

JPHRI

วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข

Journal of Public Health Research and Innovation

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2567)

Vol. 2 No. 1 (JANUARY - APRIL 2024)

ISSN : 2822-0382



ชื่อวารสาร	วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข Journal of Public Health Research and Innovation	
เจ้าของ ที่ปรึกษา	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา รองคณบดีฝ่ายวิจัย และบริการวิชาการ รองศาสตราจารย์ สราวุธ สุธรรมมาสา	
บรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตัม บุญรอด	
กองบรรณาธิการ	ศาสตราจารย์ ดร.พรพิมล กองทิพย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ แซ่จิว	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนันญา จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤตปักษ์ ตันต้อมรกุล	มหาวิทยาลัยพะเยา
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัตน์ กิตติพิชัย	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
	ดร.ปทุมรัตน์ ศรีพันธุ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	เภสัชกรหญิง ดร.บุญศรี สิริทรัพย์	กระทรวงสาธารณสุข
	ดร.เจษฎา สุวรรณ	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น
	ดร.สุภาวดี พันธุมาศ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ดร.พิชชาดา ประสทธิโชค	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
	รองศาสตราจารย์ ดร.โสเมศรี เดชารัตน์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดุชนิย์ สุวรรณคง	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร. วันลก ดิษสุวรรณ	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิรุณรัตน์ แซ่ลิ้ม	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยมล พิทักษ์ ภาวศุทธิ	มหาวิทยาลัยทักษิณ
กองจัดการวารสาร	อาจารย์วิชาดา สิมลา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	ดร.สุพานต์ มณีโลกย์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	อาจารย์สุธีร์ อินทร์รักษา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
กองจัดการวารสาร	อาจารย์วิชาดา สิมลา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	นางสาวขวัญใจ ณ ไพรี	มหาวิทยาลัยทักษิณ

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ 2. เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็นประสบการณ์ทางด้านสาธารณสุข 3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ 4. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงานวิชาชีพ
กำหนดออก	กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม
รูปแบบเล่มขนาด	A4
การเผยแพร่	ออนไลน์ (Online)
การติดต่อ	กองจัดการวารสารวิจัย และนวัตกรรมการสาธารณสุข คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่ 222 หมู่ 2 ตำบลอบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 93210 Phone: 074 - 609613 ต่อ 4218 Email: btum@tsu.ac.th

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข (Journal of Public Health Research and Innovation) ได้ออกปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2567) มีบทความวิจัย จำนวน 4 เรื่อง ที่มีเนื้อหาที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ และความคิดสร้างสรรค์ในการสร้างผลงาน ได้แก่ 1) ผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สามคลินิกโรคไต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 2) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง 3) ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี

ในนามของบรรณาธิการวารสารขอขอบคุณคณะที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ (peer review) ที่กรุณาประเมินบทความวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์สำหรับการปรับปรุงบทความให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนผู้พิมพ์ที่เตรียมต้นฉบับตรงตามรูปแบบตามที่วารสารกำหนด เป็นไปตามมาตรฐาน

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬามหาวิทยาลัยทักษิณ มุ่งมั่นที่จะเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ด้วยความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ เป็นสื่อกลางสำหรับการแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็นประสบการณ์ทางด้านสาธารณสุข ตลอดจนสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงานวิชาชีพเพื่อพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพได้มาตรฐานที่กำหนด วารสารขอเชิญชวนผู้ที่มีผลงานด้านสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้อง ส่งผลงานเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์

ท้ายสุดนี้วารสารขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจวารสารนี้ (<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jphri/index>) หากมีข้อเสนอแนะประการใดกรุณาส่งมาได้ที่กองบรรณาธิการวารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข btum@tsu.ac.th จะเป็นพระคุณยิ่ง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตัม บุญรอด

บรรณาธิการวารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สามคลินิกโรคไต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี The effect of program slowing progression of chronic kidney on perceptual behavior of patients with stage three chronic kidney disease at the nephrology clinic in a Surat Thani Hospital จันทน์ นิลพัฒน์ Jantane nilphat	1
ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง The Effect of a Health Behavior Modification Program for Older Adults with Uncontrolled Type 2 Diabetes,Bang Kaeo District, Phatthalung Province นูรีมาน มะสาและ, อรณิชา สอนรัตน์, ถนอมขวัญ เบื้องบน, ธัชกร สุทธิดาจันทร์, วิชาดา สิมลา Nureeman masaleh, Oranicha Sonrat, Thanomkhwan Beangbon, Thachkorn Suttidajan, Witchada Simla	14
ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษา โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง Effects of the Stimulate Language Development Program for Children Aged 2-5 Years with Delayed Development Through Parental Participation จินตนา คงจินดา Jintana kongjinda	26
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี Factors Associated with Glycemic Control among Diabetes Mellitus Patients in Primary Care Unit: Beung Bon, Nongsue District, Pathumtani Province โสวณี มุกนพรัตน์, นิชาพร ชูช่วย Sowanee Muknopparat, Nichaporn Chuchuy	41

JPHRI

วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข

Journal of Public Health Research and Innovation



Original research

Citation:

จันทน์ นิลพัฒน์. ผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม คลินิกโรคไต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2567;2(1):1-13.

ผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม คลินิกโรคไต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

จันทน์ นิลพัฒน์¹

¹โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยเฉพาะระยะที่ 3 เป็นระยะที่สามารถชะลอเพื่อไม่ให้ไปสู่ระยะบำบัดทดแทนไตซึ่งแสดงให้เห็นว่าถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมจะนำไปสู่การบำบัดทดแทนไต ดังนั้นหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับรู้ของโรคไตเรื้อรัง และมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจะสามารถช่วยให้การดำเนินโรคของโรคไตช้าลง

วิธีการศึกษา: วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน และหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) วัดอุปประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม คลินิกโรคไต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการคลินิกโรคไตที่มีมารับบริการตั้งแต่ระยะที่สาม จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และ กลุ่มควบคุม 30 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ คู่มือโปรแกรมชะลอไตเสื่อม 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อม ที่มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.98 และค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Fisher exact test, Paired t-test, Independent t-test

ผลการศึกษา: หลังเข้าร่วมโปรแกรมชะลอไตเสื่อมพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (p-value < 0.05)

สรุปผล: วิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการด้านสุขภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สามให้มีพฤติกรรมการรับรู้ และเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ถูกต้อง

คำสำคัญ: โปรแกรมชะลอไตเสื่อม, พฤติกรรมการรับรู้, โรคไตเรื้อรังระยะที่สาม

วันที่รับ: 5 ก.พ. 2567

วันที่แก้ไข: 26 มี.ค. 2567

วันที่ตอบรับ: 25 เม.ย. 2567

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

จันทน์ นิลพัฒน์;

Email: jantanee.2004@gmail.com

Original research

Citation:

Jantane nilphat. The effect of program slowing progression of chronic kidney on perceptual behavior of patients with stage three chronic kidney disease at the nephrology clinic in a Surat Thani Hospital Journal of Public Health Research and Innovation. 2024;2(1):1-13.

The effect of program slowing progression of chronic kidney on perceptual behavior of patients with stage three chronic kidney disease at the nephrology clinic in a Surat Thani Hospital

Jantane nilphat¹

¹Surat Thani Hospital, Surat Thani Province

Abstract

Background: Patients with chronic kidney disease, especially stage 3, a stage that can be delayed so as not to enter the kidney replacement therapy stage.

Methods: This research was a quasi-experimental study with two-group pretest posttest design. The objective of this study was to study the effect of program slowing progression of chronic kidney on perceptual behavior of patients with stage three chronic kidney disease at the nephrology clinic in a Surat Thani hospital. The sample group consisted of 60 patients with stage 3 chronic kidney disease who were divided into an experimental group and control group with 30 respondents each, by using purposive sampling. The tools used in this research were: 1) The program slowing progression of chronic disease, and 2) The tools used for collecting data that are a knowledge measure about chronic kidney disease and complications from the third stage of chronic kidney disease and a questionnaire on behavioral perceptions of patients with chronic kidney disease to slow down kidney deterioration. The content validity was verified by experts index was 0.98. The reliability was determined by Cronbach's alpha coefficient which was 0.96. Data were analyzed using descriptive statistics, namely frequency, percentage, and standard deviation, and inferential statistics, namely Chi-square test, Fisher exact test, independent t-test and dependent t-test.

Results: The results showed that after participating in the program slowing progression of chronic kidney on perceptual behavior of patients with stage three chronic kidney disease between the experimental group and the control group was significantly different at ($p < 0.05$).

Conclusions: The results show that the program slowing progression of chronic kidney can be applied to provide health services to care for patients with chronic kidney disease stage three to have proper awareness behavior and see the importance of taking care of their health.

Keywords: Program slowing progression of chronic kidney, Perceptual behavior of patients, Three chronic kidney disease

Received: 5 Feb 2024

Revised: 26 Mar 2024

Accepted: 25 Apr 2024

Correspondence to:

Jantane nilphat;

Email: jantane.2004@gmail.com

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของอเมริกาในปี 2019 เป็นสาเหตุหนึ่งที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นสูงสุด สูญเสียชีวิตไป 5.2 ล้านปี คิดเป็น 518.1 ปีต่อประชากร 100,000 คน¹ โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Kidney Disease, ESRD) ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องหรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน สถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบันหลังจากที่มีนโยบายทางสาธารณสุขให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตได้ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งสิ้นมากกว่า 170,000 ราย และมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 19,000-22,000 ราย² ซึ่งเป็นจำนวนที่แสดงถึงผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเท่านั้น ยังไม่ได้รวมกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังระยะแรกๆ ซึ่งคาดว่าจะมีจำนวนมากกว่า 8 ล้านคนทั่วประเทศ จากอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังและโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ทำให้โรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในอนาคตอย่างมาก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยควรให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไตให้ได้ผลดี อย่างไรก็ตาม อุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรัง และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายยังมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก โรคนี้นอกจากจะเป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน และยังเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในอนาคตอย่างมาก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น เพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดโรคไตระยะสุดท้าย³ สำหรับการรักษาโรคไตเรื้อรังในปัจจุบันมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยประกอบด้วย 1) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยการจัดการตนเอง เช่น ลดน้ำหนัก ในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน งดอาหารเค็ม หยดสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย

2) โภชนบำบัดโดยการจำกัดอาหารโปรตีน จำกัดโซเดียม และควบคุมระดับแคลเซียมฟอสเฟต 3) การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ ลดระดับไขมันในเลือด รักษาภาวะชด 4) หลีกเลี่ยงสารหรือยาที่เป็นพิษต่อไต และ 5) การบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การรักษาด้วยการฟอกเลือด (Hemodialysis) การล้างไตด้วยน้ำยาทางช่องท้อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) และการผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายไต (Kidney transplantation) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 จำเป็นต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตเพื่อชะลอของเสียออกจากร่างกาย ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วย แต่ยังมีข้อจำกัดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังบางรายไม่สามารถเข้าถึงการรักษาบำบัดทดแทนไตได้⁴ อาจด้วยเหตุผลของอายุที่มาก สภาพร่างกายที่ไม่ปลอดภัยต่อการผ่าตัด และขาดแคลนไตบริจาค ซึ่งหากไม่สามารถดูแลรักษาอย่างถูกต้อง มีโอกาสกลายเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดเท่านั้น ไม่ว่าจะเป็นการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้อง ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก และเป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพชีวิตก็ลดลงตามลำดับ การปลูกถ่ายไตในสถานการณ์ปัจจุบันยังมีจำนวนน้อย ดังนั้น สิ่งสำคัญที่สุดคือการดูแลตนเอง และการมีความรู้เรื่องโรคไต การรู้จักระวังเรื่องการรับประทานอาหาร การใช้ยาที่เหมาะสม วิธีการตรวจคัดกรองหน้าที่ไตเบื้องต้น เพื่อที่จะสามารถวินิจฉัยและรับการรักษาตั้งแต่นั้นๆ จนสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เฉลี่ยแล้วมีผู้รับบริการ 3,500 รายต่อวัน 171,120 รายต่อปี โดยเฉพาะคลินิกโรคไต จากสถิติปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 มีผู้รับบริการจำนวน 2,805, 2,903 และ 2,927 ราย ตามลำดับ พบว่า มีผู้รับบริการที่เป็นโรคไตระยะที่สามเข้ารับบริการ จากสถิติปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 มีผู้รับบริการจำนวน 324,334 และ 448 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 11.6, 11.5 และ 15.30 ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁵ และพบว่าผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหว รายได้ครอบครัวฐานะทางครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นต้น⁶ ส่งผลให้ผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถรักษาแบบประคับประคองได้สำเร็จ ส่งผลให้อาการแยลงและเสี่ยงต่อการเกิดไตวาย ผู้ป่วย

บางรายมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการเตรียมตัวในการรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม⁷

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม และเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ป่วยที่มาขอรับบริการมักจะเป็นโรคไตเรื้อรังในระยะที่สามถึงระยะสุดท้ายแล้ว โดยสาเหตุหนึ่งซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญคือ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะไตเสื่อมหรือเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะไหน และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในคลินิกโรคไตพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมมารับรู้เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ไม่เหมาะสม ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา หรือการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี และผู้ป่วยบางรายยังมีความวิตกกังวลว่าเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังแล้ว นอกจากจะรักษาไม่หายแล้วยังต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก และอาจส่งผลต่อการสูญเสียชีวิต จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยตระหนักถึงแนวทางการส่งเสริมการรับรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองทั้งด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยาหรือการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี เพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายบุคคล

ดังนั้นจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมมารับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สามคลินิกโรคไต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สามก่อนและเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL⁷ มาใช้เป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดและกำหนดเป็นขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมมารับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะที่สามได้อย่างครบถ้วน

สามารถลดและจัดการความเครียดได้ตามอาการของแต่ละบุคคล และชะลอการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน และหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมมารับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม คลินิกโรคไต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567

กลุ่มประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่สามที่มารับการในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในช่วงเดือน ธันวาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 840 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการคลินิกโรคไตตั้งแต่ระยะที่สามที่มารับบริการคลินิกโรคไต ได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่อ่านออกเขียนได้ และใช้ smart phone คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยการเลือก Means : difference between two independent means (Two groups) และกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.82 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ .05 ($\alpha = .05$) และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ระดับ 0.80 จากค่าอิทธิพลของงานวิจัยที่ได้ศึกษามีค่าเท่ากับ 1.29 มีค่ามากกว่า 0.80 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จึงใช้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 27 ราย คำนวณตัวอย่างเพื่อทดแทนการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10⁸ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) 1) อายุระหว่าง 20 - 70 ปี 2) ผู้รับบริการที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตระยะที่สาม 3) มีสติสัมปชัญญะดี

ไม่มีปัญหาการสื่อสาร ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น
4) มีโทรศัพท์ และหมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้ และ
5) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออกผู้
ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria) 1) ผู้รับบริการที่ไม่
มารับบริการตามนัดในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูล และ 2) ผู้ไม่
ให้ความยินยอมในการให้ข้อมูล

โดยผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใน
กลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง
(Contamination) และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่ม
ทดลองเมื่อกลุ่มควบคุมคนสุดท้ายดำเนินการเสร็จสิ้น ในการ
ศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อ
พฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม และกลุ่ม
ควบคุมได้รับการพยาบาลในรูปแบบปกติ

ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย หากพบว่า
มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการของโรคกำเริบจะพิจารณาให้
กลุ่มตัวอย่างหยุดเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งส่งผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อ
ดำเนินการรักษาอาการให้ดีขึ้นในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ไม่
พบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ และ ส่วนที่ 2
แบบสอบถามพฤติกรรมความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อ
ชะลอไตเสื่อม จำนวน 45 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้าน
การรับประทานอาหาร จำนวน 23 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้านลบ
17 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 5-12, 14-16, 18 และ 22 ด้านการรับ
ประทานยาและการใช้ยา จำนวน 11 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้าน
ลบ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 29, 31, 33, 35 และ 36 ด้านการออก
กำลังกาย จำนวน 6 ข้อ และการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม
จำนวน 4 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้านลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 45 เป็น
คำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ⁹ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย
4.50-5.00 มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 มาก คะแนน
เฉลี่ย 2.50-3.49 ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 น้อย และ
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 น้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมชะลอไต
เสื่อมต่อพฤติกรรมความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม
คลินิกโรคไต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยนำแนวคิดของแบบ

