู่คนละสังกัดให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ตามลำดับเพื่อแยกสังกัด *, ** โดยให้ระบุเป็นเชิงบรรทัดในหน้านั้นๆ



4. บทคัดย่อ (abstract) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ความเป็นมาและเหตุผล ระเบียบวิธีศึกษา ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ บทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ และภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ เช่นเดียวกัน ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยชน์สมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองโดยไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อในภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคติด

5. คำสำคัญ (keywords) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษวางไว้ท้ายบทคัดย่อ และ Abstract

6. บทนำ (Introduction) เป็นการแสดงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ภูมิหลังและเหตุผล (background and rationale) เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านทราบถึงปัญหา ลักษณะและขนาดของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษาอาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้

7. วัตถุประสงค์ของการศึกษา คำถามการวิจัย หรือ สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

8. ขอบเขตการศึกษา ควรระบุให้ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาหรือตัวแปร ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ด้านพื้นที่และด้านระยะเวลา

9. นิยามศัพท์/กรอบแนวคิด (ถ้ามี)

10. ระเบียบวิธีวิจัย หรือ วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น descriptive หรือ quasi-experiment แล้วระบุประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายหรือแบบหลายขั้นตอน รวมถึงวิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เครื่องมือที่ใช้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นวิธีการเชิงคุณภาพหรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างซึ่งการวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดระบุผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยดังกล่าว

11 ผลการศึกษา แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้นๆ อาจมีภาพ ตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

11 การอภิปรายผล รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย

12 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) (ถ้ามี) มีย่อหน้าเดียวเป็นแจ้งให้ทราบว่ามี การช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

13. เอกสารอ้างอิง (Reference) คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย **ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)”** ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง) การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ **APA style** โดยทำเป็นวงเล็บวางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง การเขียนรายการอ้างอิงทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง) การเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร A----->Z

14. การส่งต้นฉบับพร้อมหนังสือขอเสนอบทความในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ โดยการเสนอบทความผ่านระบบการส่งบทความแบบออนไลน์หรือระบบ Online Journal System (OJS) ที่เป็น web site ที่



วารสารได้กำหนดไว้ให้ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss> ซึ่งเมื่อท่านเข้าสู่ URL แล้วจะมีแบบฟอร์มให้ดาวน์โหลดเอกสารและคำแนะนำการส่งบทความ Submission

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้การอ้างอิงระบบ APA Style ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร มีรายละเอียดและตัวอย่างของเอกสารอ้างอิง ดังนี้

หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

Davis, Keith. (1967). Human Relation at Work: The Dynamic of Organization Behavior.

New York: McGraw-Hill.

บทความในวารสาร

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่ (เดือน): เลขหน้า.

Eiamsumang, P., Srisuriyavait, R., & Homsin, P. (2013). Risk factors of unintended repeat pregnancy among adolescents. *The public health journal of Burapha University*. 8(1), 55-67. (in Thai).

Egloff, G. & Fitzpatrick, A. (1997). Vocationally Oriented Language Learning. *Learning Teaching Journal*. 30(July): 226: 242.

เว็บไซต์

Lynch, T. (1996). *DS9 trials and tribble-actions review*. [Online], Available: <http://www.bradley.edu/campusorg/psiphi.html>. (1997, 8 October)

Computer Crime and Intellectual Property Section (CCIPS). (2003). How to Report Internet-Related Crime [Online], Available: <http://www.cybercrime.gov/reporting.htm>. (2004, 17 January)

จากแหล่งอื่นๆ

Agrawal, A. (2008, March 5–6). *The role of local institutions in adaptation to climate change*. Paper presented at the Social Dimensions of Climate Change, Social Development Department, The World Bank, Washington, DC.

Central Statistics Office of Republic of Botswana. (2008). *Gross domestic product per capita 06/01/1994 to 06/01/2008* [Statistics]. Available from CEIC Data database.

