



วารสารสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ
และอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
Promotion & Environmental Health Lanna Journal of Health



ISSN: 2822-0471 (Online)

ISSN: 2228-9410 (Print)

คณะทำงาน

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. นางสาวพิรินทร์พจน์ พรหมแสน | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 2. นายกฤษณะ จตุรงค์ศรีมี | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 3. นางพชรา คำฟู | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 4. นางสาวกมลชนก เขตต์ว้าง | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 5. นางสาวอำภาพร ผิวอ่อน | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |

สำนักงานวารสาร

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 51 ถ.ประชาสัมพันธ์ ต.ช้างคลาน อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100
โทรศัพท์ 0-5327-6856 ต่อ 218 โทรสาร 0-5327-4014, 0-5318-8938
เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth>

สารบัญ

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567

	หน้า
บทความวิจัย	
▪ ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่อง การเริ่มอาหารตามวัยของเด็ก อายุ 6 เดือน ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี รพ.ส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ <i>สุวรรณี ประดิษฐ์, จันจิรา ภิรัสสวัสดิ์</i>	1 – 16
▪ ผลของการให้คำปรึกษาต่อความวิตกกังวลของสตรีที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ โรงพยาบาลลำพูน <i>วรรณวรางค์ คหวัฒน์ธรางกูร</i>	17 – 28
▪ ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการจัดการความปวดและความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก โรงพยาบาลลำพูน <i>อรรัญญา พงศ์นภดล</i>	29 - 41
▪ ผลของโปรแกรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายต่อพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกิน งานฝากครรภ์ โรงพยาบาลพร้าว <i>นางจันจิรา นิลสนธิ</i>	42-55
▪ ผลของการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ <i>มยุรีย์ อธิภูวาล, อาทิตยา ชัดพูน, รัชนิกร แก้วใส, ทักษณีย์ ลิ้มวิลัย, วิทยา บุญยศ</i>	56-70
▪ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางต่อ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและความ เข้มข้นของเลือดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ <i>ชนานันท์ ปัญญาศิลป์, กฤษณา กาเผือก</i>	71 – 82
▪ ผลการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนัก ชนิดการจำกัดเวลาในการรับประทานอาหาร (Intermittent Fasting : IF) ในเจ้าหน้าที่สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองที่มีค่าดัชนี มวลกายเกินค่าปกติ <i>ภัทรภรณ์ เหมย่านยาว, วิระฉัตร ชูสิน, รุจิตรา ธัญญเจริญ</i>	83 – 93
▪ การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานในขณะ ตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ <i>จันทร์ฉาย สิงห์นนท์, ปลื้มจิต โชติกะ, กฤษณา กาเผือก</i>	94 – 109
▪ ผลของกิจกรรม Early skin to skin contact ระหว่างมารดาและทารกที่ได้รับ การผ่าตัดคลอดต่อประสิทธิภาพการดูแลนมของทารกและความผูกพันระหว่างมารดา และทารก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ <i>นงคราญ ศรีสง่า, พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน</i>	110 – 123
▪ ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้น ปัสสาวะไม่อยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองท้าย ตำบลช่วงเปา อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ <i>กิติภรณ์ เบ็งภีระ, ลิวลี รัตนปัญญา</i>	124 – 138

บทความวิจัย

- ผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติวัยทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก 139 – 152
กรรณิการ์ สุวรรณ, ปาวรดี สิงขรัตน์, มนตรา พิเชฐวีรชัย
- ความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน 191 – 206
จตุพล พงษ์ชนพิบูล
- ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน 207 – 221
จินดารัตน์ สุนทร
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ของบุคลากร โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ 222 – 236
สุพรรณิภา ไชยวรรณ, วรางคณา นาคเสน, ปาริฉัตร งามอาจบริรักษ์
- ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัย ในพื้นที่ทุรกันดาร จังหวัดแม่ฮ่องสอน 237 – 252
หทัยรัตน์ ทองเขียว
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 253 – 268
โสพิณ หมอกมาเมิน, ศรชัย สิ้นสุวรรณ, กิระพล กาละดี
- การพัฒนาเมนูอาหารกลางวันเพื่อเพิ่มสารอาหารและพลังงาน สำหรับเด็กปฐมวัยใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดเชียงใหม่ 269 – 282
กฤษณา กาเผือก, สิตาพัฒน์ ยุตบุตร, จักรกฤษณ์ วัชรราษฎร์

บทความวิชาการทั่วไป/บทความวิชาการพิเศษ

- สิ่งแวดล้อมศึกษา: แนวคิดการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้าน บนฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน 153 – 161
สามารถ ใจเตี้ย
- อิทธิพลของสื่อ TIKTOK ต่อมุมมองสุขภาพแบบองค์รวมในเด็กและเยาวชน 162 – 176
ธารทิพย์ มีจอม, ตู่กตา ศรีอาภรณ์, วิทวัส ดอนสินพูล, ศิริญทิพย์ จายะกัน, ศุทธิณี จรทะมา, กิตรวี จิรรัตน์สถิต
- การวิเคราะห์ข้อกำหนดมาตรฐานระหว่าง มอก. 2677-2558 และ ISO 15190:2020 เพื่อแสดงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของแต่ละมาตรฐาน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับห้องปฏิบัติการที่ต้องการเปลี่ยนผ่านจากมาตรฐานไทย สู่มาตรฐานสากล 177 – 190
ศุภรา มะโนวงศ์

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่อง การเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน
ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี รพ.ส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

Results of The Education Program for Caregivers on Initiating
Age-Appropriate Foods for 6-Month-Old Children Receiving The Well Child
Clinic's Services at Health Promotion Hospital, Chiang Mai

สุวรรณี ประดิษฐ์^{1*}, จันจิรา ภัทร์สวัสดิ์²

Suwannee Pradit^{1*}, Janjira Presawat²

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่^{1,2}

Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Centre 1 Chiangmai.^{1,2}

¹Corresponding author, E-mail: spradit99@gmail.com

(Revised: November 19, 2023; Revised: December 18, 2023; Accepted: December 25, 2023)

บทคัดย่อ

การส่งเสริมโภชนาการเด็กโดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการจัดอาหารให้เด็กได้รับอาหารตามวัยที่เหมาะสม รวมถึงการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรให้อาหารเด็กที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลจะทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตที่ดีไม่มีปัญหาอ้วนหรือขาดสารอาหาร การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการให้อาหารตามวัย และประเมินความพึงพอใจ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กอายุ 4 เดือน ที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2567 จำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก และแบบสอบถาม ความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC แบบสอบถามความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมได้ค่า IOC 0.67-1.00 และ 0.75-1.00 ตามลำดับ ความเที่ยงของเครื่องมือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 และ เท่ากับ 0.91 ตามลำดับ เก็บข้อมูลในระยะขึ้นดำเนินการทดลองและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า (1) ความรู้เรื่องการเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน ของผู้ดูแลเด็กหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการให้อาหารตามวัยของผู้ดูแลเด็ก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการให้อาหารตามวัยของผู้ดูแลเด็ก ในขณะที่ป้อนอาหารตามวัยให้เด็ก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ (4) ผู้ดูแลเด็กมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ในระดับระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.54$ S.D.= 0.533)

ผลการศึกษานี้ให้ประโยชน์ในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลให้สามารถดูแลโภชนาการเด็กได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมให้ความรู้, ผู้ดูแลเด็ก, อาหารตามวัย, เด็กอายุ 6 เดือน

ABSTRACT

Promoting child nutrition by encouraging caregivers to have knowledge about preparing food for children, feeding them age-appropriate food, and enhancing knowledge and understanding and changing caregivers' correct feeding behavior will help children grow well, without obesity or malnutrition. This quasi-experimental research aimed to study the results of a child care education program by comparing the average knowledge scores, age-appropriate feeding behaviors, and evaluating program satisfaction. The sample size consisted of 45 caregivers of 4-month-old children receiving services at the Well Child Health Clinic, Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 1, Chiang Mai, between February to May 2024.

The instruments were a child care education program and questionnaires. The content validity of the knowledge and behavior questionnaires were tested with the IOC values of 0.67-1.00 and 0.75-1.00, respectively, and the Cronbach's alpha coefficient reliability values of 0.80 and 0.91, respectively. Data were collected during the experimental and post-experimental periods. Descriptive statistics and paired t-tests were used for data analysis.

The results showed that (1) the knowledge of caregivers about the initiation of age-appropriate foods for 6-month-old children after participating in the program was significantly higher than before participating in the program ($p < 0.001$), (2) the average feeding behavior scores before and after participating in the program were not statistically significantly different, (3) the age-appropriate feeding behavior scores while feeding the children before and after participating in the program were significantly different ($p < 0.001$), and (4) the caregivers were highly satisfied with the program (mean = 4.54, S.D. = 0.533).

This study's results are useful for promoting the knowledge and behavior of caregivers to be able to provide appropriate nutritional care for children.

Keywords: educational programs, child caregivers, age-appropriate food, children aged 6 months

Keywords: educational programs, child caregivers, age-appropriate food, children aged 6 months

บทนำ

โภชนาการที่ดีในวัยเด็ก เป็นรากฐานที่สำคัญของการมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะช่วงที่มี การเจริญเติบโตตั้งแต่ในครรภ์มารดาจนถึง 2 ปี เนื่องจากมีการเจริญเติบโตทั้งด้านสมองและร่างกาย อีกทั้งภาวะการเจริญเติบโตที่ดียังเป็น

ดัชนีบ่งชี้สุขภาพโดยรวมของเด็กในวัยผู้ใหญ่ เด็กมีความต้องการสารอาหารที่มีคุณค่าในปริมาณที่เพียงพอ โดยอาหารที่ดีที่สุดสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน คือนมแม่ ซึ่งต้องได้รับนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน (Exclusive Breastfeeding) เนื่องจากมีสารอาหารครบถ้วน หลังจากนั้นทารกจำเป็นต้อง

ได้รับสารอาหารตามวัยควบคู่กับนมแม่ ในช่วงวัย 6-12 เดือน⁽¹⁾ เป็นช่วงเวลาที่ทารกต้องการพลังงานและสารอาหารเพิ่มมากขึ้น อาหารตามวัยที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญมากต่อภาวะโภชนาการของเด็ก และเด็กควรได้รับอาหารตามวัยเพิ่มขึ้นทีละน้อยจนกระทั่งได้รับพลังงานจากอาหารตามวัย 200 - 300 กิโลแคลอรีต่อวันเมื่ออายุครบ 2 ปี⁽²⁾ เด็กที่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจะส่งผลทำให้การพัฒนาของระบบประสาทที่ล่าช้า⁽³⁾ เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วนลงพุง โรคหัวใจและหลอดเลือด และอาจมีความรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้⁽⁴⁾

จากแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติ ระยะที่ 1 สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กล่าวถึงองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รับรองเป้าหมายโภชนาการระดับโลก (WHO Global Nutrition Targets 2025) ปี พ.ศ. 2568 อาทิ ภาวะเตี้ยแคระแกร็น (stunting) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลงร้อยละ 40, จำนวนเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ลดลงร้อยละ 30, ภาวะน้ำหนักเกิน (overweight) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต้องไม่เพิ่มขึ้น, สัดส่วนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวใน 6 เดือนแรกเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 50 และภาวะผอม (wasting) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต้องไม่เกินร้อยละ 5⁽⁵⁾ และข้อมูลจากฐานข้อมูลตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (HDC service) พบว่า สถานการณ์เด็กสูงดีสมส่วน เด็กที่มีภาวะเตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน มีดังนี้ ในปีงบประมาณ 2564-2566 เด็กสูงดีสมส่วนในภาพรวมของประเทศ มีร้อยละ 61.8, 59.1 และ 60.0 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 66 สำหรับเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มีเด็กสูงดีสมส่วนร้อยละ

54.1, 52.8 และ 53.5 ตามลำดับ เด็กที่มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 13.7, 14.1 และ 13.6 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 10 เด็กที่มีภาวะผอม ร้อยละ 5.7, 6.1 และ 6.0 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 5 และพบเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 11, 11.3 และ 10.9 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 9⁽⁶⁾ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าในเขตสุขภาพที่ 1 ยังมีปัญหาด้านการเจริญเติบโตของเด็กที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัด แล้วยังสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาภาวะโภชนาการที่มีแนวโน้มในทางไม่ดีขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องให้ ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา

คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลในสังกัด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นองค์กรหลักของเขตสุขภาพที่ 1 ในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี โดยคลินิกเด็กสุขภาพดี ให้บริการในการดูแลเด็กอายุ 0-5 ปี ตามบริการมาตรฐานเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพดี ทั้งในเรื่องการเป็นผู้สนับสนุน ส่งเสริม ถ่ายทอดความรู้ให้กับพ่อแม่ ผู้ปกครอง และ ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ให้ได้รับความรู้ความเข้าใจในการอบรมเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการ ภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตให้เป็นไปตามวัย จากการสำรวจเก็บรวบรวมข้อมูลในปี 2566⁽⁷⁾ พบว่า ผู้ดูแลมีการเริ่มให้อาหารตามวัยแก่เด็กอายุ 6 เดือน เป็นอาหารสำเร็จรูปหรือข้าวโอ๊ต ร้อยละ 19.1 ข้าวเปล่าผสมน้ำต้มสุกหรือน้ำซุปร้อยละ 18 ข้าวบดผสมกล้วยน้ำว้า ร้อยละ 11 ข้าวบดผสมนมแม่ ร้อยละ 5 และยังไม่ได้เริ่มให้อาหารเสริมตามวัย ร้อยละ 12 จากการสอบถามพฤติกรรมและความรู้ของผู้ดูแลในการเริ่มให้อาหารตามวัยดังกล่าว ส่วนใหญ่มาจาก ปู่ย่า ตายาย

หรือญาติ เพื่อน และคนรู้จักแนะนำ หรือสืบหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตด้วยตัวเอง จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กมีบทบาทสำคัญในการจัดเตรียมอาหารให้เด็ก⁽⁸⁾ หากมีพฤติกรรมการให้อาหารเด็กที่ไม่เหมาะสมจะนำไปสู่ปัญหาด้านโภชนาการ การให้อาหารตามวัยที่ไม่เหมาะสมนอกจากเกิดจากสาเหตุทางเศรษฐกิจแล้ว ยังเกิดจากความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ความเข้าใจผิด และความไม่รู้ของครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ซึ่งควรได้รับการแก้ไขเพื่อลดอุบัติการณ์ของโรคขาดสารอาหาร โรคอ้วนและภาวะแทรกซ้อนต่างๆในอนาคต⁽⁵⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลเด็กจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดหาอาหารเสริมให้เหมาะสมกับทารก หากได้รับอาหารเสริมที่ไม่เหมาะสมย่อมมีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนหรือภาวะทุพโภชนาการได้ ซึ่งอาจส่งผลให้ภาวะโภชนาการของเด็กทารกไม่เป็นไปตามวัย ส่งผลถึงพฤติกรรมการเลือกอาหารตามวัยให้เหมาะสมแก่เด็กของพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กมีผลต่อโภชนาการของเด็ก จากการศึกษาของอิตีมา เงินมากและ สุพาณี บุญโยม⁽⁹⁾ พบว่าผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการให้อาหารไม่เหมาะสม โดยผู้ดูแลเด็กมีการเคี้ยวอาหารก่อนป้อนให้ทารกกินมีพฤติกรรมให้ทารกกินน้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวาน เต็มเกลือ น้ำตาล ผงชูรส น้ำปลาหรือสถานที่ให้อาหารไม่เหมาะสม ใช้ระยะเวลาในการให้อาหารแต่ละมื้อเป็นเวลานาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Smithers และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่า เด็กได้รับอาหารที่มีการเติมซอสปรุงรสและน้ำตาล และปัจจัยที่ทำให้เด็กปฐมวัยขาดสารอาหาร เกิดได้ทั้งจากปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยด้านเด็ก ซึ่ง Suwanwaha และคณะ⁽¹¹⁾ กล่าวไว้ว่าปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ อาชีพของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อายุของมารดาอายุ ของมารดาตอนตั้งครรภ์ จำนวน

บุตรในครอบครัวการอบรมเลี้ยงดูด้านสุขภาพของผู้ปกครองแก่เด็ก สถานภาพสมรสปัจจุบันของรายจ่ายด้านอาหารของครอบครัว การได้รับบริการสุขภาพของผู้ปกครอง การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในครอบครัว ความรู้ด้านโภชนาการ ทักษะคิด และพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของครอบครัว และการจัดอาหารให้รับประทาน

สำหรับคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 จะมีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลตามช่วงวัยของเด็กที่มารับบริการฉีดวัคซีน เช่น การส่งเสริมพัฒนาการ การสร้างภูมิคุ้มกันโรค การส่งเสริมการให้นมแม่ การให้อาหารตามวัย และการติดตามภาวะโภชนาการเด็กทุกช่วงวัย รวมถึงการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ แต่ปัญหาหนึ่งของคลินิกเด็กสุขภาพเด็กดี คือมีผู้รับบริการจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถให้ความรู้ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการได้ครบถ้วนตามปัญหาและความต้องการของเด็กแต่ละคน

ผู้วิจัยจึงเห็นว่า ควรมีการศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลในการให้อาหารตามวัยของเด็ก ตั้งแต่อายุ 4 เดือนที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีตามช่วงวัย เพื่อให้ผู้ดูแลได้เตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และการจัดเตรียมอาหารให้เหมาะสมในการให้อาหารตามวัยของเด็ก จึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่องการเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ตามคู่มือส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี ของสำนักงานโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และคู่มือการเรียนรู้วิธีการให้อาหารตามวัย

จากต้นแบบจากสื่อวีดิทัศน์ ของสำนักงานโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เรื่องการให้อาหารตามวัยเด็กอายุ 6 เดือน ซึ่งเป็นสื่อความรู้ต้นแบบเพื่อใช้ในการสื่อสารด้านโภชนาการ ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สำหรับกลวิธีในการส่งเสริมความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กวัยทารกมีหลายวิธี โดยหนึ่งในวิธีที่มีประสิทธิภาพ คือ การสอนทางสุขภาพ หรือการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลตามกรอบแนวคิดของแบนดูรา (Bandura)⁽¹²⁾ ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อมั่น ในความสามารถของตนเองว่าจะกระทำสิ่งนั้นๆได้ ซึ่งการ ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองได้ นั้น ต้องอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ (1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (2) การสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น (3) การชักจูงด้วย คำพูด (4) การมีสภาวะร่างกายและอารมณ์ที่ดี เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นว่าตนเอง สามารถจัดเตรียมและให้อาหารเสริมแก่เด็กได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของ เด็กในช่วงวัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่อง การเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

2. เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการให้อาหารตามวัยของผู้ดูแลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่อง การเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่อง การเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่อง การเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มากกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่อง การเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ อยู่ในระดับดีขึ้นไป

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ แบนดูรา (Bandura) ที่เชื่อว่าบุคคลเกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมจากประสบการณ์ตรง ต้นแบบ การสังเกต และการกระตุ้นเสริมแรง และเชื่อว่าบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะทำงานนั้นได้สำเร็จ โดยบุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมและประสบการณ์ใหม่ที่เกิดจากการลงมือทำ การเรียนรู้ผ่านต้นแบบ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมของร่างกายและจิตใจ⁽¹²⁾ ทฤษฎีนี้มีความเหมาะสมในการออกแบบการสอนทางสุขภาพแก่ผู้ดูแลเด็กวัยทารก เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ เกิดทักษะ และส่งเสริมการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม และนำไปสู่ผลลัพธ์ปลายทางที่คาดหวัง

การสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูรา

โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก

เรื่อง การเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน

1. การส่งเสริมความรู้เรื่อง ความหมายและความสำคัญของโภชนาการ การให้อาหารตามวัย
2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสื่อการสอน ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) หรือตัวแบบในรูปคำสอน (Verbal Description or Instruction) การสาธิต ก่อเกิดการจดจำและนำไปสู่พฤติกรรมกรให้อาหารที่เหมาะสมกับเด็ก
3. การเสริมแรงและกระตุ้นผ่านการติดตามทางโทรศัพท์ (สื่อออนไลน์) การใช้คำพูดชักจูงและกระตุ้นให้กำลังใจ

1. ผู้ดูแลเด็กมีความรู้เรื่องการให้อาหารตามวัย
2. ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการให้อาหารที่เหมาะสม
3. เด็กได้รับโภชนาการตามวัยและเหมาะสม
4. ผู้ดูแลเด็กพึงพอใจในโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว

วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ เรื่อง การเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน ในผู้ดูแลเด็ก ที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 45 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร โดยมีการเก็บข้อมูล ก่อนและขึ้นหลังการทดลอง โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้สื่อวีดิทัศน์ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม และแบบประเมินความรู้ โดยมีการเก็บข้อมูล ในผู้ดูแลเด็กอายุ 4 เดือน 1 ครั้ง และอายุ 6 เดือน 2 สัปดาห์ 1 ครั้ง นัดติดตามหลังจากได้รับโปรแกรม โดยทำการทดลองโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม 2567

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ที่ดูแลเด็กในเด็กอายุ 4 เดือนที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลเด็ก ในเด็กอายุ 4 เดือน ที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2567 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power เลือกกำหนดอำนาจทดสอบที่ 0.95 และ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ในขนาดอิทธิพลขนาดกลางที่ระดับ 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 39 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มอย่างอีกร้อยละ 20 รวมกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ 45 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากสำนักงานรับรองจริยธรรมงานวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เลขที่ 22/2567 โดยในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการให้ผู้ดูแลเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความสมัครใจ โดยมีเอกสารชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความสมัครใจยินยอม โดยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ (consent form) ในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจโดยผู้ดูแลของเด็ก กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ได้ ผู้วิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น การเผยแพร่ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้ว่าเป็นความลับ จะมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และจะมีการทำลายเมื่อโครงการได้เสร็จสิ้นกระบวนการตีพิมพ์

เครื่องมือการวิจัย

ผู้ดูแลเด็กจะได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องอาหารตามวัย พฤติกรรมการให้อาหารตามวัย และแบบประเมินความพึงพอใจของโปรแกรมเครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 2 ชนิด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก และแหล่งที่ได้รับข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับการให้อาหารเด็กตามวัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่อง การให้อาหารตามวัยของผู้ดูแลเด็กที่พัฒนาโดยผู้วิจัย จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการเลือกตอบ 2 ระดับ ใช่ หรือ ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม พฤติกรรมการให้อาหารตามวัยของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งพัฒนาปรับปรุงมาจากงานวิจัย เรื่องผลของการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูราต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลและภาวะโภชนาการของเด็กวัยทารก ของอัศรีย์ พิชัยรัตน์⁽¹³⁾

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่อง การเริ่มให้อาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการให้ความรู้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่อง การเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1

เชียงใหม่ ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Learning Theory)⁽¹²⁾ ของแบนดูรา โดยเน้นที่การเรียนรู้จากการลอกเลียนแบบและผลของพฤติกรรมในอดีตเนื่องจากแบนดูราได้แนวคิดว่าการเรียนรู้ของมนุษย์จะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ (1) ปัญญาและองค์ประกอบด้านตัวบุคคลซึ่งมีทั้งความคิดความเชื่อและความคาดหวังของบุคคล (person: P) (2) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (behavior: B) (3) องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อมหรือบุคคลรอบตัว (environment: E) ทั้ง 3 องค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งประกอบด้วย

2.2 การให้ความรู้เรื่อง ความหมายและความสำคัญของการให้อาหารตามวัยจากสื่อการสอนวีดิทัศน์ / power point

2.3 วิธี การให้อาหารตามวัยจากต้นแบบจากสื่อวีดิทัศน์ ของสำนักงานโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข^(14,15,16) และการช่วยเหลือเด็กในกรณีสำคัญอาหาร จากสื่อวีดิทัศน์ของภาควิชาเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล⁽¹⁷⁾

2.4 การเสริมแรงกระตุ้นผู้ดูแลผ่านการแจ้งเตือนทางแอปพลิเคชันไลน์ ภายหลังจากส่งสื่อวีดิทัศน์การเรียนรู้ โดยให้ตอบแบบคำถามใน google form ว่าเข้าใจสื่อที่ส่งให้หรือไม่ หากไม่เข้าใจผู้วิจัยจะแนะนำตอบข้อซักถามผ่านแอปพลิเคชันไลน์

2.5 แบบบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (pink book)⁽¹⁸⁾

2.6 แบบบันทึกการให้อาหารตามวัยของผู้ดูแล เมื่อเด็กอายุ ครบ 6 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) แบบสอบถามแต่ละส่วนผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการ

พยาบาลเด็กจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) โดยแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเรื่องอาหารตามวัย ได้ ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรมการให้อาหารตามวัยของผู้ดูแล ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.75-1.0

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง กับผู้ดูแลเด็กที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 23 คน หลังจากนั้น นำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงตรงโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 และแบบสอบถามพฤติกรรมการให้อาหารตามวัยของผู้ดูแล ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ครั้งที่ 1

1. ผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กเด็กอายุ 4 เดือนที่มารับบริการ ณ คลินิกเด็กสุขภาพดี โดยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย ให้กลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมวิจัยเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามเรื่องความรู้ และพฤติกรรมการให้อาหารตามวัยก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่อง การเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

3. ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างร่วมกิจกรรมการให้ความรู้เรื่อง ความหมายและความสำคัญของการให้

อาหารตามวัยตามวัย^(19,20) ณ คลินิกเด็กสุขภาพดี แนะนำวิธีการใช้แบบบันทึกการให้อาหารตามวัย การส่งสื่อความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เมื่อเด็กอายุครบ 5 เดือน และการนัดติดตามโดยผู้วิจัยจะกำหนดให้ กลุ่มตัวอย่างมารับการติดตามพร้อมกับนัดรับวัคซีนตามวัย เมื่ออายุครบ 6 เดือน 2 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสในการเริ่มให้อาหารตามวัยก่อน

ครั้งที่ 2 การส่งสื่อวีดิทัศน์ความรู้ทางแอปพลิเคชันไลน์ เรื่อง การให้อาหารตามวัย ให้ผู้ดูแลเด็กจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่

1. เมื่อเด็กอายุ 5 เดือน โดยส่งสื่อความรู้เรื่อง การให้อาหารตามวัยเด็กอายุ 6 เดือน ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย โดยมีรายละเอียดในการจัดเตรียม และการปรุงอาหารให้เด็ก ความยาว 7 นาที 59 วินาที

2. เมื่อเด็กอายุ 5 เดือน 2 สัปดาห์ ส่งสื่อความรู้ เรื่อง การให้อาหารและเรื่องการช่วยเด็กเมื่อสุดสัปดาห์อาหาร จากสื่อวีดิทัศน์ของภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ความยาว 1 นาที 32 วินาที โดย 1 วันหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับสื่อความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะรับการติดตามว่าได้ดูสื่อแล้วเข้าใจหรือไม่ หรือมีปัญหาอุปสรรค ข้อกังวลใดๆ ผ่าน Google form ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำและตอบข้อซักถามผ่านทางโทรศัพท์หรือทางแอปพลิเคชันไลน์

ครั้งที่ 3 กระตุ้นเตือนติดตามให้ผู้ดูแลให้บันทึกการให้อาหารตามวัย ตามแบบบันทึกการให้อาหารตามวัยเมื่อเด็กอายุครบ 6 เดือน และการนัดติดตามครั้งต่อไปผ่านทางโทรศัพท์ หรือทางแอปพลิเคชันไลน์

ครั้งที่ 4 นัดติดตามเมื่อเด็กอายุ 6 เดือน 2 สัปดาห์ โดยให้ผู้ดูแลเด็กจะได้รับการประเมินความรู้



ความเข้าใจเรื่องอาหารตามวัย แบบประเมินพฤติกรรม การให้อาหารตามวัยของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรม ฯ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม ฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่อง การเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน โดยใช้สถิติ paired T-test
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้อาหารตามวัยของผู้ดูแลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ paired T-test
4. ระดับความพึงพอใจโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่อง การเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน โดยใช้สถิติพรรณนาคือ การแจกแจงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตาราง 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องอาหารตามวัยเด็กอายุ 6 เดือนของผู้ดูแลเด็ก

การทดสอบ	\bar{X}	S.D.	t	df	P
ผู้ดูแลเด็ก (N=45)					
ก่อนการใช้โปรแกรมฯ	0.75	0.302	.9661	44	.000***
หลังการใช้โปรแกรมฯ	0.87	0.269			

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการให้อาหารตามวัยของผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า พฤติกรรมการให้อาหาร

ผลการศึกษา

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ดังนี้ ส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 87.2 อายุระหว่าง 21-30 ปี และ 31-40 ปี ร้อยละ 44.7 มีความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นแม่ร้อยละ 83 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 44.7 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเพียงพอร้อยละ 85.1 ได้รับข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับการให้อาหารเด็กตามวัยส่วนใหญ่จากพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 26.15
2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องอาหารตามวัยเด็กอายุ 6 เดือนของผู้ดูแลเด็กพบว่า คะแนนความรู้เรื่อง การเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน ของผู้ดูแลเด็กหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ แล้ว มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงตาราง 1

ตามวัยของผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตาราง 2

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการให้อาหารตามวัยของผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การทดสอบ	\bar{X}	S.D.	t	df	P
ผู้ดูแลเด็ก (N=45)					
ก่อนการเข้าโปรแกรมฯ	2.13	0.526	-.200	44	.843***
หลังการเข้าโปรแกรมฯ	2.15	0.425			



4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
การให้อาหารตามวัยในขณะป้อนอาหารตามวัย ก่อน
และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า พฤติกรรมการให้
อาหารตามวัยของผู้ดูแลเด็กในขณะป้อนอาหารตาม

วัยให้เด็ก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แล้ว
แตกต่างกันทั้งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดัง
แสดงตาราง 3

**ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการให้อาหารตามวัยในขณะป้อนอาหารตามวัยให้
เด็ก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯของผู้ดูแลเด็ก**

การทดสอบ	\bar{X}	S.D.	t	df	P
ผู้ดูแลเด็ก (N=45)					
ก่อนการใช้โปรแกรมฯ	1.93	0.236	-10.625	44	.000***
หลังการใช้โปรแกรมฯ	2.26	0.160			

4.แบบบันทึกการให้อาหารตามวัยของเด็ก
อายุ 6เดือน พบว่า ปริมาณอาหารตามชนิดอาหาร
ภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลเด็กให้อาหาร
ตามวัยดังนี้ โปรตีนส่วนมากมีปริมาณ 1 ซ้อน ร้อยละ
62.2 คาร์โบไฮเดรตปริมาณ 2 ซ้อนร้อยละ 31.1 เกลือ
แร่ปริมาณ 1 ซ้อนร้อยละ 33.3 วิตามินปริมาณ 1 ซ้อน
ร้อยละ 42.2 และไม่ได้เติมน้ำมันในอาหารร้อยละ 64.4
วิธีการเตรียมอาหารจะมีการบดอาหารอย่างละเอียด
โดยใช้เครื่องบดอาหารร้อยละ 60.0 บดหยาบโดยใช้มือ
ร้อยละ 40.0 มีการให้อาหารอื่นๆที่ให้แก่รับประทาน
อาทิ ซีลีแลค ร้อยละ 25.3 ผงตับไก่ ร้อยละ 18.3

ข้าวพองอบกรอบ ร้อยละ 16.5 ข้าวหอมมะลิอบกรอบ
ร้อยละ 38.2 ตามลำดับ

5. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ
ประเมินความพึงพอใจ หลังจากผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วม
โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่อง การเริ่มอาหาร
ตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจจากผู้ดูแลเด็กที่
เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่อง การเริ่ม
อาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน มีค่าเฉลี่ยอยู่ใน
ระดับมีความพึงพอใจในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.54$ S.D. =
0.533) ดังแสดงใน ตาราง 4

**ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของประเมินความพึงพอใจหลังจากผู้ดูแลเด็กที่เข้า
ร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่อง การเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน**

เนื้อหา / รูปแบบ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารเข้าใจง่าย มีตัวอักษรที่อ่านง่าย	5.00	.000	สูงมาก
2. ข้อมูลที่ได้รับแล้วเข้าใจในทันที ไม่ซับซ้อน	4.38	.684	สูงมาก
3. การออกแบบมีสีสันสวยงาม สะดุดตา	4.42	.690	สูงมาก
4. มีภาพประกอบที่น่าสนใจ เห็นภาพชัดเจน	4.53	.588	สูงมาก
5. ข้อมูลมีประโยชน์ให้ความรู้เกี่ยวกับการการให้อาหารตามวัย	4.48	.590	สูงมาก
6. ท่านมีความรู้ความเข้าใจภายหลังได้เข้ารับโปรแกรม และนำไปใช้ในการให้อาหารตามวัยบุตรหลานของท่านได้	4.49	.589	สูงมาก
7. ความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.51	.589	สูงมาก
ค่าเฉลี่ย	4.54	0.533	สูงมาก

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่องการเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือนที่มีรับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura)

ข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 21-30 ปี และ 31-40 ปี มีระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท/พนักงานโรงงาน รับจ้างทั่วไป มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเพียงพอ มีความสัมพันธ์กับเด็กในฐานะแม่ ได้รับข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับการให้อาหารเด็กตามวัยส่วนใหญ่จาก พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,คนในครอบครัว

ความรู้เรื่องการเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน ของผู้ดูแลเด็กหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ แล้ว มีระดับความรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

พฤติกรรมการให้อาหารตามวัยของผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

พฤติกรรมการให้อาหารตามวัยของผู้ดูแลเด็ก ในขณะที่ป้อนอาหารให้เด็ก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การประเมินความพึงพอใจของโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.54$ S.D. = 0.533)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่อง การเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน โดย

ประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura) พบว่า

1. ความรู้ผู้ดูแลเด็ก

ผลการวิจัยพบว่า หลังจากผู้ดูแลเด็กเข้าร่วมโปรแกรมฯ แล้ว ผู้ดูแลเด็กมีความรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p < .001$) (ก่อน-หลัง ร้อยละ 75.6, 87.6 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการศึกษาของคณิงนิษฐ์ ไกรเสม⁽²¹⁾ ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพฤติกรรมการให้อาหารเสริมตามวัยของผู้ดูแลเด็กต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยทารก ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้อาหารเสริมทารกของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ของผู้ดูแลเด็กสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) แสดงให้เห็นว่ากระบวนการของการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กตามโปรแกรมฯ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจการให้อาหารเด็กที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลและทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตที่ดี ไม่มีปัญหาอ้วนหรือขาดสารอาหาร โดยผ่านกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาได้แก่ การให้ความรู้เรื่อง ความหมายและความสำคัญ การเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน วิธีการให้อาหารตามวัย การช่วยเหลือเด็กในกรณีสำคัญอาหาร และพฤติกรรมให้อาหารตามวัยของผู้ดูแลเด็ก โดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบสื่อการสอน ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) หรือตัวแบบในรูปคำสอน (Verbal Description or Instruction) เกิดการจดจำและนำไปสู่พฤติกรรมการให้อาหารที่เหมาะสมกับเด็กและการเสริมแรงและกระตุ้นผ่านการติดตามทางโทรศัพท์การใช้คำพูดชักจูงขณะสอนและโทรศัพท์กระตุ้นให้กำลังใจ สอดคล้องโดยแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura) ที่กล่าวไว้ว่าวิธีการพัฒนาการรับรู้ ความสามารถตนเองของผู้ดูแลเด็ก มาจากได้รับรู้และเรียนรู้จาก

ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าเป็น วิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็น ประสบการณ์ตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเองจำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะ ที่เพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ ว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำ พฤติกรรมนั้นๆ จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับนั้นอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด และจากกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น มาจากการใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วก็จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ หากว่าบุคคลต้องมีความสามารถในการกระทำสิ่งนั้นอยู่ก่อนแล้วเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น และบุคคลจะต้อง บอกกับตนเองว่าผู้อื่นสามารถทำแล้วประสบความสำเร็จเขาก็ต้องทำได้เช่นกันถ้าเขามีความตั้งใจ และพยายาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Smithers และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่า เด็กได้รับอาหารที่มีการเติมซอสปรุงรสและน้ำตาล จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กมีบทบาทสำคัญในการจัดเตรียมอาหารให้เด็ก หากมีพฤติกรรมการให้อาหารเด็กที่ไม่เหมาะสมจะนำไปสู่ปัญหาด้านโภชนาการ ซึ่งมีผลกระทบต่ออาการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก รวมถึงสุขภาพจิต นิสัยในการบริโภคอาหารในอนาคต ดังนั้นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการให้อาหารของพ่อแม่ผู้ดูแลเด็กจะทำให้เด็กมีภาวะโภชนาการที่ดี เหมาะสม ส่งผลให้มีการเจริญเติบโตที่ดี และไม่มีปัญหาอ้วนหรือขาดสารอาหาร

2. พฤติกรรมการให้อาหารตามวัยของผู้ดูแล

2.1 พฤติกรรมการให้อาหารตามวัยของผู้ดูแลเด็ก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แล้ว

ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผล

การศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับความรู้ เรื่องความหมายและความสำคัญของการให้อาหารเสริม วิธีการให้อาหารตามวัย อาหารตามธงโภชนาการเด็ก และการช่วยเหลือเด็กในกรณีสำคัญอาหาร รวมทั้งการจัดเตรียมอาหาร แบบบันทึกการให้อาหาร จากสื่อการสอนวีดิทัศน์ / power point และได้รับการติดตามในช่วงระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการให้อาหารตามวัยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่งผลให้เด็กที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลมีภาวะโภชนาการที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริโล โปธีชัย และคณะ⁽²²⁾ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิด - 1 ปี ตำบลโพธิ์ ตำบลหนองแก้ว ตำบลโพธิ์เนาว์ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า พฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิด - 1 ปี อยู่ในระดับดี จากปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ดูแลทารก อาชีพและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.01) ส่วนอายุผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับทารก สถานภาพสมรส ลำดับที่การเลี้ยงดู ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิด -1 ปี ซึ่งตรงกับแนวคิดของ แบนดูรา ที่กล่าวไว้ว่ากระบวนการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ควรมีลักษณะของการกำหนด การอาศัยซึ่งกันและกันของ ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล อันได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ ตนเอง เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และ เงื่อนไขเชิงสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอน เป็นระบบที่เกี่ยวกันไว้ และต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ซึ่งอิทธิพลแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม

2.2 พฤติกรรมการให้อาหารตามวัยของผู้ดูแลเด็ก ในขณะป้อนอาหารตามวัยให้เด็ก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แล้ว แตกต่างกันทั้งมี



นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เนื่องจากผู้ดูแลเด็กเกิดการจดจำและนำไปสู่พฤติกรรมการให้อาหารที่เหมาะสมกับเด็ก อาทิ พฤติกรรมเชิงบวกที่ทำบ่อยครั้งหลังจากได้รับโปรแกรมฯ คือมีการสบตากับเด็กในขณะที่ป้อนอาหาร ร้อยละ 95.6 หากเด็กไม่ยอมรับประทานอาหารจะปรับเปลี่ยนส่วนประกอบของอาหารเด็กให้แตกต่างไปจากเดิมในมือถัดไป ร้อยละ 62.2 ไม่ให้เด็กดูสื่อจอเช่น ทีวี โทรศัพท์ tablet ขณะรับประทานอาหาร ร้อยละ 91.1 ไม่ให้ขนม/ของเล่นเป็นรางวัลเมื่อเด็กยอมกินอาหาร ร้อยละ 71.1 ซึ่งตรงกับแนวคิดของแบนดูรา⁽¹¹⁾ ที่กล่าวว่า การสอนทางสุขภาพหรือการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล แสดงว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะกระทำการสิ่งนั้นๆ ได้ ซึ่งการส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองได้นั้น ต้องอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ (1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (2) การสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น (3) การชักจูงด้วย คำพูด (4) การมีสภาวะร่างกายและอารมณ์ที่ดี นอกจากนี้ความรู้เรื่องอาหารที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการให้อาหารแก่เด็ก ความรู้เรื่องวิธีการเลี้ยงดูและสื่อสารกับลูก เรื่องการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์สามารถส่งผลถึงพฤติกรรมการให้อาหารแก่เด็กและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กได้เช่นกัน⁽²³⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คณินนิตย์ ไกรเสม⁽¹⁸⁾ เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพฤติกรรมการให้อาหารเสริมตามวัยของผู้ดูแลเด็กต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยทารก ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้อาหารเสริมทารกของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับ

โปรแกรมฯ ของผู้ดูแลเด็ก (Mean = 12.52, SD = 3.00) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 8.84, SD = 2.72) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้แบนดูรา ยังแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับ ความคาดหวังในผลของการกระทำว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้ ความสามารถของตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลของการกระทำสูงเช่นเดียวกัน บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน

3. ความพึงพอใจของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่องการเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน หลังจากผู้ดูแลเด็กได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็ก เรื่องการเริ่มอาหารตามวัยของเด็กอายุ 6 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมีความพึงพอใจในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.54$ S.D. = 0.533) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัครีย์ พิชัยรัตน์ และคณะ⁽¹³⁾ ได้ศึกษาเรื่องผลของการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของ แบนดูราต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลและภาวะโภชนาการของเด็กวัยทารก พบว่า รูปแบบการให้ความรู้ดังกล่าวควรนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลแม่และเด็กในชุมชน โดยมีพยาบาลชุมชนเป็นผู้สอนทางสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ติดตาม และควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องไปจนเด็กอายุครบ 1 ปี แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการ โดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Learning Theory) ของแบนดูรา⁽¹²⁾ ส่งผลให้ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมนี้นี้ มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลเด็ก ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมที่ผู้ดูแลสามารถดูแลจัดเตรียมโภชนาการเด็กได้อย่างเหมาะสมและถูกต้องยิ่งขึ้น และได้แสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่คาดหวังไว้ ซึ่งผู้ดูแลเด็กนั้นจะต้อง

มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะกระทำสิ่งนั้นๆ ได้ ซึ่งการส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองได้นั้นต้องอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ (1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (2) การสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น หรือมีตัวแบบให้ดู (3) การชักจูงด้วยคำพูด (4) การมีสภาวะร่างกายและอารมณ์ที่ดี มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) จะเห็นว่าถ้าผู้ดูแลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตนเอง โดยทราบว่า จะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นจะปฏิบัติตามการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตนจึงเป็นสิ่งที่ทำนายหรือตัดสินว่า บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะสามารถให้การดูแลในการให้อาหารตามวัยแก่เด็กได้ถูกต้องและปลอดภัยและส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตเป็นไปตามเกณฑ์ ได้รับสารอาหารและการโภชนาการที่ถูกต้องเหมาะสม ช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหารและการเกิดโรคอ้วนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเป็น การส่งเสริมสุขภาพเด็กที่ดีในอนาคตต่อไป

แบนดูรา ได้ เสนอแนะวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้ 4 วิธี⁽¹²⁾ ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าเป็น วิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง จำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะ ที่เพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับนั้นอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วก็จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ หากว่าบุคคลต้องมีความสามารถในการกระทำสิ่งนั้นอยู่ก่อนแล้วเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น และบุคคลจะต้องบอกกับตนเองว่าผู้อื่นสามารถทำแล้วประสบความสำเร็จเขาก็ต้องทำได้เช่นกันถ้าเขามีความตั้งใจและพยายาม

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) คือการที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคลเพื่อให้เขาเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ การเกลี้ยกล่อมจากผู้อื่นจะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จ

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) จะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการกระตุ้นอารมณ์ในทางบวกจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถในตนเองดีขึ้นด้วย จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) จะเห็นว่า ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน โดยทราบว่า จะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นจะปฏิบัติตามการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตนจึงเป็นสิ่งที่ทำนายหรือตัดสินว่า บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลการวิจัยไปใช้โดยเป็นข้อมูลนำเข้าในการสร้างสื่อและองค์ความรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยมุ่งเน้นสร้างความรู้ความ

เข้าใจและการตัดสินใจที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย รวมถึงความรู้ทางด้านสุขภาพของเด็กและผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสามารถเข้าใจภาวะโภชนาการเด็กและการดูแลเด็กให้ได้รับสารอาหารที่เหมาะสม มีวินัยในการรับประทานอาหาร ส่งเสริมการเจริญเติบโตที่ดี มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก โดยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในเรื่องของการจัดกิจกรรมหรือเสริมทักษะให้กับผู้ดูแล ในด้านดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมและพัฒนาผู้ดูแลเด็กให้มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และการเลือกกลุ่มตัวอย่างในวิจัยครั้งต่อไป ควรเลือกกลุ่มวิจัยที่มีความหลากหลายทั้งเรื่องของระดับการศึกษา รายได้ เพราะจากข้อมูลส่วนบุคคลของงานวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีความรู้ รายได้ดี เป็นส่วนมาก ทำให้โปรแกรมอาจจะเหมาะสำหรับบุคคลเฉพาะกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. Winichagoon P, & Damrongwongsir O. Breastfeeding Situation, Facilitators and Obstacles, Policy and Program to Promote Breastfeeding in Thailand. Journal of Nutrition Association of Thailand, 2020; 55(1), 66-81.
2. คณะกรรมการและคณะทำงานปรับปรุงข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทยกรมอนามัย 2563. ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. Prell C & Koletzko B. Breastfeeding and Complementary Feeding: Recommendations on Infant Nutrition. Deutsches Ärzteblatt International, 2016; 113(25), 435-444.
4. Munirul IM, Arafat Y, Connell N, Mothabbir G,

McGrath M, Berkley JA, et al. Severe Malnutrition in Infants Aged < 6 Months-Outcomes and Risk Factors in Bangladesh: A Prospective Cohort Study. Maternal and Child Nutrition. 2019 ; 15(1), e12642.

5. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2566 – 2570) โดยสำนักโภชนาการ. [เข้าถึงเมื่อ 2567 กันยายน 2]. เข้าถึงได้จาก : <https://resource.chemlinked.com.cn/food/File/draft-national-nutrition-action-plan-phase-1-2023-2027-version-submitted-to-the-national-food-board-consider.pdf>
6. กระทรวงสาธารณสุขฐานข้อมูลตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ร้อยละเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน รอบ 5 เดือนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (HDC). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 12 มกราคม 2566] เข้าถึงได้จาก : <https://hdcservice.moph.go.th/>
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่1 เชียงใหม่. สถิติหน่วยงานคลินิกสุขภาพเด็กกิตติระบบ Data Center ปี2564 -2565; 2566.
8. คู่มืออาหารตามวัยสำหรับทารกและเด็กเล็ก.[เข้าถึงเมื่อ 2567 ตุลาคม 10]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.tmwa.or.th/new/lib/file/201701211162528.pdf>
9. ธิติมา เงินมาก และสุพาณี บุญโยม. ปัจจัยและพฤติกรรมที่มีผลต่อการเลือกอาหารตามวัยแก่ทารกอายุ 6-12 เดือนของผู้ดูแลเด็กที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์. นครสวรรค์วิจัย ครั้งที่ 12: วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ. 2560
10. Smithers LG, Brazionis L, Golley RK, et al. Associations between dietary patterns at 6 and 15 months of age and sociodemographic factors. Eur J Clin Nutr 2012; 66: 658-66.

11. Suwanwaha, S, Ampansirat, A, & Suwanwaiphattana, W. (2019). Factor related to nutritional status among preschool aged children: a systematic review. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, 25(2), 8-24.
12. Bandura, A. Social Learning Theory. [เข้าถึงเมื่อ 2567 พฤษภาคม 15]. เข้าถึงได้จาก : http://www.wasecib.ase.ro/mps/Bandura_SocialLearningTheory.pdf
13. อัครีย์ พิชัยรัตน์. ผลของการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของเบนดูราต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการให้อาหารตามวัยของผู้ดูแลและภาวะโภชนาการของเด็กวัยเด็ก. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564;3:110-121.
14. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กินได้กินดี EP.1 | อาหารสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน โดย สำนักโภชนาการ. [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.youtube.com/watch?v=yxkOYQEmc44>
15. อุมภาพร สุทัศน์วรวิฑู, สุจิตต์ สาลีพันธ์. บรรณาธิการ. คู่มือการให้อาหารเด็ก. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.) กรุงเทพมหานคร. พิมพ์ครั้งที่ 1. 2548.
16. สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. คู่มือประเมินติดตามภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัย. [เข้าถึงเมื่อ 2567 พฤษภาคม 2]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaidietetics.org/?p=9139>
17. ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. สิ่งแปลกปลอมติดคอเด็ก ปฐมพยาบาลอย่างไร : #วิธีรับมือกับเหตุฉุกเฉิน #รามาแซนแนล . [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://www.youtube.com/watch?v=pXEsTba_OcU
18. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. สมุดบันทึกสุขภาพ แม่และเด็ก. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. 2566.
19. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ในคลินิกสุขภาพเด็กดี. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. 2558.
20. ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์ และคณะ. การพยาบาลเด็ก เล่ม 1 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะพยาบาลศาสตร์. 2555.
21. คณินนิตย์ ไกรเสม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพฤติกรรมการให้อาหารเสริมตามวัยของผู้ดูแลเด็กต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยทารก. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีที่ 4 ฉบับที่ 8 : เมษายน - กันยายน 2563.
22. ศิวีไล โพธิ์ชัยและคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิด - 1 ปี ตำบลโพธิ์ ตำบลหนองแก้ว ตำบลโพนเขวา อำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษ. [เข้าถึงเมื่อ 2567 ตุลาคม 10]. เข้าถึงได้จาก : https://cnu.ac.th/journal/JournalPDF/58-67_6_1.pdf.
23. Collins C, Duncanson K, & Burrows T. A systematic review investigating associations between parenting style and child feeding behaviors. Journal of Human Nutrition and Dietetics. 2014

ผลของการให้คำปรึกษาต่อความวิตกกังวลของสตรีที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ โรงพยาบาลลำพูน

The effect of Counseling on Anxiety in Women with Abnormal Cervical Cancer Screening Results, Lamphun Hospital

วรรณวรงค์ คหวิวัฒน์ธรางกูร

Wannawarang Khahawattharangkun

กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน

Out Patient Department, Lamphun Hospital

¹Corresponding author, E-mail: Wannawarangim@gmail.com

(Revised: October 5, 2023; Revised: October 15, 2023; Accepted: December 26, 2023)

บทคัดย่อ

สตรีที่มีผลตรวจคัดกรองปากมดลูกผิดปกติ อาจส่งผลกระทบต่อสถานะจิตใจได้ และทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว และในบางครั้งอาจเกิดความเคลงใจต่อผลการวินิจฉัยได้ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังให้คำปรึกษา ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ โรงพยาบาลลำพูน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ชุดกิจกรรมให้คำปรึกษาแก่สตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ พัฒนาขึ้นตามกรอบทฤษฎีการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ของ Rogers (1996) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวล (STAI form Y-1) ของ Spielberger ที่พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2563) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Fisher's exact probability test, Paired sample t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังให้คำปรึกษาคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ (mean=37.16, SD=8.21) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง (mean=46.46, SD=6.65)

กล่าวได้ว่า ชุดกิจกรรมให้คำปรึกษาแก่สตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกตินี้ ช่วยลดความวิตกกังวล และเสริมสร้างให้สตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติสามารถเข้ารับการตรวจวินิจฉัยในขั้นตอนต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษา, ความวิตกกังวล, มะเร็งปากมดลูก, ผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

Abstract

Women who have abnormal cervical screening results may have an impact on their mental state and it can cause stress, anxiety, fear, and sometimes skepticism about the diagnosis. This research is quasi-experimental to compare mean pre-post counseling anxiety scores within the group and between the experimental and control groups. The sample was women with abnormal cervical cancer screening results, Lamphun Hospital. Classified into experimental and control groups, 30 cases per group. The tools used in the experiment included a series of counseling activities for women with abnormal cervical cancer screening results, developed according to the person centered theory of Rogers (1996). The tools used to collect the data include personal data records and anxiety assessments (STAI form Y-1) of Spielberger developed and translated into Thai by Orphan Lueboontawatchai (2020). The data were analyzed with descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation and inferential statistics, as follows Fisher's exact probability test, Paired sample t-test and independent t-test.

The results showed that after counseling, the anxiety scores between the experimental and control groups differed statistically significantly at the level of 0.05. The experimental group had low anxiety scores (mean=37.16, SD=8.21). Meanwhile, the control group had a moderate anxiety score. (mean=46.46, SD=6.65).

Therefore; this series of counseling activities for women with abnormal cervical cancer results reduces anxiety and it also helps women with abnormal cervical cancer results to undergo effective diagnosis in the next step.

Keywords: Counseling, Anxiety, Cervical Cancer, Abnormal Cervical Cancer Screening Results

บทนำ

ประเทศไทยพบมะเร็งปากมดลูกมีอุบัติการณ์การเกิดเป็นอันดับที่ 2 ของมะเร็งที่พบได้ในสตรีไทย รองจากมะเร็งเต้านม และจากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2566 พบว่า อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูก มีจำนวน 8,662 ราย จากผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ทั้งหมด 183,541 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 และพบอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก จำนวน 4,576 ราย จากผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมดด้วยมะเร็ง 118,829 ราย⁽¹⁾

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถป้องกันและสืบค้นได้ตั้งแต่เซลล์เริ่มผิดปกติ เนื่องจากมีการดำเนินของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ใช้ระยะเวลาประมาณ 10-15 ปี⁽²⁾ สาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 99.7 เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human Papillomavirus HPV ชนิดความเสี่ยสูงแบบไม่ยอม

หายขาด สายพันธุ์ที่พบได้บ่อยได้แก่ สายพันธุ์ชนิด 16 และ 18 เมื่อติดเชื้อแล้วถ้าไม่หายจะทำให้เกิดเป็นมะเร็งปากมดลูก⁽³⁾ ทั้งนี้แพทย์สามารถวินิจฉัยและรักษาได้ตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็งโดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก⁽⁴⁾ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV-DNA test ให้กับผู้หญิงไทยที่มีอายุ 30 - 60 ปี ครอบคลุมทุกสิทธิบัตรทั่วประเทศ ซึ่งจัดโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายหน่วยบริการในพื้นที่การตรวจวิธีนี้เป็นการตรวจแบบเชิงลึกระดับดีเอ็นเอ เพื่อตรวจหาเชื้อ HPV เป็นการตรวจเซลล์พันธุกรรมที่มีความแม่นยำและมีความไวสูง รวมทั้งทางเลือกใหม่ล่าสุด คือการตรวจแบบเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง (HPV Self-Test) จะสามารถทราบผลได้ภายใน 1 เดือน⁽⁵⁾ ขณะเดียวกันสตรีที่ได้รับ

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หากผลพบว่ามี ความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก ต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติม และวินิจฉัยด้วยการตรวจด้วยกล้องส่องขยายผ่านทาง ช่องคลอด (Colposcopy) พร้อมตัดชิ้นเนื้อในตำแหน่งที่ ผิดปกติ (Cervix Biopsy) หรือการตัดปากมดลูกออกเป็นรูป กรวยด้วยห่วงไฟฟ้า (Loop Electrosurgical Excision Procedure; LEEP)⁽³⁾ ซึ่งในกระบวนการเข้ารับการตรวจ เพิ่มเติม พยาบาลที่หน่วยผู้ป่วยนอกนรีเวชจะทำการแจ้ง ผลทางโทรศัพท์และทำการนัดติดตามให้เข้ามารับการ วินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการส่องกล้องทางช่องคลอด โดย แพทย์ทางมะเร็งนรีเวชที่ทำการส่องกล้องหากเห็นรอย โรคที่ชัดเจน จะทำการตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูกเพื่อส่ง ตรวจทางพยาธิสภาพต่อไป ซึ่งในระยะรอฟังผลชิ้นเนื้อ (Cervical Biopsy) จำเป็นต้องใช้เวลารอคอยประมาณ 2 สัปดาห์ การใช้ระยะเวลาในการรอคอยการตรวจเพื่อการ วินิจฉัยโรคในแต่ละช่วงเวลาในขณะที่ตรวจพบมะเร็งปาก มดลูกผิดปกติอาจส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของสตรี ได้ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว และ ในบางครั้งอาจเกิดความแคลงใจต่อผลการวินิจฉัยของ แพทย์ได้⁽⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการ ตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า สถานการณ์ที่สตรีได้รับ แจ้งผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติจนถึงช่วง ระยะเวลาที่ได้รับการส่องกล้องทางช่องคลอด และระยะรอ ฟังผลชิ้นเนื้อ มักใช้ระยะเวลารอคอย แต่ละช่วงนาน ถึง 2 - 6 สัปดาห์ ในสถานการณ์ช่วงนี้ทำให้สตรี ส่วน ใหญ่เกิดความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง อีก ทั้ส่วนใหญ่มีความกังวลว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก กลัว การเสียชีวิต กังวลเกี่ยวกับแนวทางการรักษา และ ค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยสิ่งที่ต้องการมากที่สุดคือ ข้อมูล เกี่ยวกับตัวโรคและแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง ต้องการ การสนับสนุนทางจิตใจ และค่าใช้จ่าย คำแนะนำในการ ดูแลตัวเองระหว่างรอรักษา และการให้ความรู้ที่ถูกต้อง เป็นต้น^(7,8) อีกทั้งยังคงกลัวการเป็นมะเร็งปากมดลูก กลัว

ความเจ็บปวดหรือความไม่สบายระหว่าง การส่องกล้อง กลัวผลกระทบต่อการมีบุตร และการส่งผลกระทบต่อเรื่องเพศสัมพันธ์กับคู่ ในอนาคตได้ ซึ่งในช่วงระหว่างรอการ ส่องกล้องทางช่องคลอดนี้ อาจเกิดความเครียดสูงได้ เนื่องจากเป็นช่วงที่กังวลที่อาจได้รับข่าวร้ายจากการเป็น มะเร็งปากมดลูกได้⁽⁹⁾

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาโดยผู้รับบริการเป็น ศูนย์ กลาง (Person Centered Theory) ของ โรเจอร์ (Rogers)⁽¹⁰⁾ เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำมาช่วยเหลือสตรี ที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้ เพราะ เป็นการให้คำปรึกษาที่เน้นเรื่องสัมพันธภาพในการให้ คำปรึกษาระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เพื่อที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้รับคำปรึกษา โดยผู้รับคำปรึกษามีอิสระที่จะระบายความไม่สบายใจ ความเครียด วิตกกังวล และสามารถพิจารณาทำความเข้าใจตนเอง ยอมรับตนเอง และเปลี่ยนแปลงตนเองไป ในทางที่ดีขึ้น ดังจากการศึกษาผลของการให้การปรึกษา แบบรายบุคคลที่มีต่อการเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการ ปรึกษาแบบรายบุคคลมีความสุขเพิ่มขึ้นน้อยอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแก่ สตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ช่วยลดความวิตกกังวลของสตรีที่มีผลตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงช่วยเตรียมความพร้อมแก่สตรีที่มีผลตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ในการเข้ารับบริการตรวจ วินิจฉัยในขั้นตอนต่อไปได้⁽¹²⁾ และการให้คำปรึกษาเป็น บทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพในการช่วยเหลือ ผู้ใช้บริการที่มีความวิตกกังวลลดความวิตกกังวลลงได้ โดยการจัดกิจกรรมและให้บริการปรึกษาตรงตามปัญหา ความต้องการของผู้ใช้บริการ ทำให้ผู้รับคำปรึกษา สามารถประเมินพฤติกรรมความคิด ความรู้สึกที่เกี่ยวกับ ความวิตกกังวลของตนเองและสามารถวางแผนปฏิบัติ

เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวล⁽⁷⁾

ห้องตรวจส่องกล้องปากมดลูก โรงพยาบาลลำพูน ให้บริการด้านสูตินรีเวชกรรม โดยในการให้บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าในระหว่างปี 2564 – 2566 มีสตรีเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวน 3,008 ราย, 3,246 ราย และ 3,270 ราย ซึ่งในจำนวนนี้พบสตรีที่มีผลตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ จำนวน 120 ราย, 221 ราย, 435 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.0, ร้อยละ 6.8 และร้อยละ 13.3 ตามลำดับ⁽¹³⁾ ทั้งนี้ในกรณีที่มีผลตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยที่ถูกต้องและแม่นยำ แพทย์จะมีวิธีการตรวจขั้นตอนต่อไป ด้วยการ **ใช้กล้องส่องตรวจปากมดลูกโดยเฉพาะที่ (Colposcopy)** เพื่อตรวจหาความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง ร่วมกับการตัดเนื้อเยื่อออกตรวจ เป็นการยืนยันการวินิจฉัยโรค โดยผลของชิ้นเนื้อที่ตัดออกไปจะทราบผลประมาณ 1-2 สัปดาห์ ซึ่งจากประสบการณ์ของผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติงานห้องตรวจส่องกล้องปากมดลูก พบปัญหาที่สำคัญของการให้บริการ คือเมื่อสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้ทราบผลการตรวจส่วนใหญ่มีอาการตื่นตระหนก ตกใจ เกิดภาวะเครียด วิตกกังวลกับขั้นตอนที่ต้องรับการตรวจวินิจฉัยในขั้นตอนต่อไปเป็นอย่างมาก รวมทั้งมีการโทรศัพท์สอบถามข้อมูลเรื่องผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ การปฏิบัติตัวก่อนการตรวจและหลังการตรวจและรักษาจำนวนมาก อีกทั้งมีสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติหลายราย เข้ารับการตรวจก่อนการนัดหมาย เนื่องจากมีความวิตกกังวลมาก คิดว่าตนเองเป็นมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น จากปัญหาการให้บริการข้างต้นนี้ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญ ของการพัฒนาการให้บริการด้านการให้คำปรึกษาต่อความวิตกกังวลของสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ โรงพยาบาลลำพูน เพื่อให้สตรีที่มีผลตรวจคัด

กรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติมีความพร้อมในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาในขั้นตอนต่อไป ตลอดจนนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาแก่สตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานห้องตรวจส่องกล้องปากมดลูก และพัฒนางานบริการให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังให้คำปรึกษา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังให้คำปรึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ที่เข้ารับบริการห้องตรวจส่องกล้องปากมดลูก แผนกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน

กลุ่มตัวอย่างดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจงกับสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ที่เข้ารับบริการห้องตรวจส่องกล้องปากมดลูก แผนกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 – 30 มิถุนายน 2567 และกลุ่มทดลอง ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 – 31 กรกฎาคม 2567 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยใช้โปรแกรม Power Analysis for Sample Size เพื่อกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญที่ .05 พบว่าต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย กลุ่มละ

27 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง 30 คน ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าโค้งปกติ (normality) และมีขนาดใหญ่พอในการทำวิจัย⁽¹⁴⁾ กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งรายใหม่และรายเก่า 2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 3) มีผลผิดปกติระดับ ASC-US ขึ้นไป หรือตรวจพบการติดเชื้ออิวแมนแพปพิโลมาไวรัส หรือเอชพีวี (HPV) สายพันธุ์ 16, 18 4) มีความสามารถในการอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) มีความสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดง เช่น เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ 6) ยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ (1) มีประวัติเคยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และ (2) ปฏิเสธรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลลำพูน ภายหลังจากผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ ชุดให้คำปรึกษาแก่สตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ พัฒนาขึ้นตามกรอบทฤษฎีการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Person Centered Theory) ของ Rogers⁽¹⁰⁾ ด้วยกระบวนการให้คำปรึกษา 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและปลอดภัยเอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้แก่ การแสดงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในฐานะผู้ให้คำปรึกษา ด้วยการแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ พูดคุยด้วยความเป็นกันเองกับผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตัวของผู้รับบริการส่องกล้องตรวจปากมดลูก และการตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า 2) ใส่ใจและให้ความสำคัญกับการรับรู้ของผู้รับคำปรึกษา ด้วยการสอบถามปัญหาความเครียด ความวิตกกังวลหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

ความต้องการความช่วยเหลือ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม เพื่อคลายความวิตกกังวล และ 3) ไม่กำหนดเป้าหมายที่จำเพาะเจาะจงให้แก่ผู้รับคำปรึกษา โดยให้ผู้รับบริการปฏิบัติตนด้วยความเต็มใจและด้วยความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสม โดยผู้ให้คำปรึกษาคอยให้คำแนะนำ คำปรึกษาที่ถูกต้อง ภายใต้อำนาจ ข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษาในสถานพยาบาลวิชาชีพ พร้อมกับให้คู่มือเรื่องผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อเข้ารับการตรวจการส่องกล้องปากมดลูก และการตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า และ QR code ศึกษาข้อมูลใบความรู้เรื่อง “วิธีป้องกันมะเร็งปากมดลูก หากผลตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ควรทำอย่างไร?”

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State-Trait Inventory Form Y-1) ที่พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย อรพรรณ ลีอนุชัชชัย⁽¹⁵⁾ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด ค่อนข้างมาก มีบ้าง และไม่เคย กำหนดเกณฑ์การแปลระดับความวิตกกังวล ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 20 – 39 คะแนน (มีความวิตกกังวลระดับต่ำ) 40 – 59 คะแนน (มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง) และ 60 – 80 คะแนน (มีความวิตกกังวลระดับรุนแรง)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของชุดให้คำปรึกษาแก่สตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ กับผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ด้านเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน เชี่ยวชาญด้านมะเร็งนรีเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน เชี่ยวชาญด้านพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เชี่ยวชาญด้านพยาบาลสูติ นรีเวชวิทยา 1 ท่าน ผลการตรวจสอบค่า CVI โดยรวมเท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

1. ชั้นเตรียมการทดลอง ภายหลังได้รับเอกสารรับรองจริยธรรม ผู้วิจัยเข้าชี้แจงกระบวนการวิจัยกับหัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน เพื่อดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ชั้นระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากตารางนัดสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติในระดับ ASC-US ขึ้นไป หรือตรวจพบการติดเชื้ออหิวาต์แบปิโลมาไวรัส หรือเอชพีวี (HPV) สายพันธุ์ 16, 18 ซึ่งจำเป็นต้องรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกที่โรงพยาบาลลำพูน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 – 30 มิถุนายน 2567 ดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง ดังนี้

- ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 พบแพทย์เพื่อทราบผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้ระยะเวลา 10 – 15 นาที ชั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ชั้นตอนการวิจัย วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวล หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติคือ รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนทำหัตถการ และมอบใบนัดวันที่ทำหัตถการ

- ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 - 3 ในวันทำหัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัย ใช้ระยะเวลา 5 – 10 นาที ผู้วิจัยทบทวนการปฏิบัติตัวก่อนทำหัตถการ และการปฏิบัติตัวขณะแพทย์ทำหัตถการอีกครั้ง และหลังการทำหัตถการมอบใบนัดฟังผลขึ้นเนื้อจากการทำหัตถการ และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังทำหัตถการ

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 -4 ฟังผลตรวจวินิจฉัยขึ้นเนื้อโดยแพทย์ที่ทำหัตถการ ใช้ระยะเวลา 10 – 15 นาที หลังทราบผลการตรวจขึ้นเนื้อ จะได้รับการดูแลตามปกติ โดยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการทำหัตถการเพื่อการวินิจฉัยเพิ่มเติม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างมอบใบนัดการตรวจติดตามครั้งต่อไป และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวล

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 – 31 กรกฎาคม 2567 ดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง ดังนี้

- ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 พบแพทย์เพื่อทราบผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้ระยะเวลา 15 - 20 นาที ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ชั้นตอนการวิจัย วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนให้คำปรึกษา หลังจากนั้นให้กิจกรรมการดูแลด้วยชุดให้คำปรึกษา ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตัวของผู้รับบริการส่องกล้องตรวจปากมดลูก และการตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า

2) การสอนและชี้แนะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้สอบถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวลที่เผชิญอยู่ โดยผู้วิจัยรับฟังพร้อมทั้งสอนและชี้แจงให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจการส่องกล้องปากมดลูก และการตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า และให้กลุ่มตัวอย่างสแกน QR code ศึกษาข้อมูลใบความรู้เรื่อง “วิธีป้องกันมะเร็งปากมดลูก หากผลตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ควรทำอย่างไร?”

3) การส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติตนด้วยความเต็มใจและด้วยความเข้าใจที่ถูกต้อง มีการทบทวนและแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาข้อมูล ผ่านคู่มือ สแกน QR code ศึกษาข้อมูลใบความรู้ และให้ ข้อมูลช่องทางการติดต่อขอรับคำปรึกษาเพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้วิจัยมอบใบนัดวันที่ทำหัตถการ

▪ ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 - 3 วันทำหัตถการ การให้คำปรึกษาครั้งที่ 2 แบบรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที โดยผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อเข้ารับการตรวจการส่องกล้องปากมดลูก และการตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างคลายความวิตกกังวล และพร้อมที่จะรับการตรวจรักษาในขั้นตอนต่อไป หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่าง ในการโทรศัพท์ติดตามให้คำปรึกษาที่บ้าน และหลังทำหัตถการ มอบใบนัดเพื่อรับฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ

1) ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3-4 ฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อโดยแพทย์ที่ทำหัตถการ ใช้ระยะเวลา 10 - 20 นาที หลังจากกลุ่มตัวอย่างทราบผลการตรวจชิ้นเนื้อและต้องทำหัตถการเพื่อการวินิจฉัยเพิ่มเติม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และกระตุ้นเตือนและส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง ทบทวนความรู้ที่ได้รับจากชุดคำปรึกษา นำมาเป็นแนวทางในการจัดการความวิตกกังวล และสามารถเตรียมตัว พร้อมทั้งจะทำหัตถการเพื่อการวินิจฉัยเพิ่มเติม ได้ ให้ข้อมูลช่องทางการติดต่อขอรับคำปรึกษาเพิ่มเติม จากผู้วิจัย และมอบใบนัดวันที่ทำหัตถการ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวลหลังได้รับคำปรึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และคะแนนระดับความวิตกกังวล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Fisher's exact probability test และเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired sample t-test และคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent samples t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำโครงการนำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลลำพูน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย วิธีการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์จะตอบตกลงหรือปฏิเสธในระหว่างที่เข้าร่วมทำการศึกษามีสิทธิ์ยกเลิกการศึกษาในครั้งนี้โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และข้อมูลจากการวิจัยทั้งหมดผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน เอกสารจริยธรรมเลขที่ เลขที่ 024/2567 วันที่อนุมัติ 29 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง พบว่าเฉลี่ยมีอายุอยู่ที่ 42.66 ปี จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ก่อนปริญญาตรี ร้อยละ 73.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง/ทำงานภาคเอกชน ร้อยละ 53.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 20.0 เคยเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 56.7 ไม่มีประวัติการเป็นโรคทางจิตเวช ร้อยละ 90.0 ไม่มี

อาการผิดปกติก่อนเข้ารับการตรวจ และมีอาการผิดปกติเท่ากับร้อยละ 50.0

กลุ่มควบคุม พบว่าเฉลี่ยมีอายุอยู่ที่ 37.56 ปี จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ก่อนปริญญาตรี ร้อยละ 86.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง/ทำงานภาคเอกชน ร้อยละ 36.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 53.3 เคยเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปาก

มดลูก ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 60.0 ไม่มีประวัติการเป็นโรคทางจิตเวช ร้อยละ 93.3 และไม่มีอาการผิดปกติก่อนเข้ารับการตรวจ ร้อยละ 66.7

นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					
mean±SD	42.66±9.54		37.56±9.67		0.331
การศึกษา					
ประถมศึกษา	2	6.7	1	3.3	0.464
มัธยมศึกษา/ก่อนปริญญาตรี	22	73.3	26	86.7	
ตั้งแต่ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6	20.0	3	10.0	
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	3	10.0	5	16.7	0.294
รับจ้าง/ทำงานภาคเอกชน	16	53.3	11	36.7	
เกษตรกร	3	10.0	4	13.3	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	16.7	2	6.6	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	3	10.0	8	26.7	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)					
ต่ำกว่า 5,000 บาท	7	23.3	5	16.7	0.499
5,000 - 10,000 บาท	15	50.0	16	53.3	
10,001 - 15,000 บาท	1	3.4	4	13.3	
15,001 - 20,000 บาท	7	23.3	5	16.7	
การได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน					
เคยไม่เกิน 5 ปี	17	56.7	18	60.0	0.876
เคยเกิน 5 ปี	7	23.3	8	26.7	
ไม่เคย (ครั้งนี้เป็นครั้งแรก)	6	20.0	4	13.3	
โรคประจำตัวทางจิตเวช					
ไม่มี	27	90.0	28	93.3	1.000
มี	3	10.0	2	6.7	
อาการผิดปกติก่อนเข้ารับการตรวจ					
ไม่มี	15	50.0	20	66.7	0.295
มี	15	50.0	10	33.3	

2. คะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังให้คำปรึกษา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังให้คำปรึกษา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ Paired Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ภายในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนนความวิตกกังวล ก่อนและหลังให้คำปรึกษา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ค่าสถิติ $t = 23.349$ และค่า $p\text{-value} = 0.000$) เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล พบว่า ก่อนให้คำปรึกษากลุ่มทดลอง มีความวิตก

กังวลอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean}=48.40$, $\text{SD}=7.77$) และหลังให้คำปรึกษามีความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับต่ำ ($\text{mean}=37.16$, $\text{SD}=8.21$) ในขณะที่ ภายในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังให้คำปรึกษา ไม่แตกต่างกัน (ค่าสถิติ $t = 1.538$ และค่า $p\text{-value} = 0.135$) เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งก่อนและหลังให้คำปรึกษา มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน ($\text{mean}=47.16$, $\text{SD}=6.71$ และ $\text{mean}=46.46$, $\text{SD}=6.65$) ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังให้คำปรึกษา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความวิตกกังวล	Mean \pm SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=30)			
ก่อนให้คำปรึกษา	48.40 \pm 7.77	23.349	0.000*
หลังให้คำปรึกษา	37.16 \pm 8.21		
กลุ่มควบคุม (n=30)			
ก่อนให้คำปรึกษา	47.16 \pm 6.71	1.538	0.135
หลังให้คำปรึกษา	46.46 \pm 6.65		

* $p < 0.05$

3. คะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังให้คำปรึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังให้คำปรึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบด้วยค่าสถิติ Independent samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ก่อนให้คำปรึกษา คะแนนความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน โดยก่อนให้คำปรึกษาทั้งกลุ่มทดลอง ($\text{mean}=48.40$, $\text{SD}=7.77$) และ

กลุ่มควบคุม ($\text{mean}=47.16$, $\text{SD}=6.71$) มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean}=37.16$, $\text{SD}=8.21$) หลังให้คำปรึกษา พบว่า คะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า ในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ($\text{mean}=37.16$, $\text{SD}=8.21$) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean}=46.46$, $\text{SD}=6.65$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังให้คำปรึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความวิตกกังวล	Mean \pm SD	t	p-value
ก่อนให้คำปรึกษา			
กลุ่มทดลอง (n=30)	48.40 \pm 7.77	-0.657	0.514
กลุ่มควบคุม (n=30)	47.16 \pm 6.71		
หลังให้คำปรึกษา			
กลุ่มทดลอง (n=30)	37.16 \pm 8.21	4.818	0.000*
กลุ่มควบคุม (n=30)	46.46 \pm 6.65		

*p<0.05

สรุปผลการวิจัย

ผลของการให้คำปรึกษาแก่สตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การสอนและชี้แนะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตนด้วยความเต็มใจและความเข้าใจที่ถูกต้อง ช่วยลดความวิตกกังวลในสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้มีความพร้อมในการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการตรวจการส่องกล้องปากมดลูก และการตัดปากมดลูกด้วยห้วงไฟฟ้า

อภิปรายผล

ผลของการให้คำปรึกษาต่อความวิตกกังวลของสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของ Rogers⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วยกระบวนการให้คำปรึกษา ที่มุ่งการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การสอนและชี้แนะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตนด้วยความเต็มใจและความเข้าใจที่ถูกต้อง ค้นพบว่า กลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับชุดคำปรึกษา มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากกิจกรรมการให้คำปรึกษาแก่สตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่พัฒนาขึ้นนี้ มีการดำเนินกิจกรรมที่มุ่งให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิด

ความไว้วางใจ โดยใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก การสอนและชี้แนะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้สอบถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวลที่เผชิญอยู่ โดยผู้วิจัยรับฟังพร้อมทั้งสอนและชี้แจงให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับ ผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อเข้ารับการตรวจการส่องกล้องปากมดลูก และการตัดปากมดลูกด้วยห้วงไฟฟ้า รวมถึงให้ใบความรู้เรื่อง “วิธีป้องกันมะเร็งปากมดลูก หากผลตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ควรทำอะไร?” และการส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตนด้วยความเต็มใจและความเข้าใจที่ถูกต้อง เหมาะสม โดยผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำ คำปรึกษาที่ถูกต้อง ภายใต้อำนาจความรู้ ประสบการณ์ในฐานะพยาบาลวิชาชีพห้องตรวจส่องกล้องปากมดลูก แผนกสูติรีเวชกรรม มีการทบทวนและแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาข้อมูลความรู้ที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง จึงมีผลให้ผู้รับคำปรึกษา ซึ่งเป็นสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งช่วยให้สตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติมีความพร้อมและสามารถเข้ารับการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องตรวจปากมดลูก และการตัดปากมดลูกด้วยห้วงไฟฟ้าได้ตามแผนการ

รักษาต่อไป สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วารินทร์ โชติปฏิเวชกุล⁽¹¹⁾ ศึกษาเรื่อง ผลของการให้คำปรึกษา ต่อความวิตกกังวลของสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ พบว่าหลังการให้คำปรึกษา

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี ยังมีกิจกรรมหรือโปรแกรมอื่นๆ ที่ช่วยลดความวิตกกังวล เสริมสร้างแรงจูงใจให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หากผลตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ อาทิ เช่น การศึกษาของ ชนกวร ปู้บ้านท่า⁽¹⁶⁾ ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประยุกต์ใช้แบบความเชื่อด้านสุขภาพ จากการนำโปรแกรมมาใช้พบว่า ช่วยส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เพิ่มมากขึ้น และผลการศึกษาของ อารยา สังบัวแก้ว⁽¹⁷⁾ ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ พบว่าภายหลังจากใช้โปรแกรม ค่าคะแนนเฉลี่ยผลการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งโปรแกรมนี้ได้นำไปใช้เพื่อส่งเสริมให้สตรีมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดรวมถึงช่วยเตรียมความพร้อม และลดความวิตกกังวลของสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ สามารถนำชุดกิจกรรมการให้คำปรึกษา ที่มุ่งเน้นการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ของ Rogers⁽¹⁰⁾ ไปใช้ในการดูแลสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลต่อผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ และเพื่อให้สตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติมีความพร้อมในการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการตรวจการส่องกล้องปากมดลูก และการตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า รวมถึงประยุกต์ใช้ชุดให้คำปรึกษานี้ ในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรค หรือให้บริการอื่นๆ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยหรือผู้เข้ารับบริการ ให้เหมาะสมกับบริบทของการให้บริการ หรือผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรคได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

มีประยุกต์ใช้กิจกรรมหรือโปรแกรมอื่นๆ เพิ่มเติม ที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพ หรือทีมสุขภาพที่ให้การดูแลสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ นำมาใช้ในการให้บริการได้อย่างหลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แผนปฏิบัติการสาธารณสุขแห่งชาติ มะเร็งแห่งชาติ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570). กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. Morice P, Uzan C, Gouy S, Verschraegen C, Haie-Meder C. Gynaecological cancers in pregnancy. *Lancet* 2020;57(9):558-569.

3. ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษา โรคมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
4. Amant F, Halaska MJ, Fumagalli M, Dahl Steffensen K, Lok C, Van Calsteren K. Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of a second international consensus meeting. *Int J Gynecol Cancer* 2021;24(4):394-403.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลการดำเนินงานบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2566.
6. Patricia KM, Lonia M, Margaret MC, Mutinta MC, Beauty NL. Stress and coping with cervical cancer by patients: a qualitative inquiry. *Int J Psychol Couns* 2018;7(6):94-105.
7. เบญจรัตน์ ตรีวิริยานุภาพ, ชินา โอฟารัตนพันธ์ และชุตติมา หุ่มเรืองวงษ์. สัดส่วนและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลในสตรีที่มีผลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *Thai J Obstet Gynaecol* 2566; 29(6):358-369.
8. สุขานันท์ ัญญกุลสัจจา, บัวหลวง สาแดงฤทธิ์ และธีราภรณ์ จันทร์ดา. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในสตรีหลังทราบผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ระหว่างรอส่งกล้องทางช่องคลอดและฟังผลชิ้นเนื้อ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี* 2567;8(1):48-59.
9. สุขาดา ตีรักษา, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และชนิดฐา หาญประสิทธิ์ คำ. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ ก่อนทำการตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้า. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2564;22(3): 247-256.
10. Rogers CR. *Client-Centered theory*. Boston: Houghton Mifflin Company; 1996.
11. สิริกานดา กอแก้ว และสุขอรุณ วงษ์ทิม. ผลของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลที่มีต่อการเสริมสร้างความสุข ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก. *วารสารพยาบาลตำรวจ* 2563;3(1):94-104.
12. วารินทร์ โชติปฏิเวชกุล. ผลของการให้คำปรึกษาต่อความวิตกกังวลของสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ. *วารสารโรงพยาบาลแพร์* 2563;28(1):81-91.
13. ห้องตรวจสอบกล้องปากมดลูก แผนกสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน. รายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี 2564 – 2566. ลำพูน: ห้องตรวจสอบกล้องปากมดลูก แผนกสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน; 2567.
14. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Principles and methods*. (9thed.). Philadelphia, PA: Lippincott; 2012.
15. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิพรี้น; 2563.
16. ชนกพร ปี่บ้านท่า. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี. *วิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ* 2565;5(2):101-114.
17. อารยา สังกัวแก้ว. ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ. *ลำปาง: รายงานการวิจัย งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง; 2566*

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการจัดการความปวดและความวิตกกังวล
ในผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก โรงพยาบาลลำพูน
The Effects of an Educational Program on Managing Pain and Anxiety of
Patient with Extra Corporeal Shock Wave Lithotripsy, Lamphun Hospital

อรัญญา พงศ์นภดล

Aranya Pongnapadol

กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน

Out Patient Department, Lamphun Hospital

¹Corresponding author, E-mail: aranya.pongnapadol@gmail.com

(Revised: September 16, 2023; Revised: October 10, 2023; Accepted: December 18, 2023)

บทคัดย่อ

โรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ จัดเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรไทยเป็นอย่างยิ่ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ซึ่งขณะสลายนิ่วผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบายจากความปวดขณะสลายนิ่ว การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวด คะแนนความวิตกกังวล และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคนิ่วทางเดินระบบปัสสาวะ ที่เข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก โรงพยาบาลลำพูน ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2567 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ต่อการจัดการความปวดและความวิตกกังวล ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเอง ของโอเร็ม (Orem, 2001) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินความปวด แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Fisher's exact probability test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการจัดการความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก มีคะแนนเฉลี่ยความปวด ความวิตกกังวล น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีความพึงพอใจต่อการรับบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกที่มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กล่าวได้ว่า โปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกสามารถจัดการความปวดและความวิตกกังวลได้ และสร้างความพึงพอใจในบริการเข้ารับบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้, การจัดการความปวด, ความวิตกกังวล, การสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก

Abstract

Urolithiasis is a health problem that greatly affects the quality of life of the Thai population. Most patients require shock wave lithotripsy. While breaking up the stones, the patient will feel uncomfortable from the pain while breaking up the stones. This research is quasi-experimental to compare pain scores, anxiety scores and satisfaction levels of patient. The sample group is the patient altering extra corporeal shock wave lithotripsy at Lamphun Hospital during the period from March 1, 2024 to April 30, 2024, it was divided into two groups: the experimental group 40 people and control group 40 people. The tools used in this study were educational program on managing pain and anxiety of patient by applying the self-care concept of Orem (2001) to teach, guide and support patient to be able to managing pain and anxiety. The tools for collecting the data are personal data recording forms, pain assessments, anxiety assessments, and patient satisfaction assessments. Data analysis with descriptive statistics and inferential statistics

The results showed that the experimental group received educational program on managing pain and anxiety of patient with extra corporeal shock wave lithotripsy had lower average scores of pain ($t=6.800$, $p\text{-value}=0.000$) and anxiety ($t=2.968$, $p\text{-value}=0.000$) than the control group statistically significant at the level of 0.05. And were more satisfied with the shock wave lithotripsy service than the control group statistically significant at the 0.05 level ($t=-7.162$, $p\text{-value}=0.000$).

Therefore; this program helps patients undergoing shock wave lithotripsy, manage their pain and anxiety and create satisfaction in the service of extra corporeal shock wave lithotripsy.

Keywords: Educational Program, Managing Pain, Anxiety, Extra Corporeal Shock Wave Lithotripsy

บทนำ

โรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นกลุ่มโรคที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกภูมิภาคทั่วโลก ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ ผู้ที่เป็นโรคนิ่วเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 13.8 ในปี ค.ศ. 2010 เป็นร้อยละ 16.3 ในปี ค.ศ. 2020⁽¹⁾ และในประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคนิ่วไตและท่อไตเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน จัดเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรไทยเป็นอย่างยิ่ง จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบอัตราการเกิดโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 100.25 ต่อ ประชากร 100,000 ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 127.72 ในปี พ.ศ. 2565 พบได้มากที่สุด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4.2 ต่อ

ประชากร 1,000 คน รองมาคือภาคเหนือ 3 ต่อ ประชากร 1,000 คน ส่วนภาคกลาง และภาคใต้ พบอุบัติการณ์ค่อนข้างน้อย⁽²⁾ ทั้งนี้ผู้ที่มีนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การทำงานของไตเสื่อมลง และอาจร้ายแรงจนถึงเกิดภาวะไตวายเรื้อรังและโรคไตระยะสุดท้าย ซึ่งทำให้ถึงแก่ความตายได้ นอกจากนี้โรคนิ่วไตมีอุบัติการณ์การเป็นนิ่วซ้ำสูงมาก ทำให้ทั้งผู้ป่วยและภาครัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำสูงมาก ดังนั้นโรคนิ่วไตจึงจัดเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรไทยเป็นอย่างยิ่ง⁽³⁾

การรักษาโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ มีหลายวิธี ทั้งการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรักษาด้วยยา และการรักษาทางศัลยกรรม ทั้งนี้

ผู้ป่วยนิวในระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนใหญ่จะมารับการรักษาที่ต่อเมื่อก่อนนิวมีขนาดโตขึ้น และเกิดการอุดตันระบบทางเดินปัสสาวะแล้ว ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางศัลยกรรม ด้วยวิธีการสลายนิ่วด้วยเครื่องสลายนิ่วคลื่นกระแทก (Extra corporeal Shock Wave Lithotripsy: ESWL) อาศัยหลักการของการกำเนิดคลื่นพลังงานความถี่สูงระดับมากกว่า 70 เดซิเบล คลื่นพลังงานที่ถูกบังคับผ่านน้ำผ่านเนื้อเยื่อร่างกายเข้าไปรวมจุดเดียวกันที่เรียกว่าจุดโฟกัส ซึ่งเป็นจุดที่มีนิวอยู่เมื่อพลังความถี่สูงกระแทกก่อนนิวซ้ำๆ ทำให้เกิดการแตกร้าวของก้อนนิ่วเป็นก้อนเล็กปนออกมา กับปัสสาวะโดยไม่ทำให้เกิดแผลที่ผิวหนังหลีกเลี่ยงการทำลายเนื้อไต การสลายนิ่วด้วยเครื่องสลายนิ่วนี้ใช้เวลาประมาณ 60-80 นาที ผู้ป่วยไม่มีบาดแผลผ่าตัดสามารถกลับบ้านได้เมื่อสลายนิ่วเสร็จ ดังนั้นวิธีการรักษาด้วยวิธีนี้จึงเป็นวิธีที่นิยม ให้ผลการรักษาที่ดีมีต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่ไม่สูงมาก⁽⁴⁾

แม้ว่าการสลายนิ่ว ด้วยวิธี ESWL จะไม่มีบาดแผลผ่าตัด ไม่ทำอันตรายต่ออวัยวะหรือเนื้อเยื่ออื่นๆ แต่จากรายงาน พบว่าน้อยกว่าร้อยละ 1 - 20 อาจเกิดภาวะเลือดคั่งรอบ ๆ ไต (subcapsular hematoma) ขึ้นอยู่กับชนิดของเครื่องสลายนิ่ว พบว่าเครื่องสลายนิ่วในยุคปัจจุบันที่มีการรวมพลังงานได้แม่นยำมากขึ้นและมีความดันสูงอาจทำให้มีอัตราการเกิดลิ่มเลือด (hematoma) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3 - 12 ได้⁽⁵⁾ มีภาวะเลือดออกรอบไต (renal hematoma) ซึ่งผู้ป่วยมักมีอาการปวดหลังหรือปวดท้องมากขึ้นมา อัตราหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ความดันต่ำกว่าปกติหรือภาวะซีด ซึ่งจะต้องหยุดการสลายนิ่วทันที⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปขณะสลายนิ่วผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สุขสบายจากความปวดขณะสลายนิ่ว บางรายหากปวดมากจะมีอาการวิงเวียนศีรษะและอาเจียน บางรายขยับตัวออกจากเครื่องและยกลำตัวขึ้น ขณะสลายนิ่ว ทำให้

ต้องจัดทำผู้ป่วยใหม่ และค้นหาตำแหน่งของนิ่วทำให้ต้องใช้เวลาในการสลายนิ่วมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยจะได้รับรังสีเอกซเรย์มากขึ้นจากการหาตำแหน่งของนิ่วใหม่ ความปวดนี้กระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาเทติก ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราของซีพจร การหายใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น⁽⁷⁾ ซึ่งความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นนี้ อาจส่งผลให้มีเลือดคั่งรอบๆ ไตมากขึ้น ทำให้มีความยุ่งยากต่อการรักษา⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ ตั้งแต่ก่อนทำการสลายนิ่ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการสลายนิ่วมาก่อนมักมีความวิตกกังวล และความวิตกกังวลมีผลต่อระบบควบคุมส่วนกลาง ไม่สามารถทนต่อความปวดได้ (Pain tolerance) ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความปวดมากขึ้น และผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมากขึ้นด้วย⁽⁸⁾

จากสถิติห้องสลายนิ่ว โรงพยาบาลลำพูน มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการสลายนิ่ว ปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวน 371 ราย, 377 ราย และ 655 ราย ตามลำดับ⁽⁹⁾ เมื่อพบทวนปัญหาการให้บริการสลายนิ่ว พบว่าการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกแก่ผู้ป่วยต้อง shock wave ระดับที่ต่ำ (ระดับ A-C ถึงระดับ 1 - 2) ทำให้นิวไม่แตก ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการสลายนิ่วให้สำเร็จภายในครั้งเดียว ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพิ่มขึ้น ในปี 2566 พบผู้ป่วย 3 ราย ที่ยุติการรักษาเนื่องจากไม่สามารถทนกับความปวดได้⁽⁹⁾ และยังพบผู้ป่วยมีความกังวลต่อการรักษาโดยวิธีการสลายนิ่วกลัวเครื่อง กลัววิธีการ ไม่แน่ใจเรื่องความปลอดภัย ไม่มีความพร้อมทางจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตสูง 5 ราย ปัญหาการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น มีผู้ป่วยไม่ได้งดน้ำและอาหารมา ทำให้มีลม มีแก๊สในท้องมาก ส่งผลทำให้เห็นนิ่วไม่ชัดเจน 3 ราย รับประทานอาหารที่แข็งและย่อยยาก ทำให้จุกแน่นท้อง อาเจียน 1 ราย เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการสลายนิว พบว่าการให้ความรู้ ข้อมูลเตรียมความพร้อม เป็นทางเลือกหนึ่งในการลดความวิตกกังวล ความปวด และความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เนื่องจากการให้ความรู้ ข้อมูลเตรียมความพร้อมช่วยให้ผู้ป่วยมีโครงสร้างความคิดต่อเหตุการณ์ที่ต้องประสบในอนาคต เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์นั้นจริงผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ และคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง เพิ่ม Pain tolerance เมื่อผู้ป่วยมีความปวดลดลงผลที่ตามมาคือความทุกข์ทรมานลดลงด้วย^(10, 11) นอกจากนี้พบว่า การสนับสนุนให้ข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพ ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและญาติ เพราะช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรค ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษา และมีความพึงพอใจในการบริการมากขึ้น^(12, 13, 14)

ผู้วิจัยในฐานะปฏิบัติการพยาบาลให้บริการห้องตรวจสลายนิว โรงพยาบาลลำพูน ซึ่งมีผู้ป่วยสลายนิวมารับบริการเพิ่มมากขึ้นทุกปี ถึงแม้การสลายนิวเป็นการผ่าตัดที่ไม่มีแผลผ่าตัด แต่ผู้ป่วยก็มีความวิตกกังวล ไม่มีความพร้อมในการเข้ารับการสลายนิว รวมถึงไม่สามารถจัดการความปวดจากการสลายนิวได้ ส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษา ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคนิวที่เข้ารับการสลายนิวด้วยคลื่นกระแทก เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสามารถปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเพื่อลดความวิตกกังวล สามารถจัดการกับความปวดจากการสลายนิวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิวด้วยคลื่นกระแทก โรงพยาบาลลำพูน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิวด้วยคลื่นกระแทก โรงพยาบาลลำพูน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิวด้วยคลื่นกระแทก โรงพยาบาลลำพูน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการจัดการความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิวด้วยคลื่นกระแทก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคนิวทางเดินระบบปัสสาวะ ที่เข้ารับการสลายนิวด้วยคลื่นกระแทก โรงพยาบาลลำพูน

กลุ่มตัวอย่างดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจงกับผู้ป่วยโรคนิวทางเดินระบบปัสสาวะ ที่เข้ารับการสลายนิวด้วยคลื่นกระแทก โรงพยาบาลลำพูน ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2567 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม Power Analysis for Sample Size กำหนดอำนาจการทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 พบว่าต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย กลุ่มละ 37 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 40 คน กลุ่มทดลอง 40 คน ทั้งนี้เพื่อให้

ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าโค้งปกติ (normality) และมีขนาดใหญ่พอในการทำวิจัย⁽¹⁵⁾ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคนิวทางเดินระบบปัสสาวะ ที่เข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกเป็นครั้งแรก 2) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นข้อห้ามของการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก เช่น ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ที่มีความผิดปกติการแข็งตัวของเลือด ผู้ที่มีการอักเสบของทางเดินปัสสาวะที่ยังควบคุมไม่ได้ ผู้ที่มีภาวะอุดตันของทางเดินปัสสาวะในตำแหน่งที่ต่ำกว่านิ่ว และผู้ที่มีเส้นเลือดโป่งพองในช่องท้อง 3) การรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และ 4) ยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ต่อการจัดการความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเอง ของโอเร็ม (Orem)⁽¹⁶⁾ เพื่อให้การสนับสนุนและให้ความรู้ทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคนิวทางเดินระบบปัสสาวะ ที่เข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ 1) การสอน เป็นกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคนิวในระบบทางเดินปัสสาวะที่เข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ประกอบด้วย คู่มือเรื่อง “โรคนิวในทางเดินปัสสาวะ และการปฏิบัติตัวเข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก” (ก่อนรับการสลายนิ่ว ขณะสลายนิ่ว และหลังได้รับการสลายนิ่ว) และวิดีโอออนไลน์ให้ความรู้เรื่อง “รักษานิ่วด้วยคลื่นกระแทก (ESWL) รักษาไว หายเร็ว ไม่เจ็บ” ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) การชี้แนะ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคนิวทางเดินระบบปัสสาวะ ที่เข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคนิวทางเดินระบบ

ปัสสาวะ ที่เข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำและการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความปวดและความวิตกกังวลจากการเข้ารับการสลายนิ่วได้ และ 3) การสนับสนุน เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยสนับสนุนให้กำลังใจ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการโทรศัพท์เยี่ยมเป็นรายบุคคล 1 ครั้ง เพื่อติดตามซักถามถึงปัญหาในการดูแลตนเอง และกระตุ้นเตือนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ถูกต้อง พร้อมเข้ารับการสลายนิ่ว และการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่องหลังได้รับการสลายนิ่ว เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความปวด (Pain Scale) แบบเส้นตรง Numeric Rating scales (NRS) ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย⁽¹⁷⁾ มีลักษณะเป็นการประเมินความปวด ใช้มาตราวัดความปวดแบบตัวเลขจาก 0 ไปยัง 10 คะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ปวดเลย (0 คะแนน) ปวดระดับเล็กน้อย (1-3 คะแนน) ปวดระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) ปวดระดับมาก (7-9 คะแนน) ปวดระดับมากที่สุด (10 คะแนน) 3) แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย ประยุกต์ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของ Spitzer และคณะ ชื่อว่า Stage Anxiety⁽¹⁸⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามแสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ลักษณะคำถามเป็นแบบ Likert Scale มี 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย บางวัน แทบทุกวัน และทุกวัน จำนวน 7 ข้อคำถาม ระดับความวิตกกังวลพิจารณาจากคะแนนรวมจากแบบวัด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีความวิตกกังวลเล็กน้อย (0-9 คะแนน) มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (10-14 คะแนน) มีความวิตก

กังวลในระดับสูง (15-21 คะแนน) และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ลักษณะคำถามเป็นแบบ Likert Scale มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) จำนวน 10 ข้อคำถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence) ของโปรแกรมการให้ความรู้ และเครื่องมือรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยทั้งหมดกับผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ศัลยแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน 2 ท่าน มีค่า IOC โดยรวมอยู่ที่ ระหว่าง 0.96 – 1.00 และดำเนินการทดสอบความสอดคล้องของแบบประเมินความพึงพอใจ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กับกลุ่มทดลองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าความน่าเชื่อถือเท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

1. ขึ้นเตรียมการทดลอง ภายหลังจากได้รับเอกสารรับรองจริยธรรม ผู้วิจัยเข้าชี้แจงกระบวนการวิจัยกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน เพื่อดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขึ้นระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากตารางนัดผู้ป่วยโรคนิ่วทางเดินระบบปัสสาวะ ที่เข้ารับบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกเป็นครั้งแรก ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2567 แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม มีการดำเนินการ 4 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ณ ห้องตรวจสลายนิ่ว ในวันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ให้เข้ารับบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ใช้ระยะเวลา 5 - 10 นาที ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบวิธีดำเนินการ การเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วย ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการให้ความรู้ตามแนวทางของห้องตรวจสลายนิ่ว

ครั้งที่ 2 ก่อนเข้ารับบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ใช้ระยะเวลา 5 นาที ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยห้องรอสำหรับผู้ป่วยเข้ารับบริการสลายนิ่ว เพื่อประเมินความวิตกกังวลต่อการเข้ารับบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก

ครั้งที่ 3 หลังรับบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยห้องพักฟื้น ใช้ระยะเวลา 1 – 2 นาที เพื่อสอบถามและบันทึกระดับความปวดต่อการรับบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก

ครั้งที่ 4 ในวันที่ผู้ป่วยมาตามนัด ติดตามหลังได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ครบ 4 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาประมาณ 10-15 นาที ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย ที่ห้องตรวจสลายนิ่ว ก่อนพบแพทย์ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก

2.2 กลุ่มทดลอง มีการดำเนินการ 5 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ณ ห้องตรวจสลายนิ่ว ในวันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ให้เข้ารับบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ใช้ระยะเวลา 20-30 นาที ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบวิธีดำเนินการ การเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วย ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับ

กิจกรรมตามโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการจัดการความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยแจกคู่มือให้ความรู้เรื่อง “โรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ และการปฏิบัติตัวสำหรับการสลายนิ่ว” หลังจากนั้นให้เอกสารแก่ผู้ป่วยสแกนคิวอาร์โค้ด เพื่อดูวิดีโอออนไลน์ให้ความรู้เรื่อง “รักษานิ่วด้วยคลื่นกระแทก (ESWL) รักษาไว หายเร็ว ไม่เจ็บ” โดยมีผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำร่วมด้วย

ขั้นตอนที่ 2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน หากผู้ป่วยยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยชี้แนะให้มีความรู้และความเข้าใจให้ถูกต้อง หากผู้ป่วยเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยจะสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ คลายความวิตกกังวล และมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการปฏิบัติตนก่อนรับการสลายนิ่ว ขณะสลายนิ่ว และหลังได้รับการสลายนิ่ว

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ผู้ป่วยอ่าน ศึกษา คู่มือเรื่อง “โรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ และการปฏิบัติตัวสำหรับการสลายนิ่ว” สแกนคิวอาร์โค้ดจากเอกสารที่ได้รับจากผู้วิจัย เพื่อดูวิดีโอออนไลน์ให้ความรู้เรื่อง “รักษานิ่วด้วยคลื่นกระแทก (ESWL) รักษาไว หายเร็ว ไม่เจ็บ” ในระยะที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน เพื่อเตรียมพร้อมรับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก

ครั้งที่ 2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยผ่านโทรศัพท์ ก่อนเข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก 1 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลา 5 – 10 นาที เพื่อทบทวนความรู้ ซักถามถึงปัญหาในการดูแลตนเอง และกระตุ้นเตือนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ถูกต้อง มีความพร้อมในการเข้ารับการสลายนิ่ว

ครั้งที่ 3 ก่อนเข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ใช้ระยะเวลา 5 – 10 นาที ผู้วิจัยเข้าพบ

ผู้ป่วยห้องรอสำหรับผู้ป่วยเข้ารับการสลายนิ่ว เพื่อทบทวนความรู้ กล่าวสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย หลังจากนั้นประเมินความวิตกกังวลต่อการเข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกกับผู้ป่วย

ครั้งที่ 4 หลังรับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยห้องพักฟื้น ใช้ระยะเวลา 1 – 2 นาที เพื่อสอบถามและบันทึกระดับความปวดต่อการรับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก

ครั้งที่ 5 ในวันที่ผู้ป่วยมาตามนัด ติดตามหลังได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ครบ 4 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาประมาณ 10-15 นาที ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย ที่ห้องตรวจสลายนิ่ว ก่อนพบแพทย์ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความปวด ระดับความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Fisher's exact probability test และเปรียบเทียบคะแนนความปวด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้วยสถิติ Independent samples t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการพิจารณาทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน เอกสารจริยธรรม เลขที่ 032/2567 อนุมัติเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.0 อายุเฉลี่ย 58.19 ปี สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 75.0 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 15,722.12 บาท ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 80.0 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.5

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 77.5 อายุเฉลี่ย 57.02 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 62.5 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 16,400.00 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 80.0 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.0

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	28	70.0	31	77.5	0.412
หญิง	12	30.0	9	22.5	
อายุ (ปี)					
$\bar{x} \pm SD$	58.19 \pm 6.38		57.02 \pm 7.12		0.536
สถานภาพสมรส					
โสด	5	12.5	5	12.5	0.836
สมรส/คู่	30	75.0	25	62.5	
หม้าย/หย่า	5	12.5	10	25.0	
รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน					
$\bar{x} \pm SD$	15,722.12 \pm 6,134.14		16,400.00 \pm 5,789.35		0.556
สิทธิการรักษา					
เบิกตรง/ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	15.0	7	17.5	0.418
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	32	80.0	32	80.0	
ประกันสังคม	2	5.0	1	2.5	
โรคประจำตัว					
ไม่มี	11	27.5	14	35.0	0.608
มี	29	72.5	26	65.0	

หมายเหตุ: ทดสอบด้วย Fisher's exact probability test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05 (p<0.05)

2. คะแนนความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=6.800$, $p\text{-value}=0.000$) โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดจากการเข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=5.72$, $SD=1.58$) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความปวดอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=8.22$, $SD=1.57$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	40	5.72	1.58	6.800	0.000
กลุ่มควบคุม	40	8.22	1.57		

หมายเหตุ: ทดสอบด้วยค่าสถิติ Independent Samples Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05 ($p<0.05$)

3. คะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วย

คลื่นกระแทก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=2.968$, $p\text{-value}=0.000$) โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลการเข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ($\bar{x}=10.05$, $SD=2.56$) ที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}=13.92$, $SD=3.06$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	40	10.05	2.56	2.968	0.004
กลุ่มควบคุม	40	13.92	3.06		

หมายเหตุ: ทดสอบด้วยค่าสถิติ Independent Samples Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05 ($p<0.05$)

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบด้วยค่าสถิติ Independent Samples Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-7.162$, $p\text{-value}=0.000$) โดยในกลุ่มทดลองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.15$, $SD=0.51$) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.37$, $SD=0.44$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	40	4.15	0.51	-7.162	0.000
กลุ่มควบคุม	40	3.37	0.44		

หมายเหตุ: ทดสอบด้วยค่าสถิติ Independent Samples Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05 ($p<0.05$)

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะที่เข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกที่ประยุกต์ใช้แนวความคิดการดูแลตนเอง ของโอเร็ม (Orem)⁽¹⁶⁾ เพื่อให้การสนับสนุนและให้ความรู้ทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคนิ่วทางเดินปัสสาวะ ด้วยวิธีการสอน การชี้แนะ และการสนับสนุน ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทั้งสองระดับความปวด ความวิตกกังวล และสร้างความพึงพอใจในบริการเข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกแก่ผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ

อภิปรายผล

การศึกษานี้ได้ใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะที่เข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ซึ่งเป็นชุดกิจกรรมที่

ประยุกต์ใช้แนวความคิดการดูแลตนเอง ของโอเร็ม⁽¹⁶⁾ เพื่อให้การสนับสนุนและให้ความรู้ทางการพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะที่เข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ผลการใช้โปรแกรม ค้นพบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนความปวดที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องด้วยโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะที่เข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก มีกิจกรรมที่มุ่งเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วย ทั้งในเรื่องการให้ความรู้เรื่อง โรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ และการปฏิบัติตัวเข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก (ก่อนรับการสลายนิ่ว ขณะสลายนิ่ว และหลังได้รับการสลายนิ่ว) รวมถึงสนับสนุนให้กำลังใจ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการโทรศัพท์เยี่ยม เพื่อติดตามซักถามถึงปัญหาในการดูแลตนเอง และกระตุ้นเตือน

ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ถูกต้อง พร้อมเข้ารับการสลายนิ่ว จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความปวด และพร้อมเข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมพร ชินโนรส และคณะ⁽¹²⁾ ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยขณะได้รับการสลายนิ่วในไตพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนเฉลี่ยความปวดและความทุกข์ทรมาน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผลการศึกษานุชนารถ วงสินชัย⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อระงับความปวดของผู้ป่วยหลังการได้รับการรักษาด้วยการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อระงับความปวดมีคะแนนความปวด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลลัพธ์ด้านความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ค้นพบว่า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนความวิตกกังวลต่อการเข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) เนื่องด้วยโปรแกรมที่นำมาใช้นี้มุ่งให้ความสำคัญทั้งการสอน เรื่องโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ และการปฏิบัติตัวเข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก (ก่อนรับการสลายนิ่ว ขณะสลายนิ่ว และหลังได้รับการสลายนิ่ว) การแนะนำและการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความปวดและความวิตกกังวลจากการเข้ารับการสลายนิ่วได้ รวมถึงการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย จึงมีผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมนี้มีความวิตกกังวลที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรรวรรณ ทรัพย์วรฤทธิ⁽¹³⁾ ศึกษาผลของการให้ข้อมูล

อย่างมีแบบแผนต่อการลดความวิตกกังวลและความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยเครื่องสลายนิ่วคลื่นความถี่สูงโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้ป่วยโรคนิ่วที่เข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นความถี่สูงโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนด้วยคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อเข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นความถี่สูงมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก กลุ่มทดลอง โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการรับบริการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก อยู่ในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค การเตรียมตัวและการปฏิบัติตนเพื่อเข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก การให้ความรู้เป็นลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ระยะเวลาในการให้ข้อมูล ความรู้มีความเหมาะสม ได้รับการบริการที่สะดวกก่อนการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก การได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค การเตรียมตัวและการปฏิบัติตนเพื่อเข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ช่วยให้ผ่อนคลายความวิตกกังวลในระดับมากที่สุด เนื่องด้วยกระบวนการทำกิจกรรมมีการดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน โดยการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยก่อน โดยการให้ความรู้ ต่อมาเป็นการชี้แนะให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และการสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยทุกระยะ ทั้งก่อนรับการสลายนิ่ว ขณะสลายนิ่ว และหลังได้รับการสลายนิ่ว เพื่อติดตามซักถามถึงปัญหาในการดูแลตนเอง และกระตุ้นเตือนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ถูกต้อง พร้อมเข้ารับการสลายนิ่ว และการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่องหลังได้รับการสลายนิ่ว เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ตลอดจนผู้วิจัยได้ให้ความเป็นกันเอง ตอบข้อสงสัยในประเด็นที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ ไม่มั่นใจใน

การเข้ารับการสลายนิ่วอย่างชัดเจนจนผู้ป่วยเกิดความเข้าใจดี และพร้อมเข้ารับการสลายนิ่ว ดังนั้นจึงมีผลให้การนำโปรแกรมนี้มาใช้จึงสร้างความพึงพอใจต่อผู้ป่วยเป็นอย่างดี สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนของ อรรวรรณทรัพย์วรฤทธิ์⁽¹³⁾ ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อการลดความวิตกกังวลและความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยเครื่องสลายนิ่วคลื่นความถี่สูงโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้ป่วยโรคนิ่วที่เข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นความถี่สูง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนด้วยคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อเข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นความถี่สูงมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการให้ข้อมูลและบริการสลายนิ่วด้วยเครื่องสลายนิ่วคลื่นความถี่สูง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีอยู่ระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ ควรนำโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะที่เข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ ด้วยวิธีการสอน การชี้แนะ และการสนับสนุน โดยมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมได้อย่างเหมาะสมกับบริบทในแต่ละหน่วยงาน ตลอดจนมีการทบทวนกระบวนการดำเนินงานกิจกรรมในระยะก่อนรับการสลายนิ่ว ขณะสลายนิ่ว และหลังได้รับการสลายนิ่วได้ ให้สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมเข้ารับการสลายนิ่วได้ตามแผนการรักษา

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะที่เข้ารับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกใน

ระยะยาวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการเข้ารับการสลายนิ่ว และการกลับมาเป็นซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. Boyce CJ, Pickhardt PJ, Lawrence EM, Kim DH, Bruce RJ. Prevalence of urolithiasis in asymptomatic adults: objective determination using low dose noncontrast computerized tomography. *Journal of Urology* 2020; 63(3): 1017-21.
2. กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติรายงานการป่วย ปี พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. พลอยรัตน์ อุทัยพัฒนศักดิ์ และสมพร กิจนุกูล. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะหลังผ่าตัด. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช; 2560.
4. สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะประเทศไทย. แนวทางการตรวจรักษาโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ. กรุงเทพฯ: ราชมงคลวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย); 2562.
5. Elke B. (2019). The Influence of Pain on the Outcome of Extracorporeal Shockwave Lithotripsy. *Curr Urol* 2019; 12 : 81-7.
6. เอกรินทร์ โชติกวาณิชย์, ธเนศ ไทยดำรง, ณัฐพงศ์ บิณชรี, เปรมสันต์ สังข์คุ้ม และกิตติพงษ์ พิณธุโสภณ. ภาวะฉุกเฉินทางศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา. กรุงเทพฯ: สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
7. Tilahun A. Kidney Stone Disease: An Update on Current Concepts. *Adv Urol*. 2018; 12 : 306- 318.
8. Watt-Watson JH. Pain and pain control. St.Louis: Mosby; 2017.