จำลองฟรีซีด ที่ครอบคลุมปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม
โดยมีกระบวนการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ปัจจัยนำ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและให้
ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ระยะเวลา 40 นาที เครื่องมือประกอบด้วย

1.1 แผนการสอนเรื่องโรคไตเรื้อรัง การรับ
ประทานอาหาร เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา
โปสเตอร์อาหาร สื่อวีดิทัศน์ที่ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์
ความหมายของโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วย และนำ
เสนอตัวแบบในการดูแลตนเองที่เหมาะสม

1.2 แผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัวของไตวาย
เรื้อรังระยะที่สามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับวิถี
ทัศน์เพื่อสอนรายบุคคล และให้ผู้ป่วยนำไปทบทวนข้อมูลที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนการ
ให้ความรู้ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เมื่อสิ้นสุดการสอนโดย
การสร้างการรับรู้และการทบทวนเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมใน
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ระยะเวลา 1 ชั่วโมง กิจกรรม
ประกอบด้วย

- การเสนอตัวแบบด้านลบ ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
ระยะที่สาม เล่าเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยและความรู้สึก
เมื่อป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่สาม

- การดำเนินชีวิตก่อนและหลังป่วยด้วยโรคไต
เรื้อรังระยะที่สามและระยะสุดท้าย

- ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเอง
ความไม่มั่นใจเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากภาวะ
ไตวายเรื้อรังระยะที่สามและระยะสุดท้าย ระยะเวลา ค่าใช้จ่าย
ความยุ่งยากซับซ้อนของการรักษา การเกิดจากโรคแทรกซ้อน
เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น

- ผลกระทบต่อบุคคลอื่นในครอบครัว หน้าที่
การงาน และบทบาทสังคม

- การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง โดยมีผู้สาธิต
การดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ แพทย์ โภชนากร เภสัชกร
พยาบาลวิชาชีพ เกมอ่านฉลากโภชนาการ เกมเลือกอาหาร เกม
จัดอาหาร สาธิตการออกกำลังกายด้วยยางยืด ออกกำลังกาย
ร่วมกันทุกครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 3 ปัจจัยเสริม ผู้วิจัยติดตามการสนับสนุนให้
กำลังใจและทบทวนและทบทวนความรู้ เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตาม

นัดที่คลินิกไต่ถาม เวลา 20 นาที โดยการเสริมแรงจูงใจ กิจกรรมประกอบด้วย การสาธิตการดูแลสุขภาพโดยมีผู้สาธิต ได้แก่ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลระหว่างผู้ป่วย และครอบครัว ตัดสินใจแก้ปัญหาสุขภาพเบื้องต้นร่วมกับ ครอบครัวผู้ป่วย สร้างความเชื่อมั่นและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือ โปรแกรมเชลลไต่ถาม ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม พฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อเชลลไต่ถาม เสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ เชี่ยวชาญด้านวิชาการ และวิชาชีพ เพื่อตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา ความครอบคลุมทางเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของ ภาษา พิจารณาความสอดคล้อง ระหว่างสาระคำถามกับนิยาม ตัวแปร รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและนำไปหาค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดย แบบสอบถามพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อ เชลลไต่ถาม ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.98 ซึ่งค่า ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ที่ยอมรับได้ คือ 0.80 ขึ้นไป และค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขออนุญาตรับรองจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พร้อมโครงร่างวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขออนุมัติในการดำเนินการวิจัย
2. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตดำเนินงานวิจัย พร้อมชี้แจง วัตถุประสงค์ และผลประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้
3. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนัดหมาย กับกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำตัวกับกลุ่มทดลองเพื่อขอความร่วมมือ ในการเข้าโครงการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประโยชน์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรม และ อธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และให้ กลุ่มทดลองลงนามในแบบฟอร์มใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หลังจากนั้นจึงเริ่มดำเนินการตามที่กำหนดกับกลุ่มทดลอง และให้การพยาบาลในรูปแบบปกติกับกลุ่มควบคุม

4. นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ด้วย โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ แปลผล และสรุปผลการวิจัยต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. สัปดาห์ที่ 1-6 มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

1.1 ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) ให้กลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมดตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 โดยใช้แบบสอบถาม ส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน จากโรคไตเรื้อรังระยะที่สามและแบบสอบถามพฤติกรรมการ รับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อเชลลไต่ถาม

1.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการตามแผนการสอน สุขศึกษาที่กำหนด ในสัปดาห์ที่ 2-6 โดยมีกิจกรรมประกอบด้วย ความสำคัญของอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การให้ความรู้ เรื่องโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังระยะที่ สาม เช่น การบรรยายประกอบสื่อ และการชมวิดีโอเกี่ยวกับ โรคไตระยะที่สามความหมายของโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของ ผู้ป่วย และนำเสนอตัวแบบในการดูแลตนเองที่เหมาะสม การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การฝึกทักษะการจัดสัดส่วนอาหาร การรับประทานยา และการ ใช้ยา การออกกำลังกาย ด้วยการเรียนรู้เชิงรุก การสาธิตและ การฝึก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลระหว่างผู้ป่วย และครอบครัว การตัดสินใจแก้ปัญหาสุขภาพ และการสร้าง ความเชื่อมั่น ให้กำลังใจและติดตามสอบถามอย่างต่อเนื่อง

2. สัปดาห์ที่ 7-8 เก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมเชลลไต่ถาม (Post-test) กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบ ปกติโดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน จากโรคไตเรื้อรังระยะที่สามและแบบสอบถามพฤติกรรมการ รับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อเชลลไต่ถาม ซึ่งเป็นชุดเดียวกับ ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test)

3. สัปดาห์ที่ 9-12 เก็บรวบรวมข้อมูลเชลลไต่ถาม หลังดำเนินการทดลอง (Post-test) กลุ่มทดลอง โดยใช้แบบวัด ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง ระยะที่สามและแบบสอบถามพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรังเพื่อเชลลไต่ถาม ซึ่งเป็นชุดเดียวกับระยะก่อนการ ทดลอง (Pre-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Chi-square test, Fisher exact test 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับรู้ในการใช้โปรแกรมชะลอไตเสื่อมก่อนและหลังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) 3) เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการรับรู้ในการใช้โปรแกรมชะลอไตเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทีไม่อิสระ (Paired t-test)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ฉบับที่ 109/66 ลงวันที่ 12 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง 21 คน ร้อยละ 70.00 เพศชาย 9 คน ร้อยละ 30.00 มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 36.70 รองลงมาอายุอยู่ระหว่าง 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23.20 อายุเฉลี่ย = 54.53, SD = 14.60

สถานภาพคู่ ร้อยละ 53.40 รองลงมาสถานภาพโสด ร้อยละ 23.30 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.70 รองลงมาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 26.60 มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 36.70 รองลงมา ได้แก่ ผู้มีรายได้มากกว่า 20,001 บาท ร้อยละ 30.00 และสิทธิ์การรักษาใช้บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 76.70 รองลงมาใช้สิทธิ์ข้าราชการเบิกจ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 3.30

กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง 24 คน ร้อยละ 80.00 เพศชาย 6 คน ร้อยละ 20.00 มีอายุอยู่ระหว่าง 70 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 30.00 รองลงมา อายุระหว่าง 60-69ปี ร้อยละ 23.30 อายุเฉลี่ย = 59.10, SD = 12.80 สถานภาพคู่ ร้อยละ 40.00 รองลงมา มีสถานภาพโสด ร้อยละ 26.70 ระดับการศึกษา จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 60.00 รองลงมา ปริญญาตรี ร้อยละ 23.30 มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 50.10 รองลงมา อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 33.30 และใช้สิทธิ์การรักษาประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 70.00 รองลงมาใช้สิทธิ์ข้าราชการเบิกจ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 30.00 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และสถิติ Fisher exact test พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		χ^2 / F* (p-value)
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					0.800 (0.371)
ชาย	9	30.00	6	20.00	
หญิง	21	70.00	24	80.00	
อายุ					6.498* (0.261)
20 - 29 ปี	2	6.70	0	0.00	
30 - 39 ปี	3	10.00	3	10.00	
40 - 49 ปี	5	16.70	5	16.70	
50 - 59 ปี	11	36.70	6	20.00	
60 - 69 ปี	2	6.70	7	23.30	
70 ปีขึ้นไป	7	23.20	9	30.00	
Mean (SD)	54.53 (14.60)		59.10 (12.80)		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		χ^2 / F* (p-value)
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					4.746 (0.191)
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	9	30.00	3	10.00	
มัธยมศึกษา	11	36.70	18	60.00	
ปริญญาตรี	8	26.60	7	23.30	
สูงกว่าปริญญาตรี	2	6.70	2	6.70	
สถานภาพ					2.600 (0.627)
โสด	7	23.30	8	26.70	
คู่	16	53.40	12	40.00	
หม้าย	4	13.30	6	20.00	
หย่า	3	10.00	1	3.30	
แยกอยู่	0	0.00	3	10.00	
อาชีพ					2.730* (0.604)
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	13.30	2	6.70	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/รับจ้าง	12	40.00	17	56.60	
เกษตรกร/ทำงานบ้าน	9	30.00	8	26.70	
นักเรียน/นักศึกษา	1	3.30	0	0.00	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	13.30	3	10.00	
รายได้					7.688 (0.060)
ต่ำกว่า 5,000 บาท	3	10.00	4	13.30	
5,001 – 10,000 บาท	7	23.30	10	33.30	
10,001 – 20,000 บาท	11	36.70	15	50.10	
มากกว่า 20,001 บาท	9	30.00	1	3.30	
Mean (SD)	14,900.00 (7,186.43)		11,083.33 (4,263.72)		
สิทธิในการรักษาพยาบาล					2.730* (0.604)
สิทธิประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	23	76.70	21	70.00	
ประกันสังคม	3	10.00	0	0.00	
ชำระเงินเอง	0	0.00	0	0.00	
ข้าราชการเบิกจ่ายตรง/ รัฐวิสาหกิจ	4	3.30	9	30.00	

 χ^2 = Chi-square test

F* = Fisher exact test

จากผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ ชะลอไตเสื่อม กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม คลินิกโรคไต ก่อนและหลังเข้าร่วม ไตเรื้อรังระยะที่สามไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมชะลอไตเสื่อม พบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (p-value > 0.05) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม คลินิกโรคไต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมชะลอไตเสื่อมของกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายด้าน (n = 30)

พฤติกรรมการรับรู้	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		Mean different	95%CI		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		Lower	Upper		
1. ด้านการรับประทานอาหาร	4.21	0.247	4.23	0.242	-0.01884	-0.14546	-0.10777	-0.298	0.768
2. ด้านการรับประทานยา	3.91	0.268	3.69	0.277	-0.05278	-0.19371	-0.08815	-0.750	0.466
3. ด้านการออกกำลังกาย	3.13	0.291	3.10	0.278	-0.03333	-0.11414	-0.18081	-0.452	0.619
4. ด้านการดูแลตนเอง	3.50	0.321	3.55	0.330	-0.05000	-0.21864	-0.11864	-0.539	0.541

จากผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ ชะลอไตเสื่อม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม คลินิกโรคไต ก่อนและหลังเข้าร่วม ไตเรื้อรังระยะที่สามแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมชะลอไตเสื่อม พบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (p-value < 0.05) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สามคลินิกโรคไต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมชะลอไตเสื่อมของกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายด้าน (n = 30)

พฤติกรรมการรับรู้	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		Mean different	95%CI		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		Lower	Upper		
1. ด้านการรับประทานอาหาร	3.03	0.277	3.84	0.432	-0.81159	-0.99935	-0.62384	-9.535	<0.001
2. ด้านการรับประทานยา	3.15	0.248	3.94	0.248	-0.79444	-0.92280	-0.66609	-13.999	<0.001
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.90	0.417	3.55	0.268	-0.92778	-1.07176	-0.78380	-6.645	<0.001
4. ด้านการดูแลตนเอง	2.90	0.417	3.55	0.268	-0.65000	-0.83141	-0.46859	-6.645	<0.001

จากผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม คลินิกโรคไต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม คลินิกโรคไต ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ไตเรื้อรังระยะที่สาม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการรับรู้ของ (p-value > 0.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมชะลอไตเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการรับรู้	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Mean different	95%CI		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		Lower	Upper		
1. ด้านการรับประทานอาหาร	3.01	0.282	2.96	0.263	-0.05797	-0.08335	-0.19930	0.821	0.415
2. ด้านการรับประทานยา	3.15	0.248	3.05	0.273	-0.09722	-0.03790	-0.23234	1.440	0.155
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.90	0.417	2.98	0.214	-0.01667	-0.12751	-0.09417	-0.301	0.765
4. ด้านการดูแลตนเอง	2.90	0.417	3.29	0.254	-0.65000	-0.26045	-0.07712	-1.087	0.282

จากผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม คลินิกโรคไต หลังเข้าร่วมโปรแกรมการชะลอไตเสื่อม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรังระยะที่สาม คลินิกโรคไต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สามแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม หลังเข้าร่วมโปรแกรมชะลอไตเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการรับรู้	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Mean different	95%CI		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		Lower	Upper		
1. ด้านการรับประทานอาหาร	3.03	0.277	3.84	0.432	-0.81159	-0.99935	-0.62384	-8.653	<0.001
2. ด้านการรับประทานยา	3.15	0.248	3.94	0.248	-0.79444	-0.92280	-0.66609	-12.389	<0.001
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.96	0.213	3.88	0.331	-0.92778	-1.07176	-0.78380	-12.899	<0.001
4. ด้านการดูแลตนเอง	2.90	0.417	3.55	0.268	-0.65000	-0.83141	-0.46859	-7.172	<0.001

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม คลินิกโรคไต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ด้านพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม ก่อนและหลังใช้โปรแกรมชะลอไตเสื่อมของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมชะลอไตเสื่อม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สามอยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมชะลอไตเสื่อม สามารถมีแนวทางในการจัดการตนเอง มีการตั้งและกำหนดเป้าหมายของตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมทั้งในเรื่องการใช้ยา ลดรับประทานอาหารเค็ม และการจัดการอารมณ์ได้ดีขึ้น รวมทั้งมีการบันทึกประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองที่บ้าน มีความเชื่อมั่นและมีความกล้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง และสอดคล้องกับผลของการเข้าร่วมโปรแกรมชะลอไตเสื่อม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมรับรู้ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้าน

การดูแลตนเอง มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Panida¹⁰ พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง ระดับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ =68.3, SD=4.84 และ $\bar{X}$ =42.8, SD=6.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และโปรแกรมสนับสนุนส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสามารถส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีไตเสื่อมระดับ 3-4 และชะลอไตเสื่อมในระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อไป และเป็นไปในทิศทางเดียวกับนิซารีย์ ภูมิพาณิชย์ชัย¹¹ พบว่า กลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต มีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สามกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมชะลอไตเสื่อมของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบปกติ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการชะลอไตเสื่อม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมได้รับความรู้และคำชี้แนะเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อชะลอไตเสื่อม รวมทั้งได้รับความรู้ในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งสื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ และคู่มือที่จัดทำขึ้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคหากจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองและนำไปสู่ การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมอย่าง สม่าเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Duangdao¹² พบว่า คณะแผนกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยคณะแผนกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ($\bar{x} = 4.33$, S.D. = 0.16) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ($\bar{x} = 2.87$, S.D. = 0.28) และ จากผลของการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ ยังสะท้อนให้เห็นถึง พฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับ Beavis¹³ ที่กล่าวว่า การเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ สังคม การศึกษา ย่อมก่อให้เกิดการเรียนรู้ ที่มีวิธีการแตกต่างกันออกไป ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องให้การ ดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทั้งด้านการดูแลเรื่องการดื่มน้ำต่อวัน ให้เพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย หรือการ ปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการพูดคุย สอบถามถึงความต้องการและสภาพปัญหาเพื่อให้สามารถ ให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม อันจะส่งผลให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไปตามปัจจัยบุคคล และสอดคล้องกับ การวิจัยของ Suphap¹⁴ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเรื้อรัง สามารถชะลอไตเสื่อมได้จริง โดยมีค่าอัตราการกรองไตก่อนศึกษา และหลังศึกษาไม่แตกต่างกันที่ 43.02 ± 6.88 มิลลิลิตร/นาที่/ 1.73 เมตร² และ 43.29 ± 10.47 มิลลิลิตร/นาที่/ 1.73 เมตร² ตามลำดับ ซึ่งหากเปรียบเทียบระดับค่าการกรองไตที่ลดลง ในปีที่ 2 พบว่า คลินิกโรคไตเรื้อรัง (control) มีค่า -3.61 ± 7.52 มิลลิลิตร/ นาที่/ 1.73 เมตร² และในคลินิกโรคไตเรื้อรังมีค่า -0.14 ± 7.42 มิลลิลิตร/นาที่/ 1.73 เมตร² โดยระดับค่าการกรองไตที่ลดลงในปีที่ 2 ของคลินิกโรคไตเรื้อรังลดลงน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$