Supakorndej, S. (2003). *The process of recycling bank on Ban Thai Samakee community in Ban Pong, Ratchaburi*. Unpublished Master's thesis, Mahidol University.

Wilfley, D. E. (1989). *Interpersonal analysis of bulimia*. Doctoral dissertation, University of Missouri, Columbia.



ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง (เนื่องจากต้องทำให้วารสารเป็นมาตรฐาน ดังนั้น Reference หากเป็นภาษาไทย: ผู้เขียนบทความต้องเปลี่ยน Reference ภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษด้วย แล้ววงเล็บข้างหลังว่า (in Thai). และให้นำชื่อผู้แต่งหรือหน่วยงานที่อ้างอิงที่ท่านทำเป็นภาษาอังกฤษ ไปใส่อ้างอิงในบทความด้วย)

ปะราสี อเนก. (2554). องค์ประกอบทางการตลาดที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณค่าในการใช้บริการสปาของนักท่องเที่ยวต่างชาติในจังหวัด เชียงใหม่. *วารสารวิทยาการจัดการ*. 28(2), 64-72.

ให้เขียนเป็น

Anek. P. (2011). The Marketing Component Influence to the Value Perception in Using Spa Service of Foreigner Tourist in Chiangmai Province. *Journal of management sciences*. 28(2), 64-72. (in Thai).

Ebel, R. L., & Frisbie, D. A. (1986). *Essentials of Educational Measurement* (4th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: MacGraw-Hill.

Radermacher, H., Feldman, S., & Bird, S. (2010). Food security in older Australians from different cultural backgrounds. *Journal of Nutrition, Education and Behavior*. 42(5), 328-336.

ข้อควรระวังการจัดเตรียมบทความ

- ชื่อผู้แต่ง ไม่ใส่ตำแหน่งทางวิชาการ ยศ ตำแหน่งทหาร สถานภาพทางการศึกษา หรือ คำนำหน้าชื่อ หรือ ท้ายชื่อ เช่น นาย, นาง, นางสาว, ผศ.ดร., PhD, ร.ต.ต., พ.ต.ท.
- ไม่ระบุสถานภาพผู้แต่ง เช่น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์, ผศ.ดร. เป็นต้น

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141
โทรสาร 054-225-020
email: journalbcnlp@gmail.com
<http://www.tci-thaijo.org/index.php/johss>



หนังสือขอเสนอบทความในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
(Journal of Health Sciences Scholarship)

วันที่.....

ผู้พิมพ์ ชื่อ.....นามสกุล..... (ภาษาไทย)

ชื่อ.....นามสกุล.....(ภาษาอังกฤษ)

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

ที่อยู่ติดต่อ.....

ประสงค์ขอตีพิมพ์ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ ☐ บทความหนังสือ ☐ บทความปริทรรศน์

เรื่อง (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ ซึ่งดำเนินการโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง โดยบทความนี้
ข้าพเจ้าได้พิมพ์ขึ้นเพื่อ

☐ เผยแพร่ผลงานวิชาการ ☐ สำเร็จการศึกษาระดับ.....สาขา.....

จาก.....

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์.....

(หากเป็นบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์ ผู้พิมพ์ต้องผ่านการพิจารณาจากจากอาจารย์ที่ปรึกษาว่าได้
ตรวจสอบบทความ มีความถูกต้องตามหลักวิชาการ และยินดีให้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือได้)

☐ อื่นๆ (ระบุ)

ผลงานนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ
อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งผลงานต้นฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสาร ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบเกี่ยวกับเนื้อหาที่
ปรากฏในบทความนี้ กรณีมีการฟ้องร้องเรื่องการละเมิดลิขสิทธิ์เกี่ยวกับข้อความส่วนใดส่วนหนึ่งที่ปรากฏใน
บทความให้เป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้าและผู้เขียนร่วมแต่เพียงฝ่ายเดียว พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้ส่งเอกสารต่าง ๆ
ให้กองบรรณาธิการวารสารดังต่อไปนี้ (ใบขอเสนอบทความ/สำเนาใบรับรองจริยธรรม ส่งเป็น Pdf แนบเข้ามาในระบบ)