9. ห้องสลายนิ่ว โรงพยาบาลลำพูน. สถิติผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการสลายนิ่ว ปีงบประมาณ 2564-2566. ลำพูน: ห้องสลายนิ่ว โรงพยาบาลลำพูน; 2566.
10. Johnson JE. Effects of accurate expectations about sensations on the sensory and distress components of pain. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2015; 47 : 261-75.
11. Johnson JE, Lauver DR. Alternative explanations of coping with stressful experiences associated with physical illness. *Advances in Nursing Science*. 2018; 24 : 39-52.
12. สมพร ชินโนรส, อินทิรา ปากันทะ, เจริญ ลีนานุพันธ์. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยขณะได้รับการสลายนิ่วในไต. *รามาศิบัติเวชสาร*. 2559; 24 : 169-82.
13. อรวรรณ ทรัพย์วรฤทธิ. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อการลดความวิตกกังวลและความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยเครื่องสลายนิ่วคลื่นความถี่สูงโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี; 2563.
14. นุชนารถ วงสินชัย. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อระงับความปวดของผู้ป่วยหลังการได้รับการรักษาด้วยการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี; 2567.
15. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Principles and methods*. (9thed.). Philadelphia, PA: Lippincott; 2012.
16. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. (6thed). St. Louis: Mosby; 2001.
17. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย. *แนวทางการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ฉบับที่ 2*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย; 2562.
18. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Bernd L. (2016). Brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med*. 2016; 43 : 1092-7.

ผลของโปรแกรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการควบคุม
น้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกิน งานฝากครรภ์ โรงพยาบาลพร้าว
Effect of Nutrition and Exercise program on weight control behavior and
appropriate weight gain in over weight gain pregnancy, Antenatal care
department Phrao hospital

จันจิรา นิลสนิท

Janjira Ninsanit

งานฝากครรภ์ โรงพยาบาลพร้าว

Antenatal care department, Phrao hospital

¹Corresponding author, E-mail: jninsanit@gmail.com

(Revised: October 12, 2023; Revised: October 15, 2023; Accepted: January 2, 2024)

บทคัดย่อ

การให้โปรแกรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกิน เภทที่มีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักที่ดี สามารถควบคุมน้ำหนักให้เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมในช่วงการตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากน้ำหนักเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์ในระหว่างตั้งครรภ์ได้ การทดลองนี้เป็น การศึกษาถึงทดลองมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในหญิง ตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2) เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ระหว่างตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและ 3) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มี น้ำหนักเกินเกณฑ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่มี BMI มากกว่า หรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 60 รายโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายใช้เวลา 7 สัปดาห์ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ แบบสอบถาม พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติใช้สถิติ เชนพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Paired sample t-test, Independent-t test ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้โปรแกรม การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนัก เกิน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติระดับ $p < .001$ และมากกว่ากลุ่มควบคุม น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่ากลุ่มควบคุม และ พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพอาจนำ

โปรแกรมนี้ไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินในหน่วยงาน และขยายไปยังสถานบริการโรงพยาบาลอื่นต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย, พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก, หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์

Abstract

Providing dietary and exercise programs overweight pregnant women adopt effective weight management behaviors, enabling them to gain weight appropriately during pregnancy, which reduces complications caused by excessive weight gain. This study aimed to: 1. Compare the average weight control behavior scores of overweight pregnant women between the experimental and control groups. 2. Compare weight gain during pregnancy in overweight pregnant women between the experimental and control groups. 3. Compare the rate of complications from weight gain during pregnancy in overweight pregnant women between the experimental and control groups. The sample consisted of 60 pregnant women with a BMI greater than or equal to 23 kg/m², who received prenatal care at Phrao Hospital, Chiang Mai Province. Participants were selected through purposive sampling and divided into two groups: 30 in the experimental group and 30 in the control group. The research tools included a program on nutrition and exercise for weight control behaviors in overweight pregnant women, conducted over seven weeks, a general information recording form, a pregnancy complications recording form, and a weight control behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, Paired sample t-test, and independent t-test. The results showed that after using the nutrition and exercise program, the experimental group had a statistically significant increase in weight control behaviors score at the $p < .001$ level, higher than the control group. Weight gain in the experimental group within the normal range compared to the control group. The experimental group also had pregnancy complications than the control group. Healthcare personnel may implement this program to care for overweight pregnant women in their units and extend it to other hospitals.

Keywords: Diet and exercise program, Weight control behaviors, Overweight pregnant women

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ และภาวะอ้วน ในขณะที่ตั้งครรภ์เป็นความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ที่เป็น ปัจจัยที่ชักนำให้เกิดผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ ความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนมีความแปรปรวนสูงทั่วโลก โดยมีอัตราที่สูงที่สุดในผู้หญิงที่ พบในกลุ่มประเทศหมู่เกาะแปซิฟิก

แคริบเบียน และตะวันออกกลาง มีการประมาณการกันว่าทั่วโลกมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ระหว่างการตั้งครรภ์เกือบ 39 ล้านรายต่อปี⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทยพบรายงานอุบัติการณ์ของการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากเกินเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 35.40 ของหญิงตั้งครรภ์ในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย⁽²⁾ ภาวะอ้วน ในขณะที่ตั้งครรภ์พิจารณาจากดัชนีมวลกาย (Body mass

index (BMI) ก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถจำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีน้ำหนักเกิน (overweight) หมายถึง ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ส่วนภาวะอ้วนหรือโรคอ้วน (obesity) หมายถึงผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร สำหรับคนในภาคพื้นแปซิฟิกตะวันตก ซึ่งรวมถึงคนในประเทศไทยด้วย และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ พิจารณาตามเกณฑ์ของสถาบันทางการแพทย์ ของประเทศสหรัฐอเมริกา⁽³⁾ โดยกลุ่มหญิงที่มีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ ควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นทั้งหมด 12.50 - 18.00 กิโลกรัม กลุ่มหญิงที่มีน้ำหนักปกติควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นทั้งหมด 11.50 - 16 กิโลกรัม และกลุ่มหญิงที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นทั้งหมด 7.00 - 11.50 กิโลกรัม

ปัจจัยที่ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ พบว่า มาจากปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางบุคลกรด้านสุขภาพ และพบว่าภาวะอ้วนก่อนการตั้งครรภ์เป็นปัจจัย ที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์มากกว่า เกณฑ์ที่กำหนด^(2,4,5,6) การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากเกินไปในขณะตั้งครรภ์มีผลเสียต่อภาวะสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ทั้งในระยะตั้งครรภ์โดยเพิ่มโอกาสการเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์⁽⁷⁾ ซึ่งพบว่าสตรีที่อ้วน (obesity) มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ (overweight) เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานเป็น 3.54 และ 2.44 เท่า ความดันโลหิตสูงเป็น 9.68 และ 3.72 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติ และสตรีที่ อ้วนยังเพิ่มโอกาสของครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) ถึง 5.01 เท่า⁽⁸⁾ สำหรับผลต่อทารก พบภาวะทารก ตัวโต (Macrosomia)⁽⁸⁾ ทำให้เกิดการคลอดยาก และการผ่าตัดคลอด ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (fetal death) และเกิดไร้ชีพ (stillbirth)⁽⁹⁾ ซึ่งสมาคมสูตินรีแพทย์ (International Federation of Gynecology and

Obstetrics: FICO⁽¹⁰⁾ แนะนำแนวทางการดูแล หญิงตั้งครรภ์ (pregnancy guidelines) ให้มีการคำนวณ และบันทึก ดัชนีมวลกายครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นตามดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้สามารถควบคุมการเพิ่มของน้ำหนักตัวได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรือผลกระทบจากการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในขณะตั้งครรภ์ที่มากเกินไป⁽¹¹⁾ จากการศึกษาพบว่าการควบคุม น้ำหนักเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักเป็นไปตามเกณฑ์ โดยพฤติกรรมควบคุม น้ำหนักประกอบด้วย การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยต้องปฏิบัติให้เกิดความสมดุลของพลังงานที่ร่างกายได้รับจากการรับประทานอาหาร และการใช้พลังงานของร่างกาย⁽¹¹⁾ หากหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ได้ทั้งนี้ควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้ครบ 5 หมู่ ในสัดส่วนที่พอเหมาะ⁽¹²⁾ และควรออกกำลังกายต่อเนื่องวันละ 30-60 นาที อย่างน้อย 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์⁽¹³⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี การประยุกต์ใช้แนวคิดแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-regulation) ของ Bandura⁽¹⁴⁾ ซึ่งเป็นแนวคิดจากทฤษฎีเชิงปัญญาสังคมที่เน้นให้ บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่ต้องการด้วยตัวบุคคลเองโดยการตั้งเป้าหมายกำกับตนเอง สะท้อนคิดตัดสินใจวางแผน ลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ และมีการติดตามประเมินผลการควบคุมตนเอง นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการดำเนินชีวิต พบว่าเป็นแนวคิดหนึ่งที่ได้รับการนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยหลายกลุ่มเช่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

พบว่าทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี^(15,16) ในบริบทของหญิงตั้งครรภ์ก็พบว่าการนำมาจัดทำในรูปแบบโปรแกรมสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมควบคุม น้ำหนักที่ดี และสามารถควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์^(17,18) นอกจากนี้มีแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy)⁽¹⁹⁾ ของ Bandura ที่มีการนำมาใช้ควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยโดยเน้นปัจจัยด้านพฤติกรรม เนื่องจากเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงง่าย⁽¹⁹⁾ โดยพบการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์พบว่าสามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ความสามารถของตนเอง นำไปสู่การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร⁽²⁰⁾ เมื่อนำมาใช้ร่วมกับการออกกำลังกายโดยโยคะพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมสุขภาพการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารดีขึ้น⁽²¹⁾ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-regulation) ของ Bandura⁽¹⁴⁾ สามารถควบคุมน้ำหนักและลดภาวะแทรกซ้อน คือเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำมาศึกษาในรูปแบบโปรแกรมเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสม น้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ และลดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์

โรงพยาบาลพร้าวเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ให้บริการ 60 เตียง บริการด้านสร้างเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวมในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน มีบริการแผนกฝากครรภ์ ซึ่งรับฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอพร้าวและพื้นที่ใกล้เคียง จากสถิติการดำเนินงานของงานฝากครรภ์โรงพยาบาลพร้าวในปี 2564 – 2566⁽²²⁾ ที่ผ่านมามีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการมีจำนวนทั้งสิ้น 199, 207 และ 207 ราย ตามลำดับ เมื่อจำแนกหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์และอยู่ใน

ภาวะอ้วน (BMI>30) มีจำนวน ร้อยละ 18.54, 9.17 และ 11.12 ตามลำดับ พบภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ในปี 2565 ได้แก่ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes) จำนวน 3 ราย ปี 2566 มีภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pregnancy-induced hypertension) จำนวน 2 รายส่งผลให้เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด 1 ราย และเมื่อวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุในปี 2566 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ร้อยละ 52.63 ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตนเองให้อยู่ในเกณฑ์กำหนดได้ เนื่องจาก ยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ไม่ออกกำลังกาย และขาดความเข้าใจถึงผลกระทบของการมีน้ำหนักเกิน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการให้ความรู้ในรูปแบบโปรแกรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกิน โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแบนดูรา⁽¹⁴⁾ มาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกิน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ส่งผลให้เกิดการจัดการตนเอง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนอันตรายทั้งในมารดาและทารก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

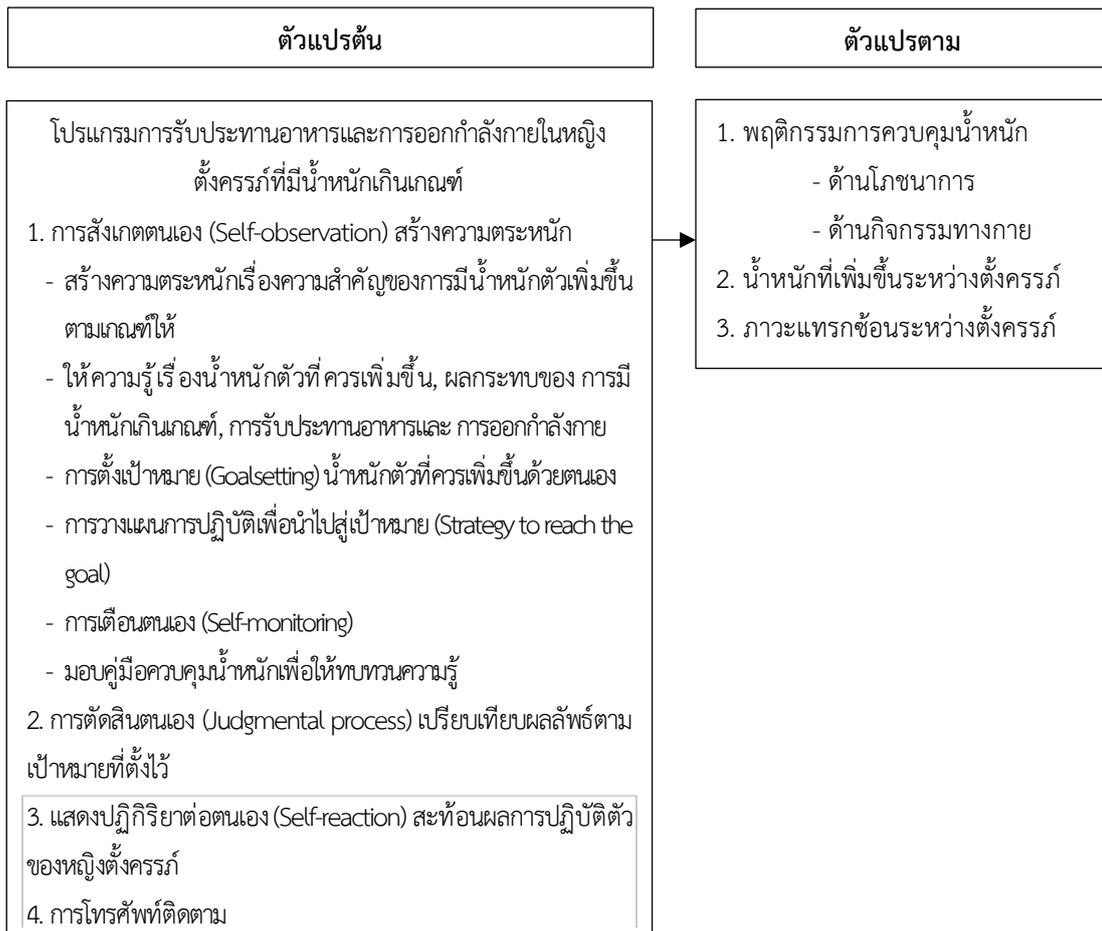
สมมุติฐาน

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุม น้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในกลุ่ม ทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุม

2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์กลุ่ม ทดลองมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า กลุ่มควบคุม

3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมี น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มี น้ำหนักเกินเกณฑ์ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้ รูปแบบการทดลองแบบ 2 กลุ่ม วก่อนและหลังการทดลอง (two-group, pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางกายในหญิงตั้งครรภ์ และเปรียบเทียบน้ำหนักที่

เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของโรงพยาบาลพร้าว ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง เดือนมีนาคม 2567

ประชากรที่ศึกษา (Population)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการรักษาในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีการกำหนดคุณสมบัติ ของกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มี BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 - มีนาคม 2567

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (G * power Analysis version 3.1) กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.90 และขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่ผ่านมา⁽¹⁷⁾ คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 22 ราย โดยแบ่งกลุ่มควบคุม 11 ราย กลุ่มทดลอง 11 ราย โดยผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 ราย ได้กลุ่มตัวอย่าง 60 ราย โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 - มีนาคม 2567

เกณฑ์การคัดเข้า

1. หญิงตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 - 30 สัปดาห์ ไม่มีโรคประจำตัวทางอายุรกรรม
2. มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ตั้งแต่ 23 kg/m² ขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะดี อ่าน - ออก เขียนได้
4. เป็นคนไทย
5. มีโทรศัพท์สามารถติดต่อได้

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการส่งต่อไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ รหัสโครงการ 209/66 อนุมัติวันที่ 19 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบเพื่อตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือและการควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน

1. แบบบันทึกประวัติการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นสมุดประจำตัวด้านสุขภาพอนามัย สำหรับแม่ตั้งแต่ตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดและสำหรับลูกตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 ปี (สมุดสีชมพู)
2. โปรแกรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง ของแบนคูรา
3. แบบบันทึกประเภทอาหารที่รับประทาน กิจกรรมการออกกำลังกายประจำวัน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ใช้ติดตามพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของตน ในระยะตั้งครรภ์ตามไตรมาส 2 - 3 พัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. เครื่องชั่งน้ำหนักตัวดิจิทัลที่ได้มาตรฐานนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ คำนวณจากน้ำหนักตัวที่ชั่งได้ในวันประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเรื่องการรับประทานอาหารที่มีแป้งและไขมันต่ำ และการออกกำลังกาย จำนวน 22 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ

ศุจิรัตน์ ศรีทองเหลือง⁽¹⁷⁾ เป็นแบบสอบถามมีมาตร
ประมาณค่า 4 ระดับ (Likert) คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย
ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติบ้าง และปฏิบัติเป็นประจำให้
คะแนน 1-4 ตามลำดับส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนน
ในทางตรงกันข้ามค่าคะแนนรวมพฤติกรรมควบคุม
น้ำหนักรู้อยู่ระหว่าง 22-88 คะแนน ดังนี้

22.00 - 44.00 หมายถึง มีพฤติกรรม
ควบคุมน้ำหนักไม่ดี

44.01 - 66.00 หมายถึง มีพฤติกรรม
ควบคุมน้ำหนักปานกลาง

66.01 - 88.00 หมายถึง มีพฤติกรรม
ควบคุมน้ำหนักดี

2. แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนระหว่าง
ตั้งครรภ์ เป็นแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนในหญิง
ตั้งครรภ์จากการมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ คือ โรคเบาหวาน
โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงเป็นแบบบันทึกภาวะ
สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่าง
ตั้งครรภ์ การตรวจครรภ์ ที่อ้างอิงมาจากสมุดฝากครรภ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity)

1. โปรแกรมการรับประทานอาหารและการ
ออกกำลังกาย แบบบันทึกประเภทอาหารที่
รับประทาน กิจกรรมการออกกำลังกายประจำวัน
แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน ได้นำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ
จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความ
เที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และโครงสร้าง
โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ
ความมุ่งหมายของการวิจัย (index of item object
congruence หรือ IOC) เท่ากับ 0.942) แบบสอบถาม
พฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก ของ ศุจิรัตน์
ศรีทองเหลือง⁽¹⁷⁾ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน
เรื่องการรับประทานอาหารที่มีแป้งและ ไขมันต่ำ และ
การออกกำลังกาย ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ

มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.82 และค่า
ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.72

ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุม
น้ำหนัก ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกิน
เกณฑ์ หรือมีภาวะอ้วนที่มารับบริการฝากครรภ์แผนก
ฝากครรภ์โรงพยาบาลแม่แตง จำนวน 15 รายแล้วนำ
ข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ของข้อมูลวิจัย โดย
ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's
Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก เท่ากับ 0.95

การดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ

1. จัดทำโปรแกรมการรับประทานอาหาร
และการออกกำลังกาย แบบบันทึกการรับประทานอาหาร
และการออกกำลังกาย โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น
ตามกรอบแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา
ประกอบด้วยความรู้เรื่องน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้น
ผลกระทบของการมีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ การ
รับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย โดย
โปรแกรมทั้งหมดจะให้หญิงตั้งครรภ์นำไปปฏิบัติที่
บ้านโดยแบ่งเป็นรายสัปดาห์

ขั้นดำเนินงาน

1. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ จาก
คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ ผู้วิจัยขอ
อนุญาต ดำเนินการวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวม
ข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพร้าว

2. เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยเข้าพบหญิง
ตั้งครรภ์เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำ
วิจัยเมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย
ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ลงชื่อยินยอมเอกสารเข้าร่วมวิจัย

3. ดำเนินการให้การดูแลโดยใช้โปรแกรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย รวมระยะเวลา 7 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง และการพยาบาลตามมาตรฐาน ของหน่วยฝากครรภ์ให้แก่กลุ่มควบคุม

4. เมื่อครบระยะเวลา 7 สัปดาห์ ทำการรวบรวมข้อมูล ประเมินผลการดำเนินงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Correction)

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการฝากครรภ์ เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกประวัติการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นสมุดประจำตัวด้านสุขภาพอนามัย สำหรับแม่ตั้งแต่ตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดและสำหรับลูกตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6ปี (สมุดสีชมพู)

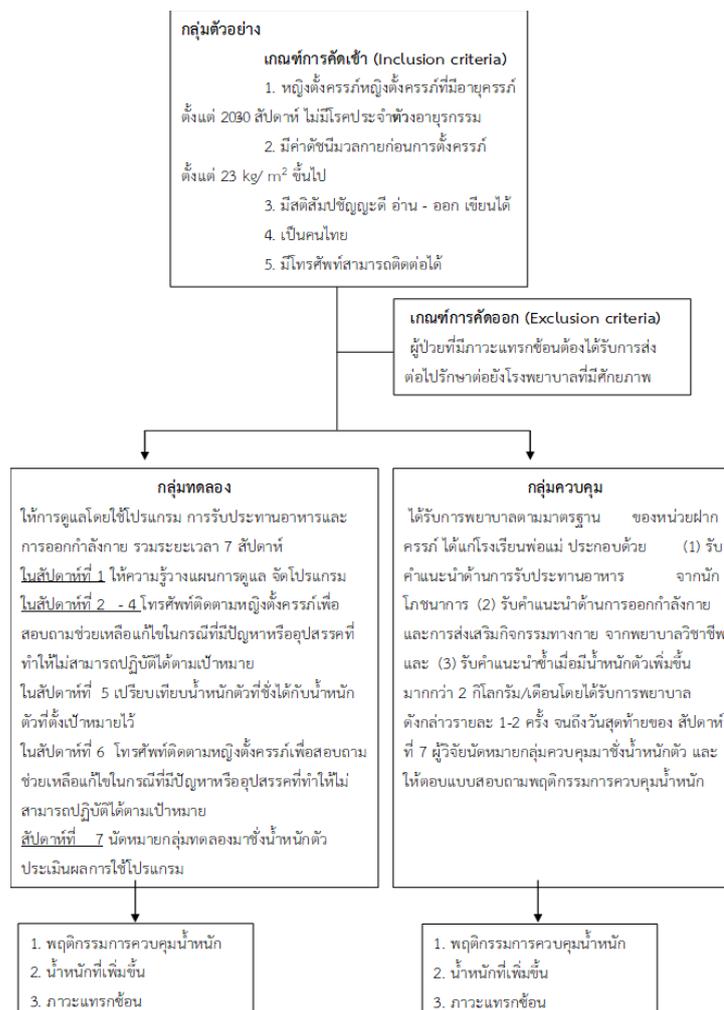
2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมในวันที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ และในสัปดาห์ที่ 7 หลังเข้าร่วมโปรแกรม

3. ก่อนสัมภาษณ์ ผู้วิจัยประเมินสภาพของผู้ป่วยมีความพร้อมในการตอบแบบสอบถามหรือไม่

4. นำข้อมูลที่รวบรวมได้ ทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และใช้สถิติ t-test ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่าง





ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 28.33 ปี (SD = 4.10) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 28.46 ปี (SD = 3.80) มีสถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 73.30 และ 63.30) มีระดับการศึกษาในอนุปริญญา/ ปวส.เหมือนกัน (ร้อยละ 50) มีรายได้ของครอบครัวอยู่ที่ 10,000 - 20,000 บาท (ร้อยละ 50, ร้อยละ 56.70) มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 20-22 สัปดาห์ (ร้อยละ 66.70, ร้อยละ 73.30) ร้อยละ 43.70 ของกลุ่มทดลองเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 และร้อยละ 31.30

เป็นการตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 46.70 ของกลุ่มควบคุม เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 และร้อยละ 43.30 เป็นการตั้งครรภ์แรก กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ (ร้อยละ 66.70) และอ้วน (ร้อยละ 33.30) และมีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 24.54 กิโลกรัม/เมตร² (SD = .85) กลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ (ร้อยละ 51.30) และอ้วน (ร้อยละ 47.40) และมีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 24.47 กิโลกรัม/เมตร² (SD = 1.01)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุม น้ำหนักก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุม น้ำหนักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมกรรมการควบคุม น้ำหนัก	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
ก่อนการทดลอง	45.40	4.14	46.63	5.76	.79	58	.21
หลังการทดลอง	66.53	1.38	46.60	5.77	18.3	58	< .001*

นัยสำคัญ < .05*

จากตารางพบว่า หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักเพิ่มขึ้น มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุม โดยหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การควบคุมน้ำหนักเท่ากับ 66.53 (SD = 1.38) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักเท่ากับ 46.60 (SD = 5.77)

ส่วนที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม

ตาราง 2 เปรียบเทียบน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย ตั้งแต่ก่อนการทดลอง จนถึงสิ้นสุดการทดลอง (7 สัปดาห์) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของ หญิงตั้งครรภ์	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p
	M	SD	M	SD		
หญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเกินเกณฑ์	2.1	.60	4.63	1.40	-8.59	< .001*
หญิงตั้งครรภ์ภาวะอ้วน	2.1	.73	4.78	1.30	-5.59	< .001*

นัยสำคัญ < .05*

จากตาราง พบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 2.1 กิโลกรัม (SD = 0.60) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 4.63 กิโลกรัม (SD = 1.40) ซึ่งมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ และหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มทดลองที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ระดับอ้วน มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 2.10 กิโลกรัม (SD = 0.73) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 4.87 กิโลกรัม (SD = 1.30) ซึ่งมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

ตาราง 3 เปรียบเทียบสัดส่วนของการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 60)

น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ขณะตั้งครรภ์	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์	23	76.7	1	3.3
เพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์	7	23.3	29	96.7

นัยสำคัญ < .05*

จากตารางเมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย ตั้งแต่ก่อนการทดลอง จนถึงสิ้นสุดการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ ร้อยละ 76.70 ซึ่งมากกว่ากลุ่ม

ควบคุมที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 3.30 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์ ร้อยละ 23.30 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มตามเกณฑ์มากถึงร้อยละ 96.70

ส่วนที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละ ของภาวะแทรกซ้อนที่พบ

ตาราง 4 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละ ของภาวะแทรกซ้อนที่พบ (n = 60)

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เบาหวานขณะตั้งครรภ์	1	3.33	3	10
ความดันโลหิตสูง	0	0	1	3.33

จากตาราง 4 พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบในหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองคือ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ 1 ราย (ร้อยละ 3.33) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่พบเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 3 ราย (ร้อยละ 10) และความดันโลหิตสูง 1 ราย (ร้อยละ 3.33)

สรุปและอภิปรายผล

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกิน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการทดลองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ $p < .001$ ดังตาราง 1 สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการตนเองของแบนดูรา⁽¹¹⁾ มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 1) การสังเกตตนเอง (Self-observation) ได้แก่ การสร้างสร้างความรู้ความตระหนักเรื่องความสำคัญของการรับรู้เรื่องมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ ผลกระทบของการมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์มาตรฐาน การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม การตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสมการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การให้ความรู้ในเรื่องน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม ผลกระทบของการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์ในขณะตั้งครรภ์ และการให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการให้ความรู้เรื่องหลักการออกกำลังกายรวมกับการตั้งเป้าหมาย (Goal setting) และการวางแผน (Strategy to reach the goal) ด้วยตนเองช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้มีเป้าหมายที่ชัดเจน และทราบว่าตนเองจะต้องปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าและออกกำลังกายแบบใด จึงจะสำเร็จตามเป้าหมายที่วางแผนไว้ในกรวิจัยครั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ได้ตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนักในระยะเวลา 7 สัปดาห์ และการเตือนตนเอง (Self-monitoring) เป็นการเตือนตนเองเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับและสะท้อนแก่ตนเองว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ สม่่าเสมอเพียงใดการชั่งน้ำหนักทุกวันช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้ทราบว่าตนเองรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสมหรือไม่ ถ้าไม่เหมาะสมน้ำหนักตัวจะเพิ่มขึ้นซึ่งทำให้หญิงตั้งครรภ์กลับมาทบทวนการวางแผนเพื่อ

เลือกอาหารใหม่ การรับรู้ผลของการควบคุมน้ำหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายนี้ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตัดสินใจที่เกิดขึ้นในแต่ละวันที่หญิงตั้งครรภ์ทำการเตือนตนเอง เป็นการช่วยย้าให้หญิงตั้งครรภ์พยายามควบคุมน้ำหนักมากขึ้นด้วยการจดบันทึกประเภทอาหารที่รับประทาน กิจกรรมการออกกำลังกายน้ำหนักตัว ลงในแบบบันทึกพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยมีพฤติกรรมรับประทานผลไม้รสหวานน้อยลง ดื่มนมพร่องมันเนยเพิ่มขึ้นมีการลดพฤติกรรมรับประทานขนมหวานของไทย ขนมขบเคี้ยว เบอเกอร์ ขนมปังลดลง 2) การตัดสินใจ (Judgmental process) ในการเปรียบเทียบน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์โดยมีการติดตามจากผู้วิจัยเป็นระยะกล่าวชื่นชมหญิงตั้งครรภ์และร่วมกันแก้ปัญหาหากยังไม่สามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ตามเกณฑ์ได้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักที่ดี จนเป็นผลให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ การวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศุภจิรัตน์ ศรีทองเหลือง⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาโปรแกรมการกำตนเอง/พฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก/ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนก่อนการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรวรรณ พินิจเลิศสกุลและคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาโปรแกรมการกำกับตนเอง ต่อการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการ

เข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเอง กลุ่มทดลองมีโอกาสรับประทานอาหารออกกำลังกายไม่เหมาะสมตามเกณฑ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Shieh, C., & Draucker, C. B.⁽²³⁾ ที่พบว่า การเตือนตนเอง (Self-monitoring) ในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกายสามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ

2. น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เกิน กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดัง ตาราง 2 และพบว่าเมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยตั้งแต่ก่อนการทดลองจนถึงสิ้นสุดการทดลอง (7 สัปดาห์) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เกิน และระดับอ้วนมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและพบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มตามเกณฑ์ มากกว่ากลุ่มควบคุม ดัง ตาราง 3 การวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิรัตน์ ศรีทองเหลือง⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาโปรแกรมการกำกับตนเอง/พฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก/ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนก่อนการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรีที่พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีส่วนการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรวรรณ พินิจเลิศสกุล และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาโปรแกรมการกำกับตนเอง ต่อการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่าภายหลังการเข้าร่วม

โปรแกรมการกำกับตนเอง กลุ่มทดลองมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่เหมาะสมตามเกณฑ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ภาวะแทรกซ้อนที่พบในหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองพบว่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังตาราง 4 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการควบคุมพลังงานจากอาหาร การออกกำลังกายสามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มีความตระหนักในการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายที่ดี เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกายที่ดี จะสามารถทำให้ ควบคุมน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และนอกจากนี้ยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากน้ำหนักเกินได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pauley, A. M et al (2018)⁽²⁴⁾ ที่พบว่า การสร้างความตระหนักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกิน ทำให้อหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถควบคุมน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และลดภาวะแทรกซ้อนจากการมีน้ำหนักเกินได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลแผนกฝากครรภ์ สามารถนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้อง ปรับความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมและต่อเนื่องจนถึงคลอด และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนดได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายการศึกษาไปหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาลที่มีบริบทคล้ายคลึงกันและในโรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพ

2. การศึกษาติดตามระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ตลอดการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนชนิดของการคลอด รวมถึงน้ำหนักของทารกแรกเกิด

เอกสารอ้างอิง

- Langley-Evans SC, Pearce J, Ellis S. Overweight, obesity and excessive weight gain in pregnancy as risk factors for adverse pregnancy outcomes: A narrative review. *J Hum Nutr Diet* [Internet]. 2022;35(2):250-64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jhn.12999>
- สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ตติรัชน์ เตชะศักดิ์ ศรี และวรรณิ เดียวอิสเรศ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์. *Journal Health Public of Nursing*. 2019; 32(3): 19-36.
- National Research Council, Institute of Medicine, Board on Children, Youth, and Families, Food and Nutrition Board, Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines. Yaktine AL, Rasmussen KM, editors. Washington, D.C., DC: National Academies Press; 2009.
- Chang T, Moniz MH, Plegue MA, Sen A, Davis MM, Villamor E, et al. Characteristics of women age 15-24 at risk for excess weight gain during pregnancy. *PLoS One* [Internet]. 2017;12(3):e0173790. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone0173790>
- บุญลิตา จันทร์ดี, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และวรรณิ พาหุวัฒน์นกร. ปัจจัยทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีขณะตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 2557; 15(2): 339-346
- สกิทา ม่วงไหมทอง. ฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ (Pregnancy hormones). *ตำราสูติศาสตร์ (Obstetrics)*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.อีพีวี; 2560. หน้า 55-59.
- Hakmani FM, Fadhil FA, Balushi LH, Harthy NA, Bahri ZA, Rawahi NA. The effect of obesity on pregnancy and its outcome in the population of Oman, Seeb Province. *Oman medical journal*. 2016;31(1):12-7.
- Chen C-N, Chen H-S, Hsu H-C. Maternal prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and risk of adverse perinatal outcomes in Taiwan: A population-based birth cohort study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(4):1221. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17041221>
- Bodnar LM, Parks WT, Perkins K, Pugh SJ, Platt RW, Feghali M. Maternal prepregnancy obesity and cause-specific stillbirth. *The American journal of clinical nutrition*. 2015;102(4):858-64.
- E, Mdntyre HD, et al. Management of prepregnancy, pregnancy, and postpartum obesity from the FGO Pregnancy and Non-Communicable Diseases Committee: A FGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) guideline. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2020;151 Suppl 1:16-36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13334>
- เบญจพร วิดีปัญญาภิโรจน์, ปิยะนันท์ ลิ้มรักข์ โภจันทีก, วรรณทนา ศุภสีมานนท์ และ ศิริวรรณ แสงอินทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 2560; 27(3): 80-90.109
- สำนักโภชนาการกรมอนามัย. คู่มือการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2558

13. Physical Activity and Exercise During Pregnancy and The Postpartum Period. Committee Opinion No. 804. Obstetrics & Gynecology. 2020;135(4):178-88.
14. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall, Inc; 1986.
15. วัชรภรณ์ นาฬิกุล, ลำไพโร แทนสา, สุรภา พิลาออน. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2563; 2(1): 76-90.
16. ประพิมศรี หอมฉุย , วนรัตน์ วิจิตร และชญาณินท์ ประทุมสุตร. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตต์. 2563; 12(1): 240-253.
17. ศุจิรัตน์ ศรีทองเหลือง, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนก่อนการตั้งครรภ์. Journal of Nursing and Health Care. 2019;37(4): 52-61
18. อรวรรณ พินิจเลิศสกุล, ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, นิตยา สีนสุกใส, ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. โปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ; 2561;57(2):26-42.
19. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. Organ Behav Hum Decis Process [Internet]. 1991;50(2):248-87. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-l](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-l)
20. รุ่งกัญ โภจันติก, วรณทนา ศุภสีมานนท์, ศิริวรรณแสงอินทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560;27(3):80-90.
21. ทรงพร จันทรพัฒน์, ประภาพรชูกำเหน็ด, สุภาพันธุ์ชนะ , อรวรรณ จินตนะ, ศิรินารถ อึ้งสถาพร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยโยคะต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเพิ่มน้ำหนักตัวในสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์. วารสารวิทยาการมหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ 2561;29(1):148-63.
22. งานสารสนเทศโรงพยาบาลพร้าว. ข้อมูลรายงานบริการงานฝากครรภ์ปี 2564-2566. โรงพยาบาลพร้าว; 2567
23. Shieh C, Draucker CB. Self-monitoring lifestyle behavior in overweight and obese pregnant women: Qualitative findings. Clin Nurse Spec [Internet]. 2018;32(2):81-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/NUR.0000000000000355>
24. Pauley AM, Hohman E, Savage JS, Rivera DE, Guo P, Leonard KS, et al. Gestational weight gain intervention impacts determinants of healthy eating and exercise in overweight/obese pregnant women. J Obes [Internet]. 2018;2018:1-12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2018/6469170>

ผลของการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
The Effects of Implementing a Self-Care Processes in Lifestyle Medicine
for Patients with Hypertension at The Health Promotion Clinic,
Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai

มยุรีย์ อธิพิภูวดล^{1*}, อาทิตยา ชัดพูน², รัชณีกร แก้วใส³, ทักษณันย์ ลิ้มวิลัย⁴ และ วิทยา บุญยศ⁵
Mayuree Itthiphuwadol^{1*}, Arthitaya Khatpun², Ratchaneekorn Kaewsai³, Takdanai Limvilai⁴,
and Witaya Boonyod⁵

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่¹⁻⁵
Health Promotion Hospital Center Region 1 Chiang Mai¹⁻⁵

¹Corresponding author, E-mail: mayureemail@gmail.com

(Revised: November 25, 2024; Revised: November 28, 2024; Accepted: January 6, 2025)

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระดับโลกและระดับประเทศ เป็นสาเหตุของการเกิดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนหลังและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มีจุดประสงค์เฉพาะเพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ก่อนและหลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ภายในกลุ่มทดลอง และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการเดือน มกราคม - สิงหาคม 2567 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นกลุ่มวัยทำงาน มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี และได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงทั้งที่เป็นโรคหลักหรือโรคร่วม โดยขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 153 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G * power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง รวม 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 38 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Systematic sampling โดยการแบ่งวันคู่และวันคี่ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เต็มใจให้ความร่วมมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กลุ่มทดลองสัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต, แบบประเมิน STOP-BANG Questionnaire ประเมินผลลัพธ์การวิจัยก่อนและหลังสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ ข้อมูลถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง และสถิติ Mann-Whitney U-Test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต หลังสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนระดับดัชนีมวลกายและ เส้นรอบเอวไม่มีความแตกต่างกัน

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง, เวชศาสตร์วิถีชีวิต, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

Hypertension is a major global and national health concern and a key risk factor for cardiovascular diseases. This quasi-experimental study employed a two-group pretest-posttest design to evaluate the effects of a lifestyle medicine-based self-care process on patients with hypertension at the Health Promotion Clinic, Health Promotion Center Region 1, Chiang Mai. The study aimed to compare the mean blood pressure, body mass index (BMI), and waist circumference of working-age hypertensive patients within the experimental group before and after the intervention, as well as between the experimental and control groups post-intervention.