สรุปผล

จากผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรับรู้ของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะที่สาม คลินิกโรคไต ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมชะลอไตเสื่อม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เมื่อ เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม คลินิกโรคไต หลังเข้าร่วมโปรแกรมการชะลอไตเสื่อม ระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมกรรับรู้ของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะที่สาม ที่ได้จากการพัฒนาในครั้งนี้ไปประยุกต์ ใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาล รวมทั้งสามารถขยายผลไปใช้ในหน่วยงานพิเศษต่างๆ ในแผนก ผู้ป่วยนอก

2. ด้านการศึกษา โปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรม กรรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สามสามารถนำไปเป็น แนวทางในการวิจัยออกแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน โรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลทั่วไป หรือหอ ผู้ป่วยใน เป็นต้น

3. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลควรมี การศึกษาพฤติกรรมกรดูแลตนเองในเชิงลึกของแต่ละ ประเด็น เพื่อให้ทราบข้อมูลด้านพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลตนเอง และการรับประทายยาที่ แม่นยำ ชัดเจน และเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการจัดระบบการ ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ ตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

ข้อจำกัดของการวิจัย

ด้วยปัญหาด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม คลินิกโรคไต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ส่งผลต่อระยะเวลาใน กระบวนการดำเนินงานวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ควรเพิ่ม ระยะเวลาในพัฒนาโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมกร รับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม ที่ส่งเสริมให้เกิดการ

บริการที่เป็นเลิศ ถึง 6 เดือน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สามได้อย่างแม่นยำมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ส่งผลให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Pan American Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and delivering high quality care for chronic noncommunicable diseases in the Americas. Washington, DC: PAHO. 2013.
2. Kidney Association of Thailand. Medical practice recommendations for the care of patients with chronic kidney disease before kidney replacement therapy, (revised edition). Kidney Association of Thailand: Sri Muang Printing. 2022.
3. Laongdao T. Results of the model for slowing down kidney deterioration in patients with stage 3 chronic kidney disease in Noen District Maprang, Phitsanulok Province. Master of Nursing Science Thesis, Sukhothai Thammathirat University. 2016. (In Thai).
4. Chomthitapa S. Results of the self-management program to delay kidney deterioration in patients with chronic kidney disease stage 3b, Pha Khao Hospital, Loei Province. Journal of Health and Environmental Studies.2023; 8(2): 184-172. (In Thai).
5. Medical record information. Medical record information for the year 2022. Surat Thani Hospital. 2022.
6. Apiradee A, Chitchanok R. Factors affecting the refusal of dialysis in patients with end-stage renal disease who exercise their rights to universal health coverage in Uttaradit Province. Boromarajonani College of Nursing Journal Uttaradit.2018.;10(2): 29-43. (in Thai)
7. Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Operational manual for reducing chronic kidney disease (CKD) in patients with diabetes and high blood pressure. Nonthaburi: Printing Business Office War Veterans Organization Under the Royal Patronage; 2016. (in Thai)
8. Polit, D.F. and Beck, C.T. (2010) Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. 7th Edition, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
9. Buarat S. Study documents business research design Data collection. inquiry design and sample selection”. Chiang Mai: Faculty of Business Administration. 2017.
10. Panida R. Effects of a self-management support program to delay kidney deterioration on self-management behavior and clinical outcomes in patients with type 1 diabetes. 2 of Samran Subdistrict Health Promoting Hospital. Journal of the Khon Kaen Provincial Public Health Office .2022; 4(2): 209-224. (in Thai)
11. Nitcharee P. The Effectiveness of an Education Program on Behavioral Slow Renal Progression in Chronic Kidney Disease Clinic, Phon Hospital, Phon District, Khon Kaen Province. 2024; 12(2), 123-133. (in Thai)
12. Duangdao A, Yaneekorn S, Phadungsit C. Effects of a health behavior modification program to delay kidney deterioration in diabetic patients. high blood pressure Keng Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Maha Sarakham Province. Keng Subdistrict Health Promoting Hospital. 2019. (in Thai)

13. Beavis J, Sobey B, Holt S. Individual versus group chronic kidney disease education [monograph on the Internet]. Maryland: Royal Melbourne Hospital Nephrology Parkville Australia. 2020.
14. Suphap S. Efficiency of the Program for Slowing Progression of Chronic Kidney Disease in Stage 3 CKD Patients of CKD Clinic: U-Thong Hospital Suphan Bur. Region 4-5 Medical Journal. 2021; 40(2): 255-267. (in Thai)

Original research

Citation:

นุรีมาน มะสาและ¹, อรณิชา สอนรัตน์,
ณอมขวัญ เบื้องบน, ธัชกร สุทธิดาจันทร์,
วิชาดา สิมลา. ประสิทธิผลของ
โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง. วารสาร
วิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข.
2567;2(1):14-25.

วันที่รับ: 22 เม.ย. 2567

วันที่แก้ไข: 27 เม.ย. 2567

วันที่ตอบรับ: 30 เม.ย. 2567

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

วิชาดา สิมลา;

Email: switchada@tsu.ac.th

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง

นุรีมาน มะสาและ¹, อรณิชา สอนรัตน์¹, ณอมขวัญ เบื้องบน², ธัชกร สุทธิดาจันทร์², วิชาดา สิมลา¹

¹คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

²โรงพยาบาลบางแก้ว จังหวัดพัทลุง

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นมีโอกาสที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุนี้จะช่วยลดปัญหาอาการแทรกซ้อนดังกล่าวได้

วิธีการศึกษา: การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มีอายุ 60-89 ปี ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบางแก้ว และกลุ่มผู้ดูแล กลุ่มทดลองจำนวน 47 คน เป็นผู้สูงอายุ 24 คน และผู้ดูแลจำนวน 23 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 45 คน เป็นผู้สูงอายุ 24 คน และผู้ดูแล 21 โดยโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบไปด้วย ใบสะสมแต้มระดับน้ำตาลในเลือด แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน การบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด นำตัวแบบด้านบวกมาเล่าประสบการณ์ และการติดตามเยี่ยมบ้าน ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired t-test , Wilcoxon Sign Rank test และสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา: ผู้สูงอายุมีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร คะแนนพฤติกรรมการรับประทานยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สำหรับกลุ่มผู้ดูแล พบว่าความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p\text{-value} < 0.05$) หลังจากการทดลองพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($p\text{-value} < 0.05$) แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

สรุปผล: การจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดอบรมให้ความรู้ผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลง

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้, ผู้สูงอายุ

Original research

Citation:

Nureeman masaleh, Oranicha Sonrat, Thanomkhwan Beangbon, Thachkorn Suttidajan, Witchada Simla. The Effect of a Health Behavior Modification Program for Older Adults with Uncontrolled Type 2 Diabetes, Bang Kaeo District, Phatthalung Province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2024;2(1):14-25.

Received: 22 Apr 2024

Revised: 27 Apr 2024

Accepted: 30 Apr 2024

Correspondence to:

Witchada Simla;

Email: switchada@tsu.ac.th

The Effect of a Health Behavior Modification Program for Older Adults with Uncontrolled Type 2 Diabetes, Bang Kaeo District, Phatthalung Province

Nureeman masaleh¹, Oranicha Sonrat¹, Thanomkhwan Beangbon², Thachkorn Suttidajan², Witchada Simla¹

¹Faculty of Health and Sport Science, Thaksin University, Phatthalung.

²Bang Kaew Hospital, Phatthalung Province

Abstract

Background: Elderly individuals with uncontrolled diabetes have a higher risk of developing various complications. Modifying the behaviors of this elderly can help reduce the occurrence of complications

Methods: This quasi-experimental research study was aimed to determine the effect of a health behavior modification program for older adult with uncontrolled type 2 diabetes (DMT2). The sample comprise uncontrolled (DMT2) older adult patients, aged 60-89 years. who were attending a diabetes clinic at Bang Kaeo Hospital and caregivers. The experimental group of 47 were 24 elderly and 23 caregivers. The control group of 45 were 24 elderly and 21 caregivers. The research activities included blood sugar level accumulation card and knowledge brochures about Diabetes Complications, recording blood sugar levels, role model to share experiences and home visits. Data were analyzed by Paired t-test, Wilcoxon Signed Ranks test and Mann-Whitney U test.

Results: Attitude about diabetes, food consumption behavior score and behavior score of food consumption and medicine usages between the experimental and control group were significantly different (p-value < 0.05). Knowledge and attitude about diabetes for caregivers. between the experimental and control group were significantly different (p-value < 0.05) and blood sugar level (FBS) posttest and pretest were significantly different (p-value < 0.05), but blood sugar level (FBS) between the experimental and control group were not significantly different.

Conclusions: The activities that focus on behavior modification and should have training to educate the caregiver motivates patients to change their behavior and then reduce their fasting blood sugar (FBS) levels.

Keywords: Type 2 Diabetes, Uncontrolled blood sugar level, Older adults

บทนำ

โรคเบาหวานประเภทที่ 2 เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นผลเริ่มแรกจากการที่เซลล์ของร่างกายไม่สามารถตอบสนองได้ต่ออินซูลินอย่างเต็มที่สถานการณ์ที่เรียกว่า ภาวะดื้ออินซูลิน โดยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 มักพบเห็นได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาของสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่าในปี พ.ศ. 2560 มีการประเมินว่ามีผู้ป่วยเบาหวานรวม 425 ล้านรายทั่วโลก แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 98 ล้านราย และช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 327 ล้านราย และคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านรายทั่วโลก โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 191 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ที่ร้อยละ 94.8 และในช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 438 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ที่ร้อยละ 33.9¹ ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุจะสูงกว่าช่วงวัยทำงาน ซึ่งปัจจัยที่ทำให้จำนวนผู้ป่วยในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาจากการก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ จึงทำให้ประชากรมีอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดและจะมีผู้สูงอายุ 1 คนในทุกๆ 5 คนเป็นโรคเบาหวาน สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน

ในจังหวัดพัทลุง พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดจำนวน 25,696 คน ในเขตอำเภอบางแก้ว มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในปี พ.ศ. 2559-2563 คิดเป็นร้อยละ 52.22, 51.96, 42.24, 43.41 และ 42.49 ตามลำดับ² ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อาจทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวาน และเมื่อไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ จอประสาทตาผิดปกติ โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 20-40 มี

โอกาสเกิดภาวะโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease, DKD) และมักมีการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) และเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) ในที่สุด หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที หากมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรคดังกล่าว จะช่วยให้ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงลดค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปกับการรักษาโรคแทรกซ้อน³ จากการลงพื้นที่ไปเก็บข้อมูลจากชุมชนพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุในอำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น เกิดจากหลายๆ ปัจจัย เช่น การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถหามใจในการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูงได้ เช่น การรับประทานผลไม้ตามฤดูกาล ได้แก่ ทุเรียน เงาะ ผู้สูงอายุจะมีการรับประทานผลไม้ในปริมาณที่มากเกินไปจนความเหมาะสม มีการรับประทานยาผิดวิธี และผู้ดูแลมีการชักชวนให้รับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง จึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากสาเหตุดังกล่าวเป็นการศึกษาในขั้นต้นเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้วิจัยจึงได้ใช้ทฤษฎี Precede-Proceed Model ในขั้นตอนที่ 4 มาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย และใช้ในการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในอำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ คะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและยา ระดับน้ำตาลในเลือด และเพื่อเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติในผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยกลุ่มทดลองที่มีการวัดและการประเมินผลในกลุ่มทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group Pretest Posttest Design)

ประชากร

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือดได้ ไม่มีโรคร่วม และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 219 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานจากแพทย์มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี มีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) > 7% ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยในบ้านเดียวกับผู้ป่วย สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการอ่าน การฟัง และการเขียนได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ขณะเข้าร่วมโปรแกรมมีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมต่อไปได้ หรือย้ายสถานรับบริการ สาธารณสุข

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน two independent group

$$\text{group } n = \frac{2\sigma^2 \left(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta} \right)^2}{\left(\mu_1 - \mu_2 \right)^2}$$

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้กลุ่มละ 21 คน

เพื่อป้องกันการออกจากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย 10% $n_{\text{adj}} = n / (1 - d) = 21 / (1 - 0.1) = 24$

สรุปได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 47 คน (เป็นผู้สูงอายุ 24 คน และผู้ดูแลจำนวน 23 คน) กลุ่มควบคุมจำนวน 45 คน (เป็นผู้สูงอายุ 24 คน และผู้ดูแล 21 คน)

การสุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – stage random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวาน 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการรักษา ระดับน้ำตาลในเลือด 2) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นแบบสอบถามแบบมาตรา

ลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยแบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆ ครั้ง บางครั้ง และไม่เคยเลย ซึ่งผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยา ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ซึ่งผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน 2) แบบสอบถามความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยมีด้านสาเหตุ จำนวน 2 ข้อ ด้านอาการของโรคเบาหวาน จำนวน 2 ข้อ ด้านการดูแลตัวเอง 2 ข้อ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับประทานยา 2 ข้อ และด้านภาวะแทรกซ้อน จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งหมด 15 ข้อ เป็นด้านการวินิจฉัย 1 ข้อ คำถามเลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ใช่ และไม่ใช่ 3) แบบสอบถามทัศนคติในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยแบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.91 ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์ระดับความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ที่ผลของระดับความเชื่อมั่น 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินวิจัยในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563-กุมภาพันธ์ 2564 จำนวน 8 สัปดาห์ แบ่งเป็น 5 ขั้นตอนรวม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เก็บแถม ลดได้ให้รางวัล มีการชี้แจงการใช้ใบสะสมแถม และการสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

กิจกรรมที่ 2 กินดี กินเป็น มีการบรรยายความรู้ในด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และมีกิจกรรมให้กลุ่มทดลองช่วยกันคิดเมนูอาหารที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการอาหาร

กิจกรรมที่ 3 หยุดยา (เอง) Start โรค มีการบรรยายเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม วิธีการเก็บรักษายาที่เหมาะสม ความสำคัญของการไปพบแพทย์ตามนัด และมีการสร้างความตระหนักโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับผลของการหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรม My Idol เราก็กินได้ มีการนำตัวแบบด้านบวกซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและครอบครัวหรือผู้ดูแลที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมาเล่าประสบการณ์ และ มีการระดมความคิดเกี่ยวกับทัศนคติต่อการปฏิบัติตนด้านอาหารและยา

กิจกรรมที่ 5 รู้ทันสื่อ เข้าใจตัวเองการ มีการบรรยายเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับความหมาย ประโยชน์ และโทษของสื่อสังคมออนไลน์ และมีการแสดงบทบาทสมมติตามเหตุการณ์ที่กำหนดให้ เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการบรรยายมาประยุกต์ใช้

กิจกรรมที่ 6 รู้จักเขา ดูแลได้ โดยที่ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน โภชนาการอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาและการเก็บรักษาที่เหมาะสม และความสำคัญของการไปพบแพทย์ตามนัดและสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ชักนำสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 7 ติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยจะมีการติดตามเยี่ยมบ้านของแต่ละคน โดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์ในการปฏิบัติที่ผ่านมามีปัญหาหรืออุปสรรคอย่างไรในการปฏิบัติ และมีการนำผลปัญหาที่พบจากการทำแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ที่กลุ่มตัวอย่างต้องมีการปรับ และหาวิธีแก้ปัญหาร่วมกัน และพร้อมให้กำลังใจผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในการปฏิบัติตัวที่ดีต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับน้ำตาลในเลือด