☐ กรอกข้อมูลรายละเอียดแบบฟอร์มเสนอผลงานลงตีพิมพ์ในวารสารฯ

☐ สำเนาใบรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

เมื่อกองบรรณาธิการของวารสารพิจารณาแล้ว มีมติให้แก้ไขปรับปรุงบทความ ข้าพเจ้ามีความยินดียอมรับ
แก้ไขตามมติดังกล่าวนี้ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมขอตีพิมพ์บทความลงในวารสารตามอัตราที่กำหนดไว้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้พิมพ์บทความ



ใบชำระค่าตีพิมพ์บทความ
วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ประเภท ☐ บุคคล ☐ หน่วยงาน

ออกใบเสร็จในนาม

ชื่อ-สกุล

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร บ้านเลขที่..... ถนน.....

หมู่ที่..... ตำบล / แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์ e-mail address

ประเภทการตีพิมพ์

☐ บทความที่จะใช้ประกอบการขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน อัตรา 4,000 บาท

☐ บทความที่ไม่ใช้ประกอบการขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน อัตรา 3,000 บาท

ชื่อบทความ

.....

.....

ชื่อผู้พิมพ์หลัก

ช่องทางชำระเงิน

☐ เงินสด

☐ โอนผ่านธนาคาร/เช็ค/ตัวแลกเงิน ส่งจ่ายในนาม “วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง”

(วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 536-1-11771-4)

ลงนามผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1) หากท่านชำระเงินแล้ว ให้ส่งหลักฐานมายัง e-mail: Inchaithep@gmail.com หรือ jitaree.chat@gmail.com

2) ส่งหลักฐานการชำระเงินฉบับจริง มายังที่อยู่ บรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง 268 ถ.ป่าขาม ต.หัวเวียง อ.เมือง จ.ลำปาง 52000 โทร. 081-9523096, 086-6587778



ประกาศ วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)
เรื่อง ปรับนโยบายการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพผลงานวิจัยและวิชาการให้ได้มาตรฐานสากล และเพื่อพัฒนาให้วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือได้รับการรับรองในฐานะข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยในระดับที่สูงขึ้น กองบรรณาธิการวารสาร จึงขอปรับนโยบายการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ ดังนี้

1. จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) บทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ฉบับ ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2565) จะได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง ในลักษณะไม่ทราบชื่อผู้ประเมินและไม่ทราบชื่อผู้เขียน (Double-blind Peer Review) โดยกำหนดจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1.1 บทความที่จะใช้ประกอบการขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการ เช่น ผศ. รศ. ศ. จะได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

1.2 บทความที่ไม่ใช้ประกอบการขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการ แต่นำไปประกอบการทำผลงานเพื่อเลื่อนระดับตำแหน่ง/เงินประจำตำแหน่ง จะได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน

2. การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ บทความวิจัยที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ทุกบทความ จะต้องแนบสำเนาหนังสือรับรองการผ่านพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ ผู้นิพนธ์จากหน่วยงานภายนอกจะต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ ในอัตรา 3,000 บาท/เรื่อง ในกรณีที่ต้องประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน และอัตรา 4,000 บาท/เรื่อง ในกรณีที่ต้องประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตั้งแต่ฉบับ ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2565)