The study was conducted from January to August 2024. Participants included 153 individuals aged 18–59 years who were diagnosed with hypertension, either as a primary condition or comorbidity, and registered for treatment at the clinic. Using G*Power, the sample size was calculated to be 76 participants, who were divided into an experimental group ($n = 38$) and a control group ($n = 38$) through systematic sampling (alternating even and odd days). Participants were required to communicate in Thai and provide informed consent.

The experimental group underwent an intervention based on lifestyle medicine, with assessments conducted using the Lifestyle Assessment and the STOP-BANG Questionnaire at baseline and after 12 weeks. The control group received standard care. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann-Whitney U test, with a significance level of 0.05.

Results revealed that after 12 weeks, the experimental group demonstrated significant reductions in mean blood pressure, BMI, and waist circumference at the 0.05 significance level. Between-group comparisons indicated significantly lower mean blood pressure in the experimental group compared to the control group, also at the 0.05 significance level, with no significant differences observed in BMI or waist circumference.

Keywords: Self-Care Processes, Lifestyle medicine, Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระดับโลกและระดับประเทศ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁽¹⁾ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประชากรทั่วโลก สถิติการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 7.5 ล้านคนต่อปี ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 12.8 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1.28 พันล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 30-79 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 1.56 พันล้านคน⁽²⁾ ในประเทศไทย ข้อมูลสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564 -2566 พบว่าอัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูง ต่อแสนประชากร 14.8, 15.1, และ 18.4⁽³⁾ ตามลำดับ ส่วนสถิติจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2564-2566 พบว่าอัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูง ต่อแสนประชากร 13.16, 13.37, และ 13.56⁽⁴⁾ ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญโดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน ความดันโลหิตสูงไม่ได้เป็นเพียงความเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง หรือโรคหลอดเลือดสมองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิต การทำงาน และเศรษฐกิจในระดับครอบครัวและสังคมโดยรวม วัยทำงานเป็นช่วงอายุที่ต้องเผชิญกับความรับผิดชอบในชีวิตส่วนตัวและหน้าที่การงาน เนื่องจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามความก้าวหน้าของสังคมและเศรษฐกิจ การทำงานในระยะเวลานาน และการเผชิญกับความเครียดในที่ทำงาน ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพและมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย

และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการควบคุมอาหารที่เหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงอาหารมัน เค็ม ไม่สูบบุหรี่ งดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พักผ่อนอย่างเพียงพอ การลดความเครียด ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม จะช่วยให้มีสุขภาพที่ดี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem)⁽⁵⁾ มาประยุกต์ใช้ในเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อช่วยเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล โดยการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพในระยะยาว การประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้จึงสามารถเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนาวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี โดยการสนับสนุนการดูแลตนเอง การส่งเสริมทักษะต่างๆ และการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตซึ่งมีจุดมุ่งหมายเดียวกันช่วยให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านต่าง ๆ เช่น การควบคุมการรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, และการนอนหลับที่ดี การสร้างแรงจูงใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านการเลือกวิถีชีวิตที่เหมาะสม เช่น หลีกเลี่ยงอาหารมัน เค็ม ไม่สูบบุหรี่ งดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พักผ่อนอย่างเพียงพอ การลดความเครียด ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของบุคคลนั้นๆ⁽⁶⁾ สอดคล้องกับแนวคิดหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมสุขภาพของตนเองเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในเชิงบวกส่งผลให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดี⁽⁷⁾

สอดคล้องกับการศึกษาของนพ.ภรณ์ จันทรศรี และคณะ⁽⁸⁾ เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเอสโตลิก และไดแอสโตลิกลดลงหลังได้รับโปรแกรม Ozemek⁽⁹⁾ พบว่าชาวอเมริกัน 1 ใน 3 ที่เป็ความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิตซิสโตลิก ≥ 130 mmHg หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥ 80 mmHg) ร้อยละ 16 มีการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต เช่น ออกกำลังกายอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ ลดน้ำหนักเมื่อเป็นโรคอ้วน รับประทานอาหารที่มีผักและผลไม้มาก โซเดียมต่ำกว่าเกณฑ์ ที่แนะนำ หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป และงดสูบบุหรี่ การใช้ชีวิตอย่างมีความสุขดี ถือเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันหรือควบคุมความดันโลหิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดการโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มวัยทำงานต้องอาศัยการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ต้องเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ซึ่งแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ได้ถูกนำมาใช้เพื่อดูแลตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติและป้องกันโรคแทรกซ้อนในระยะยาว แนวทางนี้ไม่เพียงช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แต่ยังช่วยให้กลุ่มวัยทำงานสามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

กรมอนามัยได้เล็งเห็นและตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงมีนโยบายขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งเป็นรูปแบบเวชปฏิบัติที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) เป็นแนวทางที่เน้นการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตประกอบด้วย 6 เสาหลัก ได้แก่ อาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด เช่น สูบบุหรี่และแอลกอฮอล์ และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี⁽⁶⁾ โดยนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิตให้เหมาะสม มาวางแผนปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิต ที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป ให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิตของตนเองและมีความสุขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยไม่มีความกดดัน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเฉพาะบุคคลนำไปสู่วิถีชีวิตใหม่ สอดคล้องกับการใช้วิถีชีวิตเกี่ยวกับการรับประทานอาหารสุขภาพและการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตให้ปกติได้ เช่น การลดน้ำหนัก รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การจำกัดปริมาณเกลือ การจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽¹⁾ เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยมีทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์ การกีฬา นักตรวจการนอนหลับ สนับสนุนผู้ป่วยในทุกมิติของสุขภาพทั้งทางกาย ใจ และสังคม⁽⁷⁾

คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ดำเนินงานส่งเสริม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการให้คำแนะนำและจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเน้น 2 ด้านหลัก ด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกาย ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มารับบริการที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพในปี พ.ศ.2564 - 2566 จำนวน 410, 426 และ 438 คน ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 148, 152 และ 153 คน ตามลำดับ และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 122, 124 และ 91 คน ตามลำดับ การควบคุมโรคได้มีแนวโน้มลดลง จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเดิม พบอุปสรรคและปัญหาในการให้ความรู้ที่มีลักษณะสื่อสารทางเดียว ขาดความสนใจ และความเหมาะสมเฉพาะบุคคล ขาดการมีส่วนร่วม ในการกำหนดเป้าหมาย ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างสม่ำเสมอ ขาดความต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้เท่าที่ควร ปีงบประมาณ 2566 กรมอนามัยมีการขับเคลื่อนและสร้างเครือข่ายคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในระดับภูมิภาคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการจัดการ 6 เสาหลัก คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้รับเลือกนาร่องการให้บริการผู้ป่วยโดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ซึ่งเป็นแนวทางใหม่มาใช้ดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน

ผู้วิจัยสนใจ ผลของการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มวัยทำงาน ก่อนและหลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ภายในกลุ่มทดลอง และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

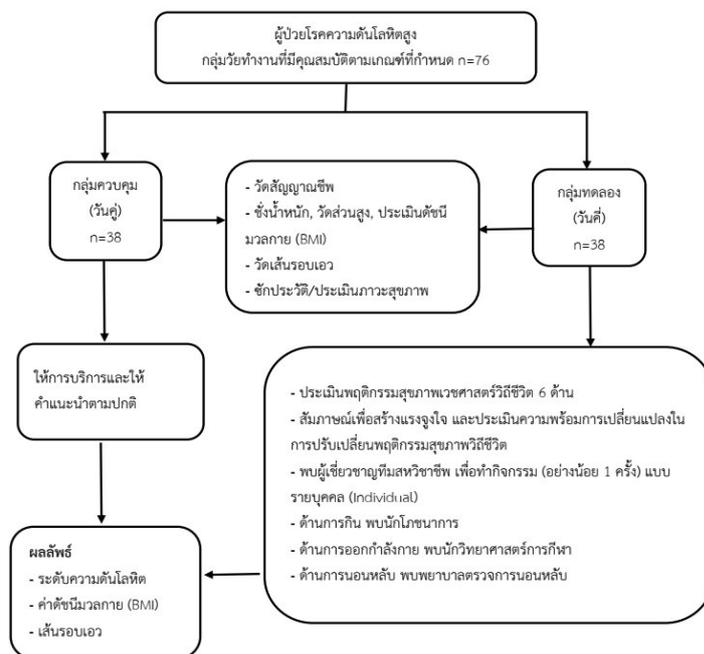
เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มีจุดประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ก่อนและหลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ภายในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน หลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงาน ในกลุ่มทดลองหลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนทดลอง
2. ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงาน หลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนหลังและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Two Group Pretest - Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยทำงานที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม - สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงทั้งที่เป็นโรคหลักหรือโรคร่วม ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 153 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ที่มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งที่เป็นโรคหลักหรือโรคร่วม ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือน มกราคม - สิงหาคม 2567 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power สำหรับการทดสอบการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน หลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อทดสอบสมมุติฐานโดยกำหนดขนาดอิทธิพลตามเกณฑ์ ระดับปานกลาง (Effect size = 0.7) กำหนดค่าอำนาจจำแนก (power analysis) ที่ 0.8 และนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 34 คน แต่เนื่องจากการดำเนินการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมกิจกรรมการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตและมีการนัดติดตาม ซึ่งมีโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะถอนตัวออกจากกรวิจัยสูง ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเตรียมทดแทนการถอน

ตัวไว้ก็ร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 38 คน รวมทั้งหมด 76 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบ Systematic sampling จำนวนทั้งหมด 76 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเลือกสลับวันในวันคู่และวันคี่ เลือกวันคู่เป็นกลุ่มควบคุมจนครบ 38 คน และเลือกวันคี่เป็นกลุ่มทดลองจนครบ 38 คนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง (Contamination)

เกณฑ์คัดเข้า(Inclusion criteria)

1. เพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 18 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งที่เป็นโรคหลักหรือโรคร่วม ขึ้นทะเบียนรับการรักษา ที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

2. สามารถสื่อสาร พูดคุย ฟังภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามด้วยความสมัครใจ

3. มีความตั้งใจและมีส่วนร่วมในการใช้บริการตามปกติและ ตามกระบวนการด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เกณฑ์คัดออก(Exclusion criteria)

ขอถอนตัวออกจากการศึกษา ตลอดเวลา และมีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงหกเดือนที่ผ่านมา การรักษาที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับลดยาหรือไม่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ประกอบด้วย

- 2.1 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) ของกรมอนามัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 มีจำนวน 7 ข้อ คำตอบใช่/ไม่ใช่ให้พิจารณาใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ (น้อยกว่า 1 ถึง 10)ให้พิจารณาใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาและเลือกค่าประมาณตัวเลขที่ใกล้เคียงมากที่สุด และส่วนที่ 3 ให้เลือกตอบจำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ในการออกกำลังกาย แบบประเมิน 6 ด้านวิถีชีวิต ได้แก่ การกิน (10 คะแนน) การออกกำลังกาย(10 คะแนน) การนอน(10 คะแนน) สูบบุหรี่/แอลกอฮอล์ (10 คะแนน) ด้านจิตใจ (5 คะแนน) และด้านความสัมพันธ์ (5 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 4 ระดับได้แก่ ระดับดีเยี่ยม คะแนน 41-45 ระดับดีมาก คะแนน 31-40 ระดับเท่าค่าเฉลี่ย คะแนน 21-30 ระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย คะแนน 0-20

- 2.2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (STOP-BANG Questionnaire) ของสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม 8 คำตอบใช่/ไม่ใช่ การแปลผล ถ้าตอบใช่ น้อยกว่า 3 ข้อ ความเสี่ยงเป็น OSA น้อย การแปลผล ถ้าตอบใช่ 3-5 ข้อ ความเสี่ยงเป็น OSA ปานกลาง การแปลผล ถ้าตอบใช่มากกว่า 5 ข้อ ความเสี่ยงเป็น OSA (คะแนน 5,6,7,8 ระดับความรุนแรงตามลำดับ)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาดำเนินการกิจกรรม 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือน มกราคม – สิงหาคม 2567 มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเขียนหัวข้อโครงร่างทำเรื่องขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยเพื่อทำการศึกษาวิจัย

2. ผู้วิจัยยื่นโครงร่างเพื่อขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เพื่อผ่านการอนุมัติ

3. ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่เพื่อทำการศึกษาวิจัย

4. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ และขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่ผู้ช่วยวิจัยในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

5. ผู้ช่วยนักวิจัย คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ผ่านการฝึกอบรมในลักษณะองค์รวม โดยครอบคลุมทั้งทักษะด้านเทคนิค ความรู้เฉพาะทาง และการพัฒนาทักษะ เพื่อให้สามารถทำงานวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นมืออาชีพ

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง พร้อมกับผู้ช่วยวิจัย โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบ Systematic sampling ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย

7. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและความร่วมมือในการทำวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจการเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ โดยไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมให้ความร่วมมือและตอบรับในการเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการ ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอม ด้วยความสมัครใจ

8. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมการ

วิจัยโดยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเลือกสลับวันในวันคู่และวันคี่ เลือกวันคู่เป็นกลุ่มควบคุมจนครบ 38 คน และเลือกวันคี่ เป็นกลุ่มทดลองจนครบ 38 คนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ใช้เวลา 15 นาที ต่อราย ดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. ประเมินภาวะสุขภาพจากข้อมูลในแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ประกอบด้วย ข้อมูลชีพจรวัดตวรจร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ (Vital signs) น้ำหนัก (Body weight) ส่วนสูง (Height) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และเส้นรอบเอว (Waistline) การแพทย์ ประวัติเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน

2. เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการและให้บริการตรวจอื่นๆ(ถ้ามี)

3. ประเมินคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) ของกรมอนามัย

4. แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (STOP-BANG Questionnaire) ของสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย

5. แลกเปลี่ยนข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ การเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ ความสัมพันธ์

6. ให้บริการตามกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต

6.1 พบแพทย์ประจำคลินิกส่งเสริมสุขภาพ เพื่อแลกเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและวางแผนการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิตใช้เวลา 10-15 นาที

6.2 พบพยาบาลประจำจุดหลังพบแพทย์ และพบผู้เชี่ยวชาญทีมสหวิชาชีพ เฉพาะรายบุคคล (Individual) เพื่อทำกิจกรรมในแต่ละด้าน (ด้านการกิน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการนอนหลับ) อย่างน้อย 1 ครั้ง ดังนี้

6.2.1 พบนักโภชนาการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการกิน ใช้เวลา 30 นาที

6.2.2 พบนักวิทยาศาสตร์การกีฬาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ใช้เวลา 30 นาที

6.2.3 พบพยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญด้านการตรวจการนอนหลับเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการนอน โดยให้คำแนะนำและส่งตรวจ Sleep test กรณีมีความเสี่ยง OSA ใช้เวลา 30 นาที

7. นัดหมายการมารับการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องในครั้งที่ 2 หลังสัปดาห์ที่ 12

8. ในวันที่มาตรวจติดตามตามนัด ให้ปฏิบัติตามข้อ 1 ถึงข้อ 5 อีกครั้ง

9. ประเมินผลลัพธ์ หลังสัปดาห์ที่ 12

กลุ่มควบคุม

1. ประเมินภาวะสุขภาพในแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก คลินิกส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ ประกอบด้วย ข้อมูลชีพประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ (Vital signs) น้ำหนัก (Body weight) ส่วนสูง (Height) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และเส้นรอบเอว (Waistline) การแพทย์ ประวัติเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบันพร้อมให้คำแนะนำตามปกติ

2. เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการและให้บริการตรวจอื่นๆ (ถ้ามี)

3. พบแพทย์ ประจำคลินิกส่งเสริมสุขภาพใช้เวลา 5-10 นาที

4. พบพยาบาลประจำจุดหลังพบแพทย์เพื่อนัดติดตามครั้งที่ 2 หลังสัปดาห์ที่ 12

5. ในวันที่มาตรวจติดตามตามนัด ให้ปฏิบัติตามข้อ 1 ถึงข้อ 3 อีกครั้ง

6. ประเมินผลลัพธ์ หลังสัปดาห์ที่ 12

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk (เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50) พบว่ามีบางตัวแปรไม่เป็นการแจกแจงปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test เปรียบเทียบภายในในกลุ่มทดลอง และสถิติ Mann-Whitney U-Test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รหัสโครงการวิจัย 30/2567 ข้อมูลผู้เข้าร่วมถูกเข้ารหัสและเก็บในเซิร์ฟเวอร์ที่มีการป้องกัน ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่รายงานจะไม่ระบุตัวตน และจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดโครงการ หากกลุ่มทดลองได้ผลดี กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลเช่นเดียวกัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ในกลุ่มทดลองพบว่า เพศชาย ร้อยละ 60.50 เพศหญิง ร้อยละ 39.50 อยู่ในช่วงอายุ 41-59 ปี ร้อยละ 84.20 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 71.10 จบปริญญาตรี ร้อยละ 39.50 รายได้ต่อเดือนพอใช้ ร้อยละ 60.50 และพบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 44.70 กลุ่มควบคุมพบว่า

เพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 50 อยู่ในช่วงอายุ 41-59 ปี ร้อยละ 92.10 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 76.30 รายได้ต่อเดือนพอใช้ ร้อยละ 68.40 จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 42.10 และพบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 63.20

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ ต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นความดันโลหิตสูง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าระดับการศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นความดันโลหิตสูง (n=76)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=38)		กลุ่มควบคุม (n=38)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.356
ชาย	23	60.50	19	50.00	
หญิง	15	39.50	19	50.00	
อายุ(ปี)					.287
18-25	0	0.00	0	0.00	
26-40	6	15.30	3	7.90	
41-59	32	84.20	35	92.10	
ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	50.97(S.D.=8.01)		51.05(S.D.=6.56)		
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	31-59		37-59		
สถานภาพ					.855
โสด	8	21.10	6	15.80	
คู่	27	71.10	30	78.90	
หม้าย	2	5.30	1	2.60	
หย่า/แยกกันอยู่	1	2.60	1	2.60	
ระดับการศึกษา					.043
ไม่ได้เรียน	0	0	0	0	
ประถมศึกษา	3	7.90	1	2.60	
มัธยมศึกษา/ปวช.	6	15.80	2	5.30	
อนุปริญญา	8	21.10	3	7.90	
ปริญญาตรี	15	39.50	16	42.10	
สูงกว่าปริญญาตรี	6	15.80	16	42.10	
อาชีพ					.236
รับจ้าง	0	0.00	1	2.60	
เกษตรกร	0	0.00	0	0.00	
ค้าขาย	7	18.40	2	5.30	

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=38)		กลุ่มควบคุม (n=38)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	27	71.10	29	76.30	
อื่นๆ	4	10.50	6	15.80	
รายได้ต่อเดือน					.762
มีพอใช้	23	60.50	26	68.40	
มีพอใช้และเหลือเก็บ	14	36.80	11	28.90	
ไม่พอใช้	1	2.60	1	2.60	
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง					.184
≤ 5ปี	16	42.10	24	63.20	
6-10ปี	17	44.70	11	28.90	
≥ 10ปี	5	13.20	3	7.90	
ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	7.08(S.D.=4.31)		5.11(S.D.=3.86)		
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	1-21		1-16		

2. เปรียบเทียบค่ามัธยฐานระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ก่อนและหลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 12 สัปดาห์

ค่ามัธยฐานความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ในกลุ่มทดลองหลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Med=136.00, IQR=24 และ Med=125.50, IQR=17, Z= -4.424) ค่ามัธยฐานความดันโลหิตไดแอสโตลิก

มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Med=81.00, IQR=13 และ Med=80.00, IQR=8, Z= -3.466) ค่าดัชนีมวลกายมีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Med=27.40, IQR=6.56 และ Med=27.52, IQR=6.96, Z= -2.248) และพบว่าเส้นรอบเอวมีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Med=90.50, IQR=17 และ Med=90.00, IQR=17, Z= -4.377) ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ก่อนและหลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ (n=38)

ผลลัพธ์กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	p-value
	Median	IQR.	Median	IQR.		
ความดันโลหิตซิสโตลิก	136.00	24	125.50	17	-4.424	0.000*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	81.00	13	80.00	8	-3.466	0.001*
ดัชนีมวลกาย	27.40	6.56	27.52	6.96	-2.248	0.025*
เส้นรอบเอว	90.50	17	90.00	17	-4.377	0.000*

* $p \leq 0.05$

3. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน หลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 12 สัปดาห์

ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Med= 125.50, IQR=17) มีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวช

ศาสตร์วิถีชีวิต (Med= 133.00 IQR=16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z=-3.240$) และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Med= 80.00 IQR=8) ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Med= 85.00 IQR=11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z=-3.656$) ส่วนดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวไม่มีความแตกต่างกัน ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน หลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ (n=76)

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง(n=38)		กลุ่มควบคุม(n=38)		Z	p-value
	Median	IQR	Median	IQR		
ความดันโลหิตซิสโตลิก	125.50	17	133.00	16	-3.240	0.001*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	80.00	8	85.00	11	-3.656	0.00*
ดัชนีมวลกาย	27.52	6.96	26.54	4.93	-0.649	0.516
เส้นรอบเอว	90.00	17	88.50	13	-0.421	0.674

* $p \leq 0.05$

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากงานวิจัยผลของการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ โดยใช้แนวคิดหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 ด้าน พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงานมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้⁽¹⁰⁾ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ozemek⁽⁹⁾ พบว่า ชาวอเมริกัน 1 ใน 3 ที่มีความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิตซิสโตลิก ≥ 130 mmHg หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥ 80 mmHg) ร้อยละ 16 มีการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต เช่น ออกกำลังกายอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ ลดน้ำหนักเมื่อเป็นโรคอ้วน รับประทานอาหารที่มีผักและผลไม้มาก ไซเดียมต่ำกว่าเกณฑ์ที่แนะนำ หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป และงดสูบบุหรี่ การใช้ชีวิตอย่างมีความสุขที่ดีถือเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันหรือควบคุมความดันโลหิตสูงและสอดคล้องกับการศึกษาของ Wan⁽¹¹⁾ พบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก การปรับเปลี่ยนกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้ กลายเป็นแนวทางที่ไม่ใช่ยา ที่มีประสิทธิผลในการจัดการความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการน้ำหนัก การลดความเครียด และการเลิกดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบมีความสำคัญอย่างมากในการลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง และพบว่าค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงาน ในกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับ

กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน⁽¹⁰⁾

และพบว่าค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต มีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Fad⁽¹²⁾ พบว่ากระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตมีผลต่อการป้องกันหรือชะลอการเกิดความดันโลหิตสูงและลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควรเป็นแนวทางแรกของการรักษาความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น การรักษาน้ำหนักตัวให้สมดุล การเพิ่มระดับกิจกรรมทางกายประเภทต่างๆ การรับประทานอาหารและดื่มเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การหลีกเลี่ยงและเลิกสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียดและการนอนหลับและสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ช่างมี⁽¹³⁾ พบว่า หลังเข้าโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีระดับค่าความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ลดลง เป็นเพราะมาจากการให้ความรู้ของโปรแกรม ประกอบกับการเสริมแรงและสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ทำให้ค่าความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพรณ์ จันทร์ศรีและคณะ⁽⁸⁾ เรื่องโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงหลังได้รับโปรแกรมเนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง

นอกจากนี้พบว่าค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงานหลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงานมีผลต่อการลดน้ำหนักโดยการใช้ดัชนีมวลกายเป็นตัวชี้วัด และมีผลต่อการลดเส้นรอบเอวได้น้อย เนื่องจากการกำหนดเกณฑ์ตัดเข้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีการกำหนดค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ทำให้การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ควรมีการกำหนดเกณฑ์ตัดเข้าให้ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน

จากผลการวิจัย การได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสามารถใช้เป็นแนวทางพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิตและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้สามารถควบคุมความดันโลหิต ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ควรกำหนดเป็นแนวทางให้หน่วยงานบริการสาธารณสุข นำผลวิจัยการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มวัยทำงาน เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิต

1.2 ควรกำหนดเป็นแนวทางให้หน่วยงานบริการสาธารณสุข มีการบริการด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยวัยทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิต ให้เหมาะสมกับบริบทการดำเนินชีวิตได้

2. ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

2.1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงานในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการกำหนดเกณฑ์ตัดเข้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีการกำหนดค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ทำให้การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ควรมีการกำหนดเกณฑ์ตัดเข้าให้ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน เพื่อให้สามารถเห็นผลที่ชัดเจนและสามารถวิเคราะห์ผลต่อสุขภาพในระยะยาวได้

2.2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิตเพิ่มเติม เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1. ควรมีการศึกษาและติดตามผลของการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในระยะเวลา 1 ปีเพื่อติดตามผลและประเมินผลระยะยาว

3.2 ควรมีการนำผลของการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปศึกษาซ้ำ ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มวัยทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562).แนวทาง การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทรिक อินค์.

2. World Health Organization. Hypertension. [Internet]. 2020. [cited 12 Dec 2566]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=Modifiable%20risk%20factors%20include%20unhealthy>
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2565 [อินเทอร์เน็ต] 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://spd.moph.go.th/wptacontent/uploads/2023/11/HStatistic65.pdf>
4. ระบบรายงานข้อมูลสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานเปรียบเทียบตัวชี้วัดสำคัญ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://smart-ncd.chiangmaihealth.go.th/web/index.php?r=report%2Fgroup>
5. Orem, D. E. (1995). Nursing: Concept of practice. Norway: Mosby; 1995.
6. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และ ภูติห เตชาติวัฒน์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต: เวชปฏิบัติแนวใหม่แบบสหวิชาชีพเพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพไทย 2565;1(4):456-63.
7. ภูติห เตชาติวัฒน์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต: หลักการ แนวคิด และบทบาทของทีมนสหวิชาชีพ. ในเอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับสหสาขาวิชาชีพ; Pre-conference "Workshop on Lifestyle Medicine for Multi-disciplinary team" 18-22 กันยายน 2567; กรุงเทพมหานคร.
8. นพากรณ์ จันทร์ศรี, กนกพร นทีชนสมบัติ, และ ทวีศักดิ์ กสิผล. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 2563; 6(2): 58-68.
9. Ozemek C, Tiwari SC, Sabbahi A, et al. Impact of Therapeutic Lifestyle Changes in Resistant Hypertension. Prog Cardiovasc Dis. 2020;63(1):4-9.
10. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Program: THIP) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://data.ha.or.th/dataset/29f685ff-3684-43f1-8287-38df45d10330/resource/b20e4894-9c04-481a-b9e0-8c4f74559ca5/download/01_0302.pdf
11. Wani, et al. Lifestyle in hypertension. Behavioral Interventions in Hypertension: A Lifestyle Medicine Approach. Indian Journal of Public Health 2023;67:35-40.
12. Fadi J. Charchara,b,c, Priscilla R. Prestesa , Charlotte Millsd , Siew Mooi Chingef, Dinesh Neupaneg , Francine Z. Marqueshj, et al. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. Journal of Hypertension 2024, 42:23-49.
13. ศิริลักษณ์ ช่างมี. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เขตพื้นที่โรงพยาบาลสติงพระ อำเภอสติงพระ จังหวัดสงขลา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565;36:85-10

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางต่อ
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและความเข้มข้นของ
เลือดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
Health Literacy Promotion Program among Pregnant Women with Anemia on
Eating Behavior Taking Iron Supplement Tablets and Blood Concentration at
Health Promotion Hospital Regional Health Promotion Center 1 Chiangmai

ชนานันท์ ปัญญาศิลป์^{1*}, กฤษณา กาเผือก²

Chananan Punyasilp^{1*}, Krissna kapheak²

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่^{1,2}

Health Promotion Hospital Center Region 1 Chiang Mai^{1,2}

¹Corresponding author, E-mail: chana0247@gmail.com

(Revised: November 11, 2024; Revised: January 6, 2025; Accepted: January 9, 2025)

บทคัดย่อ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย ตกเลือดหลังคลอด ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง การวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นหญิงตั้งครรภ์อายุ 18 ปีขึ้นไป มีค่าฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัม/เดซิลิตร ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม - ตุลาคม 2567 แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 25 ราย เข้าร่วมโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ 1) โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง 6 องค์ประกอบ 2) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) .82 และค่าความเชื่อมั่น (reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค .92 สถิติใช้สถิติพรรณนาแสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Non Parametric ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และ Mann-Whitney U-test

ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและยา และความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 เมื่อนำ 2 กลุ่มมาเปรียบเทียบพบว่า ความรอบรู้ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยา และความเข้มข้นของเลือดของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังนั้น พยายามควรใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง และเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในหญิงตั้งครรภ์สำหรับปัญหาอื่นต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, หญิงตั้งครรภ์, โลหิตจาง, โภชนาการ, ยาเสริมธาตุเหล็ก

Abstract

Anemia in pregnant women increases the risk of preterm birth, low birth weight, and postpartum hemorrhage. Health literacy is a crucial factor for pregnant women with anemia. This study was a quasi-experimental research aimed to investigating the effects of a health literacy promotion program for pregnant women with anemia at Health Promotion Hospital Regional Health Promotion Center 1 Chiangmai. This study selected a purposive sample of pregnant women aged 18 years and older, with hemoglobin levels below 11 gram per deciliter. The research was conducted between March and October 2024, divided into a control group and an experimental group, with 25 participants in each group. Experimental group received health literacy program underwent an 8-week. A questionnaire that was validated for content by three experts, with an Index of Item-Objective Congruence (IOC) value of 0.82 and a reliability coefficient (Cronbach's alpha) of 0.92. Descriptive statistics were used, frequency, percentage, mean, standard deviation. For comparison of means, non-parametric analysis was conducted using the Wilcoxon Signed Ranks Test and the Mann-Whitney U-test, as the data distribution was not normal.

The results showed that the experimental group had an increase in mean health literacy, dietary behavior, medication adherence, and blood concentration after the intervention ($p < .01$). Comparing the two groups, the health literacy of the experimental group improved more than the control group ($p < .05$). However, dietary and medication behavior and blood concentration in the experimental group did not significantly difference between the control group. This health literacy promotion should be used to enhance their knowledge and serve as a guideline for addressing other issues in the future.

Keywords: Health literacy, Pregnant women. Anemia, Nutrition, Iron supplements.

บทนำ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อตัวหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย สถิติหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 1 ในปี 2565 เท่ากับ 22.73% และปี 2566 เท่ากับ 24.02⁽¹⁾ การดูดซึมธาตุเหล็กในไตรมาสที่ 2 เพิ่มขึ้น หากได้รับธาตุเหล็กในชีวิตจากอาหารในชีวิตประจำวันในภาวะปกติร่างกายจะดูดซึมอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายนั้นไม่เพียงพอต่อความต้องการของธาตุเหล็กที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงอาจเริ่มมีการนำธาตุเหล็กในแหล่งสะสมมาใช้ ทำให้ความต้องการธาตุเหล็กสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและสูงสุด

ในไตรมาสที่ 3 ดังนั้นการได้รับอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็กจากอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และตกเลือดในขณะคลอดและหลังคลอด อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต⁽²⁾ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง⁽³⁾ การส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ควรมีการให้ความรู้โดยการใช้สื่อที่เหมาะสม เพื่อส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้ มีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจาง หรือมีระดับความเข้มข้นของโลหิตสูงขึ้น⁽⁴⁾ หญิงตั้งครรภ์ที่มีการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงและรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกต้อง

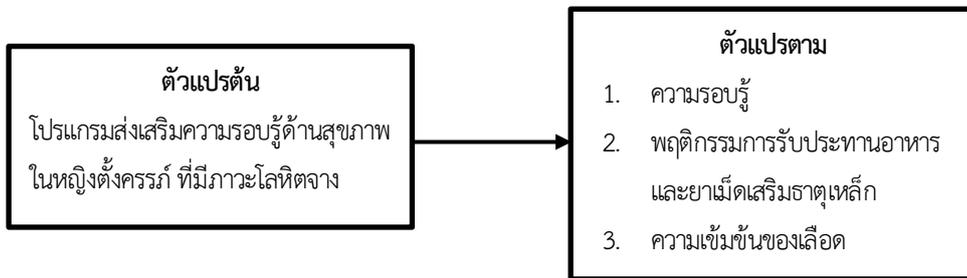
ตรงเวลา ไม่ล้มรับประทานยา จึงช่วยส่งเสริมให้ระดับความเข้มข้นของเลือดสูงขึ้น⁽⁵⁾

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระยะ 5 ปี (2566-2570) ประกอบด้วยประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ประเด็น ยุทธศาสตร์คือ 1) อภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2) ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองสุขภาพดี 3) สร้างความรู้ด้านสุขภาพและ 4) ยกระดับองค์กรสู่ความเป็นเลิศและมีธรรมาภิบาล⁽⁶⁾ กรมอนามัยมีนโยบาย “มุ่งสู่การสร้างสังคมรอบรู้สู่สุขภาพที่ดีทุกช่วงวัยอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน ประจำปีงบประมาณ 2567 กรมอนามัย” มี 4 ประเด็นคือ 1) ส่งเสริมภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง 2) ยกระดับการบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่สากล 3) สร้างสังคมรอบรู้สู่สุขภาพดีทุกช่วงวัย 4) อนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐานปลอดภัยเอื้อต่อการมีสุขภาพดี⁽⁷⁾ ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จึงเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมอนามัย

จากการทบทวนบทบาทพยาบาลตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการ

ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เกี่ยวกับการพยาบาลก่อนการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ มีการกระบวนการการพยาบาลหลายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง เช่น การตรวจร่างกายทั่วไปและการประเมินภาวะโภชนาการของ หญิงมีครรภ์ ให้ยาเสริมธาตุเหล็กและโฟเลตแก่หญิงมีครรภ์⁽⁸⁾ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการธาตุเหล็กของร่างกายรวมทั้งการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ซึ่งจะส่งผลให้ทั้งตนเองและทารกในครรภ์มีสุขภาพแข็งแรง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพโดยยึดหลักกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบจำลอง วีเชฟ (V-shape) ที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ⁽⁹⁾ นำมาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรอบแนวคิดตามภาพที่ 1

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา และ

ความเข้มข้นของเลือด ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความรอบรู้ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการรับประทานยา และความเข้มข้นของเลือดของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ความรอบรู้ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และความเข้มข้นของเลือดของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ อายุ 18 ปีขึ้นไปและเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกที่มีคุณสมบัติดังนี้

1) อายุครรภ์ไม่เกิน 32 สัปดาห์ 2) ตรวจพบมีภาวะโลหิตจางมีค่าฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัม/เดซิลิตร 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น โรคกระเพาะอาหาร ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างรุนแรง หรือมีประวัติเลือดออกจากรช่องคลอดเป็นต้น 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ

1) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมครบตามที่กำหนด 2) มีภาวะเลือดออกหรือมีอาการของภาวะแท้ง 3) อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยการหาขนาดของอิทธิพลความต่างอ้างอิงพารามิเตอร์ซึ่งได้คำนวณ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจากงานวิจัยของวิชุลดา ได้ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .88⁽¹⁰⁾ ค่าอำนาจจำแนกที่ 0.8 และนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 44 รายเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มร้อยละ 15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 รายโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบจำลองวีซเฟของ วชิระ เพ็งจันทร์⁽¹¹⁾

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล และความเข้มข้นของเลือด จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ทักษะ คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการเข้าใจ, ทักษะการโต้ตอบ-ซักถาม, ทักษะการตัดสินใจ, ทักษะการนำไปใช้และบอกต่อ^(11,12) จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่อุดมไปด้วยธาตุเหล็กและวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทดลอง ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้แก่ อาจารย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สุตินรีแพทย์ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ และพยาบาลวิชาชีพชำนาญพิเศษศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) .86 การตรวจสอบคุณภาพด้านความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำมาทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คนเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ หนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 17/2567 ระยะเวลาในการรับรองตั้งแต่ 7 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์ การป้องกันความลับ การลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และหากระหว่างการดำเนินการวิจัยพบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจะส่งต่อพบแพทย์เพื่อขอรับการรักษาต่อไป

ระยะเวลาการศึกษาวิจัย

ดำเนินการทดลองและรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม 2567 โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บข้อมูลกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ณ แผนกฝากครรภ์

ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวนกลุ่มละ 25 คน มีลำดับขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล (pre-test) โดยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ หลังจากนั้นให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด ตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลของโรงพยาบาล

ครั้งที่ 2 ภายหลังจาก 8 สัปดาห์ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (post-test) แจกผลเลือด ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล แนะนำการรับประทานอาหารและการกินยาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มควบคุม พร้อมทั้งแจ้งยุติการวิจัย

กลุ่มทดลอง ดำเนินกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล (pre-test) โดยให้ตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นดำเนินการจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) การโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ สำหรับหัวข้อการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง อาหารที่ส่งเสริมและขัดขวางการดูดซึมของธาตุเหล็ก อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง หลังจากเสร็จกิจกรรมให้ความรู้ ผู้วิจัยชี้แจงการปฏิบัติตัวได้แก่ การบันทึกข้อมูลการรับประทานอาหารและการเข้าร่วมกลุ่มไลน์ กรณีที่มีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หลังจากนั้นอีก 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์