และระยะเวลาในการรับการรักษาเบาหวาน ใช้จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ การวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test ใช้สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ สถิติ Wilcoxon Sign Rank test ใช้สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ การวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ใช้สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ (COA NO. TSU 2020 -088)

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.2 เพศชาย ร้อยละ 20.8 มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี ร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ 60 – 69 ปี ร้อยละ 37.5 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 73.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 54.2 รองลงมาคือ หม้าย ร้อยละ 33.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75 รองลงมาคือ ไม่ได้เรียน และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 8.3 ผู้สูงอายุว่างงานร้อยละ 54.2 รองลงมาคือ เกษตรกรรม ร้อยละ 12.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 79.2 และรองลงมาคือ รายได้ต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 16.6 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 3,000 บาท พิสัยควอไทล์เท่ากับ 3,300 และในกลุ่มควบคุมพบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.0 เพศชาย ร้อยละ 25.0 มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.2 รองลงมาคือ 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 อายุเฉลี่ยร้อยละ 71.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.2 สถานภาพสมรส ร้อยละ 54.2 รองลงมาคือหม้าย ร้อยละ 37.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75 รองลงมาคือไม่ได้เรียน ร้อยละ 12.5 ผู้สูงอายุว่างงาน ร้อยละ 58.3 รองลงมาคือเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 20.9 รายได้ต่อเดือน ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 75.0 และรองลงมาคือ รายได้ต่อเดือน 5001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 16.6 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 900 บาท พิสัยควอไทล์เท่ากับ 5,050 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มควบคุม (n=24)	
	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)
เพศ				
ชาย	5	20.8	6	25.0
หญิง	19	79.2	18	75.0
อายุ				
60-69	9	37.5	9	37.5
70-79	10	41.7	13	54.2
80-89	5	20.8	2	8.3
Median (IQR) : Min - Max	73.5 (12.0) : 60 - 88		72.5 (9.0) : 61 - 86	
สถานภาพ				
โสด	1	4.2	1	4.2
คู่	13	54.2	13	54.1
หม้าย	8	33.3	9	37.5
หย่า	2	8.3	1	4.2
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	2	8.3	3	12.5
ประถมศึกษา	18	75.0	17	70.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	8.3	1	4.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	4.2	2	8.3
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	4.2	1	4.2
อาชีพปัจจุบัน				
ไม่ได้ทำงาน	13	54.2	14	58.3
รับจ้าง	2	8.3	0	0
ค้าขาย	4	16.7	2	8.3
เกษตรกรรม	3	12.5	5	20.9
ข้าราชการบำนาญ	1	4.2	1	4.2
ช่างไม้ และธุรกิจส่วนตัว	1	4.2	2	8.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(บุคคล)				
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	19	79.2	18	75.0
5,001-10,000 บาท	4	16.6	4	16.6
10,001-15,000 บาท	1	4.2	1	4.2
20,001- 25,000 บาท	0	0	1	4.2
Median (IQR) : Min - Max	3,000 (3,300) : 500 - 15,000		900 (5,050) : 600 - 23,000	

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มควบคุม (n=24)	
	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)
ระยะเวลาการเข้ารับการรักษ(ปี)				
1 – 5 ปี	12	50.0	12	50.0
6 – 10 ปี	7	29.2	7	29.2
11 – 15 ปี	2	8.3	2	8.3
16 – 20 ปี	3	12.5	3	12.5
Median (IQR) : Min - Max	10.0 (11.0) : 1 - 20		6.5 (7.0) : 1 - 20	

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อน – หลังเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ค่ามัธยฐานของคะแนนทัศนคติเท่ากับ 59.5 พิสัยควอไทล์เท่ากับ 5.0 หลังการทดลองค่ามัธยฐานของคะแนนเท่ากับ 69.0 พิสัยควอไทล์เท่ากับ 3.1 และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองมีค่ามัธยฐานของคะแนนเท่ากับ 61.0 พิสัยควอไทล์เท่ากับ 4.2 หลังการทดลองค่ามัธยฐานของคะแนนเท่ากับ 60.4 พิสัย ควอไทล์เท่ากับ 3.9 และพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.274) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 2

พฤติกรรมการรับประทานอาหารเมื่อเปรียบเทียบก่อน – หลังเข้าร่วมงานวิจัยในกลุ่มทดลอง พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ก่อนการทดลองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 61.5 พิสัยควอไทล์เท่ากับ 6.0 หลังการทดลองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 69.5 พิสัยควอไทล์เท่ากับ 4.0 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการ

ทดลองคะแนนค่ามัธยฐานเท่ากับ 62.8 พิสัยควอไทล์เท่ากับ 6.6 หลังการทดลอง ค่ามัธยฐานเท่ากับ 62.6พิสัยควอไทล์เท่ากับ 6.1 และพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.622) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 2

พฤติกรรมการรับประทานยาเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนของพฤติกรรมการรับประทานยาก่อน – หลังเข้าร่วมงานวิจัยในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 39.0 พิสัยควอไทล์เท่ากับ 4.0 หลังการทดลองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 44.0 พิสัยควอไทล์เท่ากับ 3.0 และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value <0.001) สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 42.5 พิสัยควอไทล์เท่ากับ 2.1 หลังการทดลองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 40.5 พิสัยควอไทล์เท่ากับ 5.0 และพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานทั้งก่อน – หลัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	Median (IQR)	Median (IQR)	
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน			
ก่อนการทดลอง	59.5 (5.0)	61.0 (4.2) [†]	<0.001*
หลังการทดลอง	69.0 (3.1)	60.4 (3.9) [†]	
p-value	<0.001 ^b	0.274 ^a	
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร			
ก่อนการทดลอง	61.5 (6.0)	62.8 (6.6) [†]	<0.001*
หลังการทดลอง	69.5 (4.0)	62.6 (6.1) [†]	
p-value	<0.001 ^b	0.622 ^a	
พฤติกรรมการรับประทานยา			
ก่อนการทดลอง	39.0 (4.0)	42.5 (2.1)	<0.001*
หลังการทดลอง	44.0 (3.0)	40.5 (4.5)	
p-value	<0.001 ^b	<0.001 ^b	

[†] Mean (Standard Deviation : SD)

* Mann Whitney U Test

^a Paired t-test, ^b Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้ดูแลเมื่อเปรียบเทียบก่อน – หลังเข้าร่วมงานวิจัยในกลุ่มทดลอง พบว่า จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้ดูแล ก่อนการทดลองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 11.0 พิสัยควอไทล์เท่ากับ 1.0 หลังการทดลองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 13.0 พิสัยควอไทล์เท่ากับ 2.0 และพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.452) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.003) ดังตารางที่ 3

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้ดูแล เปรียบเทียบก่อน – หลัง เข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มทดลอง พบว่า จากการ

ศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้ดูแล ก่อนการทดลองค่ามัธยฐานเท่ากับ 42.0 พิสัยควอไทล์เท่ากับ 2.0 หลังการทดลองค่ามัธยฐานเท่ากับ 46.0 พิสัยควอไทล์เท่ากับ 3.0 และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า จากการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้ดูแลก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 37.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.0 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 38.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.5 และพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.184) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.023) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ของผู้ดูแลทั้ง ก่อน – หลัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	Median (IQR)	Median (IQR)	
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน			
ก่อนการทดลอง	11.0 (1.0) [†]	11.5 (1.3)	0.003*
หลังการทดลอง	13.0 (2.0) [†]	11.6 (1.3)	
p-value	0.001 ^b	0.452 ^a	
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน			
ก่อนการทดลอง	42.0 (2.0) [†]	37.0 (6.0)	0.023*
หลังการทดลอง	46.0 (3.0) [†]	38.5 (4.5)	
p-value	<0.001 ^b	0.184 ^a	

[†] Mean (Standard Deviation : SD)
^{*} Mann Whitney U Test
^a Paired t-test, ^b Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test

ระดับน้ำตาลในเลือดเปรียบเทียบก่อน – หลัง เข้าร่วมงานวิจัย ของกลุ่มทดลอง พบว่า น้ำตาลในเลือดก่อนการทดลอง ค่ามัธยฐานเท่ากับ 141.0 ฟิสัยควอไทล์เท่ากับ 35.0 หลังการทดลอง ค่ามัธยฐานเท่ากับ 127.0 ฟิสัยควอไทล์เท่ากับ 50.0 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.018) สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองมีค่ามัธยฐาน

เท่ากับ 148.5 ฟิสัยควอไทล์เท่ากับ 61.0 หลังการทดลอง ค่ามัธยฐานเท่ากับ 148.5 ฟิสัยควอไทล์เท่ากับ 38.0 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.259) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.317) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง – กลุ่มควบคุม

น้ำตาลในเลือด (FBS)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	Median (IQR)	Median (IQR)	
ก่อนการทดลอง	141.0 (35.0)	148.5 (61.0)	0.317*
หลังการทดลอง	127.0 (50.0)	148.5 (38.0)	
p-value	0.018 ^b	0.259 ^b	

^{*} Mann Whitney U Test
^b Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test

อภิปรายผล

จากการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ทั้งนี้เนื่องมาจากกิจกรรมการให้ความรู้ในเรื่องของโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้เกิดความตระหนักและสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันของตนเอง

สอดคล้องกับผลการศึกษาของรังสิมา รัตนศิลา⁴ โดยผู้วิจัย ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัว แจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และสอดคล้องกับวิจัยของ สุทธิดา ไตรมาส และคณะ (2561) โดยมีการให้ความรู้ในเรื่องของโรคเบาหวานและโภชนาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และ ความสมดุลของอาหาร สอดคล้องกับงานวิจัยของธีรภาพ เสาทอง⁵ โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้ในเรื่องของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน

จากการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจาก กิจกรรมการจัดออกแบบจานอาหารให้เหมาะสมกับหลักโภชนาการอาหาร ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและการเล่นเกมทายคำ มีการนำตัวแบบด้านบวกซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและครอบครัวหรือผู้ดูแลที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมาเล่าประสบการณ์ในการเล่าประสบการณ์ของต้นแบบในโรคเบาหวาน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานตระหนักและทำให้ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชมนภรณ์ เจริญ, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, อำภพร นามวงศ์พรหม⁶ โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยา นำตัวแบบด้านบวกซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมาเล่าประสบการณ์และแจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน หลังได้รับโปรแกรม ด้านการรับประทานอาหาร หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีจำนวนมากกว่าก่อนเข้าร่วม ($p\text{-value} = 0.035$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตติกาล พรหมพาหกุล⁷ โดยผู้วิจัยวางแผนมื้ออาหาร และแลกเปลี่ยนอาหาร ผู้วิจัยติดตามกำกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ชื่นชมให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

จากการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยา พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้น โดยกิจกรรมให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าร่วมด้วย สร้างความตระหนักโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับผลของการหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการเก็บยา วิธีการแก้การลืมรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนุสรา วิโรจน์ภู⁸ ซึ่งผู้วิจัยได้มีการให้คำแนะนำ ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยา และให้ผู้ดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยในเรื่องของการเก็บยาที่ถูกต้อง สอดคล้องกับวิจัยของ นิตยาทิพย์ แสนแดง⁹ ซึ่งผู้วิจัยได้มีการให้คำแนะนำในเรื่องของพฤติกรรมการใช้ยา ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และการเกิดโรคโรคความดันโลหิตสูงจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง

ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มผู้ดูแล เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$) ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้น โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้และคำแนะนำการดูแล ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานให้กับผู้ดูแล โดยที่ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ชักนำสู่การกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยให้ผู้ดูแลมีการจัดยาในพื้นที่ที่เหมาะสมภายในบ้าน การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ การรับประทาน อาหาร และการรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อมรรัตน์ ภิรมย์ชม¹⁰ ให้ความรู้พฤติกรรมดูแลตนเอง ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และติดตามการรักษา ด้านสุขภาพอนามัยทั่วไป และการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน โดยเป็นการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานตระหนักถึงโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของพนมพร แก้วมูล และคณะ¹¹ ซึ่งมีการให้ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ฝึกทักษะการออกกำลังกาย ให้ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร และถอดบทเรียนร่วมกัน พบว่าเมื่อเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยความรู้ พบว่าหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยทุกด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ด้านทัศนคติในผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.023$) โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้และคำแนะนำ ในคู่มือจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับความหมาย ประโยชน์ บรรยายความรู้เกี่ยวกับการเลือกอาหาร สอนผู้ดูแลในเรื่องของการทำอาหารให้แก่ผู้ป่วย และสอนโภชนาการอาหารในผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจิตราวดี สอนวงศา¹² โดยผู้วิจัยได้จัดทำแผ่นพับเอกสารเกี่ยวกับเมนูอาหารสำหรับผู้ป่วย จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาล แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้โมเดลอาหารจำลอง บรรยายโดยนักโภชนาการ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยทุกด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ด้านค่าระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.317$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แต่เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.018$) ผลของระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลงหลังการเข้าร่วมการศึกษานี้ในกลุ่มทดลองสอดคล้องกับงานวิจัยของรัตนภรณ์ จินะวัฒน์¹³ โดยที่ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการวางแผนการดูแลตนเองฝึกทักษะการดูแลตนเองการออกกำลังกาย ให้ความรู้ภาวะโภชนาการที่ถูกต้อง การฝึกทักษะการแก้ปัญหาการจัดการด้านอารมณ์อย่างเหมาะสมการลดปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดหลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

สรุปผล

เมื่อเปรียบเทียบความรู้ทั่วไป ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับค่าระดับน้ำตาลในเลือด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ทัศนคติในผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ควรมีการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หน่วยงานสาธารณสุข เข้ามารณรงค์ถึงผลเสียทางด้านสุขภาพที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตระหนักถึงอันตรายของการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ในระยะยาว

1.2 โรงพยาบาลควรมีนโยบายในการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยคัดเตือนผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ไปตามนัดของโรงพยาบาลทุกครั้ง

1.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลในพื้นที่ หน่วยงานด้านสาธารณสุข มีการอบรมผู้ประกอบการร้านอาหาร ให้มีความรู้เกี่ยวกับหลักโภชนาการอาหารที่เหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา

2.1 ควรศึกษาการพัฒนาารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

2.2 ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

2.3 ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัย เพื่อที่สามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดได้

เอกสารอ้างอิง

1. Karuranga S, Malanda B, Saeedi P, Salpea P. IDF DIABETES ATLAS Ninth edition 2019. Atlas: IDF Diabetes Atlas; 2019.
2. Health Data Center .Diabetes at Bang Kaew. 2020. Available at : www.hdcservice.moph.go.th. Accessed on 23 April 2020.
3. Department of Disease Control.Diabetes. 2020.

- Available at: <https://ddc.moph.go.th>. Accessed on 23 April 2020.
4. Rattanasila R, Amnajsatseu K, Chansirikanj S, Klanklin S, Keadmongkol P. Effect of Case Management Program for Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus. 2015;29(1).
 5. Saotong T, Pichayapinyo P, Lagampan S. Effects of Behavior Change on Glycemic Control in Type 2 Diabetes Patients with Uncontrolled Blood Sugar. Journal of Health and Nursing Research. 2563;36(3):19-32.
 6. Charoen R, Pakdevong N, Namvongprom A. Effects of a Knowledge Development and Family Participation Program on Health Behaviors and Glycemic Control in Older Persons with Type 2 Diabetes. 2010;16(2).
 7. Prompahakul R, Wirojratana V, Wattakritkraileart D, Krainuwat K. The Effect of Self-regulation Program on Dietary Behavior among Older Adults with Uncontrolled Type 2 Diabetes. Nursing Science Journal of Thailand. 2563;38(2):32-45.
 8. Virojanakud N. Effects of a Knowledge Development self management and Participation of Care Giver Program on Level of Fasting Plasma Glucose and Delayed Progression of Diabetic Nephropathy in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus. Region 11 Medical Journal. 2560;31(1):41-48.
 9. Saendaeng N, Potisupsuk Ch. Effect of Drug use Behaviors Promotion Program in Elderly Patients with Non-Communicable diseases Khemarat District Ubonratchatani Province. Journal of Nursing and Health Care. 2561;36(3):33-41.
 10. Piromchom A, Hansakul A. Factors Influenced with Self-care Behaviors in Type II Diabetes Mellitus Patients in Nongbuarawae District, Chaiyaphum Province. 2555;19(1):1-10.
 11. Kaewmoon P., Nanthamongkolchai S, Munsawengsub Ch, Pitikultang S, Yodmai K. Health Promotion Program with Family Participation among Uncontrolled Type 2 Diabetic Elderly. Thai Journal of Health Education. 2563;43(2):119-33.
 12. Sornwongsa J. Development of a health promoting behavior model for uncontrolled diabetic patients using community participation. Nursing, Health, and Education Journal. 2563;3(1):46-55.
 13. Jerawatana R, Reutrakul S, Siripitayakunkit A. The Effect of Advanced Practice Nurse-Led Intervention Program on Outcomes in Diabetes Patients with Complex Problems. Rama nursing Journal. 2561;24(1):51-68.