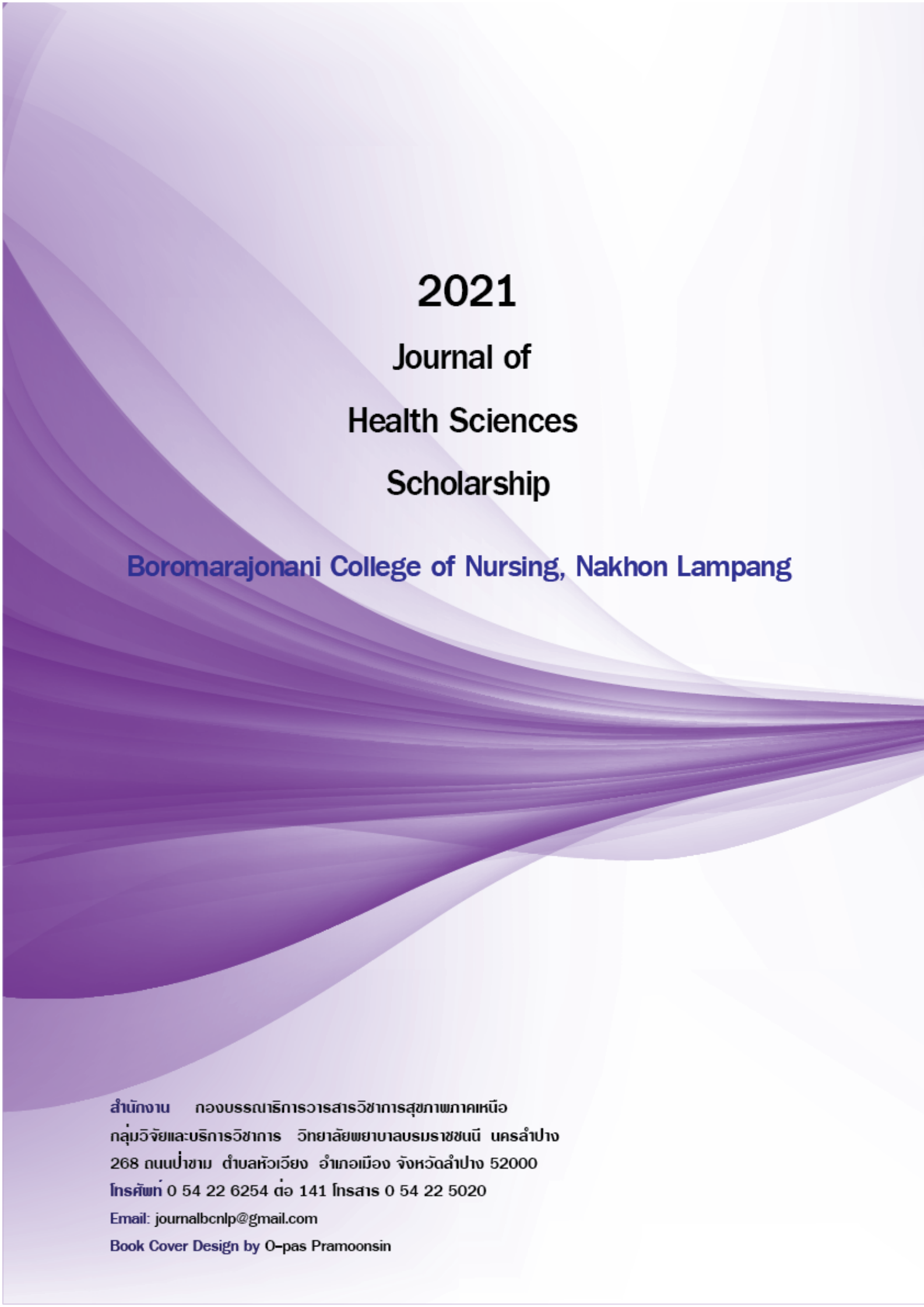
4. ค่าธรรมเนียมการขอยกเลิกการตีพิมพ์บทความ ผู้นิพนธ์ที่มีความประสงค์จะขอยกเลิกการตีพิมพ์บทความหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จะต้องชำระค่าธรรมเนียมการขอยกเลิกตีพิมพ์บทความ ในอัตรา 2,000 บาท/เรื่อง ตั้งแต่ฉบับ ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2565)

ประกาศ ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2564



(นางสาววาสนา มั่งคั่ง)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง



2021

Journal of Health Sciences Scholarship

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
268 ถนนเป่าข้าม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 0 54 22 6254 ต่อ 141 โทรสาร 0 54 22 5020
Email: journalbcnlp@gmail.com
Book Cover Design by O-pas Pramoonsin