ครั้งที่ 2 หลังจากเก็บข้อมูลและดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 (4 สัปดาห์) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เมนูอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ทบทวนความเข้าใจเรื่องการค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต หลังจากนั้น 2 สัปดาห์มีการโทรศัพท์ติดตามเพื่อให้คำปรึกษาแนะนำกรณีที่มีปัญหาข้อสงสัย

ครั้งที่ 3 ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 ผ่านไป 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความเข้มข้นของเลือดและเก็บรวบรวมข้อมูล (post-test) แจ้งผลเลือด ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล แนะนำการรับประทานอาหารและการกินยาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแจ้งยุติการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่มีการแจกแจงไม่ปกติ จึงใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Non Parametric ด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติด้วยวิธี Mann-Whitney U-test และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังด้วยวิธี Wilcoxon signed ranks test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะส่วนบุคคลที่คล้ายคลึงกัน โดยสามารถสรุปได้ดังนี้ กลุ่มทดลองมีอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-33 ปี ร้อยละ 40.00 มีอายุเฉลี่ย 28.88 ปี (SD=5.897) จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ 1 ครั้ง ร้อยละ 52.00 ค่าฮีโมโกลบินในการตรวจเลือดครั้งที่ 1 เฉลี่ย 10.3 กรัม/เดซิลิตร (SD=0.508) ค่าฮีโมโกลบินในการตรวจเลือดครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่มีค่าตั้งแต่ 11 กรัม/เดซิลิตรขึ้นไป ร้อยละ 60 เฉลี่ย=11.14 กรัม/เดซิลิตร (SD=0.753) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.00 อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง ร้อยละ 54.00 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่พอใช้ ร้อยละ 88.00 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-33 ปี ร้อยละ 44.00 มีอายุเฉลี่ย 28.88 ปี (SD=6.218) จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ 1 ครั้ง ร้อยละ 48.00 ค่าฮีโมโกลบินในการตรวจเลือดครั้งที่ 1 เฉลี่ย 10.41 กรัม/เดซิลิตร (SD=0.481) ค่าฮีโมโกลบินในการตรวจเลือดครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่มีค่าต่ำกว่า 11 กรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 52.00 เฉลี่ย=11.14 กรัม/เดซิลิตร (SD=0.753) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับระดับปริญญาตรี ร้อยละ 44.00 อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง ร้อยละ 56.00 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่พอใช้ เฉลี่ย 76.00 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 92.00 ส่วน ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) Mean ± SD	28.88 ± 5.897		28.88 ± 6.218	
18 - 25 ปี	9	36.00	9	36.00
26 - 33 ปี	10	40.00	11	44.00
34 - 41 ปี	6	24.00	5	20.00

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ (ครั้ง)	1 ครั้ง	13	52.00	12	48.00
	2 ครั้ง	5	20.00	9	36.00
	3 ครั้ง	6	24.00	2	8.00
	4 ครั้ง	1	4.00	2	8.00
ค่าฮีโมโกลบิน ครั้งที่ 1 (กรัม/เดซิลิตร) Mean ± SD		10.30 ± 0.508		10.41 ± 0.481	
ค่าฮีโมโกลบิน หลัง 8 สัปดาห์ (กรัม/เดซิลิตร) Mean ± SD		11.14 ± 0.753		10.91 ± 1.043	
	น้อยกว่า 11	10	40.00	13	52.00
	ตั้งแต่ 11 ขึ้นไป	15	60.00	12	48.00
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	1	4.00	1	4.00
	ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	4	16.00	2	8.00
	มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	0	0	4	16.00
	มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	8	32.00	6	24.00
	อนุปริญญา	2	8.00	1	4.00
	ปริญญาตรี	10	40.00	11	44.00
	สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	0	-
โรคประจำตัวที่อยู่ระหว่างการรักษา	โรคกระเพาะอาหาร	0	0	0	-
	เบาหวาน	0	0	0	0
	ความดันโลหิตสูง	0	0	0	0
	ไม่มีโรคประจำตัว	25	100	25	100.00
อาชีพ	แม่บ้าน	3	12.00	4	16.00
	รับจ้าง	14	54.00	16	56.00
	เกษตรกร	0	0	0	0
	ค้าขาย	5	20.00	1	4.00
	ธุรกิจส่วนตัว	2	8.00	2	8.00
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	4.00	2	8.00
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน	พอใช้	22	88.00	19	76.00
	ไม่พอใช้	1	4.00	4	16.00
	เหลือเก็บ	2	8.00	2	8.00
สถานภาพสมรส	สมรสอยู่ด้วยกัน	25	100	23	92.00
	สมรสแยกกันอยู่	0	0	1	4.00
	หย่าร้าง	0	0	0	0
	หม้าย	0	0	1	4.00

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน-หลัง ในกลุ่มทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 4.140 (SD=0.422) เป็น 4.569 (SD=0.347) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยาเพิ่มขึ้นจาก 3.591 (SD=0.654) เป็น 4.089 (SD=0.506) และค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นจาก 10.304 (SD=0.508) เป็น 11.140 (SD=0.753) และเมื่อทดสอบ

สถิติด้วย Wilcoxon Signed Rank Test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน-หลัง ของกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา และความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดย ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา ความเข้มข้นของเลือดของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed Rank Test

ประเด็นเปรียบเทียบ \ สถิติ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	Mean Rank	p
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.			
ความรู้	4.140	0.422	4.569	0.347	-4.131 ^a	13.74	0.000*
พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา	3.591	0.654	4.089	0.506	-2.776 ^a	13.72	0.006*
ความเข้มข้นของเลือด	10.304	0.508	11.140	0.753	-4.195 ^a	13.25	0.000*

^a Based on Positive Ranks = ค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง > ก่อนทดลอง

*p < 0.01

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลอง = 4.569 (SD= 0.347) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย= 4.235 (SD=0.516) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง = 4.089 (SD=0.506) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย= 3.827 (SD=0.624) และค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของเลือดของกลุ่มทดลอง = 11.14 (SD= 0.753) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย= 10.912 (SD=1.043) และเมื่อ

วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ Mann - Whitney U Test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา ความเข้มข้นของเลือด หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา และความเข้มข้นของเลือดในกลุ่มทดลองไม่ต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา ความเข้มข้นของเลือด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Mann - Whitney U Test

ประเด็นเปรียบเทียบ \ สถิติ	ค่าเฉลี่ย	SD	Mean Rank	Z	p
ความรู้				-2.464	0.014*
กลุ่มทดลอง	4.569	0.347	30.58 ^a		
กลุ่มควบคุม	4.235	0.516	20.42 ^a		

ประเด็นเปรียบเทียบ \ สถิติ	ค่าเฉลี่ย	SD	Mean Rank	Z	p
พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา				-1.547	0.122
กลุ่มทดลอง	4.089	0.506	28.68 ^a		
กลุ่มควบคุม	3.827	0.624	22.32 ^a		
ความเข้มข้นของเลือด				-1.088	0.276
กลุ่มทดลอง	11.140	0.753	27.74 ^a		
กลุ่มควบคุม	10.912	1.043	23.26 ^a		

^a Based on Positive Ranks = ค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลอง > กลุ่มควบคุม

*p < 0.05

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการศึกษาในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา และความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และหลังการทดลองความรอบรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และการรับประทานยา และความเข้มข้นของเลือดในกลุ่มทดลองไม่ต่างกับกลุ่มควบคุม

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย สรุปได้ว่า คณะแผนกเฉลี่ยก่อน-หลัง ในกลุ่มทดลอง พบว่า ความรอบรู้ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา และความเข้มข้นของเลือด ภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง สรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพภายใต้แนวคิด เข้าถึง เข้าใจ มีแรงจูงใจ และความสามารถในการประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในการกำกับดูแลสุขภาพ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผ่านกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและความเข้มข้นของเลือดที่ หลากหลาย ได้แก่ รูปแบบการสอนที่

ประกอบด้วยสื่อภาพพลิก แผ่นพับ การแลกเปลี่ยนตอบโต้ซักถามในไลน์กลุ่ม ตลอดจนถึงการส่งเสริมพลังอำนาจและการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง รวมถึงการกำกับติดตามทางโทรศัพท์ในการรับประทาน อาหารที่มีธาตุเหล็กสูงและยาเสริมธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาและการปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับการวิจัยของอารมย์ โศกแก้วและคณะ ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่พบว่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง⁽¹³⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ภัทธนิษฐ์ไกรโสภา พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่คลินิกฝากครรภ์แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโยธิน ที่พบว่า การรับประทานอาหารเพื่อลดภาวะโลหิตจาง ก่อนการให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ย 5.60 (SD=1.80) หลังให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ย 7.36 (SD=1.8) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ก่อนการให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ย 8.24 (SD=2.3) หลังให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ย 10.62 (SD=1.80) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)⁽⁵⁾ สอดคล้องกับมกรรัตน์ หวังเจริญและ จีรพรพรณ ช่อนกลิ่น ที่ศึกษาผลของ

โปรแกรมเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดปัญหาโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁴⁾

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ความรอบรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา และความเข้มข้นของเลือดในกลุ่มทดลองไม่ต่างกับกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางทุกรายจะได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและได้รับการรักษาอย่างตามมาตรฐานการดูแลประกอบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ถือว่าเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ที่ดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับคำแนะนำที่หลากหลายจากสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ อาจารย์และนักศึกษพยาบาล นักโภชนาการ ที่อาจจะมีผลทำให้พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา และความเข้มข้นของเลือดในกลุ่มทดลองไม่ต่างกัน แตกต่างจากการศึกษาของอมรเลิศพันธ์วัฒน์ ที่ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และความเข้มข้นของเลือดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.466, p < .05$) ($t = -3.53, p < .05$)⁽¹⁵⁾ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอภาพร ศีระวงษ์ ที่พบว่า หลังการส่งเสริมโภชนาการคะแนนเฉลี่ยความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลผดุงครรภ์ ผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการรับฝากครรภ์ ควรมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางโดยใช้การจัดการ

ผู้ป่วยรายกรณี และจัดระบบการกำกับกับการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก

2. พยาบาลผดุงครรภ์ ผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการรับฝากครรภ์ควรมีการส่งเสริมให้สามีหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

ด้านการวิจัย

1. พัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ที่ให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางทั้งในด้านจัดเตรียมอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก รวมทั้งกำกับติดตามการดูแลอย่างใกล้ชิด

2. ควรนำแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางไปประยุกต์ใช้สำหรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีโรคร่วมในขณะตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค.2567]. สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/>
2. คณะกรรมการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. พิสมัย โลออน, กำพร ดานา, อนุชา ไทยวงษ์, กาญจนา จันทะนุญ. การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 พ.ค.2567];16:131-49. สืบค้นจาก <https://i01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/261053>

4. ลลิตวดี เตชะกัมพลสารกิจ, กรรณิการ์ กันธะรักษา, นันทพร แสนศิริพันธ์. วิธีการส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. พยาบาลสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค.2567];45:62-74. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/136158>
5. ภัทรนิษฐ์ ไกรโสภาก. พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่คลินิกฝากครรภ์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโยธธร. โยธธรเวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค.2567]; 25:91-102. สืบค้นจาก <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/hciyasohos/article/view/705>
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและในสิ่งแวดล้อมระยะ 5 ปี (พ.ศ 2566-2570). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2565.
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายมุ่งสู่การสร้างสังคมรอบรู้สุขภาพที่ดีทุกช่วงวัยอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน ประจำปีงบประมาณ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค.2567]. สืบค้นจาก https://planning.anamai.moph.go.th/th/doh-policy/download?id=124470&mid=39620&mkey=m_document&lang=th&did=36595
8. ราชกิจจานุเบกษา. ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อกำหนดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค.2567]. สืบค้นจาก https://www.tnmco.th/images/userfiles/files/T_0028.PDF
9. ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, วิมล โรมา, มุกดาสำนวนกลาง. แนวคิดหลักการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส); 2561.
10. วิชชุดา พุทธิศวงค์, โสเพ็ญ ชูนวน, ศศิกานต์ กาละ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารนราธิวาสราชชนครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค.2567];9:12-24. สืบค้นจาก <https://i01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/99130>
11. วชิร เพ็งจันทร์. สังคมไทยรอบรู้ด้านสุขภาพ. เอกสารนำเสนอในการประชุมสังคมไทยรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy Society; 24 ก.ย.2561; โรงแรมปรีณพาลีส มหานคร กรุงเทพฯ.
12. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. เครื่องมือประเมิน Health Literacy. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค.2567];36:7-18. สืบค้นจาก <http://hepa.or.th/journal.php>
13. อารมย์ โคกแก้ว, พัชรวรรณ ชูเลิศ, มนัสชนกท์ กุลพานิชย์. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารมหาจุฬานาครธรรม์ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค.2567];9:17-31. สืบค้นจาก <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/issue/archive/3>
14. มกรรัตน์ หวังเจริญ, จีรพรรณ ช่อนกลิ่น, จุราพร สุรมานิต, อภัสรา มาประจักษ์. ผลของโปรแกรมเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดปัญหาโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค.2567];16:253-67. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/266320>

15. อมรเลิศ พันธุ์วัตร์, กัญญาพัชญ์ จาอ้าย, เจนนารา วงศ์ปาลี, ชัชวกรณัน นันทขว้าง, ศิริรัตน์ วรรณกจตุรพร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยาต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กและความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางของโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค.2567];32:86-100. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/268568/184934>
16. อาภาพร ศีระวงษ์. การเปรียบเทียบภาวะโลหิตจางก่อนและหลังการให้การส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลจตุรัส. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค. 2567];34:453-65. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/in-depth/MJSSBH/article/view/230961>

ผลการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนัก
ชนิดการจำกัดเวลาในการรับประทานอาหาร (Intermittent Fasting : IF)
ในเจ้าหน้าที่สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมืองที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินค่าปกติ
The Efficacy of Intermittent Fasting for Weight Loss
in Metropolitan Health and Wellness Institution Employees with
Overweight or Obesity

ภัทรภรณ์ เอมย่านยาว^{1*}, วิระฉัตร ชูสิน² และรุจิตรา ธัญญเจริญ³

Phataraporn Aimyanyao^{1*}, Wirachart Chusin² and Rujitra Thanyacharoen³

สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง^{1,2,3}

Institution Bangkok^{1,2,3}

¹Corresponding author, E-mail: tuyda2513@gmail.com

(Revised: October 28, 2024; Revised: November 4, 2024; Accepted: January 10, 2025)

บทคัดย่อ

ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถป้องกันและรักษาได้โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักชนิดการจำกัดเวลาในการรับประทานอาหารของเจ้าหน้าที่สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมืองที่มีน้ำหนักเกิน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคือเจ้าหน้าที่ที่มีน้ำหนักเกินและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคล น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว แบบประเมินความรู้เรื่องภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหาร และโปรแกรมการลดน้ำหนักชนิดการจำกัดเวลาในการรับประทานอาหารรูปแบบ 16/8 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดำเนินการศึกษารวม 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Pair t-test และ Repeated-Anova ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะโภชนาการ และการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการลดน้ำหนักชนิดการจำกัดเวลาในการรับประทานอาหารสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวของ กลุ่มตัวอย่าง 3 ช่วงเวลาได้แก่เริ่มโครงการ, ครบ 4 สัปดาห์ และครบ 8 สัปดาห์ พบว่าทั้ง 3 ช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการจำกัดเวลาการรับประทานอาหารรูปแบบ 16/8 ทำให้ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมีน้ำหนักลดลง ดัชนีมวลกายลดลง รอบเอวลดลง มีความรู้ภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปสื่อสารเพื่อเป็นทางเลือกในการลดน้ำหนักในกลุ่มวัยทำงานได้

คำสำคัญ: การจำกัดเวลาในการรับประทานอาหาร, น้ำหนักเกิน, ภาวะโภชนาการ

Abstract:

Overweight or obesity is a major risk factor for non-communicable chronic diseases that can be prevented by changing behavior by eating and exercising regularly. This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of intermittent fasting for weight loss in metropolitan health and wellness institution employees with overweight. A purposive sampling of 45 people who were overweight and consented to participate was selected. The research instruments consisted of a personal data, weight, body mass index, and waist circumference, Nutrition and Food Consumption Knowledge Assessment and the 16/8 intermittent fasting program, which applied self-efficacy and social support theories to behavior modification. The study was conducted of 8 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics: frequency, percentage, mean, standard deviation, Pair t-test, and Repeated-Anova.

The results found that the mean scores of nutritional knowledge and food consumption after the program were significantly higher than before ($p < 0.001$). When comparing the mean weight, body mass index and waist circumference 3 times at the beginning of the project, 4 weeks, and 8 weeks, it was found that they were significant ($p < 0.001$). In conclusion, the program can reduce weight, body mass index, and waist circumference in overweight people. The results of this research can be communicated as an alternative for weight loss in working-age people.

Keywords: Intermittent fasting, overweight, nutrition

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกระบุว่าภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน⁽¹⁾ ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน จากการศึกษาพบว่าโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน โดยพบว่า คนอ้วนมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงถึง 6 เท่าเมื่อเทียบกับคนปกติ และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน 1-10 เท่าขึ้นอยู่กับระดับของภาวะอ้วนรวมทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด^(2,3) หากปล่อยให้ประชากรไทยมีอัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นนี้ทุกปีต่อไป จะทำให้ประเทศไทยต้องรับภาระในการดูแลสุขภาพพยาบาล รวมทั้งสูญเสียงบประมาณในการดูแลสุขภาพพยาบาลอย่างมหาศาลและสอดคล้องกับผล

การศึกษาของทีดีอาร์ไอ เรื่องประมาณการค่าใช้จ่ายสาธารณสุขด้านสุขภาพของคนไทยในอีก 15 ปีข้างหน้าพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 270 พันล้านบาท ในปี 2559 เพิ่มขึ้นเป็น 454 พันล้านบาท ในปี 2575⁽⁴⁾ และยังพบว่าโรคที่ประชากรไทยป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคโลหิตจาง โรคข้ออักเสบ และโรคเบาหวาน ตามลำดับ⁽⁵⁾ ผู้ป่วยโรคอ้วนยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบกระดูกและข้อ และภาวะแทรกซ้อนทางระบบสืบพันธุ์ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2565 พบว่าประชากรผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไปทั่วโลก ร้อยละ 43 อยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน และ ร้อยละ 16 อยู่ในภาวะอ้วน โดยภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีประชากรที่น้ำหนักเกินร้อยละ 31 และแอฟริกามากถึงร้อยละ 67⁽⁶⁾ องค์การอนามัยโลกยังระบุว่า การมีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 10

ของโลกในปี 2563 และคาดว่าจะกลายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 7 ภายในปี 2573⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2564 จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ ระบุว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน 40.1% (22.4 ล้านคน) และอยู่ในภาวะอ้วน 13.7% (7.7 ล้านคน) โดยพบภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนเพิ่มสูงขึ้นทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และ 30-44 ปี⁽⁷⁾ สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล รายงานสถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย ปี 2563 ระบุว่า ผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนในประเทศไทยในปี 2563 คิดเป็นร้อยละ 43.2 (28.8 ล้านคน) และผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนคิดเป็นร้อยละ 13.8 (8.7 ล้านคน) โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 47 (32.3 ล้านคน) และร้อยละ 15 (9.5 ล้านคน) ภายในปี 2573⁽⁸⁾ จากโครงการตรวจสุขภาพประจำปีเจ้าหน้าที่สถาบันพัฒนาสุขภาพภาวะเขตเมืองทุกคน ผลการตรวจสุขภาพประจำปี 3 ปี ย้อนหลังปี พ.ศ.2563 ปี พ.ศ. 2564 และปี พ.ศ. 2565 พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ค่าดัชนีมวลกายปกติ (Body Mass Index : BMI) หรือ BMI \geq 23.0 kg/m ร้อยละ 48.50 ร้อยละ 52.65 และร้อยละ 58.05 ตามลำดับ เส้นรอบเอวเกิน ร้อยละ 52.79⁽⁹⁾ ซึ่งจะเห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้วิจัยมีความสนใจในเรื่องการป้องกันและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ครอบคลุมทั้งด้านกาย ใจ สติปัญญา และสังคม ที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีภาวะสุขภาพที่ดี ลดการเกิดโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะอ้วนลงพุง จึงได้จัดทำ

โปรแกรมการลดน้ำหนักชนิดการจำกัดเวลาในการทานอาหาร ขึ้น เพื่อพัฒนารูปแบบการลดน้ำหนักให้บุคลากรได้ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเอง และตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเองในการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อลดน้ำหนัก ลดความอ้วน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการพัฒนาการควบคุมน้ำหนักตัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารด้วยการอดอาหารเป็นช่วง ๆ ซึ่งใช้การจำกัดเวลาในการรับประทานอาหารในแต่ละวัน เช่นการจำกัดเวลาแบบสูตร 16/8 เป็นการรับประทานอาหาร 8 ชั่วโมง งดการรับประทานอาหาร 16 ชั่วโมง ซึ่งเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย เหมาะกับการเริ่มต้น สามารถปรับให้เข้ากับชีวิตประจำวัน ทั้งนี้พบว่าช่วยลดน้ำหนักตัว มวลไขมัน และองค์ประกอบอื่นๆ ของร่างกายได้⁽¹⁰⁾ ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัย สนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักชนิดการจำกัดเวลาในการรับประทานอาหาร ในเจ้าหน้าที่สถาบันพัฒนาสุขภาพภาวะเขตเมืองที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินค่าปกติ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มาพัฒนาโปรแกรม ในการสร้างการรับรู้ในให้กับบุคคล และการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งคาดว่าจะส่งผลและเป็นปัจจัยที่จะช่วยเชื่อมโยงไปสู่การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสถาบันฯ ได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักชนิดการจำกัดเวลาในการรับประทานอาหารของเจ้าหน้าที่สถาบันพัฒนาสุขภาพภาวะเขตเมืองที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินค่าปกติ

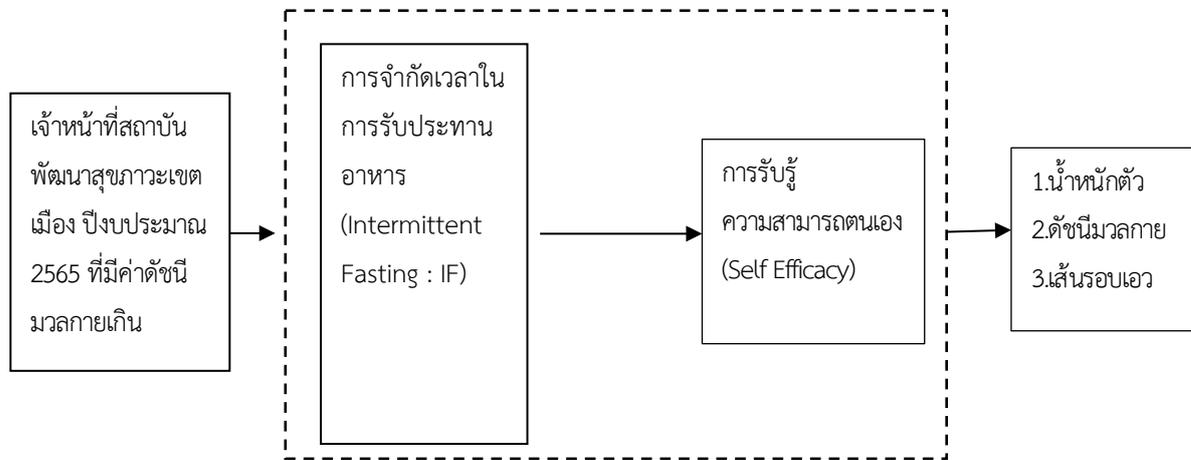
สมมติฐาน

หลังเข้าร่วมโปรแกรมการลดน้ำหนักชนิดการจำกัดเวลาในการรับประทานอาหารของเจ้าหน้าที่สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินค่าปกติส่งผลให้น้ำหนักตัว และเส้นรอบเอว และ

ดัชนีมวลกายลดลง และทำให้คะแนนความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิด

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) เป็นการทดลองแบบกลุ่มเดียว



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว วัดผล 3 ระยะ คือระยะก่อนทดลอง ระหว่างทดลอง และระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที (One-Group Pretest-Posttest Design) โดยการใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยดำเนินการสร้างความตระหนักและแรงจูงใจในการลดน้ำหนักให้เกิดความรู้ การรับรู้ เพื่อสร้างแรงจูงใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์บุคคลต้นแบบ ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม 2567 ใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์

ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (effect size) 0.5 อำนาจการทดสอบ (power of a test) 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ มีค่าดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ไม่เคยได้รับการเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา และยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยตลอดระยะเวลาที่กำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ เจ้าหน้าที่สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 310 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ปีงบประมาณ 2565 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G Power กำหนดค่าของ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ได้รับโปรแกรมการลดน้ำหนักชนิดอื่น ๆ อย่างน้อย 6 เดือน เป็นผู้อยู่ระหว่างการควบคุมน้ำหนักโดยใช้ยา หรืออาหารเสริมลดน้ำหนักต่าง ๆ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบตามเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) อาสาสมัครรู้สึกอึดอัดและไม่สบายใจในการให้ข้อมูล เกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่สมัครใจหรือไม่มีความพร้อมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการลดน้ำหนักชนิดการจำกัดเวลาในการรับประทานอาหาร รูปแบบ 16/8 เครื่องชั่งน้ำหนัก ชนิดยีน / ที่วัดส่วนสูง/ เทปวัดรอบเอว เอกสารความรู้เรื่องโภชนาการและการบริโภคอาหาร

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษาน้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบเอว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหาร จำนวน 15 ข้อ

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเพื่อการวิจัยครั้งนี้ โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการลดน้ำหนักโดยวิธีจำกัดการทานอาหารจากตำรา เอกสารวารสาร สิ่งตีพิมพ์ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถาม ภายใต้อุปการะการวิจัย

2. นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence; IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า IOC มากกว่า 0.7 ทุกข้อ และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับบุคลากรในสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของ

เครื่องมือ โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีของ ครอนบาช (Cronbach) ได้ค่าเท่ากับ 0.7 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ ไปใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยต่อไป

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ

1. ประชาสัมพันธ์โครงการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และขอความร่วมมือกับหัวหน้ากลุ่มงาน

2. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครเข้าโครงการ โดยผู้วิจัยแนะนำตัว พร้อมอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง สอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยตามความสมัครใจ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการเข้าร่วมการวิจัย และจัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ต่าง ๆ

ระยะทำการทดลอง

1. ขั้นเก็บข้อมูลพื้นฐาน เป็นระยะที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรตามของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย น้ำหนัก เส้นรอบเอว ความรู้เรื่องภาวะโภชนาการ และการบริโภคอาหาร

2. ขั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร เป็นระยะที่กลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักชนิดการจำกัดเวลาในการรับประทานอาหาร แบบสูตร 16/8 ให้ผู้วิจัยเลือกว่าจะใช้ 8/16 หรือ 16/8 ใช้ format เดียวเท่านั้นให้เหมือนกันในงานเขียน ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ตามแนวทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) กับการลดน้ำหนักแบบ IF ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง อธิบายว่าความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม ส่งผลต่อความ

มุ่งมั่นในการลงมือทำ และความสำเร็จของเป้าหมาย
 พุดง่ายๆ คือ การเชื่อมั่นในศักยภาพของตัวเอง ว่า
 สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ส่งผลต่อแรงจูงใจและ

พฤติกรรม การดำเนินการมีการติดตามผลสัปดาห์
 ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ดังนี้

ระยะเวลา	กิจกรรมที่ทำ	วัดผลการทดลอง
สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 6 ชั่วโมง	-กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ สร้างความตระหนักและแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก -ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประเมินค่าดัชนีมวลกายตนเอง ภาวะสุขภาพ ตั้งเป้าหมายและวางแผนลดน้ำหนัก -ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหาร -ให้ความรู้เกี่ยวกับการจำกัดเวลาในการรับประทานอาหาร	Pre test แบบสอบถาม ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบเอว
สัปดาห์ที่ 2-3	ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแผน	-
สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง	กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ข้อเสนอแนะ ปรับใช้ประสบการณ์ของบุคคลเป็นต้นแบบ ตอบข้อซักถาม	ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบเอว
สัปดาห์ที่ 5-7	ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแผน	-
สัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง	-กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ข้อเสนอแนะ ปรับใช้ประสบการณ์ของบุคคลเป็นต้นแบบ ตอบข้อซักถาม -ประเมินผลระหว่างกิจกรรม -วิเคราะห์ และสรุปผลการดำเนินกิจกรรม	Post test แบบสอบถาม ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบเอว

ขั้นตอนในการทำ Intermittent Fasting

1. เลือกรูปแบบ IF ที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารด้วยการอดอาหารเป็นช่วง ๆ การอดอาหารเป็นช่วง ๆ สามารถแบ่งเป็นหลายประเภทด้วยกัน⁽⁷⁾ การยกอ้างอิงไม่เหมาะสมเนื่องจากไม่มีรูปประโยคใดๆ ให้อ้างอิง คือการจำกัดเวลาในการรับประทานอาหารในแต่ละวัน แบบสูตร 16/8 ซึ่งเป็นการรับประทานอาหารปกติ 8 ชั่วโมง และอดอาหาร 16 ชั่วโมง ต่อวัน วิธีนี้เป็นวิธีที่ค่อนข้างง่ายสามารถนำไปปรับให้เข้ากับชีวิตประจำวันได้ พบว่าช่วยลดน้ำหนัก และองค์ประกอบอื่นของร่างกายได้⁽¹⁰⁾

2. กำหนดช่วงเวลาที่จะอดอาหาร เลือกช่วงเวลาที่สะดวกและเหมาะกับกิจวัตรประจำวัน ช่วงเวลาที่นิยมสำหรับ IF 16/8 ตัวอย่าง เช่น การรับประทานอาหารมื้อแรกตอนเที่ยง การรับประทานอาหารมื้อเย็นไม่เกิน

20.00 น. อดอาหาร 16 ชั่วโมง ช่วง 20.00 น. ถึง 12.00 น. ของวันถัดไป

3. เลือกอาหารที่เหมาะสม เน้นอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ โปรตีน ธัญพืชไม่ขัดสี เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันดี เช่น อ.โวคาโด ปลาแซลมอน หลีกเลี่ยงอาหารแปรรูป น้ำตาล และไขมันอิ่มตัวดื่มน้ำเปล่าให้เพียงพอ

4. ปรับตัวให้เข้ากับ IF ในช่วงแรกอาจรู้สึกหิวอ่อนเพลีย ปวดหัว ให้ค่อยๆ ปรับตัว ดื่มน้ำเปล่า ซากาแฟดำ หรือน้ำซุปร้อนๆ ช่วยลดความหิว พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ติดตามผลลัพธ์ จดบันทึกน้ำหนัก พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สังเกตการเปลี่ยนแปลง ปรับแผน IF ให้เหมาะสมกับร่างกายและเป้าหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอภิปรายข้อมูล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูล อายุ เพศ น้ำหนัก ค่าน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว

2. วิเคราะห์แบบสอบถามประเมินความรู้เรื่องภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหาร โดยใช้สถิติ Pair-t-test เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของความรู้ก่อนและหลังทดลอง

3. เปรียบเทียบน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว 3 ช่วงเวลาได้แก่เริ่มโครงการ, ครบ 4 สัปดาห์ และครบ 8 สัปดาห์ ด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการวิจัย 721 รับรองตั้งแต่วันที่ 24 มิถุนายน ถึงวันที่ 23 มิถุนายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 45 คน เป็นเพศชาย 12 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 เป็น

เพศหญิง 33 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 อายุระหว่าง 28 – 59 ปี อายุเฉลี่ย 50.6 ปี (S.D.=9.51) อายุต่ำสุด 28 ปี อายุสูงสุด 59 ปี เป็นวัยทำงานตอนต้น อายุ 18 – 29 ปี ร้อยละ 4.4 วัยทำงานตอนกลาง อายุ 30 – 44 ปี ร้อยละ 22.3 วัยทำงานตอนปลาย อายุ 45 – 59 ปี ร้อยละ 73.3 ระดับการศึกษา จบการศึกษาระดับมัธยม หรือระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) หรือระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ร้อยละ 55.6 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 31.1 และระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 13.3 ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีส่วนสูงเฉลี่ย 158.93 (S.D.=7.36) น้ำหนักเฉลี่ย 72.16 (S.D.=10.80) น้ำหนักต่ำสุด 55.40 กิโลกรัม น้ำหนักสูงสุด 103.00 กิโลกรัม รอบเอวเฉลี่ย 90.24 (S.D.=7.55) รอบเอวต่ำสุด 55.40 เซนติเมตร รอบเอวสูงสุด 103.00 เซนติเมตร ค่าน้ำหนักเฉลี่ย 28.50 (S.D.=3.34) ต่ำสุด 24.01 กิโลกรัม/เมตร² สูงสุด 40.23 กิโลกรัม/เมตร²

2. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลองพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนความรู้ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 7.8 คะแนน และผลการวัดความรู้หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 13.4 คะแนน ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังการทดลอง (n = 45)

ความรู้	N	Mean	S. D	Sig.(2-tailed)
ก่อนเข้าร่วมวิจัย	45	7.8	2.0	0.000
หลังเข้าร่วมวิจัย	45	13.4	1.2	

3. ผลการศึกษา ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 45 คน ในช่วงเริ่มโครงการ, ครบ 4 สัปดาห์ และครบ 8 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยลดลง ดังนี้ 72.17 (S.D.=1.61), 70.95 (S.D.=1.57) และ 70.02 (S.D.=1.55) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยดัชนี

มวลกาย มีค่าเฉลี่ยลดลง ดังนี้ 28.50 (S.D.=3.34), 27.66 (S.D.=3.18) และ 27.66 (S.D.=3.18) ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยลดลง ดังนี้ 90.24 (S.D.=7.55), 88.40 (S.D.=7.27) และ 87.51 (S.D.=7.36) ตามลำดับ แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 ตารางแสดงผลการศึกษา ค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวของผู้เข้าร่วมวิจัย 3 ช่วงเวลา ได้แก่ เริ่มโครงการ, ครบ 4 สัปดาห์ และครบ 8 สัปดาห์ การได้รับโปรแกรมการลดน้ำหนักชนิด การจำกัดเวลาในการรับประทานอาหาร (n=45)

ตัวชี้วัด	ระยะเวลา	Mean	S.D.
น้ำหนักตัว	เริ่มโครงการ	72.17	1.61
	สัปดาห์ ที่ 4	70.95	1.57
	สัปดาห์ ที่ 8	70.02	1.55
ดัชนีมวลกาย	เริ่มโครงการ	28.50	3.34
	สัปดาห์ ที่ 4	28.02	3.24
	สัปดาห์ ที่ 8	27.66	3.18
เส้นรอบเอว	เริ่มโครงการ	90.24	7.55
	สัปดาห์ ที่ 4	88.40	7.27
	สัปดาห์ ที่ 8	87.51	7.36

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักของกลุ่ม ตัวอย่าง 3 ช่วงเวลา ได้แก่ เริ่มโครงการ ครบ 4 สัปดาห์ และครบ 8 สัปดาห์ จากการทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำหนักของกลุ่ม ตัวอย่างทั้ง 3 ช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบ

รายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni⁽¹¹⁾ พบว่า ค่าเฉลี่ย น้ำหนักเริ่มโครงการมากกว่าครบ 4 สัปดาห์ และมากกว่าครบ 8 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญ และค่าเฉลี่ยน้ำหนักครบ 4 สัปดาห์ มากกว่าครบ 8 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 3

ตาราง 3 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักภายในกลุ่มเมื่อเริ่มโครงการ ครบ 4 สัปดาห์ และครบ 8 สัปดาห์ (n = 45)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	174.95	1.32	78.67	95.71	0.000
ความคลาดเคลื่อน	47.87	58.25	0.82		

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง 3 ช่วงเวลา ได้แก่ เริ่มโครงการ, ครบ 4 สัปดาห์ และครบ 8 สัปดาห์ จากการทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า⁽¹¹⁾ ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเริ่มโครงการน้อยกว่าครบ 4 สัปดาห์ และมากกว่าครบ 8 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญ และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายครบ 4 สัปดาห์ น้อยกว่าครบ 8 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 4



ตาราง 4 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวภายในกลุ่มเมื่อเริ่มโครงการ ครบ 4 สัปดาห์ และครบ 8 สัปดาห์ (n = 45)

แหล่งความแปรปรวน	SS	do	MS	F	p
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	16.315	1.340	12.179	99.290	0.000
ความคลาดเคลื่อน	7.230	58.941	0.123		

6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของกลุ่มตัวอย่าง 3 ช่วงเวลา ได้แก่ เริ่มโครงการ ครบ 4 สัปดาห์ และครบ 8 สัปดาห์ จากการทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) พบว่า ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบรายคู่

ด้วยวิธีของ Bonferroni⁽¹¹⁾ เติมการอ้างอิงด้วย พบว่า ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวเริ่มโครงการมากกว่าครบ 4 สัปดาห์ และมากกว่าครบ 8 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญ และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวครบ 4 สัปดาห์ มากกว่าครบ 8 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 5

ตาราง 5 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวภายในกลุ่มเมื่อเริ่มโครงการ ครบ 4 สัปดาห์ และครบ 8 สัปดาห์ (n = 45)