Original research

Citation:

จินตนา คงจินดา. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2567;2(1):26-40.

ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

จินตนา คงจินดา¹

¹โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

บทนำ : เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษา หากผู้ปกครองมีความรู้ในการดูแล และส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้น

วิธีการศึกษา: วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน และหลังการทดลอง (One group pretest posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ถึงอันตราย ผลกระทบต่อพัฒนาการเด็ก และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปีของผู้ปกครอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ถึงอันตราย ผลกระทบต่อพัฒนาการเด็ก และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปี ของผู้ปกครอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือ พ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปี และเด็กอายุ 2-5 ปี มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าด้านภาษา รับบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - เดือนมกราคม 2567 จำนวน 30 คู่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้ เรื่อง พัฒนาการเด็ก แบบสอบถามการรับรู้ถึงอันตราย และผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปี ของผู้ปกครอง มีค่าความเชื่อมั่น 0.95, 0.98 และ 0.98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test

ผลการศึกษา: หลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลเรื่องพัฒนาการเด็ก การรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปี ของผู้ปกครอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุปผล: โปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ปกครองเพื่อเฝ้าระวังและเห็นความสำคัญในพัฒนาการเด็ก ให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

สำคัญ: พัฒนาการเด็กอายุ 2-5 ปี, พัฒนาการล่าช้าด้านภาษา, การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

วันที่รับ: 7 ก.พ. 2567

วันที่แก้ไข: 11 เม.ย. 2567

วันที่ตอบรับ: 27 เม.ย. 2567

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

จินตนา คงจินดา;

Email: jintana3898@gmail.com

Original research

Citation:

Jintana kongjinda. Effects of the Stimulate Language Development Program for Children Aged 2-5 Years with Delayed Development Through Parental Participation. Journal of Public Health Research and Innovation. 2024;2(1):26-40.

Effects of the Stimulate Language Development Program for Children Aged 2-5 Years with Delayed Development Through Parental Participation

Jintana kongjinda¹

¹Surat Thani Hospital, Surat Thani Province

Abstract

Background: Children with developmental language delays If parents have the knowledge to care for and promote continuous development, it will result in better development of the child.

Method: This research was a quasi-experimental design, specifically a one-group pretest-posttest design, with the following objectives: 1.To analyze the average knowledge scores, perception of danger, and its impact on child development, as well as behaviors promoting language development in children aged 2-5 years among parents before and after participating in the program, 2. To compare the average knowledge scores, perception of danger, and its impact on child development, as well as behaviors promoting language development in children aged 2-5 years among parents before and after joining the program. The sample group consisted of parents, caregivers, or guardians of children aged 2-5 years receiving services at the developmental stimulation clinic of Surat Thani Hospital. Data were collected from November to December 2023, with a total of 30 participants using questionnaires. Descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, were used for data analysis, along with inferential statistics such as paired t-test statistics.

Results: The results showed that after participating in the program to stimulate development in children aged 2-5 years who have language delays with parental participation. There was an average score of knowledge of caregivers regarding child development. Perception of danger and its impact on child development And the behavior of parents promoting language development in children aged 2-5 years before and after participating in the program was significantly different at (p-value < 0.05).

Conclusions: This program for stimulating development in children aged 2-5 years who have delayed language development with the participation of parents can be used to promote and educate parents to monitor and see the importance of development. of children according to age This will result in children having appropriate development and a continuously improved quality of life.

Keywords: Development program for children aged 2-5 years, stimulate language, Parental participation.

Received: 7 Feb 2024

Revised: 11 Apr 2024

Accepted: 27 Apr 2024

Correspondence to:

Jintana kongjinda;

Email: jintana3898@gmail.com

บทนำ

เด็กวัย 3-5 ปี หรือ เด็กวัยก่อนเรียน หรือ วัยอนุบาล (Preschool) เป็นวัยที่สำคัญระยะหนึ่งของชีวิตเพราะเป็นช่วงที่เด็กเริ่มมีพัฒนาการหลายด้านก้าวหน้าขึ้นทั้งด้านความคิด ภาษาการสื่อสาร ด้านกล้ามเนื้อการเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตนเอง ทำให้เด็กพึ่งพาตนเองได้อย่างแท้จริง ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของคนที่จะมีชีวิตอิสระเป็นตัวของตัวเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นวัยที่เด็กเริ่มจากครอบครัวไปสู่โรงเรียนอนุบาล หรือ ศูนย์เด็กเล็ก ได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น และใช้ชีวิตภายนอกบ้านมากขึ้น กระทั่งทรงสธารณสุขได้ตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ซึ่งในปี 2560 ได้มีนโยบายส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี โดยให้โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)¹ กรณีคัดกรองปกติและในเด็กที่สงสัยจะมีพัฒนาล่าช้า เพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I) เป็นเวลา 3 เดือน โดยจะได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ 1 ครั้งต่อเดือน ครั้งละไม่น้อยกว่า 45 นาที รวม 3 ครั้ง หากยังพบว่าพัฒนาการล่าช้าอยู่ เด็กจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีกุมารแพทย์พัฒนาการเด็กหรือจิตแพทย์เด็กเพื่อการดูแลรักษาต่อไป² แต่พบว่าปี พ.ศ. 2561 ถึง 2563 มีเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าประมาณ ร้อยละ 20 ของเด็กในประเทศ ถือว่ามีจำนวนสูงมาก³ และจากการรายงานของสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา⁴ พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 23 โดยล่าช้าสุดในด้านภาษา รองลงมา คือ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ เพศ โดยพบว่าเด็กเพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดจะพบพัฒนาการล่าช้าทางภาษาได้มากกว่าเด็กปกติ และสมาชิกสายตรงพูดซ้ำโดยพบว่าเด็กที่มีประวัติพัฒนาการทางภาษาผิดปกติในครอบครัวที่จะมีความเสี่ยงต่อพัฒนาการด้านภาษาล่าช้ากว่าเด็กที่ไม่มีประวัติความผิดปกติในครอบครัว⁵ และพบว่าปัจจัยด้านการเลี้ยงดูการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ระยะเวลาที่เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์

และจำนวนของสื่ออิเล็กทรอนิกส์มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านภาษา⁶ และยังพบว่า เด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นนั้น อาจมาจากหลายปัจจัย เช่น เด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากปู่ ย่า ตายาย เนื่องจากบิดามารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และผู้ปกครองและพ่อแม่ส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักในการทำหน้าที่ส่งเสริมพัฒนาการของบุตรหลานของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญในการตรวจรักษา และการรับวัคซีนมากกว่าการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการไม่ยอมรับผลการประเมินคัดกรองว่าบุตรหลานของตนมีพัฒนาการล่าช้า หรือสงสัยว่าจะล่าช้า จึงไม่มารับบริการสุขภาพต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้⁷

คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ให้บริการเสริมสร้างให้เด็กมีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกายด้านสติปัญญา ด้านสังคมและอารมณ์ และด้านภาษา เฝ้าระวังคัดกรองพัฒนาการ ตั้งแต่แรกเกิดอย่างต่อเนื่อง และการกระตุ้นส่งเสริมการเรียนรู้ต่อเนื่องในทุกด้าน ในรายที่พัฒนาการล่าช้าหรือผิดปกติ เพื่อให้เด็กได้รับการตรวจวินิจฉัยกระตุ้นและรักษาหรือส่งต่อไปรับการแก้ไขอย่างถูกต้องทันเวลา จากสถิติเด็กที่เข้ารับบริการในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ปี 2563-2566 ที่ผ่านมาพบว่า มีจำนวนเด็กที่เข้ารับการรักษากระตุ้นพัฒนาการมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวน 402, 601 และ 1,015 คน ตามลำดับ โดยเด็กส่วนใหญ่เป็นออทิสติกและมีปัญหาด้านการเรียนรู้ พัฒนาการด้านภาษาล่าช้า ซึ่งจำเป็นต้องรับการดูแลรักษา กระตุ้นพัฒนาการโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยจากการสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ พบว่า ปัจจัยหลักที่ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้า มาจากการเลี้ยงดูของพ่อแม่ ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดการตระหนักถึงความจำเป็นในการมีส่วนร่วม การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยพบว่า หากผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าการส่งเสริมพัฒนาการจะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง การอยู่ร่วมกันในสังคม การกล้าแสดงออก และการมีจินตนาการดีขึ้น⁸ ซึ่งผู้ดูแลเด็กเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองพัฒนาการและส่งต่อเมื่อพบว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า⁹ จึงทำให้เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง และกลับมามีพัฒนาการเป็นปกติได้¹⁰ และ ลาวัลย์ ทาวีทะ และคณะ¹¹ กล่าวถึง

การสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของ ผู้ปกครองว่าส่งผลต่อพัฒนาการที่สมวัยของเด็ก โดยเฉพาะ พัฒนาการล่าช้าด้านภาษาที่มีความจำเพาะและต้องใช้ความ อดทนต่อการส่งเสริม การกระตุ้นอย่างต่อเนื่องมากกว่า พัฒนาการด้านอื่นจึงจะทำให้เด็กมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย รวมถึงจากการศึกษาที่ผ่านยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัด กิจกรรมหรือโปรแกรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองยังมีไม่มากนัก ดังนั้นผู้วิจัยจึง เล็งเห็นความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยการ มีส่วนร่วมของผู้ปกครอง จึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรม การกระตุ้นพัฒนาการในเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าด้าน ภาษาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง โดยมีรายละเอียดการ ดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยมี ความมุ่งหวังว่าจะสามารถเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยที่สอดคล้องกับความเป็นอยู่ของสภาพครอบครัว การแก้ไขปัญหาอุปสรรคและวางแผนในการประเมินและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กของพ่อแม่ ผู้ดูแล หรือผู้ปกครองเด็กได้ อย่างเหมาะสมเพื่อช่วยให้เด็กมีทักษะในการใช้ชีวิต และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคม ตลอดจนการอยู่ในสังคมได้ อย่างมีความสุขต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (One group pretest posttest design) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - เดือนมกราคม 2567

กลุ่มประชากร คือ พ่อแม่ ผู้ดูแล หรือผู้ปกครองที่ดูแล เด็กอายุ 2-5 ปี และเด็กที่มีอายุ 2-5 ปี ที่รับบริการในคลินิก กระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 - เดือนมกราคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ พ่อแม่ ผู้ดูแล หรือผู้ปกครองที่ดูแล เด็กอายุ 2-5 ปี และเด็กที่มีอายุ 2-5 ปี ที่รับบริการในคลินิก กระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 - เดือนมกราคม 2567 จำนวน 30 คู่ ได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ คุณสมบัติที่กำหนด

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์ (Power analysis) ด้วยโปรแกรม G* power นำมาคำนวณค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.56 กำหนดให้ค่าระดับความเชื่อมั่น (Type II error) เท่ากับ 0.05 อำนาจการกระจายทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 22 คน เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือและเพื่อป้องกันการไม่สามารถ เข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัย ได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน ร้อยละ 35 สำหรับการวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน คัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Inclusion criteria)

1. เป็นพ่อแม่ ผู้ดูแล หรือผู้ปกครองที่ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปี และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก
2. ผ่านการประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือ DSPPM ว่าเป็นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาล่าช้า
3. เด็กและผู้ปกครองใช้ภาษาไทยในการสื่อสารใน ครอบครัว
4. พ่อแม่ ผู้ดูแล หรือผู้ปกครองยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องจนเสร็จสิ้น โปรแกรม

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria)

1. เด็กและผู้ปกครองไม่สามารถร่วมกิจกรรมตาม โปรแกรมจนครบทุกกิจกรรม
2. เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการอันเนื่องมาจากปัจจัยที่ตัว เด็กเอง เช่น เด็กกลุ่มอาการออทิซึม เด็กที่มี ปัญหาเกี่ยวกับ สมอง เป็นต้น

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการกระตุ้น พัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปีที่มีพัฒนาการล่าช้าโดย การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ดำเนินการในครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 3 (เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์) ดังนี้

1. โปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาในเด็ก อายุ 2-5 ปีที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

รายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับเด็กและผู้ปกครอง ณ คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี ชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายความสำคัญของโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาลำช้าในของเด็กอายุ 2-5 ปี โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง แจ้งผลการประเมินการคัดกรองและประเมินพัฒนาการด้านภาษาของเด็กแก่ผู้ปกครอง รายละเอียดและขั้นตอนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างละเอียดตามเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร โดยให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการตามความสมัครใจ และขอความร่วมมือผู้ปกครองทำแบบสอบถามครั้งที่ 1 ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้ของผู้ปกครองเรื่องพัฒนาการเด็ก 3) แบบสอบถามการรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปี ของผู้ปกครอง

2) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนด โดยให้ความรู้ผู้ปกครองเด็กครั้งที่ 1 ควบคู่กับการให้ชมสื่อวีดิทัศน์การพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ตามแนวคิดในคู่มือเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ได้แก่ การเคลื่อนไหววัยระงับช่องปาก : ริมฝีปาก สาธิตการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและให้มีการสาธิตกลับ สร้างแรงจูงใจและเสริมแรงผู้ปกครองเด็ก ด้านความรู้ การรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปี ของผู้ปกครอง รวมทั้งอุปกรณ์การสอนต่างๆ ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ เช่น การใช้บัตรคำและการเล่นิทานในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา การเลือกหนังสืออ่านตามช่วงวัย และชุดกิจกรรมต่างๆ ที่กำหนด เช่น ร่างกายของฉันทสิ่งของในชีวิตประจำวัน หรือสัตว์น้อยน่ารัก เป็นต้น และมีการให้รางวัลเป็นสติ๊กเกอร์ (หรือรางวัลอื่นๆ ตามความเหมาะสมเพื่อเสริมแรงบวกให้กับเด็ก) เพราะจะเป็นแรงกระตุ้นให้เด็กอยากทำกิจกรรมได้เหมือนเพื่อนในกลุ่ม ควบคู่กับการแจกคู่มือประเมินพัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามช่วงวัย และก่อนให้กลับบ้าน ผู้วิจัยแจกใบติดตามพัฒนาการเด็กด้านภาษาลำช้า แก่ผู้ปกครองเป็นรายครั้ง มอบคู่มือเฝ้าระวัง

พัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ให้แก่ผู้ปกครอง และเชิญผู้ปกครองเข้าไลน์กลุ่มที่ตั้งขึ้นเพื่อสร้างเสริมแรงแก่ผู้ปกครองในการปรับเปลี่ยนพัฒนาการของเด็ก

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2-5)

1) สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาลำช้า จากการรับรู้และเข้าใจภาษาก่อนการใช้ภาษา โดยมีการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ณ คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจว่าการสัมผัสประสบการณ์ของเด็กที่เกิดจากการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม การเลียนแบบเสียงที่ได้ยิน เชื่อมโยงจากความเข้าใจคำที่รู้จักซ้ำๆ เกิดความจำและพูดอย่างถูกความหมายได้ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสาธิตย้อนกลับเป็นรายบุคคล ให้ดูสื่อวีดิทัศน์ และคลิปวิดีโอเกี่ยวกับพัฒนาการด้านการใช้ภาษาและการฝึกพูด (คิวอาร์โคดในภาคผนวก) กระตุ้นเตือนและให้กำลังใจผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผู้วิจัยแจ้งการติดตามเพื่อสร้างแรงจูงใจพร้อมเสริมแรงผู้ปกครองเด็กเป็นรายบุคคล ทางโทรศัพท์และทางแอปพลิเคชันไลน์ ในสัปดาห์ที่ 3-5 ขณะฝึกพัฒนาการด้านภาษาที่บ้าน

2) สัปดาห์ที่ 3-5 ผู้วิจัยติดตามเพื่อสร้างแรงจูงใจพร้อมเสริมแรงผู้ปกครองเด็กเป็นรายบุคคล ทางโทรศัพท์และทางแอปพลิเคชันไลน์ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ปกครองในการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยนำทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive Theory)¹² และแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา¹³ ซึ่งเป็นความเชื่อหรือการรับรู้ การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะทำการตอบสนองบางอย่างโดยเฉพาะบุคคล ซึ่งมีตัวแปรสำคัญ 3 กลุ่มคือ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal Person Factor) อันได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition) และ 3) เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (Environmental condition) มาประยุกต์เพื่อเป็นแนวทางในการกระตุ้นพัฒนาการ รายละเอียดดังนี้

2.1) สถานที่ : บ้าน โดยควรจัดสถานที่เพื่อกระตุ้นพัฒนาการให้มีความเหมาะสมอาจเป็นห้องหรือมุมที่เป็นสัดส่วน ไม่คับแคบเกินไป ปลอดภัย และอากาศถ่ายเท

สะดวก เพื่อให้ได้รู้สึกสุขสบาย ไม่หงุดหงิด และให้ความร่วมมือในการประเมิน รวมทั้งควรมีการจัดเบาะ โต๊ะ หรือเก้าอี้ต่างๆ ที่ใช้ในการประเมินในแต่ละช่วงวัยให้เหมาะสม ไม่ควรมีสิ่งกระตุ้นหรือสร้างความสนใจของเด็ก เช่น คอมพิวเตอร์ โทรทัศน์ วิทยุ รูปหรือวัตถุที่มีสีสันฉูดฉาด และควรเป็นห้องที่ไม่มีเสียงดังรบกวน หรือมีคนอื่นผ่านไปมา เพราะจะทำให้เด็กไม่มีสมาธิ

2.2) อุปกรณ์: ของเล่น เช่น ลูกบอลฝึกกล้ามเนื้อของเล่นสำหรับเป่าเพื่อฝึกกล้ามเนื้อปาก บัตรคำ ผู้วิจัยจัดเตรียมให้เพื่อไปฝึกต่อเนื่องที่บ้าน และหลังการใช้งานต้องทำความสะอาดอุปกรณ์ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

2.3) ช่วงเวลา : ไม่ควรนานเกิน 30 นาที เพราะความสนใจของเด็กจะลดลง และไม่ประเมินขณะเด็กป่วย หิว ง่วง หรือเหนื่อย เนื่องจากเด็กจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการประเมิน โดย ฝึกให้เด็กพูดตามโดยหันหน้าเข้าหากันเพื่อให้เด็กเห็นวิธีการม้วนปาก (ใช้บัตรคำ) ปีบลูกบอล เล่นเป่ากบ เป่านกหวีด หรือเป่าฟองสบู่ โยนบอลลงตะกร้า หรือรับส่งบอล

3) ผู้วิจัยแจ้งติดตามการสร้างแรงจูงใจพร้อมเสริมแรงผู้ปกครองเด็กเป็นรายบุคคล และทางโทรศัพท์และทางแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ อย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองซักถามข้อสงสัยและปัญหาที่พบขณะกระตุ้นพัฒนาการเด็ก อธิบายและให้คำแนะนำจนผู้ปกครองพึงพอใจและมีความมั่นใจในการปฏิบัติตาม รวมทั้งนัดหมายผู้ปกครองเพื่อสรุปและทบทวนการเสริมสร้างพัฒนาการด้านภาษา ในสัปดาห์ที่ 6

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 6)

ผู้วิจัยสรุปและทบทวนการเสริมสร้างพัฒนาการด้านภาษาของเด็กหลังเข้าโปรแกรมฯ ทบทวนกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา สร้างแรงสนับสนุนให้ผู้ปกครองเด็กด้วยตนเอง และให้ผู้ปกครองเด็กตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้ของผู้ปกครองเรื่องพัฒนาการเด็ก 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปีของผู้ปกครอง และ 4) แบบสอบถามเรื่องความพึงพอใจโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าในของเด็กอายุ 2-5 ปี โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง กล่าวขอบคุณและขอปิดการเข้าร่วม

กิจกรรมตามโปรแกรมฯ ที่กำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ อายุเด็ก เพศ ผู้ดูแลหลัก อายุของผู้ดูแลหลัก สถานภาพสมรส รายได้ของผู้ดูแล อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด สิทธิในการรักษา ภาษาที่เด็กพูด โรคประจำตัว และ ประสิทธิภาพในการเลี้ยงดูเด็ก

2.2 แบบวัดความรู้ของผู้ดูแล เรื่อง พัฒนาการเด็ก จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์ตามแนวคิดในคู่มือเฝ้าระวังพัฒนาเด็กปฐมวัย (DSPM) โดยตอบถูก 1 คะแนน และตอบผิด 0 คะแนน การแปลผลความหมายระดับความรู้ของผู้ดูแลเรื่องพัฒนาการเด็ก

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์ตามแนวคิดในคู่มือเฝ้าระวังพัฒนาเด็กปฐมวัย (DSPM) มีเกณฑ์การให้คะแนน 1-3 อยู่ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก โดยการแปลผลความหมายระดับการรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปีของผู้ปกครอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยพัฒนาให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินพัฒนาการตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM)¹⁵ ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (Receptive language: RL) 5 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา (Expressive language: EL) 5 ข้อ รวมทั้งหมด 10 ข้อ มีการให้คะแนนเป็นแบบระบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งมีการกำหนดค่าการประเมินระดับ 0 (ไม่เคยปฏิบัติ) ถึง 4 (ปฏิบัติทุกครั้ง)

2.5 แบบสอบถามการพาเด็กมารับบริการคัดกรองพัฒนาการของผู้ปกครอง จำนวน 1 ข้อ โดยถามเรื่อง

ความสม่ำเสมอในการพาเด็กมารับบริการคัดกรองพัฒนาการตามนัด แบ่งออกเป็น พามาตามนัด และไม่พามาตามนัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์พัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Item objective congruence: IOC) โดยทุกข้อมีค่าคะแนน 0.80 ขึ้นไป จากนั้นผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วจึงนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คู่ เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาและนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ระดับความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเรื่องพัฒนาการเด็ก แบบสอบถามการรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก และ แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปีของผู้ปกครอง ที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.95 0.98 และ 0.98 ตามลำดับ หลังจากนั้นจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการวิจัย REC 66-0116 ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 หลังได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงเพื่อบอกวัตถุประสงค์กับผู้ปกครอง รวมถึงขั้นตอนการศึกษา และประโยชน์ของการศึกษา การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวม ตลอดจนสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยให้ทราบถึงการมีอิสระในการที่เข้าร่วมวิจัยและสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ปกครองและตัวเด็กผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนและกระบวนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล ณ คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. เมื่อได้รับการอนุญาตผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย และให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้วตามจำนวนและกระบวนการวิจัยที่กำหนด
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย () และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. วิเคราะห์ระดับความรู้ของผู้ดูแลเรื่องพัฒนาการเด็ก การรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปีของผู้ปกครอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย () และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ของผู้ดูแลเรื่องพัฒนาการเด็ก การรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปี ของผู้ปกครอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. จากผลการวิเคราะห์เด็กปฐมวัย พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 2-3 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 เป็นเพศชาย จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุเด็ก		
2-3 ปี	21	70.00
3 ปี 1 เดือน-5 ปี	9	30.00
เพศ		
ชาย	18	60.00
หญิง	12	40.00
รวม	30	100

2. ด้านผู้ปกครอง พบว่า ผู้ดูแลหลักของเด็ก คือ พ่อ แม่ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 ส่วนใหญ่มีอายุ 40-60 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 สถานภาพสมรส คู่ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 รายได้ของผู้ดูแลระหว่าง 10,001-20,000 บาท จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่ มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/รับจ้าง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 มีสิทธิการรักษา คือ ชำระเงินเอง จำนวน 22 คน คิดเป็น ร้อยละ 73.33 ภาษาที่เด็กใช้คือ ภาษาไทย จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก 1-5 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 ตามลำดับ และ ผู้ปกครองส่วนใหญ่พาเด็กมารับบริการคัดกรองพัฒนาการตามนัดแพทย์ ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ดูแลหลัก		
พ่อ แม่	22	73.34
น้ำ อา ลุง ป้า	4	13.33
ปู่ ย่า ตา ยาย	4	13.33
อายุของผู้ดูแลหลัก		
ต่ำกว่า 20 ปี	2	6.67
20-40 ปี	12	40.00
40-60 ปี	16	53.33
Mean (SD)	45.52 (13.40)	
สถานภาพสมรส		
โสด	1	3.33
คู่	23	76.67
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	6	20.00

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง (n = 30) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ของผู้ดูแล		
5,001-10,000 บาท	2	6.67
10,001-20,000 บาท	20	66.66
มากกว่า 20,000 บาท	8	26.67
Mean (SD)	19,000.00 (8,483.22)	
อาชีพ		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/รับจ้าง	1	43.33
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง	5	16.67
เกษตรกร/ทำงานบ้าน	12	40.00
ระดับการศึกษาสูงสุด		
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	43.33
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10	33.33
ปริญญาตรี	7	23.34
สิทธิในการรักษา		
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	2	6.67
สิทธิประกันเอกชน	6	20.00
ชำระเงินเอง	22	73.33
ภาษาที่เด็กพูด		
ภาษาไทย	30	100
โรคประจำตัว		
ไม่มี	25	83.33
มี	5	16.67
ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก		
1-5 ปี	13	43.33
6-10 ปี	8	26.67
มากกว่า 10 ปี	9	30.00
Mean (SD)	3.22 (4.65)	
การพาเด็กปฐมวัยมาคัดกรองพัฒนาการตามนัดจากแพทย์		
พามาตามนัด	30	100

3. จากผลการเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลเรื่อง และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องพัฒนาการเด็ก พัฒนาการเด็ก พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแล มีความรู้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 0.79$, S.D. = 0.20) ดังตารางที่ 3 เรื่องพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 0.65$, S.D. = 0.19)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ของผู้ดูแลเรื่องพัฒนาการเด็ก (n = 30)

ความรู้ของผู้ดูแลเรื่องพัฒนาการเด็ก	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. ผู้ปกครองเด็กไม่จำเป็นต้องส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพราะเมื่อถึงช่วงอายุที่ต้องทำได้ เด็กจะทำได้เอง	0.63	0.20	0.91	0.23
2. การเกาะยืน เดิน และวิ่ง เป็นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ และการเคลื่อนไหว	0.68	0.19	0.72	0.17
3. เมื่ออายุ 30 เดือน เด็กจะเริ่มร้องเพลงได้บ้างคำหรือร้องเพลงคลอตามทำนองได้	0.65	0.20	0.86	0.24
4. โรคที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก คือ สมาธิสั้น และการเรียนรู้ช้า	0.70	0.21	0.88	0.19
5. เด็กอายุ 2 ปี หากยังไม่พูด เป็นคำหรือวลี 1-2 พยางค์ ถือว่ามีความผิดปกติ ควรนำมาพบแพทย์หรือสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน	0.62	0.20	0.75	0.24
6. เด็ก 5 ปี จะรู้จักสี และเลือกสีตามคำบอกได้ อย่างน้อย 8 สี	0.66	0.14	0.69	0.15
7. การพูดออกเสียง เรียก “แม่” ได้ ของเด็กอายุ 9 เดือน เป็นพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา	0.62	0.16	0.68	0.16
8. เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาสำหรับเด็กอายุ 2-3 ปี คือการฝึกขีด เขียน อุปกรณ์ที่ใช้ คือ สีเทียนแท่งใหญ่	0.63	0.17	0.71	0.18
9. การฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาในเด็กอายุ 2 ปี ควรฝึกโดยให้เด็กต่อก้อนไม้ทรงสี่เหลี่ยมลูกบาศก์ให้ได้ 2 ก้อน	0.64	0.18	0.84	0.22
10. ผู้ปกครองควรสอนให้เด็กใช้ช้อนตักอาหารกินเอง เมื่อเด็กอายุ 16-17 เดือน	0.67	0.23	0.89	0.24
ค่าเฉลี่ยรวม	0.65	0.19	0.79	0.20

4. จากผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการ พัฒนาการเด็ก พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ย คะแนนการรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.17) และหลังเข้าร่วม โปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบ ต่อการพัฒนาการเด็ก อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ($\bar{X} = 2.72$, S.D. = 0.19) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)

การรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าต้องได้รับการรักษา ส่งผลให้ผู้ปกครองต้องเสียเงินมากขึ้นเพื่อพาเด็กไปรักษาตามแผนของแพทย์	2.60	0.67	2.60	0.67
2. เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามีผลกระทบต่อเด็ก ครอบครัวและสังคม	2.80	0.48	2.80	0.48
3. เมื่อมีเด็กพัฒนาการล่าช้าเป็นจำนวนมากในพื้นที่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและเครือข่ายต้องหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขโดยด่วน	2.53	0.51	2.83	0.38
4. เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าส่งผลต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของเด็ก	2.63	0.56	2.67	0.48
5. เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ส่งผลให้ชุมชนขาดแคลนทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพในอนาคต	2.60	0.50	2.80	0.41
6. หน่วยงานของรัฐจะต้องจัดสรรงบประมาณมากขึ้นเพื่อดูแลช่วยเหลือบุคคลที่มี ความผิดปกติในสังคม เพื่อแก้ปัญหาในการดูแลให้ครอบครัวนั้นอยู่รอด และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น	2.43	0.63	2.63	0.49
7. เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะส่งผลให้เด็กมีปัญหาสุขภาพ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ของเด็ก	2.70	0.53	2.80	0.41
8. เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า จะส่งผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกายสติปัญญา และการเรียนรู้	2.47	0.51	2.47	0.51
9. เด็กที่มีพัฒนาการช้ามากผิดปกติ ด้านใดด้านหนึ่งหรือทุกด้านต้องรีบไปปรึกษา แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเพื่อหาทางแก้ปัญหาอย่างถูกต้อง	2.87	0.35	2.80	0.41
10. เด็กที่ดูโทรทัศน์และเล่นสื่ออุปกรณ์เทคโนโลยีต่างๆ เป็นเวลานานๆ จะส่งผลให้ เด็กสมาธิสั้นและพัฒนาการล่าช้า	2.33	0.48	2.83	0.38
ค่าเฉลี่ยรวม	2.60	0.17	2.72	0.19

5. จากผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปีของผู้ปกครอง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปี อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.27$, S.D. = 0.21) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ปกครองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปี อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 2.27$, S.D. = 0.27) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)

การรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
ด้านการเข้าใจภาษา	2.15	0.40	3.67	0.56
ด้านการใช้ภาษา	2.39	0.16	3.63	0.43
ค่าเฉลี่ยรวม	2.27	0.21	2.27	2.27

6. จากผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลเรื่องพัฒนาการเด็ก การรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปีของผู้ปกครอง พบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ปกครองมีความรู้ของผู้ดูแลเรื่องพัฒนาการเด็ก การรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปีของผู้ปกครอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลเรื่องพัฒนาการเด็ก การรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปีของผู้ปกครอง

ความรู้ของผู้ดูแล การรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ความรู้ของผู้ดูแลเรื่องพัฒนาการเด็ก	0.65	0.19	0.79	0.20	6.7855	<0.001
2. การรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก	2.60	0.17	2.72	0.19	6.0995	<0.001
3. พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา	2.27	0.21	2.27	2.27	7.515	<0.001

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีพัฒนาล่าช้าด้านภาษาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. ด้านความรู้ของผู้ดูแลเรื่องพัฒนาการเด็ก การรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปีของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลเรื่องพัฒนาการเด็ก การรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก และ

พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปีของผู้ปกครอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า ผู้ปกครองได้รับการส่งเสริมเรื่องพัฒนาการเด็กที่ถูกต้องตามช่วงวัย สามารถรู้และเข้าใจวิธีในการส่งเสริมพัฒนาการทั้งด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก สติปัญญา การฝึกอ่าน เขียน การฝึกให้เด็กรู้จักช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งทักษะในด้านต่างๆ ที่เด็กวัย 2-5 ปี จำเป็นต้องได้รับการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมตามช่วงวัย รวมทั้งยังได้รับการประเมินและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อย่างต่อเนื่อง และสามารถศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้จากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ

Prapha¹⁶ ศึกษาสำรวจโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กล่าช้า โดยใช้แนวทาง DIR/Floortime พบว่า ทำให้เด็กที่มีปัญหาทางด้านพัฒนาการมีผลพัฒนาการที่ดีขึ้น หลักการของ Floortime คือ ใช้ช่วงเวลาพิเศษที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมกันมาส่งเสริมพัฒนาการเด็กในบรรยากาศที่อบอุ่นเป็นสุขสนุก และรู้สึกปลอดภัยพ่อแม่หรือผู้ดูแลใช้เวลา与孩子 (เช่น เล่นด้วยกัน ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันร่วมกัน พูดคุยสนทนา) โดยมีจุดมุ่งหมายชัดเจนเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ ซึ่งกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้าน มี 4 แนวทาง ได้แก่ 1) การเล่นกับลูก การจัดแบ่งเวลาของคุณพ่อคุณแม่มาเล่นกับลูกโดยวิธีการง่ายๆ คือ เล่นอะไรก็ได้ที่ลูกสนใจลูกชอบเล่นแล้วลูกหัวเราะอยากเอาอีกอยากเล่นอีก 2) การฝึกทักษะในชีวิตประจำวัน การใช้กิจกรรมที่ต้องทำในชีวิตประจำวันเป็นโอกาสในการส่งเสริมพัฒนาการทุกด้านของลูก เช่น เวลาทานข้าวการกินอาหารร่วมกัน การใส่เสื้อผ้า การแปรงฟัน หรือการช่วยทำงานบ้านง่ายๆ 3) การฝึกร่างกาย การใช้ร่างกายออกกำลังกายเคลื่อนไหวเล่น กลางแจ้ง เล่นสนามเด็กเล่น และ 4) การเล่นกับเพื่อน เป็นทักษะชีวิตที่สำคัญคุณพ่อคุณแม่สามารถเริ่มต้นฝึกทักษะทางสังคมอารมณ์ผ่านการเล่นกับเพื่อนได้ตั้งแต่เล็กๆ และสอดคล้องกับการวิจัยของ Samai¹⁷ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการอย่างมีส่วนร่วมโดยผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจากการศึกษาครั้งนี้ มีอัตราพัฒนาการเป็นปกติหลังการทดลองใกล้เคียงกับโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้คู่มือ DSPM ในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการอย่างมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กมีประสิทธิภาพผลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 2-5 ปี

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลเรื่องพัฒนาการเด็ก การรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อพัฒนาการเด็ก และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปี ของผู้ปกครอง พบว่าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลเรื่องพัฒนาการเด็ก การรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบต่อพัฒนาการเด็ก และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปีของผู้ปกครอง แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรมได้รับการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการส่งเสริมและสร้างความตระหนักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้รับการสอน อบรม และฝึกทักษะในการใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) จนเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งยังสามารถประเมินและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Samai¹⁷ พบว่า คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถใช้คัดกรองพัฒนาการเด็ก และบิตำราหรือผู้ดูแลเด็กสามารถใช้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นว่าคู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยพ่อแม่และผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในการเฝ้าโดยการประเมินพัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการให้มีพัฒนาการสมวัย และสอดคล้องกับการวิจัยของ Pathom¹⁸ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้นระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลอง มีผลของการมีความรู้ และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุป

จากผลการนำโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองไปใช้ สามารถส่งเสริม ฝึกทักษะและสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับผู้ปกครองในการดูแล และเฝ้าระวังเด็กเพื่อให้มีพัฒนาการที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นไปอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานควรกระตุ้นเตือนและเน้นย้ำเรื่องการประชาสัมพันธ์กิจกรรม การสร้างความตระหนัก และการติดตามการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญในการเฝ้าระวัง และประเมินพัฒนาการเด็กได้อย่างเหมาะสม รวมถึงทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำโปรแกรมห้กล่าวไปใช้เป็นแนวปฏิบัติเพื่อแนะนำและสร้าง

ความตระหนักให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของการประเมินพัฒนาการเด็ก และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่บ้านให้เหมาะสมตามช่วงวัยมากยิ่งขึ้นควบคู่กับการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เนื่องจากผู้ปกครองคือ ผู้ดูแลหลักของเด็ก เป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยในการเฝ้าระวังความบกพร่องและพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็กให้ได้รับการพัฒนาที่เหมาะสม ดังนั้นการให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ในการเลี้ยงดูเด็กตามช่วงวัยจึงเป็นเรื่องจำเป็น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปกครองเด็กสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กเป็นระยะได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้เด็กสามารถเติบโตได้อย่างสมบูรณ์แบบต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามและประเมินผลของการใช้โปรแกรมอย่างต่อเนื่องขณะที่ผู้ปกครองให้การดูแลเด็กที่บ้านเพื่อให้เห็นถึงพัฒนาการของเด็กที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน เช่น การติดตามประเมินผลทุก 6 เดือน หรือ 12 เดือน
2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้ครอบคลุมพัฒนาการในทุกๆ ด้านมากขึ้น รวมถึงควรเพิ่มการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการให้ผู้ปกครองเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมและประเมินพัฒนาการเด็ก เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ปกครองได้มากยิ่งขึ้น
3. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษากลุ่มประชาชนชาติพันธุ์เพิ่มเติม เพื่อหาผลลัพธ์ของความแตกต่างด้านการกระตุ้น ส่งเสริม และเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย การตรวจและการมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างของการเลี้ยงดูเด็ก รวมถึงเพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมห่วงโซ่ให้สามารถเพิ่มความหลากหลายตามความต้องการของผู้ปกครองแต่ละครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ทั้งด้านการรับรู้ และเข้าใจภาษา และด้านการแสดงออกทางภาษา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ส่งผลให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. Manual for monitoring and promoting early childhood development. Nonthaburi: Siam Pim Nana; 2015.
2. Department of Mental Health, Ministry of Public Health.). Assessment manual for helping early childhood children with developmental problems (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I). Nonthaburi: Thailand Agricultural Cooperative Publishing House Co., Ltd; 2015. (in Thai)
3. National Child Health Development Center. Progress report on indicators for Thai children to have appropriate growth and development 2021. Available at : <https://nich.anamai.moph.go.th/th/general-of-50/204371>. Accessed on 23 January 2024.
4. Office of the Secretariat of the Education Council. Academic documents Developing knowledge to promote and restore early childhood development after the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19). Received support in preparing academic documents from Office of the Secretariat of the Education Council. 2022.
5. Kwankhao, T. Prevalence and factors associated with delayed language development in children aged 1-5 years who receive services in the Child Health Clinic. Damnoen Saduak Hospital. Regional Medical Journal 4-5. 2022;36(1):669-80. (in Thai)

6. Tuangporn, C., Wanthanee, W., & Phisamai, W. The relationship between the use of electronic media and the development of children aged 2-5 years in child development centers. Under the local administrative organization Songkhla Province. *Journal of the Southern Network of Nursing and Public Health Colleges*. 2019;6(2):91-104. (in Thai)
7. Malee A, Apirat I, Kamonthip T. The Effects of Early Childhood Development Promotion Program on knowledge and Promotion Behaviors on Child Development of Parents and Caregivers in Mueang District, Lampang Province. *APHEIT Journal of Nursing and Health*. 2021;3(1):48-63.(in Thai)
8. Payakkaruang, S., Sangperm, P. Caregivers perspectives on promotion of child development in day care center. *Journal of Nursing Science*. 2014;32(2):62-70. (in Thai)
9. Tassaneeya, W., Sukon, W., Nilpa, J., Nuchanat, B. The role of administrators of early childhood development centers in screening and promoting child development. *Srinakharinwirot University Journal*. 2014;6(12):114-121. (in Thai)
10. Ministry of Public Health. Manual for monitoring and promoting early childhood development. (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) Nonthaburi: Office of Printing Affairs of the War Veterans Organization. 2019.
11. Lawan, T., Pimpaporn, K., & Mali, U. Behaviors to promote development of premature infants. of the primary caregiver and related factors. *Chiang Mai University Nursing Bulletin*. 2016;43(4):12-22. (in Thai).
12. Skinner, B. F. Are theories of learning necessary? *Psychological Review*. 1950;57(4):193-216. <https://doi.org/10.1037/h0054367>
13. Davies, M., Macdowall, W. Health promotion theory. Open University Press.2006.
14. Bandura, Albert. Social learning theory. New Jersey: Prentice-Hall.1977.
15. Ministry of Public Health. Manual for monitoring and promoting early childhood development. Nonthaburi: Office of Printing Affairs of the War Veterans Organization. 2018.
16. Prapha M, Thamara S, Kaewta N. Pilot study of the program to promote delayed child development using the DIR/Floortime approach. *Vajirasan Nursing Journal*. 2019;21(2) :1-11. (In Thai).
17. Samai, S. Development of a manual for monitoring and promoting early childhood development. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2018;63(1):3-12. (in Thai).
18. Pathom, N. Development of a model for promoting early childhood development in the Child Development Center, Mae Hong Son Province. *Public Health Journal*. 2016;12(1): 36-45. (in Thai).

Original research

Citation:

โสวณี มุกนพรัตน์, นิชาพร ชูช่วย.
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอนongเสือ จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2567; 2(1):41-51.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอนongเสือ จังหวัดปทุมธานี

โสวณี มุกนพรัตน์¹, นิชาพร ชูช่วย²

¹โรงพยาบาลนongเสือ จังหวัดปทุมธานี

²กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจนส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิต เศรษฐกิจ และครอบครัว การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะช่วยให้สามารถนำความรู้มาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอนongเสือ จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 81 คน ที่เข้ารับการตรวจรักษาระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม 2564 ถึง 15 มกราคม 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ และผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยสถิติ Chi-square test

ผลการศึกษา: 1) ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ 2) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล: ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถนำไปใช้ออกแบบเพื่อแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ทั้งนี้รวมถึงผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้นหรือรุนแรงขึ้น

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พฤติกรรมสุขภาพ

วันที่รับ: 10 มี.ค. 2567

วันที่แก้ไข: 28 เม.ย. 2567

วันที่ตอบรับ: 30 เม.ย. 2567

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

โสวณี มุกนพรัตน์;

E-mail: Sowanee88@hotmail.com

Original research

Citation:

Sowanee Muknopparat, Nichaporn Chuchuyay. Factors Associated with Glycemic Control among Diabetes Mellitus Patients in Primary Care Unit: Beung Bon, Nongsue District, Pathumtani Province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2024;2(1):41-51.

Factors Associated with Glycemic Control among Diabetes Mellitus Patients in Primary Care Unit: Beung Bon, Nongsue District, Pathumtani Province

Sowanee Muknopparat¹, Nichaporn Chuchuyay²

¹Nong Suea Hospital, Pathum Thani

²Primary and Holistic Care Department, Thung Yai Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

Abstract

Introduction: Diabetes is a significant public health issue because patients who cannot control their blood sugar levels may experience complications that impact their quality of life, economy, and family. Studying factors related to blood sugar control in diabetic patients can help improve the effectiveness of their care plans, thus mitigating complications and their broader consequences.

Methods: A cross-sectional descriptive research design was conducted to study factors associated with glycemic control among diabetes mellitus patients in Primary Care Unit: Beung Bon, Nongsue District, Pathumtani Province. The sample consisted of 81 diabetic patients who received medical examination and treatment between July 15, 2021, and January 15, 2022. Data were collected using a questionnaire comprising general information and health behavior. Data analysis was performed using descriptive statistics, including means, percentages, and standard deviations. The relationship between general information, health behaviors, and blood sugar control was analyzed using the Chi-square test.

Results: 1) Personal factors related to blood sugar control were found to have statistically significant ($p < .05$) with the latest blood sugar levels and 2) Health behavior data of diabetic patients revealed statistically significant ($p < .05$) with blood sugar control for dietary intake, medication adherence, and physical activity.

Conclusions: Personal data and health behaviors correlated with blood sugar control among diabetic patients can be used to design interventions to help patients modify their self-care behaviors. This includes both patients and their caregivers or family members. These interventions aim to prevent further complications or worsening of the condition.

Keywords: Diabetes mellitus, Patients with Uncontrol Diabetes mellitus, Healthy behaviors

Received: 10 Mar 2024

Revised: 28 Apr 2024

Accepted: 30 Apr 2024

Corresponding author:

Sowanee Muknopparat;
E-mail: Sowanee88@hotmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำเอาน้ำตาลที่ได้จากการรับประทานอาหารไปใช้ได้อย่างปกติ จึงกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก และรวมทั้งประเทศไทย ข้อมูลอัตราป่วยของประชากรทั่วโลกด้วยโรคเบาหวานในปี 2562 จำนวน 463 ล้านคน คาดการณ์แนวโน้มผู้ป่วยจะเพิ่มเป็น 700 ล้านคนภายในปี 2588² สถานการณ์ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเบาหวาน 5 ล้านราย หรือเปรียบเทียบข้อมูลสัดส่วนได้ 1 ใน 11 รายซึ่งคนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงป่วยเป็นโรคเบาหวาน สถิติข้อมูลของจังหวัดปทุมธานี ปี พ.ศ.2564 มีผู้ป่วยเบาหวาน 42,835 ราย สำหรับอำเภอหนองเสือ มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนทั้งหมด 2,182 ราย สำหรับพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอนมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 500 ราย³

การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์กับปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเกิดจากปัจจัย เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพ⁴⁻⁵ หากไม่สามารถควบคุมโรคได้จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs อีกมากมาย อาทิ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต ฯลฯ และก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะโรคเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี⁶⁻⁷

การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องจัดยา จ่ายยา และลงเยี่ยมบ้านผู้รับบริการ ผลการเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนหนึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงควบคุมไม่ได้ทั้งที่ได้รับการปรับยาเพื่อการรักษาพยาบาลให้สูงขึ้น และเภสัชกรจ่ายยาตามมาตรฐาน แต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานจึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะส่วนบุคคล ระยะเวลาเป็นเบาหวาน ผู้ดูแล และระดับ

น้ำตาลล่าสุด พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายเกิดจากปัจจัยด้านใด จะช่วยให้พบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามค่าเป้าหมาย ผู้วิจัยคาดหวังผลลัพธ์ของผลการศึกษาครั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนา หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research design) เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (ค่าระดับน้ำตาลในเลือด > 180 mg/dl หรือค่าน้ำตาลสะสม HbA1c ≥ 7 mg%) จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลได้ (ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 180 mg/dl หรือค่าน้ำตาลสะสม HbA1c ≤ 7 mg%) จำนวน 51 คน รวมเป็น 81 คน ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม 2564 ถึง 15 มกราคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปที่มีระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (ค่าระดับน้ำตาลในเลือด > 180 mg/dl หรือค่าน้ำตาลสะสม HbA1c ≥ 7 mg%) จำนวน 33 คน และกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 180 mg/dl หรือค่าน้ำตาลสะสม HbA1c ≤ 7 mg%) จำนวน 467 คน ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม 2564 ถึง 15 มกราคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนโดยการกำหนดค่า P คือ ค่าสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายต่อผู้ป่วย

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2} P(1-P)}{d^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2} P(1-P)} = \frac{500(1.96)^2 \times 0.067 \times (1-0.067)}{(0.05)^2 \times (500-1) + (1.96)^2 \times 0.067 (1-0.067)} = 80.71 = 81$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 81 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากประชากรทั้งหมดโดยมีเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอนองเสือ จังหวัดปทุมธานี ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม 2564 ถึง 15 มกราคม 2565

- มีผลการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (ค่าระดับน้ำตาลในเลือด > 180 mg/dl หรือ ค่าน้ำตาลสะสม HbA1c ≥ 7 mg%) และผลการควบคุมระดับน้ำตาลได้ (ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 180 mg/dl หรือ ค่าน้ำตาลสะสม HbA1c ≤ 7 mg%)

- มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถ อ่าน ฟัง เขียนภาษาไทย และสื่อสารได้ดี

- สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- มีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะไตวาย ตาฝ้าจมองไม่เห็น อัมพาต

- กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย

- ย้ายออกนอกพื้นที่หรือย้ายสถานบริการ

เมื่อพิจารณาการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) มีกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์ การพิจารณา และสมัครใจเข้าร่วมวิจัยจำนวน 81 ราย