แหล่งความแปรปรวน	SS	do	MS	F	p
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	174.95	1.47	118.92	128.90	0.000
ความคลาดเคลื่อน	59.72	64.73	0.92		

การอภิปรายผล

1) ความรู้เรื่องภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารก่อน และหลังเข้าร่วมวิจัย เมื่อครบระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีการวัดผลความรู้หลังจากการทดลอง พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้เรื่องภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยก่อนทดลอง เท่ากับ 7.8 คะแนน และผลการวัดความรู้หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 13.4 คะแนน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านโภชนาการหลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนการทดลอง จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการจำกัดเวลาการรับประทานอาหารแบบ 16/8 ส่งผล

ต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักเกิน

2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวและเส้นรอบเอวของกลุ่มตัวอย่าง 3 ช่วงเวลา ได้แก่ เริ่มโครงการครบ 4 สัปดาห์ และครบ 8 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว และเส้นรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว และเส้นรอบเอวเริ่มโครงการมากกว่าครบ 4 สัปดาห์ และมากกว่าครบ 8 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว และเส้นรอบเอวครบ 4 สัปดาห์ มากกว่าครบ 8 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานว่า โปรแกรม

การลดน้ำหนักชนิดการจำกัดเวลาในการรับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ลดลงในเจ้าหน้าที่สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองที่มี ค่าดัชนีมวลกายเกินค่าปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อีรัชัย ชูธรรมเนียม และคณะ ศึกษาผลของโปรแกรม การควบคุมน้ำหนักตัวในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มี น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ในพื้นที่สาธารณสุขโซนที่ 1 จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการ ควบคุมน้ำหนักตัวแบบ IF เป็นเวลา 8 สัปดาห์ มี น้ำหนักตัวและ ค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ⁽¹²⁾ การศึกษาของ ธนภรณ์ วิโรจน์ และคณะ ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อน้ำหนักตัว ของวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน อำเภอนา บอน จังหวัดนครราชสีมาการศึกษาเชิงทดลอง 2 กลุ่มเปรียบเทียบก่อน-หลัง พบว่ากลุ่มทดลองมี น้ำหนักตัว และดัชนีมวลกายลดลงมีพฤติกรรมการ บริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการควบคุม อารมณ์ดีขึ้น⁽¹³⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาในเมืองฉาง ซา ประเทศจีน ศึกษาผลของโปรแกรมการจำกัดอาหาร ชนิดวันเว้นวัน และการจำกัดอาหาร 16/8 พบว่า น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และรอบเอวลดลง และยัง พบว่าระดับน้ำตาลและระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลงด้วย⁽¹⁴⁾ ซึ่งการจำกัดเวลาในการรับประทานอาหารเป็นช่วงส่งผล ให้ปริมาณแคลอรีโดยรวมลดลงทำให้ร่างกายขาดดุล พลังงานในช่วงที่ร่างกายงดอาหารร่างกายจะเผาผลาญ พลังงานที่สะสมในร่างกายจึงลดน้ำหนักลงได้⁽¹²⁾ และ ยังส่งผลต่อระดับกลูโคส ระดับไขมันซึ่งเกิดจาก กระบวนการสลายไขมันระหว่างการอดอาหารทำให้ ร่างกายเผาผลาญไขมันได้ดี⁽¹⁵⁾ โปรแกรมการจำกัดเวลา การรับประทานอาหารแบบ 16/8 ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัย สามารถเลือกช่วงเวลาในการรับประทานอาหารตาม เวลาเหมาะสมและสามารถชนิดของอาหารที่ หลากหลาย และควรรับประทานโปรตีนให้เพียงพอ

ควบคู่กับการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มการเผาผลาญใน ร่างกาย ลดความอยากอาหาร ซึ่งจะสามารถควบคุมน้ำหนักได้อย่างยืน

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของ โปรแกรมการจำกัดเวลาการรับประทานอาหารแบบ 16/8 ต่อสุขภาพในระยะยาว โดยทำการศึกษา ต่อเนื่องที่ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อศึกษาความยั่งยืน ของโปรแกรมการลดน้ำหนักชนิดจำกัดเวลาในการ รับประทานอาหารนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016. Geneva: World Health Organization; 2018 Aug 28. p. 1242-7.
2. อาจันต์ สงทับ, ปราโมทย์ วงคศสวัสดิ์. ความชุก ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่มีผลต่อโรคความดันโลหิต สูงของประชาชนเขตชนบทภาคใต้: กรณีศึกษา ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2559;10(3):104-117.
3. ละอองดาว คำซาตา, เพ็ญศิริ ตำรงภคภากร, อัมพรพรรณ อีรรานูตร. โรคอ้วนลงพุง: สัญญาณ อันตรายที่ต้องจัดการ. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2561;33(4):385-395.
4. ญัฐนันท์ วิจิตรอักษร. ประมาณการค่าใช้จ่าย สาธารณะด้านสุขภาพในอีก 15 ปีข้างหน้า: รายงานการศึกษา. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนา ประเทศไทย; 2561 [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 22 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://digitalibrary.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:190362

5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคอ้วน. กรุงเทพฯ: สสส.; 2564.
6. World Health Organization. Obesity and overweight. [online]. 2024. [cited 2024 Mar 30]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
7. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2564. [ออนไลน์]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://online.fliphtml5.com/bcbgj/flap/#p=1>
8. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย ปี 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. พ.ศ. 2565. หน้า 12.
9. ศูนย์อนามัยที่ 6 ราชบุรี, กรมอนามัย. การศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสู่การเป็นองค์กรไร้พุง. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hpc.go.th/rcenter/fulltext>.
10. Tinsley GM, La Bounty PM. Effects of intermittent fasting on body composition and clinical health markers in humans. *Nutrition Reviews*. 2015 Oct;73(10):661-674. [cited 2024 Apr 6]. Available from: <https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/73/10/661/1849182>.
11. สุพัฒน์ สุกมลสันต์. การเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดสอบรวมเพื่อการวิจัย. 2555. ภาษาปริทัศน์. 52-68. เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2567. เข้าถึงได้จาก https://www.culi.chula.ac.th/Images/asset/pasaa_paritat_journal/file-27-171-5v4how650118.pdf
12. อีรัชัย ชูธรรมเนียม, อีรัชฎ วรรณ, วรรณ แก้ววิเชียร, พิชัย เจริญสุระ. ผลของโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักตัวในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานในพื้นที่สาธารณสุขโซน 1 จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสภาสาธารณสุขชุมชน*. 2563;25(1):81-92.
13. ธนภรณ์ วิโรจน์, ดุชนีย์ สุวรรณคง, ชำนาญ ชินสีห์, พนิดา เทบเส็น, ต้ม บุญรอด. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อน้ำหนักตัวของวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน อำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2566;33(2):276-287.
14. Hua CA, Xi CA, Yuelan QI, Cheng HY, Ng MT. Intermittent fasting in weight loss and cardiometabolic risk reduction: a randomized controlled trial. *J Nurs Res*. 2022 Feb 1;30(1):e185.
15. นวพร วุฒิธรรม, สุภาพร เขยชิด, ลัดดาวรรณ เสี่ยงอ่อน. การอดอาหารเป็นช่วงและการรับประทานอาหารโปรตีนให้เพียงพอเพื่อป้องกันภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *พยาบาลสาร*. 2566;50(4):239-251.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

The Development of a Care Model for Pregnant Women at Risk of Gestational Diabetes at Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 1, Chiang Mai

จันทร์ฉาย สิงห์นนท์^{1*}, ปลื้มจิต โชติตะ^{2*} และกฤษณา กาเผือก³

Janchai Singnon^{1*}, Pleumjit Chotiga^{2*} and Krissana Kapheak³

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่¹, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนเชียงใหม่², ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่³

Chiang Mai Health Promotion Hospital¹, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai²,

Regional Health Promotion Center 1 Chiangmai³

^{1,2}Corresponding author, E-mail: janchai.singh@gmail.com,pleumjit@bcnc.ac.th

(Revised: November 11, 2024; Revised: November 20, 2024; Accepted: January 13, 2025)

บทคัดย่อ

ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคต ขณะที่ทารกเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกิน การคลอดติดไหล่ และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอด ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพเรื้อรังในระยะยาว การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ ศึกษาผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นและความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ดูแลหญิงที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลและปัจจัยเสี่ยงของภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์
- 2) การพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 3) การประเมินผลของรูปแบบการดูแลและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามแรงจูงใจและพฤติกรรมกรรมการป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha - Coefficient มีค่าความเชื่อมั่น 0.87 กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลไปใช้ ถูกสรุปเป็นประเด็นสำคัญ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไม่เพียงแต่กระตุ้นแรงจูงใจ แต่ยังส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์นำความรู้ไปปรับใช้ในพฤติกรรมกรรมการป้องกันเบาหวานได้ การศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีการรับรู้และความรู้ที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการจัดการภาวะเสี่ยง รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

รูปแบบการดูแลนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในหน่วยงานและในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีของแม่และทารกในครรภ์

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง, ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์, รูปแบบการดูแล

Abstract

Gestational diabetes is a significant risk factor that increases the likelihood of complications for both pregnant women and their fetuses. It also raises the risk of developing type 2 diabetes in the future. Meanwhile, infants are at risk of being overweight, experiencing shoulder dystocia during delivery, and developing hypoglycemia after birth, which can lead to long-term chronic health issues. This research aims to develop a model, examine the outcomes of its implementation, and assess the feasibility of applying it to the care of women at risk for gestational diabetes in health promotion hospitals in Chiang Mai. This study used participation action research methodology, conducted in three phases: 1) a literature review on care guidelines and risk factors associated with GDM, 2) development of an effective care approach in collaboration with a multidisciplinary team, and 3) evaluation of the care model's effectiveness with a sample of high-risk pregnant women. Data collection tools included a questionnaire assessing motivation and preventive behaviors for gestational diabetes. The reliability of the entire questionnaire was confirmed with a Cronbach's Alpha coefficient of 0.87. The sample consisted of 52 high-risk pregnant women, divided into an experimental group (26 participants) and a control group (26 participants). Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-tests. Qualitative data regarding the feasibility of implementing the care model were summarized into key themes.

Research findings indicate that the developed care model demonstrates that the program not only enhances motivation but also encourages pregnant women to apply their knowledge in adopting behaviors to prevent diabetes. The study revealed that pregnant women in the experimental group showed significant improvements in awareness and knowledge related to risk management. Moreover, they made statistically significant changes in their dietary and exercise behaviors ($p < 0.001$). The care model can be effectively applied in healthcare settings to manage high-risk pregnancies and promote the health of mothers and their unborn children.

Keywords: High-risk pregnant women, Gestational Diabetes Mellitus, Care Model

บทนำ

ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ หรือที่เรียกว่า Gestational Diabetes Mellitus (GDM) หมายถึงภาวะเบาหวานที่วินิจฉัยเป็นครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม ภาวะนี้สามารถเกิดขึ้นได้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกคน และอัตราความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นในผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน มีน้ำหนักเกิน หรือตั้งครรภ์ในวัยที่มากกว่า 25 ปี⁽¹⁾ สาเหตุของการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิด

จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin) เนื่องจากจากรกมีการผลิตฮอร์โมนที่มีฤทธิ์ในการต้านอินซูลินที่สำคัญได้แก่ ฮิตแมน พลาเซนตา แลคโตเจน (human placental lactogen: HPL) เอสโตรเจน (estrogen) โปรเจสเตอโรน (progesterone) และ โปรแลคติน (prolactin) เอนไซม์อินซูลินเนส (insulinase) นอกจากนี้ต่อมหมวกไตของทารกจะผลิตคอร์ติซอล (cortisol) ฮอร์โมนเหล่านี้จะทำให้ความผิดปกติในการเผาผลาญน้ำตาล เป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงมีครรภ์เพิ่มสูงขึ้น⁽²⁾

ผลกระทบของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่งผลรุนแรงต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia) การติดเชื้อ การคลอดติดขัด และภาวะตกเลือดหลังคลอด เมื่อเทียบกับหญิงที่ไม่เป็นเบาหวาน นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานต่อภายหลังคลอดมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน เช่น โรคจอประสาทตาเสื่อม (retinopathy) โรคไต (nephropathy) โรคระบบประสาท (neuropathy) เป็นต้น สำหรับทารก ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เชื่อมโยงกับภาวะทารกตายในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ทารกตัวโต (macrosomia) การเจริญเติบโตล่าช้า และความผิดปกติแต่กำเนิด ตามรายงานของสมาคมเบาหวานแห่งอเมริกาประมาณร้อยละ 30-50 ของหญิงที่เคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะมีโอกาสเป็นอีกครั้งในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไปภายใน 5-10 ปี และครึ่งหนึ่งของกลุ่มนี้จะพัฒนาเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (ชนิดที่ต้องใช้อินซูลิน) นอกจากนี้ ทารกที่เกิดจากการตั้งครรภ์ที่มีเบาหวานจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการเกิดโรคอ้วนในวัยเด็ก ความผิดปกติทางเมตาบอลิกในวัยรุ่นและเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยผู้ใหญ่⁽³⁾

สถิติการเกิดภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกพบว่ามีจำนวนมากกว่า 20.9 ล้านคนหรือร้อยละ 16.2 โดยร้อยละ 85.1 เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และทารก 1 ใน 7 จะเกิดจากมารดาที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทยจากสถิติของโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2562 มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 15.6⁽⁵⁾ และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีอุบัติการณ์ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 23.48⁽⁶⁾ ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่ปี 2563-2566 ร้อยละ 5.0, 5.3, 7.3 และ 9.4⁽⁷⁾ ตามลำดับ จากสถิติข้างต้นแสดงให้เห็นว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของหญิงมีครรภ์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลที่มีนโยบายส่งเสริมการดูแลสุขภาพ เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาทั้งนี้ในการบริการรับฝากครรภ์ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์คุณภาพ พบหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในแต่ละปีเป็นจำนวนมากนอกจากนี้ยังพบปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงมีครรภ์จากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในปี 2564-2566 พบหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์มีภาวะ severe pre-eclampsia 3 ราย เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ร่วมกับภาวะมีน้ำคร่ำมากกว่าปกติ (polyhydramnios) 4 ราย ทารกตัวโต (macrosomia) 11 ราย ทารกตายในครรภ์ (still birth) 3 ราย⁽⁸⁾ แม้ว่าในปีงบประมาณ 2566 หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มีการปรับแนวทางในการดูแลและป้องกันภาวะเบาหวาน โดยเพิ่มกระบวนการคัดกรองเบาหวานตั้งแต่ฝากครรภ์ครั้งแรกเพื่อที่จะสามารถตรวจพบได้

เร็วขึ้นตาม แนวทางการฝากครรภ์คุณภาพแบบใหม่ ตามประกาศใช้ของกระทรวงสาธารณสุข

กระบวนการคัดกรองภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เมื่อได้รับการซักประวัติเพื่อระบุภาวะเสี่ยงเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ ได้แก่ 1) ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ 2) ประวัติเป็นเบาหวานในครรภ์ก่อน 3) ญาติสายตรงเป็นเบาหวาน 4) ประวัติคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 4,000 กรัม 5) ประวัติทารกเสียชีวิตในครรภ์โดยไม่ทราบสาเหตุ 6) ค่า BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร 7) มีภาวะความดันโลหิตสูงและ 8) มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี จะได้รับการคัดกรองเบาหวานด้วยวิธี GCT โดยการให้ดื่มสารละลายกลูโคส 50 กรัม และเจาะเลือดหลังดื่มสารละลายกลูโคส 1 ชั่วโมง กรณีไม่สามารถตรวจให้ทันในวันแรกที่มาฝากครรภ์จะนัดมาตรวจอีก 10 วัน พร้อมเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 1 ในรายที่ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือด (GCT) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะนัดให้มาตรวจวินิจฉัยด้วย OGTT ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ โดยการงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงแล้วเจาะเลือดระดับน้ำตาล หลังจากนั้นให้ดื่มสารละลายกลูโคส 100 กรัม และเจาะเลือดทุก 1 ชั่วโมงหลังดื่มอีก 3 ครั้ง⁽⁹⁾

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผล GCT และ OGTT ปกติในครั้งที่ 1 จะทำการตรวจซ้ำเป็นครั้งที่ 2 ในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ ในรายที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM A1) จะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนในด้าน โภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน จะมีการนัดติดตามอีก 2 สัปดาห์ และนัดติดตามเหมือนกลุ่มปกติ ถ้าพบว่ามีภาวะผิดปกติ เช่น น้ำหนักเพิ่มเกินเกณฑ์เฉลี่ยมากกว่า 1 กก./สัปดาห์หรือ ระดับน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้นกว่าปกติ จะมีการนัดติดตามอีก 2 สัปดาห์ หาก

วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดต้องพึ่งอินซูลิน (GDM A2) จะส่งต่อไปพบอายุรแพทย์เพื่อรักษาต่อไป และนัดติดตามอีก 2 สัปดาห์ การติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในการคัดกรองครั้งที่ 2 และทุกรายจะนัดติดตามในช่วงอายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์ อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ และทุกสัปดาห์จนกว่าจะคลอด ด้วยการประเมินจาก น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ระดับความสูงของยอดมดลูก ระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ อย่างไรก็ตามปัญหาที่พบได้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยหลักที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์⁽¹⁰⁾ ได้แก่ แรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค ประกอบด้วยการรับรู้การเกิด ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค ความคาดหวังผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ความคาดหวังในความสามารถของพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค⁽¹¹⁾ ซึ่งแรงจูงใจในการป้องกันเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ หมายถึง แนวคิดการปรับตัวเมื่อเกิดภาวะคุกคามสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สามารถป้องกันได้หากหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหาร การลดความเครียด การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก โดยต้องจัดให้เหมาะสมตามอายุครรภ์⁽¹⁰⁾ ความท้าทายในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเบาหวานเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในการจัดระบบบริการฝากครรภ์คุณภาพ เนื่องจากการที่ตรวจไม่พบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครั้งแรกแต่ยังมีโอกาสที่จะเป็นเบาหวานได้ เมื่อ

อายุครรภ์มากขึ้น ดังนั้นการที่หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมที่เหมาะสมตลอดการตั้งครรภ์ จึงมีความสำคัญ ปัญหาที่พบมากที่สุดคือด้านโภชนาการ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย⁽¹²⁾ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาที่เหมาะสม ดร.แมกซ์เวล มอลซ⁽¹³⁾ กล่าวถึงทฤษฎี 21 วัน โดยเชื่อว่าการกระทำในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องภายในเวลา 21 วัน หรือ 3 สัปดาห์จะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและตกผลึกเป็นอุปนิสัยได้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์

จากการทบทวนระบบการดูแลของหน่วยฝากครรภ์พบว่าแม่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แต่ยังได้รับการดูแล เช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ปกติ การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพื่อปรับปรุงระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเบาหวาน ของหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยการใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research)⁽¹⁴⁾ เนื่องจากการมีส่วนร่วมมีการสะท้อนการวิเคราะห์ปัญหาและเจาะลึกในบริบทใดบริบทหนึ่ง แต่จะช่วยลดช่องว่างในการปฏิบัติ โดยสามารถนำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ได้ อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพ ทั้งนี้ผู้วิจัยและบุคลากรสาธารณสุขที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์จะมีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อให้เกิดองค์ความรู้และเกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

และภาวะแทรกซ้อนไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในการตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
3. เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลหญิงที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์มาใช้ในหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วิธีการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) ประกอบด้วย การร่วมศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาสาเหตุ การร่วมวางแผนเพื่อกำหนดวิธีการแก้ปัญหา การร่วมดำเนินการตามแผนการวิจัย การมีส่วนร่วมในการติดตามผลการวิจัยเพื่อแก้ไขปรับปรุง เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล ผลการพัฒนารูปแบบและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแล หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ใน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การศึกษาสภาพการณ์และความต้องการรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยเน้นการทำความเข้าใจสภาพการณ์ ปัญหาและอุปสรรคและวิธีการในการแก้ปัญหาในการดูแลของบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

และความต้องการหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2) การมีส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการสร้างและพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ส่งเสริมการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) สังเคราะห์รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ส่งเสริมการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการดำเนินการ 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการศึกษา วิเคราะห์

สถานการณ์ และพัฒนารูปแบบการดูแล (Planning) ศึกษาสภาพการณ์และความต้องการรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยใช้รูปแบบการสนทนากลุ่มกับบุคลากรสุขภาพ ร่วมกับการสัมภาษณ์ความต้องการการบริการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวางแผนกำหนดกิจกรรมจากการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้และจัดทำเป็นรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหน่วยฝากครรภ์

ระยะที่ 2 ระยะนำแผนลงสู่การปฏิบัติการ

(Action) ขั้นตอนนี้ดำเนินการนำรูปแบบการดูแลลงสู่การปฏิบัติโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (The Protection Motivation Theory) ของ โรเจอร์ (11) ซึ่งกล่าวถึงบุคคลจะเกิดความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขึ้นอยู่กับกระบวนการรับรู้ของตนเอง 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือได้รับอันตราย 2) การประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) ได้แก่ ความคาดหวังใน

ประสิทธิผลตอบสนองและความคาดหวังต่อความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นกรอบในการดำเนินการและประเมินประสิทธิผล ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุมเพื่อทำความเข้าใจกับผู้ที่เกี่ยวข้องและมอบหมายหน้าที่ตามรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

2.2 นำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ลงสู่การปฏิบัติ

กลุ่มควบคุม:

1.ฝากครรภ์ครั้งที่ 1: ประเมินความเสี่ยงและทำแบบสอบถามแรงจูงใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้การดูแลตามปกติ

2.ฝากครรภ์ครั้งที่ 2 อบรมโรงเรียนพ่อแม่

3. การทำแบบสอบถามแรงจูงใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์พร้อมมอบแผ่นพับและสื่อการสอน

กลุ่มทดลอง: ได้รับการดูแลตามปกติและโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์โดยการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และนัดทุก สัปดาห์จนครบ 5 สัปดาห์ ใช้การบรรยายความรู้ประกอบสื่อการสอนและแจกเอกสารคู่มือ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลเบื้องต้นและทำแบบประเมินหลังจากนั้นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ดังนี้

1. การสร้างการรับรู้ความรุนแรงและภาวะเสี่ยงของเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

1.1 การสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย

1.2 การใช้สื่อถ่ายทอดความรุนแรงของภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์และความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์

2. การสร้างความคิดหวังผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2.1 การชมสื่อวิดีโอโดยมีเนื้อหาครอบคลุมด้านการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย

2.2 มอบแผ่นพับที่มีเนื้อหาครอบคลุมภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความรุนแรงและความเสี่ยง และพฤติกรรมที่เหมาะสมด้านการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกายเพื่อป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3. ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ชมสื่อวิดีโอความสำเร็จในการป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์

สัปดาห์ที่ 2

1. ให้ความรู้ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ 45 นาที
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์ วิทยากร 30 นาที ร่วมกับนักโภชนาการ
3. สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ปัญหาและอุปสรรค และให้คำปรึกษา วิทยากรรายบุคคล

สัปดาห์ที่ 3-4

1. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ผ่าน line official
2. ติดตามพฤติกรรมดูแลตนเอง ปัญหาและอุปสรรค และให้คำปรึกษารายบุคคลในรายที่เป็น GDM ส่งพบนักโภชนาการ เพื่อกำหนดอาหารและให้คำปรึกษารายบุคคล (ถ้ามี)

สัปดาห์ที่ 5

1. สอนทบทวนเนื้อหา และให้คำปรึกษารายบุคคล
2. สิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยและเก็บแบบสอบถามครั้งที่ 2

ระยะที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันประเมินผลงานและสะท้อนกระบวนการและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนโดยใช้เครื่องมือในการประเมินที่กำหนดไว้

- 1) การนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานลงสู่การปฏิบัติ กำหนดเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลและเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีกระบวนการดังนี้
- 2) บุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สอบถามความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ในหน่วยงาน ปัญหาและอุปสรรค รวมถึงข้อเสนอแนะในการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลที่พัฒนา

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผลปฏิบัติการ (Reflection)

นำผลลัพธ์ที่ได้สรุปผลและปรับปรุงรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน

ประชากร ทีมผู้ให้บริการสุขภาพประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 คน พยาบาลประจำคลินิกฝากครรภ์ 4 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน นักโภชนาการ 1 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานจำนวน 52 คน

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 ทีมผู้ให้บริการสุขภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย

- 1) สูติแพทย์จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คนที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยงานของคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
- 2) อาจารย์พยาบาลจำนวน 1 คนที่นิเทศนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานที่คลินิกฝากครรภ์

3) นักโภชนาการจำนวน 1 คน ที่รับผิดชอบในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาทางด้านโภชนาการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

กลุ่มที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ระหว่างวันที่ 8 พฤษภาคม- 20 สิงหาคม 2567 ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ เลือกรูปแบบเจาะจง (purposive sampling) กลุ่มควบคุมเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ระหว่างเดือน วันที่ 8 พฤษภาคม- 2 กรกฎาคม 2567 กลุ่มทดลองเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ระหว่างวันที่ 8 กรกฎาคม- 20 สิงหาคม 2567 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การใช้โปรแกรม G* POWER version 3.1 กำหนดทิศทางทดสอบเป็นสมมติฐานทางเดียวอำนาจการทดสอบ 0.8 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 ราย กลุ่มควบคุม 21 ราย แต่เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่กลุ่มตัวอย่างสูญหาย จึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 20⁽¹⁵⁾ เป็นกลุ่มละ 26 ราย รวมเป็น 52 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานตามเกณฑ์ที่กำหนดข้อใดข้อหนึ่ง 2) สามารถ พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 3) ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานหรือเข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับเบาหวานมาก่อน 4) มีโทรศัพท์มือถือ 5) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่องหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นในระหว่างการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เลขที่ 18/2567 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2567 การวิจัยครั้งนี้มีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยโดยหลังเสร็จสิ้นกระบวนการนำรูปแบบที่พัฒนาได้ไปทดลองใช้ กลุ่มควบคุมจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ และพัฒนารูปแบบการดูแล

1) เครื่องบันทึกเสียง เพื่อบันทึกเสียงการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เพื่อใช้ในการทบทวนประเด็นและข้อมูลที่อาจสูญหายจากการจดบันทึก ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้ออกอนุญาตในการบันทึกเสียงจากกลุ่มวิจัยก่อนทุกครั้ง

2) อุปกรณ์ในการจดบันทึกประเด็นสำคัญประกอบด้วย กระดาษบันทึก (memo) เพื่อใช้บันทึกคำพูด พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล และบรรยากาศในการสัมภาษณ์

3) แนวคำถามสัมภาษณ์ (semi-structured interview) เป็นคำถามปลายเปิดและมีคำถามสำหรับสอบถามบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือดำเนินงานวิจัย

1) แผ่นพับ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสรุปลองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์จำนวน 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลจำนวน 1 ท่าน



ตรวจสอบความสอดคล้อง เหมาะสม ด้านการใช้งาน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์และปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์

2) แผนการสอนเรื่องการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ใช้ระยะเวลาในการสอน 45 นาที ประกอบด้วย ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์คืออะไร ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ผลกระทบของภาวะเบาหวานต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ วิธีการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งครอบคลุมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการควบคุมน้ำหนัก ผู้วิจัยนำแผนการสอนที่สร้างขึ้นมา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านในการพิจารณาตรวจสอบความชัดเจนและปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์ ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลจำนวน 1 ท่าน

3) สื่อวีดีโอเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผลกระทบต่อมารดาทารก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดความเครียด ความสำเร็จในการป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นสื่อที่จัดทำและเผยแพร่โดยกระทรวงสาธารณสุขจึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามผู้วิจัยอ้างอิงจากกรณีศึกษา เพ็ชรรัช และคณะ (2564)⁽¹⁰⁾ โดยผู้วิจัยตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเบาหวานโดยไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ใช้สัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha - Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ 0.87 ซึ่งแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ BMI อายุครรภ์ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ เป็นต้น

2) แบบสอบถามแรงจูงใจต่อพฤติกรรม ป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ ข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 10 ข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 11 ข้อ ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 6 ข้อ และความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 6 ข้อ

3) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถาม มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ ข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารจำนวน 10 ข้อ ด้านการออกกำลังกายจำนวน 5 ข้อ ด้านการจัดการความเครียดจำนวน 5 ข้อ และด้านการควบคุมน้ำหนักจำนวน 6 ข้อ โดยเกณฑ์การแปลผลแรงจูงใจและพฤติกรรม ป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบ่งระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

การปฏิบัติ	คะแนนคำถาม	
	เชิงบวก	เชิงลบ
ไม่ปฏิบัติเลย	1	4
ปฏิบัติบางครั้ง	2	3
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	4	1

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนา รูปแบบการดูแล ใช้การวิเคราะห์โดยการสรุปประเด็น

2. การวิเคราะห์ข้อมูลผลของการนำรูปแบบ การดูแลไปสู่การปฏิบัติ ใช้การวิเคราะห์ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบาย ลักษณะกลุ่มตัวอย่างด้วย วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ (percentage) การแจกแจงความถี่ และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (standard deviation: SD)

2) หลังผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ผู้วิจัยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจต่อ พฤติกรรมในการป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์และ พฤติกรรมในการป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อน และหลังการทดลอง โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อน ใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย แรงจูงใจต่อพฤติกรรมในการป้องกันเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์และพฤติกรรมในการป้องกันเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1: การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิง ตั้งครรภ์เสี่ยงเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และรูปแบบการ ดูแลจากการทำกระบวนการกลุ่มหญิงที่มีความเสี่ยงต่อ ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ในผู้ที่เกี่ยวข้องกับการ ดูแลประกอบด้วย สูติแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนัก โภชนาการ พบว่า ปัญหาสำคัญคือการสื่อสารให้หญิง ตั้งครรภ์ตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพ ของทั้งมารดาและทารก เนื่องจากการให้ความรู้ใน โรงเรียนพ่อแม่รูปแบบเดิมเป็นการให้ความรู้ทั่วไปใน การดูแลตนเอง จึงยังไม่เพียงพอที่จะสร้างความ ตระหนักและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ควรเพิ่มการให้ความรู้

เฉพาะโรคเบาหวาน อีกทั้งการดูแล การให้คำแนะนำ และการติดตามประเมินผลส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของสูติ แพทย์ และพยาบาล จึงมีการประสานงานในการดูแล หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ โดยร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์และนักโภชนาการ ระยะเวลาในการ นัดติดตามตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงช่วงอายุครรภ์ที่ 2 คือ ช่วงอายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์ นานเกินไปสำหรับในราย ที่อายุครรภ์น้อยทำให้มีโอกาสละเลยพฤติกรรมที่ เหมาะสมเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงมุ่งเน้นในการสร้าง แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีการปรับพฤติกรรมโดย การให้ความรู้ คำปรึกษา การติดตาม การสื่อสาร ผ่าน ทางช่องทางต่างๆ และมีการทำงานร่วมกันกับทีมสห สาขาวิชาชีพ มีการกำหนดบทบาทความรับผิดชอบที่ ชัดเจนมากขึ้น

ระยะที่ 2 ผลของการนำรูปแบบการดูแล หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน

1. ข้อมูลส่วนบุคคลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง เบาหวาน ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ เบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสรุปได้ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานจำนวนทั้งหมด 52 ราย ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 53.8 อายุครรภ์น้อยกว่า 14 สัปดาห์ ร้อยละ 92.31 และ 73.08 ดรรชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5 – 24.9 ร้อยละ 53.85 และร้อยละ 50 ระดับ การศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และส่วนใหญ่ ไม่ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกัน การเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 73.08 และ 76.92 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์หลัง ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นหญิงตั้งครรภ์แรก

2. ผลการของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ลงสู่การปฏิบัติ ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเบาหวานขณะ

ตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองในหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบว่าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองในหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงเบาหวานขณะตั้งครรภ์

แรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์	จำนวน (n)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	t	df	P-value
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	26	116.97	3.80	-23.80	50	.0000
กลุ่มควบคุม	26	89.54	4.49			

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ

เบาหวานขณะตั้งครรภ์พบว่าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

พฤติกรรมป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์	จำนวน (n)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	t	df	P-value
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	26	93.61	2.59	-25.58	50	.0000
กลุ่มควบคุม	26	68.03	4.18			

2.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และคะแนนพฤติกรรมป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลังการได้รับ

โปรแกรมในหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และคะแนนพฤติกรรมป้องกันการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมในหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงเบาหวานขณะตั้งครรภ์

	จำนวน (n)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	t	df	P- value
แรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์						
ก่อนการทดลอง	26	89.00	4.20	-22.76	25	0.000
หลังการทดลอง	26	116.96	3.80			
พฤติกรรมป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์						
ก่อนการทดลอง	26	67.53	2.73	-27.72	25	0.000
หลังการทดลอง	26	93.61	2.59			

2.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และคะแนนพฤติกรรมป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการให้การดูแลในหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังตาราง 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และคะแนนพฤติกรรมป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

	จำนวน (n)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	t	df	P- value
แรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์						
ก่อนการทดลอง	26	89.65	4.39	0.121	25	0.90
หลังการทดลอง	26	89.93	4.48			
พฤติกรรมป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์						
ก่อนการทดลอง	26	67.97	3.37	-0.101	25	0.92
หลังการทดลอง	26	68.03	4.18			

3. ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ในหน่วยงาน เป็นการสรุปประเด็นจากการสัมภาษณ์ที่มบุคลากรสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องถึงประโยชน์ของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาใช้ในหน่วยงานสามารถสรุปได้ว่า บุคลากรที่มีสุขภาพที่ เกี่ยวข้องมีความเห็นไปในแนวทางเดียวกันว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีประโยชน์ต่อ

ทั้งหญิงตั้งครรภ์และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน รวมถึงมีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัตินี้มาใช้ในหน่วยฝากครรภ์ เนื่องจากไม่เพิ่มภาระงานผู้ดูแลมากเกินไป มีความชัดเจนในการมอบหมายหน้าที่ และมี การติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการประสานงานร่วมกับ โภชนากรที่ชัดเจนมากขึ้น ดังข้อความต่อไปนี้

“...เกิดประโยชน์โดยตรงต่อผู้รับบริการ ผู้รับบริการเกิดความรู้อะไร และมีความตระหนักต่อ

เบาหวานในขณะตั้งครรภ์...สำหรับเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการก็จะเกิดความรู้ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ได้ดีขึ้น ได้รับข้อมูล และประสบการณ์สามารถนำไปปรับใช้กับผู้รับบริการคนอื่นๆได้ การให้ คำปรึกษา และมีนักโภชนาการ มาช่วยอีกแรงงานเป็นอะไรที่ดีมากๆ” (พยาบาลวิชาชีพ 1)

“...หญิงตั้งครรภ์ก็มีความรู้เพิ่มขึ้นแล้ว เขาก็เข้าใจวิธีปฏิบัติตัวในการป้องกันไม่ให้ตัวเองเป็นเบาหวาน...มีการทำงานร่วมโภชนาการจะทำให้ผู้รับบริการได้ประโยชน์มากขึ้นในการป้องกันตนเองจากเบาหวานขณะตั้งครรภ์...” (พยาบาลวิชาชีพ 2)

“...รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้เราไฟกสกลุ่มนี้ได้แล้วก็มีการสื่อสารหรือติดตาม ประมวลผลได้ ต่อเนื่อง เป็นเรื่องที่ดี และมีความเป็นไปได้ที่จะนำแนวปฏิบัตินี้ มาใช้ในการหน่วยงานของเรา” (แพทย์สูติกรรม)

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แสดงให้เห็นว่าการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญ การระดมความคิดเห็นร่วมกับการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลในปัจจุบันทำให้สามารถปรับรูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับการบริการพยาบาลและนำไปปฏิบัติได้จริง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของพรสิริและคณะ (2560)⁽¹⁶⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่าการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการวิเคราะห์ปัญหาและเสนอแนวทางอย่างรอบด้านส่งผลให้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจนและสามารถนำไปใช้งานจริงได้ ทั้งนี้ ผลการสัมภาษณ์ทีม

บุคลากรสุขภาพที่เข้าร่วมการพัฒนาที่ยืนยันว่ารูปแบบการดูแลดังกล่าวเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยฝากครรภ์ เพิ่มความตระหนักในการป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และสนับสนุนการปรับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน โดยไม่เพิ่มภาระงานให้แก่บุคลากร แต่ช่วยเสริมสร้างการประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผลของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์จากการนำรูปแบบลงสู่ปฏิบัติพบว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมแรงจูงใจในหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีแรงจูงใจที่ดีขึ้นนี้คาดว่าเกิดจากการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องซึ่งสร้างความเชื่อมั่นและความตระหนักในสำคัญของการป้องกันเบาหวาน ในขณะที่ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไม่เพียงแต่กระตุ้นแรงจูงใจ แต่ยังส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์นำความรู้ไปปรับใช้ในพฤติกรรมป้องกันการเบาหวานได้

การวิเคราะห์ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพบว่าค่าเฉลี่ยของแรงจูงใจและพฤติกรรมป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านทัศนคติ และพฤติกรรม ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการ

ป้องกันโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในขณะที่ผลการวิเคราะห์ในกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยของแรงจูงใจและพฤติกรรมป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังการดูแลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากการขาดการสนับสนุนเฉพาะทางที่จำเป็นในการกระตุ้นแรงจูงใจและพฤติกรรมการป้องกัน การไม่มีการเปลี่ยนแปลงนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในการช่วยหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสามารถปรับตัวและปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันเบาหวานได้อย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับการศึกษาของสิวาพร พานเมือง และคณะ (2566)⁽¹⁷⁾ ที่พัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน โดยจัดทำโปรแกรมเสริมความรู้ ควบคู่กับคู่มือการดูแลตนเอง และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความสามารถในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นเริ่มต้นจากการตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในหน่วยงาน สรุปผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ในหน่วยงาน อย่างไรก็ตามการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการศึกษาในการประเมินประสิทธิผลที่ชัดเจนของรูปแบบ เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ครอบคลุม ควรมีการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดร่วมด้วย ควรเพิ่มการวัดระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นตัวชี้วัด

เสริม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและสามารถบ่งชี้ประสิทธิผลของโปรแกรมในการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างแม่นยำ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นควรถูกนำไปใช้ในสถานพยาบาลที่มีการให้บริการฝากครรภ์ เพื่อช่วยในการประเมินและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน รูปแบบนี้จะช่วยให้ทีมบุคลากรสามารถทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและเสริมสร้างการป้องกันภาวะเบาหวานได้อย่างเหมาะสม

2. ควรมีการจัดอบรมเพื่อเสริมสร้างทักษะและความรู้ในการใช้รูปแบบการดูแลนี้ให้แก่บุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักโภชนาการ และแพทย์ เพื่อให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และสอดคล้องกับเป้าหมายการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3. ควรนำแนวทางการดูแลในงานวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาและสร้างแรงจูงใจให้แก่หญิงตั้งครรภ์ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและผลกระทบของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ รวมถึงวิธีการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยง โดยเฉพาะการดูแลตนเองด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย

4. ควรมีการติดตามและประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลไปใช้ อย่างต่อเนื่อง เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงสถิติและข้อเสนอแนะจากบุคลากร รวมถึงผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อปรับปรุงให้รูปแบบการดูแลนี้มีประสิทธิผลและเหมาะสมยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยเพิ่มระยะเวลาติดตามผลลัพธ์หลังการใช้โปรแกรม เพื่อให้สามารถประเมินผลลัพธ์ระยะยาวของรูปแบบการดูแลได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะการวิเคราะห์ผลกระทบต่อภาวะ

สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารก และควรเพิ่มการวัดระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นตัวชี้วัดเสริม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและสามารถบ่งชี้ประสิทธิผลของโปรแกรมในการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างแม่นยำ

2. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินความพึงพอใจของทั้งบุคลากรที่ใช้รูปแบบการดูแลและหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับบริการ เพื่อวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมและความยั่งยืนของโปรแกรม ตลอดจนแนวทางการปรับปรุงให้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการ

เอกสารอ้างอิง

1. ทิพย์สุคนธ์ หารินไสล. เปรียบเทียบผลลัพธ์ต่อมารดาและทารกระหว่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลกุมภวาปี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2565;30(1):131-138.
2. Kautzky-Miller A, et al. Gestationsdiabetes (GDM) (Update 2023). *Wen Klin Wochenschr.* 2023;135(Suppl 1):115-128. doi:10.1007/s00508-023-02181-9.
3. Fitria N, van Asselt AD, Postma MJ. Cost-effectiveness of controlling gestational diabetes mellitus: a systematic review. *Eur J Health Econ.* 2019;20:407-417.
4. Centers for Disease Control and Prevention. QuickStats: Percentage of Mothers with Gestational Diabetes, by Maternal Age — National Vital Statistics System, United States, 2016 and 2021 [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 6]. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7201a4.htm>.
5. Division of Medical Record Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. Statistical report 2018: Siriraj Hospital. Bangkok: Division of Medical Record Siriraj Hospital; 2018.
6. Maternal-Fetal Medicine Subdivision, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University. Maternal-fetal medicine 2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 2]. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/files/2023/03/MFM22.pdf>.
7. คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. สถิติ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานที่ไม่พึ่งอินซูลินและพึ่งอินซูลิน [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: webapp.hpc1.go.th/datacenter/showstathph.
8. ห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. สถิติ จำนวนมารดาที่เป็น GDM จำนวนมารดาที่มีภาวะ polyhydramios จำนวนทารกแรก BW > 4000 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: webapp.hpc1.go.th/datacenter/showstathph.
9. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข การคัดกรองเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://pkto.moph.go.th/document/Department/>.
10. กรรณิกา เพ็ชรรักษ์, ศีตรา มยุขโชติ, นภศพร เทวเสกสรรค์, เยาวพา วรธณแก้ว, ฝนทอง จิตจำนง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2564;29(1):11-21.
11. Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *J Psychol.* 1975;91:91-99.