เบาหวานทั้งหมดที่รับบริการ เท่ากับ 0.067 ค่า $Z_{\alpha/2}$ คือ ระดับพื้นที่ใต้โค้งปกติเท่ากับ 1.96 และค่า d คือ ระดับความแม่นยำเท่ากับ 0.05 โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง⁸ ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด ผลการตรวจ HbA1C ครั้งล่าสุด โรคร่วม และผู้ดูแลในการจัดยา

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับใช้มาจากการวิจัยของ สุปรียา เสี่ยงดัง⁹ ประกอบด้วย การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตน 5 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 4 ข้อ และด้านการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามที่แสดงถึงพฤติกรรมที่ดีที่สุดจนถึงน้อยที่สุด ให้คะแนน 2, 1, 0 ตามลำดับ สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมโดยใช้คะแนนสูงสุดลดคะแนนต่ำสุดหารด้วยช่วงขั้นที่ต้องการดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.67 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 0.68 - 1.33 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.888 หลังการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะมาทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.878

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองเสือ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี เพื่อขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเองที่บ้านผู้ป่วยระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม 2564 ถึง 15 มกราคม 2565 ได้รับแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ จำนวน 81 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนาใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยสถิติ Chi-square test

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี ตามเอกสารรับรองเลขที่ PPHO-REC 2564/016 ลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 81 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.72 อายุเฉลี่ย 61.16 (SD= 12.589) ปี มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 61.73 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ ปวช. ขึ้นไป ร้อยละ 45.67 รองลงมาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.98 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.85 รองลงมาประกอบอาชีพใช้แรงงาน ร้อยละ 27.16 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 37.04 รองลงมาเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 32.10 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 30.86ระยะเวลาการเป็นเบาหวานส่วนใหญ่ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.08 รองลงมา 1-5 ปี ร้อยละ 34.57 ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 130 mg/dl ร้อยละ 32.11 รองลงมา 130-179 mg/dl ร้อยละ 30.86 ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด 180-199 mg/dl ร้อยละ 22.22 และ มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl ร้อยละ 14.81 ประวัติมีโรคร่วม ร้อยละ 85.19 ระยะเวลาการมีโรคร่วมเฉลี่ย 5.81 (SD= 3.554) ปี มีผู้ดูแล (ผู้ป่วยจัดยาเอง) ร้อยละ 65.43 ไม่มีผู้ดูแล (ผู้ป่วยจัดยาเอง) ร้อยละ 22.22 และมีผู้ดูแล (ผู้ดูแลจัดยาให้) ร้อยละ 12.35

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ข้อมูลทั่วไปกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างตัวแปรค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเป็นเบาหวาน ระยะเวลาการมีโรคร่วม และมีผู้ดูแลในการจัดยา ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 81)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง (n= 81)		ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ (HbA1c $\geq$ 7 mg%) (n= 30)		ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ (HbA1c $\leq$ 7 mg%) (n= 51)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							1.220	0.269
ชาย	14	17.28	7	23.33	7	13.73		
หญิง	67	82.72	23	76.67	44	86.27		
อายุ (ปี) Min= 22, Max= 94, Mean= 61.16, Median= 63.00, SD= 12.589							0.060	0.806
< 60	31	38.27	12	40.00	19	37.25		
$\geq$ 60	50	61.73	18	60.00	32	62.75		
ระดับการศึกษา							1.818	0.403
ต่ำกว่าประถมศึกษา	10	12.35	5	16.66	5	9.80		
ประถมศึกษา	34	41.98	14	46.67	20	39.22		
มัธยมศึกษา/ ปวช.ขึ้นไป	37	45.67	11	36.67	26	50.98		
อาชีพ							2.775	0.250
ไม่ประกอบอาชีพ	42	51.85	15	50.00	27	52.94		
อาชีพใช้แรงงาน	22	27.16	6	20.00	16	31.37		
อาชีพไม่ใช้แรงงาน	17	20.99	9	30.00	8	15.69		
รายได้ (บาท)							1.991	0.370
ไม่มีรายได้	30	37.04	9	30.00	21	41.18		
< 10,000	25	30.86	12	40.00	13	25.49		
$\geq$ 10,000	26	32.10	9	30.00	17	33.33		
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน							1.132	0.568
1-5 ปี	28	34.57	12	40.00	16	31.37		
6-10 ปี	10	12.35	5	16.66	5	9.80		
10 ปีขึ้นไป	43	53.08	13	43.34	30	58.83		
ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด							93.396	< 0.001 ^{F*}
$\geq$ 200 mg/dl	12	14.81	12	40.00	0	0.00		
180-199 mg/dl	18	22.22	18	60.00	0	0.00		
130-179 mg/dl	25	30.86	0	0.00	25	49.02		
< 130 mg/dl	26	32.11	0	0.00	26	50.98		
โรคร่วม							1.015	0.314
ไม่มี	12	14.81	6	20.00	6	11.76		
มี	69	85.19	24	80.00	45	88.24		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 81) (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง (n= 81)		ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ (HbA1c ≥7 mg%) (n= 30)		ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ (HbA1c ≤ 7 mg%) (n= 51)		χ ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาการมีโรคร่วม	Min= 0, Max= 10, Mean= 5.81, Median= 5.00, SD= 3.554						1.788	0.409
ไม่มีโรคร่วม	12	14.81	6	40.00	6	11.76		
ต่ำกว่า 5 ปี	25	30.86	7	23.33	18	35.29		
5 ปีขึ้นไป	44	45.67	17	56.67	27	52.95		
ผู้ดูแลในการจัดยา							3.084	0.214
ไม่มีผู้ดูแล	18	22.22	9	30.00	9	17.65		
มีผู้ดูแล (ผู้ป่วยจัดยาเอง)	53	65.43	16	53.34	37	27.45		
มีผู้ดูแล (ผู้ดูแลจัดยาให้)	10	12.35	5	16.66	5	9.80		

* p< .05

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอนองเสื่อ
จังหวัดปทุมธานี

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c≥7 mg%) และ
กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c< 7 mg%) เมื่อ
จำแนกเป็นรายด้าน ผลการวิจัยพบว่า (1) การรับประทานอาหาร
กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c≥7 mg%)
ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 73.34 ในขณะที่
กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c< 7 mg%) มี
พฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.82
(2) การรับประทานยา กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
(HbA1c≥ 7 mg%) และกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
(HbA1c< 7 mg%) มีพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง
ร้อยละ 93.33 และ 54.90 ตามลำดับ (3) การออกกำลังกาย
กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c≥ 7 mg%) มี
พฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ ร้อยละ 56.67 ในขณะที่กลุ่มควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c< 7 mg%) มีพฤติกรรมสุขภาพ
ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 43.14 (4) การจัดการความเครียด
กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c≥ 7 mg%) และ

กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c< 7 mg%) มี
พฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.33
และ 72.55 ตามลำดับ และ (5) การดูแลรักษาต่อเนื่อง กลุ่ม
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c≥ 7 mg%) และกลุ่ม
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c< 7 mg%) มีพฤติกรรม
สุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.67 และ 90.20
ตามลำดับ สรุปคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรค
เบาหวานทั้งกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c≥
7 mg%) และกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c< 7
mg%) มีพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ
86.67 และ 70.59 ตามลำดับ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และ
ควบคุมได้ พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา
และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p< .05) ส่วนตัวแปร ด้านการจัดการความเครียด การดูแล
รักษาต่อเนื่องพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p> .05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (n= 81)

พฤติกรรมสุขภาพ	ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ (HbA1c ≥7 mg%) (n= 30)		ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ (HbA1c ≤ 7 mg%) (n= 51)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านการรับประทานอาหาร					10.269	0.003 ^{F*}
ระดับต่ำ	1	3.33	2	3.92		
ระดับปานกลาง	7	23.33	30	58.82		
ระดับสูง	22	73.34	19	37.26		
ด้านการรับประทานยา					13.563	< 0.001 ^{F*}
ระดับต่ำ	0	0	2	3.92		
ระดับปานกลาง	2	6.67	21	41.18		
ระดับสูง	28	93.33	28	54.90		
ด้านการออกกำลังกาย					8.335	0.014*
ระดับต่ำ	17	56.67	16	31.37		
ระดับปานกลาง	9	30.00	13	25.49		
ระดับสูง	4	13.33	22	43.14		
ด้านการจัดการความเครียด					0.570	0.843
ระดับต่ำ	2	6.67	2	3.92		
ระดับปานกลาง	22	73.33	37	72.55		
ระดับสูง	6	20.00	12	23.53		
ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง					0.720	0.442
ระดับปานกลาง	4	13.33	5	9.80		
ระดับสูง	26	86.67	46	90.20		
คะแนนรวม						
ระดับปานกลาง	4	13.33	15	29.41	0.113	0.082
ระดับสูง	26	86.67	36	70.59		

F คือ Fisher’s Exact Test

* p< .05

อภิปรายผล

อภิปรายตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ได้ว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดมีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะเห็นได้จากข้อมูลผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c≥7 mg%) ส่วนใหญ่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 180-199 mg/dl ซึ่งแตกต่างกับกลุ่ม

ตัวอย่างที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c≤ 7 mg%) ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือด< 130 mg/dl อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.05) อธิบายเหตุผลได้ว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วงที่ใกล้เคียงค่าปกติมากที่สุดทุกครั้งที่เข้ารับบริการแสดงให้เห็นถึงความตระหนักของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พยายามควบคุมพฤติกรรมของตนเองสอดคล้อง

กับการศึกษาของนครินทร์ อาจหาญ สุกัญญา บัวศรี และ ชีรพันธ์ จันท์แข็ง ที่พบว่าการเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การแจ้งผลระดับน้ำตาลครั้งล่าสุดจะช่วยเพิ่มความตระหนักรู้และเฝ้าระวังการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด¹⁰

วิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA1c \geq 7$ mg%) และกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c \leq 7$ mg%) จากการทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนตัวแปรด้านการจัดการความเครียด ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่องพบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อภิปรายตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ได้ดังนี้

1. ด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA1c \geq 7$ mg%) มีพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานผ่านการรับรู้และข้อมูล การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจึงสามารถตอบคำถามวิธีการปฏิบัติตัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุปรียา เสียงดัง⁷ ส่วนผู้ป่วยอีกบางส่วนยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่ม และอาหาร ขบเคี้ยวประเภทแป้งซึ่งทำให้ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ ในขณะที่กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c \leq 7$ mg%) มีพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง มีเพียงผู้ป่วยจำนวนน้อยที่ยังมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารในระดับต่ำ จึงส่งผลให้สามารถควบคุมน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ ทนิน พิภกรักษา การควบคุมการบริโภคอาหารสามารถทำให้ปริมาณพลังงานที่ได้รับจากอาหารลดลง ซึ่งสามารถช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้¹¹

2. ด้านการรับประทานยา กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA1c \geq 7$ mg%) และกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c \leq 7$ mg%) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง จากข้อมูลดังกล่าวคะแนนพฤติกรรมด้านการรับ

ประทานยาสูงเกิดจากการเข้ารับบริการจะได้รับทราบข้อมูล เรื่องการใช้ยาทุกครั้งจากเภสัชกร เมื่อมีการสอบถามถึง พฤติกรรมการรับประทานยาผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลได้ แต่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องการกับความคุมระดับน้ำตาลในเลือดเกิดจาก ปัญหาของประสิทธิภาพการใช้ยาเป็นเหตุผลหลักซึ่งเกิดจากความสม่ำเสมอของการรับประทานยา ปัญหาการลืมรับประทานยา และความเบื่อหน่ายในการรับประทานยาเนื่องจากต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน จึงทำให้มีโอกาสใช้ยาไม่ต่อเนื่องจึงส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด¹²⁻¹³

3. ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA1c \geq 7$ mg%) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ ในขณะที่กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c \leq 7$ mg%) มีพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จะเห็นได้ว่า ข้อมูลนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับปัจจัยด้านอาชีพที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้ประกอบอาชีพ และประกอบอาชีพที่ไม่ใช้แรงงานจึงไม่เป็นไปตามแนวทาง FITT Model (Frequency, Intensity, Time, Type) เพราะการออกกำลังกายที่มีผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะต้องปฏิบัติตามกิจกรรมทางกายให้ได้ในระดับปานกลางขึ้นไปต่อเนื่อง 30 นาที หรือมากกว่านั้นส่งผลต่อการใช้พลังงานของร่างกาย ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในงานวิจัยของ กาญจนภรณ์ ไกรนรา ที่ศึกษาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานพบว่า การเพิ่มกิจกรรมทางกายช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้¹⁴

สรุปผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยแสดงให้เห็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการทดสอบหาความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างตัวแปร ค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเป็นเบาหวาน

โรคร่วม และผู้ดูแลในการจัดยา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี แต่ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย การวิจัยในอนาคตควรมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพในเชิงลึกเพราะปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอาจมีหลายปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน

2. การออกแบบวิธีการปรับพฤติกรรมสุขภาพควรมีผู้ออกกำลังกายให้เหมาะกับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย ผลการวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ด้านวิชาการ และการปฏิบัติดังนี้

1. ผู้ปฏิบัติงานทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมและสนับสนุนครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

2. งานวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถใช้ยาและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลต่อการรักษาให้เป็นไปตามเป้าหมาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอนองเสือ จังหวัดปทุมธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนองเสือ จังหวัดปทุมธานี ผศ.ดร.ทิพมาศ เสวตวรโชติ หัวหน้าฝ่ายจัดการศึกษามหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตศรีธรรม โศกราช เกษักรหญิงรติยา ถาวรยิ่ง โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee, American Diabetes Association Professional Practice Committee. 6. Glycemic targets: standards of medical care in diabetes—2022. *Diabetes Care*. 2022;45(Supplement_1):S83-S96.
2. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the international diabetes federation diabetes atlas, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2019;157:107843. Retrieved May 15, 2023, from <https://www.doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>
3. Ministry of Public Health. (2020). Statistics on Non-Communicable Diseases. Bangkok: Ministry of Public Health.
4. Mondesir F, White K, Liese D, McLain A. Gender, Illness-related diabetes social support, and glycemic control among middle-aged and older adults. *Journals of Gerontology: Social Sciences*. 2016;71(6):1081-8.
5. Fiseha T, Alemayehu E, Kassahun W, Adamu A, Gebreweld A. Factors associated with glycemic control among diabetic adult out-patients in Northeast Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2018;11:316.
6. Ministry of Public Health. eHealth strategy, Ministry of Public Health (2017–2026). Retrieved May 31, 2023 from https://www.ict.moph.go.th/upload_file/files/eHealth_Strategy_ENG_141117.pdf.
7. Phinyo P, Aphiphatkan W, Pangsuk P, Niyomsat Y, Mahem K. Effects of the North Eastern (Esan) Thai Folk Dance Exercise Program on Physical Fitness and Blood Sugar Levels in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2020;40(3):1-14.

8. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK, World Health Organization. Adequacy of sample size in health studies. Chichester: Wiley; 1990.
9. Supriya, S.. Self-care behaviors of diabetic patients who fail to control blood sugar levels in the diabetes clinic, Songkhla Hospital, Songkhla Province. Journal of Nursing and Public Health Science Network. 2017;4(1):191-204.
10. Argharn N., Buasri S., Janpeng T. The Effects of Self-Awareness Development Program on Eating Behaviors and Two-Hour Postprandial Blood Glucose Levels of Diabetic Patients: Quasi-Experiment in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Journal of Social Science Panyapat. 2023;5(1):61-74.
11. Fakraksa T. Factors Affecting Health Care Behavior and Blood Sugar of Patients with Type2 Diabetes, Klangwang Subdistrict, Wiangsa District, Nan Province. Journal of Phrae Public Health for Development. 2021;1(1):1-17.
12. Wiriyanutai P., Thongbunjob K., Inchaithep S. Wichada Mali W., Kraunuan C. Effects of Home Pharmaceutical Care in Uncontrolled Diabetes Mellitus Patients. Thai Journal of Public Health and Health Education. 2022;2(2):40-58.
13. Hanros S., KeeSirorot A. Factors influencing medication adherence among type 2 diabetes patients receiving services at Bang Krathum Hospital, Phitsanulok Province (Doctoral dissertation). Naresuan University. 2020.
14. Krainara K. The Effects of Dietary Management with Physical Activity Program among Blood Sugar Level of Pre-Diabetic Mellitus in Thung Yai District Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2023;1(4):31-42.



วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข

Journal of Public Health Research and Innovation

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา
มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
222 หมู่ 2 ต.บ้านพร้าว อ.ป่าพะยอม จ.พัทลุง 93210