12. สิวาพร พานเมือง, นิตยา อามาตย์บัณฑิต. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับน้ำตาลของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารมหจุฬานาครทรรศน์. 2565;9(4):278-291.
13. Maltz M. 21-Day Habit Theory. Psycho cybernetics and self-fulfillment. Deluxe ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.; 2016.
14. De Oliveira B. Participatory action research as a research approach: advantages, limitations, and criticisms. Qual Res J. 2023;23(3):287-297. doi:10.1108/QRJ-08-2022-0101.
15. Polit DF, Beck CT. Nursing research principles and methods. 7th ed. New York: Wolters Kluwer; 2004.
16. พรสิริ เสนธิริ, สุดใจ ศรีสงค์, รัศมีแข พรหมประกาย, เพียงเพ็ญ สร้อยสุวรรณ, ขวัญฤดี โกพลรัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2560;32(2):117-129.
17. สิวาพร พานเมือง, อักษรานัฐ สุทธิประภา, วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ. 2566;9(1):130-144.

ผลของกิจกรรม Early skin to skin contact ระหว่างมารดาและทารกที่ได้รับ
การผ่าตัดคลอดต่อประสิทธิภาพการดูดนมของทารกและความผูกพันระหว่างมารดาและ
ทารก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
Effect of early skin to skin contact activity between mother and baby undergoing
cesarean section on infant suckling performance and mother-infant bond. Health
Promoting Hospital, Health Center 1 Chiang Mai

นงคราญ ศรีสง่า¹ และ พิมพีใจ อุ่นบ้าน^{2*}

Nongkran Srisanga¹ and Pimjai Aunban^{2*}

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่¹,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก²

Health Promoting Hospital Health Center 1 Chiang Mai¹,

Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, Praboromarajchanok Institute²

²Corresponding author, E-mail: pimjai@bcnc.ac.th

(Revised: December 11, 2024; Revised: December 14, 2024; Accepted: January 15, 2025)

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยมีเด็กอายุ 0-6 เดือน ที่ได้รับนมแม่เพียงร้อยละ 14 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกรมอนามัยที่กำหนดไว้ในปี 2568 (ร้อยละ 50) กิจกรรม Early skin to skin contact ช่วยเสริมสร้างความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยส่งเสริมให้ทารกดูดนมจากมารดาได้ภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูดนมและความผูกพันระหว่างมารดากับทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด และเข้าร่วมกิจกรรม Early skin to skin contact ในห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือหญิงตั้งครรภ์และทารกที่คลอดครบกำหนดคลอดโดยการผ่าตัดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 52 คู่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คู่ ทำกิจกรรมในห้องผ่าตัด และกลุ่มควบคุม 26 คู่ ทำกิจกรรมในห้องพักรฟื้นตามการบริการปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แนวปฏิบัติ Early skin to skin contact แบบประเมินประสิทธิภาพการดูดนม และแบบสอบถามความผูกพันระหว่างมารดากับทารก ซึ่งเครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญและมีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.67 และสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนประสิทธิภาพการดูดนมของกลุ่มทดลอง (9.88) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (8.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับความผูกพันระหว่างมารดาและทารกที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.36 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ 2.97 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า กิจกรรม Early skin to skin contact ส่งเสริมประสิทธิภาพการ

คุณนและความผูกพันระหว่างมารดากับทารก แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการนำไปปฏิบัติในห้องผ่าตัด เพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูก

คำสำคัญ: แนวทางปฏิบัติ Early skin to skin contact, การผ่าตัดคลอด, ประสิทธิภาพการคุณนของทารก, ความผูกพันระหว่างมารดาและทารก

Abstract

Currently, only 14 percent of children aged 0-6 months in Thailand receive breast milk, which is lower than the 50 percent target set in 2025. Early skin-to-skin contact activities help enhance breastfeeding success by encouraging infants to suckle from their mothers within the first half hour after birth. This quasi-experimental research aimed to compare the efficiency of breastfeeding and mother-infant bonding between the groups participating in the Early skin-to-skin contact activity in the operating room. The sample group in the study consisted of 52 pairs of pregnant women and term infants at the Health Promotion Hospital, Health Center 1, Chiang Mai, divided into the experimental group, 26 pairs performing activities in the operating room, and the control group, 26 pairs perform recovery room activities as per normal service. The research instruments were the Early skin-to-skin contact practice, the breastfeeding assessment form, and the mother-infant bonding questionnaire. The instruments were validated by experts and had a concordance index of 0.67, and a Cronbach's Alpha Coefficient of 0.92.

The results of the study found that: The experimental group's suckling efficiency score (9.88) was significantly higher than that of the control group (8.81). Similarly, the mother-infant bonding score in the experimental group was higher than that of the control group at an average of 3.36, which was 2.97. The results indicated that Early skin-to-skin contact activities promoted suckling efficiency and bonding, demonstrating the importance of implementing them in the operating room to support breastfeeding and build mother-infant bonding.

Keywords: Early skin to skin contact, Cesarean section, Infant suckling efficiency, Mother-infant bonding

บทนำ

นมแม่มีสารอาหารสำคัญกว่า 200 ชนิด ช่วยพัฒนาสมอง เสริมภูมิคุ้มกันและระบบย่อยอาหาร⁽¹⁾ องค์การยูนิเซฟและองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ทารกได้รับนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรก และต่อเนื่องถึง 2 ปี⁽²⁾ นอกจากนี้คุณค่าทางโภชนาการที่ได้จากการได้กินนม

แม่ตั้งแต่แรกเกิดซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้ทารกเติบโตสมบูรณ์แข็งแรงแล้วนั้น ขณะที่มารดาให้นมจะต้องโอบกอดทารกไว้ข้างอก แม่ลูกสบตากัน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเป็นวิธีสร้างสายใยความรักความผูกพันที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งระหว่างมารดากับทารก⁽³⁾ กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริม สนับสนุนและปกป้องให้เด็กทุกคนได้กินนมแม่อย่างเต็มที่ตามคำแนะนำ

ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ว่า “เด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือนควรได้กินนมแม่อย่างเดียว และกินนมแม่ควบคู่อาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น”⁽⁴⁾ กรมอนามัยในฐานะหน่วยงานหลักในการดำเนินการขับเคลื่อนการปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งเป้าหมายในปี 2568 ไว้ว่า “ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อยร้อยละ 50”⁽⁵⁾ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายระดับโลกขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่กำหนดให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อยร้อยละ 50 ภายในปี ค.ศ. 2025⁽²⁾

สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ปี พ.ศ.2563 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนาน 6 เดือนทั่วโลกเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 44⁽⁶⁾ จากผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 (MCS6) พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียวนาน 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 14 ซึ่งยังต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยทั่วโลก⁽⁷⁾ และจากข้อมูลเปรียบเทียบในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียวนาน 6 เดือนต่ำที่สุดอีกด้วย⁽⁸⁾

เพื่อให้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด กระทรวงสาธารณสุขจึงได้อนุมัติหลักการให้โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งดำเนินการตามนโยบายของโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวนำแนวทางการดำเนินตาม “บันได 10 ขั้น สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” (Ten Step to successful breast feeding)⁽⁹⁾ ประกอบไปด้วย 1) นโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นลายลักษณ์อักษรที่ สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขทุกคนได้เป็นประจำ 2) ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคนให้มีทักษะที่จะนำนโยบายนี้ไปปฏิบัติ 3) ชี้แจงให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคน

ทราบถึงประโยชน์และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
4) ช่วยแม่เริ่มให้ทารกดูดนมภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด หรือที่ ดีที่สุด คือ ให้ดูดทันทีหลังคลอด
5) สอนให้แม่รู้วิธีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และวิธีทำให้น้ำนมยังคงมีปริมาณพอเพียงแม้ว่าจะต้องแยกจากลูก
6) อย่าให้นมผสม น้ำ หรืออาหารอื่นแก่เด็กแรกคลอดนอกจากนมแม่ เว้นแต่จะมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ 7) ให้แม่และลูกอยู่ในห้องเดียวกันตลอด 24 ชั่วโมง 8) สนับสนุนให้ลูกดูดนมแม่ทุกครั้งที่ต้องการ 9) อย่านำลูกดูดหัวนมยางและหัวนมหลอก และ 10) ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อออกจากโรงพยาบาล โดยสนับสนุนหรือช่วยประสานงานให้กลุ่มมีกิจกรรมหรือสื่อสารร่วมกัน ทั้งนี้จากการศึกษาใน 19 ประเทศพบว่า แนวทางนี้ช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁰⁾

บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Ten step to successful breastfeeding) ขององค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ ได้กำหนดไว้ในบันไดขั้นที่ 4 ว่า การช่วยแม่เริ่มให้ลูกดูดนมภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอดหรือที่ ดีที่สุดคือให้ดูดทันทีหลังคลอด เป็นการส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทารกร้อยละ 80 ที่คลอดครบกำหนดต้องได้รับการทำกิจกรรมการโอบกอดแบบเนื้อแนบเนื้อโดยเร็วทันทีหลังคลอดหรือภายใน 5 นาทีหลังคลอดนานต่อเนื่อง 1 ชั่วโมง และต้องได้ดูดนมมารดาภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด⁽¹¹⁾ การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (Early skin to skin contact) ระหว่างมารดาและทารกหลังคลอดมีประโยชน์หลายด้าน ทั้งช่วยกระตุ้นการดูดนมแม่ให้เร็วและมีประสิทธิภาพ กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนโพรแลคตินและออกซิโตซินทำให้น้ำนมมาเร็วและมีปริมาณเพียงพอ⁽¹²⁾ นอกจากนี้ยังช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของแม่ สร้างความผูกพันระหว่างแม่และลูก⁽¹³⁾ จากการศึกษา

ของ กรกนก เกื้อสกุล, นิตยา สีนสุกใส, วรณา พาหุพัฒนกร และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาผลของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารกภายหลังคลอดโดยเร็ว ต่อประสิทธิภาพการดูดนมของทารกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานหนึ่งเดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนทารกที่ดูดนมมารดาได้มี ประสิทธิภาพเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกายหลังคลอด 1 เดือนไม่แตกต่างกัน จากงานวิจัยแสดงถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้มารดาและทารกมีการโอบกอดแบบเนื้อแนบเนื้อโดยเร็ว (Early skin to skin contact) เพราะจะช่วยทารกดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างการให้นมบุตรทำให้มารดามีโอกาสสังเกตลักษณะทางกายภาพของทารกและส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกในเชิงบวกและความผูกพันระหว่างแม่กับลูก⁽¹⁵⁾ ดังการศึกษาของ Bertrand และ Adams⁽¹³⁾ ที่สนับสนุนข้อมูลนี้ โดยให้ความสนใจถึงประสบการณ์ของมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามกิจกรรม Early skin to skin contact ระหว่างการคลอดบุตรด้วยการผ่าตัดคลอด ผลการศึกษาได้แสดงว่ามารดาเหล่านี้รู้สึกว่าการ Early skin to skin contact มีส่วนช่วยในการสร้างความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดของตน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.76 ในปี 2564 เป็น 33.12 ในปี 2566 โดยร้อยละ 90 ใช้วิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง⁽¹⁶⁾ แม้มีการทำ Early skin to skin contact ในห้องผ่าตัดตั้งแต่ปี 2562 แต่ต้องหยุดชะงักเนื่องจากสถานการณ์โรคโควิด-19 และนำกิจกรรมนี้ไปทำในห้องพักฟื้น ทำให้อัตราการทำกิจกรรมในปี 2563-2566 อยู่ที่ร้อยละ 28.20-42.95 และทำได้ช้าถึง 40 นาทีหลังคลอด⁽¹⁷⁾

ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายตามแนวทางของบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Ten step to successful breastfeeding) ขององค์การอนามัยโลก และองค์การยูนิเซฟ

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงได้นำแนวทางปฏิบัติการพยาบาล Early skin to skin contact ระหว่างมารดาและทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่มาใช้ และต้องการทราบผลสำเร็จของกิจกรรมนี้ตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล Early skin to skin contact ระหว่างมารดาและทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดต่อประสิทธิภาพการดูดนมของทารกและความผูกพันระหว่างมารดาและทารก การทำวิจัยในครั้งนี้เป็นการติดตามผลจากการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการ Early skin to skin contact ในมารดากับทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด เพื่อเป็นการส่งเสริมบันไดขั้นที่ 4 สู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

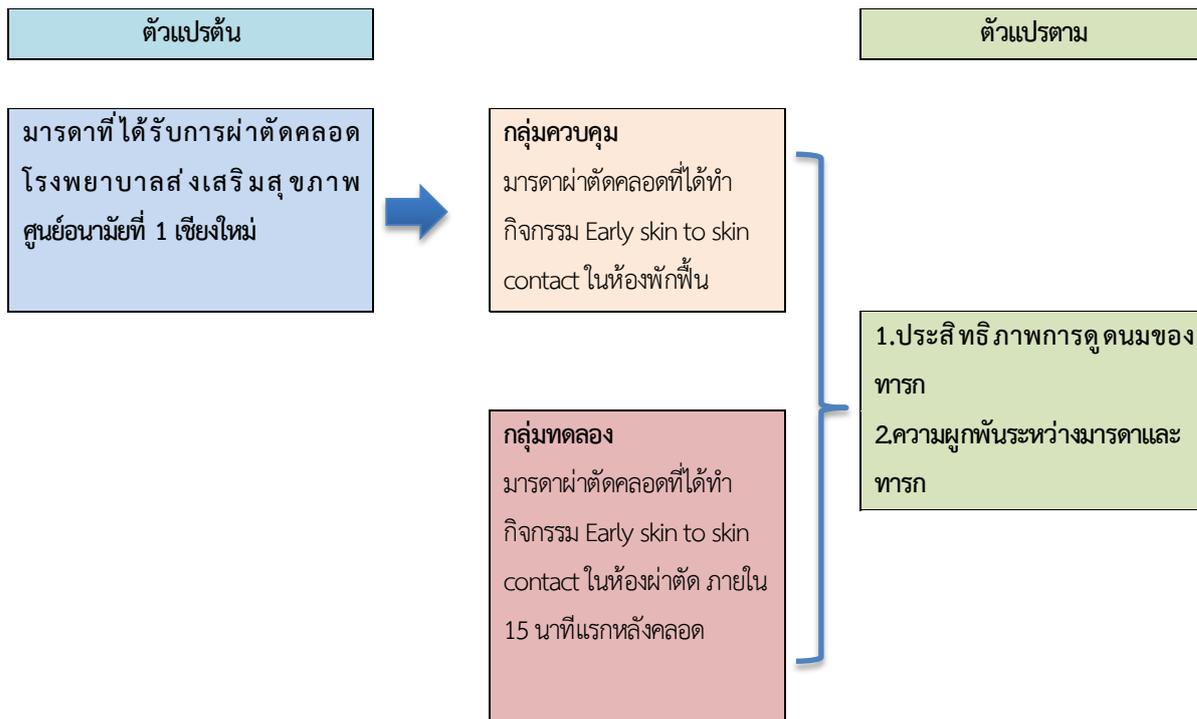
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูดนมของทารกก่อนจำหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบความผูกพันระหว่างมารดาและทารกก่อนจำหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ทารกในกลุ่มทดลองสามารถดูดนมแม่ได้มีประสิทธิภาพก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่า กลุ่มควบคุม
2. ความผูกพันระหว่างมารดาและทารกก่อนจำหน่ายในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของกิจกรรม Early skin to skin contact ระหว่างมารดาและทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล Early skin to skin contact ระหว่างมารดาและทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์และทารกคลอดครบกำหนดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์และทารกคลอดครบกำหนดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนเมษายน ถึง พฤศจิกายน 2567

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าของมารดา (Inclusion Criteria):

อายุ 18 ปีขึ้นไป, ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, ไม่มี ความผิดปกติของหัวนม, สามารถสื่อสารภาษาไทย, ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง, ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด, สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ: อุณหภูมิ 36.0-37.5 °C อัตราการหายใจ 12-20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน $\geq 95\%$

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าของทารก: อายุครรภ์ ≥ 37

สัปดาห์, น้ำหนักแรกเกิด 2,500-4,000 กรัม, ไม่มีภาวะ Birth Asphyxia (APGAR score > 7), สัญญาณชีพปกติ: อุณหภูมิ 36.5-37.5 °C อัตราการหายใจ 40-60 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 100-160 ครั้ง/นาที และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน $\geq 95\%$

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria):

มารดามีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด เช่น ตกเลือด คลื่นไส้ อาเจียน, สัญญาณชีพมารดาผิดปกติก่อนและหลังทำกิจกรรม, ทารกมีภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หรือมี

ภาวะแทรกซ้อนต้องแยกจากมารดา, สัญญาณชีพทารกผิดปกติ เช่น อุณหภูมิ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* Power 3.1.9.4 ซึ่งค่า Effect size คำนวณจากงานวิจัยของ กรรณก เกื้อสกุล, นิตยา สิ้นสุกใส, วรณมา พาหุวัฒน์กร และคณะ⁽¹⁴⁾ เรื่องผลของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารกภายหลังคลอดโดยเร็ว ต่อประสิทธิภาพการดูดนมของทารกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานหนึ่งเดือนเท่ากับ 7.12 จึงกำหนด Effect size ในโปรแกรมเป็นขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power of est)=0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์และทารกคลอดครบกำหนดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 52 คู่ ถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 26 คู่ กลุ่มควบคุม จำนวน 26 คู่ กลุ่มควบคุมได้รับการทำกิจกรรม Early skin to skin contact ในห้องพักรพตามการปฏิบัติปกติ กลุ่มทดลองได้ทำกิจกรรม Early skin to skin contact ตามแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นภายในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ข้อตกลงเบื้องต้น

เกณฑ์การให้กลุ่มตัวอย่างยกเลิกการศึกษา (Discontinuation criteria) ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างต้องการขอยกเลิก หรือถอนตัวไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย ในขณะที่/หลังเก็บข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวทางปฏิบัติการพยาบาล Early skin to skin contact ระหว่างมารดาและทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

2. แบบประเมินประสิทธิภาพการดูดนมของทารก ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินการให้นมลูกด้วยคะแนนการเข้าเต้า (LATCH score) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย Jenzen และ Collraguse⁽¹⁸⁾ เกณฑ์การประเมินนี้ใช้หัวข้อในการประเมิน 5 หัวข้อคือ การเข้าเต้าหรือการอมหัวนมและลานนม การได้ยินเสียงกลืนน้ำนม ลักษณะของหัวนมของแม่ ความรู้สึกสบายเต้านมและหัวนม ทำอุ้มลูกหรือการจัดท่าลูกขณะให้นม คะแนนเต็ม 10 คะแนน ประเมินข้อมูลจากมารดาและทารก ทำการประเมินโดยพยาบาลหรือมารดา การแปลผลระดับคะแนน ขณะประเมินในทารกอายุ 16-24 ชั่วโมง และมีคะแนนมากกว่า 8 แสดงว่ามีความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน 6 สัปดาห์หลังคลอดสูง

3. แบบสอบถามความผูกพันระหว่างมารดาและทารก มี 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของมารดา 2) แบบสอบถามความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ของนริสา จันทบุรีและคณะ⁽¹⁹⁾ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (The Maternal Attachment Inventory: MAI) ของ มุลเลอร์ (Muller, 1994) เพื่อประเมินความผูกพันของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดในเรื่องการรับรู้หน้าตาของทารก ความสนใจและความผูกพันต่อการสัมผัสโอบอ้อมทารก การยอมรับความเป็นบุคคลของทารก และการยอมรับตนเอง มีข้อคำถาม 26 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวทางปฏิบัติการพยาบาล Early skin to skin contact ระหว่างมารดาและทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) ในภาพรวมเท่ากับ 0.67 และทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้กับมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในเดือนมีนาคม 2567 จำนวน 30 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
2. ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
3. ประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดและห้องพักรฟื้น ให้ทราบเกี่ยวกับแนวทางและการช่วยเหลือมารดากับทารกในการทำการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล Early skin to skin contact โดยเร็วระหว่างมารดากับทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด เพื่อให้ปฏิบัติไปในทางเดียวกัน
4. ผู้วิจัยเข้าพบมารดาเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ขั้นตอนการทดลองและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อมารดาตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยผู้วิจัยให้มารดาลงนามในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

5. ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างจะไม่ทราบว่าตนเองถูกจัดอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

6. กลุ่มทดลองได้ทำกิจกรรม Early skin to skin contact ตามแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นภายในห้องผ่าตัดคลอด กลุ่มควบคุมได้รับการทำกิจกรรม Early skin to skin contact ในห้องพักรฟื้นตามการปฏิบัติปกติ

7. ผู้วิจัยประเมินประสิทธิภาพการดูแลของทารกโดยประเมิน 3 ครั้ง ที่ 1 ชั่วโมงขณะทำกิจกรรม 1 ครั้ง, ที่ 48-72 ชั่วโมง 1 ครั้ง และก่อนจำหน่าย อีก 1 ครั้ง และประเมินความผูกพันระหว่างมารดาและทารกก่อนจำหน่ายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการเก็บข้อมูล

กลุ่มควบคุม หลังจากมารดาได้รับการผ่าตัดคลอดและย้ายมารับการดูแลต่อที่ห้องพักรฟื้นนาน 2 ชั่วโมง พยาบาลที่ดูแลในระยะพักรฟื้นและได้รับคำชี้แจงจากผู้วิจัยแล้ว ดำเนินการทำกิจกรรม early skin to skin contact โดยวางทารกบนอกแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดาห่มด้วยผ้าอุ่น ติดเครื่อง Pulse oximeter ตลอดเวลาที่ดูแลทารก ประเมินสีผิว การหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ติดเครื่องประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ฝ่ามือด้านขวา และให้บิดาเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยทำกิจกรรมในห้องพักรฟื้น โดยให้ช่วยดูแลและสนับสนุนให้ทารกได้ดูนมมารดา ผู้วิจัยช่วยเหลือมารดาในการให้ทารกแรกเกิดได้ดูนมแม่และขณะทำกิจกรรมวัดอุณหภูมิกายของทารกแรกเกิดและมารดาอ่านค่าและบันทึกทุก 15 นาที ผู้วิจัยประเมินประสิทธิภาพการดูแลของทารกจำนวน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ประเมินที่ 1 ชั่วโมงขณะทำกิจกรรม ครั้งที่ 2 ประเมินที่ 48-72 ชั่วโมง และครั้งที่ 3 ประเมินก่อนจำหน่าย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด 1 ครั้ง ก่อนจำหน่าย



กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน (p-value=.538) ข้อมูลทารกน้ำหนักทารกแรกเกิด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3,346.53 กรัม กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3,347.11 กรัม น้ำหนักทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน (p-value=.996) การประเมินสุขภาพทารกแรกเกิดด้วย Apgar score นาทีที่ 1 ในกลุ่ม

ทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.50 คะแนน และในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.57 คะแนน และ Apgar score นาทีที่ 5 ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9 คะแนน และในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.03 คะแนน คะแนน Apgar score ทั้ง 2 ช่วงเวลาของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และข้อมูลการคลอดของมารดาและทารก กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง(N=26)		กลุ่มควบคุม(N=26)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลมารดา				
อายุ (ปี)				
20 - 25	3	11.54	5	19.23
26 - 30	9	34.62	4	15.38
31 - 35	4	15.38	9	34.62
36 - 40	9	34.62	5	19.23
41 - 45	1	3.84	3	11.54
กลุ่มทดลอง \bar{X} = 32.08 S.D. = 6.01, กลุ่มควบคุม \bar{X} = 32.26 S.D. = 6.22 (t = .716, p-value=.910)				
อายุครรภ์ (สัปดาห์)				
37	2	7.69	2	7.69
38	6	23.09	8	30.77
39	10	38.46	9	34.62
40	4	15.38	5	19.23
41	4	15.38	2	7.69
กลุ่มทดลอง \bar{X} = 39.08 S.D. = 1.16, กลุ่มควบคุม \bar{X} = 38.88 S.D. = 1.07 (t = 0.832, p-value=.538)				
ข้อมูลทารกแรกเกิด				
น้ำหนักแรกเกิด				
น้อยกว่า 2,999 กรัม	9	34.62	6	23.08
มากกว่า 3,000 กรัม	17	65.38	20	76.92
กลุ่มทดลอง \bar{X} = 3,346.53 S.D. = 506.05, กลุ่มควบคุม \bar{X} = 3,347.11 S.D. = 427.86 (t = .236, p-value=.996)				
Apgar score นาทีที่ 1				
8 คะแนน	4	15.38	11	42.31
9 คะแนน	22	84.62	15	57.69
10 คะแนน	0	0	0	0
กลุ่มทดลอง \bar{X} = 8.50 S.D. = 1.77, กลุ่มควบคุม \bar{X} = 8.57 S.D. = 0.50 (t .305, p-value= .832)				

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง(N=26)		กลุ่มควบคุม(N=26)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Apgar score นาทีที่ 5				
8 คะแนน	0	0	0	0
9 คะแนน	26	100	25	96.15
10 คะแนน	0	0	1	3.85
กลุ่มทดลอง $\bar{X} = 9.00$ S.D. = 0.00, กลุ่มควบคุม $\bar{X} = 9.03$ S.D. = 0.19 (t = .042, p-value=.322)				

*significance p<0.05

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูดนมของทารกก่อนจำหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนประสิทธิภาพการดูดนมของทารกก่อนจำหน่ายของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 9.88 คะแนน สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการดูดนม เท่ากับ 8.81 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูดนมของทารกก่อนจำหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ประสิทธิภาพการดูดนมของทารกก่อนจำหน่าย	\bar{X}	S.D.	t	P-value
กลุ่มทดลอง	9.88	0.43	3.713	.001*
กลุ่มควบคุม	8.81	1.41		

*significance p<0.001

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความผูกพันระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดก่อนจำหน่ายกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความผูกพันระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดก่อนจำหน่ายของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 3.36 คะแนน สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผูกพันระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดก่อนจำหน่าย เท่ากับ 2.97 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความผูกพันระหว่างมารดาและทารกแรกเกิด กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ความผูกพันระหว่างมารดาและทารกแรกเกิด	\bar{X}	S.D.	t	P-value
กลุ่มทดลอง	3.36	0.23	3.713	.001*
กลุ่มควบคุม	2.97	0.42		

*significance p<0.001

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูดนมของทารกก่อนจำหน่ายและเปรียบเทียบความผูกพันระหว่างมารดาและทารกก่อนจำหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนประสิทธิภาพการดูดนมของทารกก่อนจำหน่ายของกลุ่มทดลองเท่ากับ 9.88 คะแนน สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการดูดนมเท่ากับ 8.81 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความผูกพันระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดก่อนจำหน่ายของกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.36 คะแนน สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผูกพันระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดก่อนจำหน่ายเท่ากับ 2.97 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

การอภิปรายผลการวิจัย ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ อาชีพ และการศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนประสิทธิภาพการดูดนมของทารกก่อนจำหน่ายของกลุ่มทดลองเท่ากับ 9.88 คะแนน สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการดูดนมเท่ากับ 8.81 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า การทำกิจกรรมตามแนวทางปฏิบัติ การพยาบาล Early skin to skin contact ระหว่างมารดาและทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ช่วยทำให้ทารกดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นให้มารดาสร้างและหลั่งน้ำนมได้เร็วขึ้น การเริ่มต้นดูดนมแม่เร็วยิ่งขึ้นส่งผลให้ฮอร์โมนโพรแลคติน (prolactin) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสร้างน้ำนม และฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) ที่ช่วยในการหลั่งน้ำนมถูกกระตุ้น ส่งผลให้

มารดามีปริมาณน้ำนมที่เพียงพอในระยะต่อมายิ่งขึ้น ปริมาณน้ำนมที่เพียงพอถือเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพการดูดนมของทารกก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล⁽¹²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณก เกื้อสกุล, นิตยา สีนสุกใส, วรธนา พาหุวัฒน์กร และคณะ⁽¹⁴⁾ สนับสนุนผลลัพธ์นี้ โดยศึกษาเรื่องการวางทารกแรกเกิดบนอกมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลบวกต่อประสิทธิภาพการดูดนมของทารก อย่างไรก็ตาม การวางทารกบนอกมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อที่ทำใน 15 นาทีแรกภายหลังคลอดไปนานอย่างน้อย 1 ชั่วโมง เป็นวิธีที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ เพื่อให้มารดาและทารกได้สัมผัสกันแบบเนื้อแนบเนื้อและเริ่มการเลี้ยงดูอย่างรวดเร็ว ซึ่งการสัมผัสกันในเวลานี้ช่วยกระตุ้นความตื่นตัวและความสามารถในการเรียนรู้ของทารกเพิ่มโอกาสในการดูดนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อทารกเข้าใกล้เต้านมมารดา ทารกจะเริ่มมีปฏิกิริยาตามธรรมชาติ เช่น การอ้าปากกว้าง (rooting reflex) เพื่อเตรียมสำหรับการดูดนม ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ทารกได้เรียนรู้วิธีการดูดนมที่ถูกต้อง นอกจากนี้ การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อยังส่งเสริมการตอบสนองระหว่างทารกกับมารดา ทั้งการเห็น การได้ยิน และการได้กลิ่นน้ำนม ทำให้สามารถกระตุ้นการดูดนมได้ดียิ่งขึ้น⁽²⁰⁾

2. ผลการวิเคราะห์คะแนนความผูกพันระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดก่อนจำหน่ายจากกลุ่มทดลองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 3.36 คะแนน ซึ่งสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมที่มีค่า 2.97 คะแนน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัตินี้ ในเบื้องต้นช่วยส่งเสริมความผูกพันระหว่างมารดาและทารกแรกเกิด แม้จะได้รับการผ่าตัดคลอดก็ตาม กลุ่มตัวอย่างบางรายบรรยายถึงความรู้สึกว่า “การดูแลแบบนี้ช่วยให้พวกเขา มีความผูกพันกับลูกน้อยของเขา”, “ขอบคุณสำหรับการวางลูกบนอกในครั้งแรกที่ห้องผ่าตัด ความรู้สึกกังวล

ตลอดที่ผ่านมามีในช่วง 9 เดือนหายไปเมื่อได้เห็นหน้าลูก และได้สัมผัสตัวลูก”, “ความกังวลว่าลูกจะครบ 32 หรือไม่ หน้าตาลูกจะเป็นยังไง ผิดปกติตรงไหนหรือเปล่า ความกังวลเหล่านี้หมดไปเลยคะเมื่อได้สัมผัสลูกครั้งแรก”, “ความเจ็บ ความตื่นเต้นในห้องผ่าตัดก็หายไปด้วยรู้สึกดีมาก ๆ”, “อยากให้คุณแม่ทุกคนมีโอกาสกอดลูกตั้งแต่แรกคลอดในห้องผ่าตัดแบบราบข้างประทับใจ”, “ดีใจที่ได้กอดลูกตั้งแต่แรกคลอด”, “พยาบาลใส่ใจและดูแลดี” นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังสังเกตเห็นว่ามารดาหลายคน มีรอยยิ้มพร้อมกับน้ำตาไหล เมื่อได้สัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ Bertrand และ Adams⁽¹³⁾ ศึกษาประสบการณ์ของมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามกิจกรรม Early skin to skin contact ระหว่างการคลอดบุตรด้วยการผ่าตัดคลอด ผลการศึกษาพบว่ามารดาารู้สึกว่ากิจกรรม Early skin to skin contact มีส่วนช่วยในการสร้างความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดของตน การศึกษาของ Sara Ailshire⁽²¹⁾ ยังระบุว่า การดูแลแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังการผ่าตัดคลอดมีประโยชน์มากสำหรับทั้งมารดา บิดาและทารก อย่างไรก็ตามมารดาที่ฟื้นตัวจากการผ่าตัดอาจไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์แบบเนื้อแนบเนื้อได้เต็มที่ โรงพยาบาลควรมีการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสามี ครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้ทารกที่คลอดจากการผ่าตัดได้รับประโยชน์จากการดูแลแบบเนื้อแนบเนื้อที่เป็นที่ยอมรับในวงกว้าง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกในช่วงเวลาที่สำคัญนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ส่งเสริมการทำกิจกรรม Early skin to skin contact ระหว่างมารดาและทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทุกราย สนับสนุนให้ทารกได้อยู่กับมารดา ช่วยเหลือมารดาในการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและบริบททางสังคมที่แตกต่าง รวมทั้งส่งเสริมให้สามี ญาติ หรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลหลังคลอดและสามารถสื่อสารกับพยาบาลหลังการจำหน่ายเพื่อขอคำแนะนำหรือปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. ด้านการบริหารและนโยบาย ควรส่งเสริมให้มีการนำแนวทางปฏิบัติกิจกรรม Early skin to skin contact ระหว่างมารดาและทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดไปใช้ในการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบเพื่อให้เกิดความชัดเจนจนสามารถนำไปเป็นกิจกรรมต้นแบบของการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามบันไดขั้นที่ 4 ต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลกระทบของกิจกรรม Early skin to skin contact ระหว่างมารดาและทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด เพื่อให้เข้าใจถึงผลลัพธ์อื่นๆ เช่น ปริมาณน้ำนม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนหรือการให้นมแม่ต่อเนื่องถึงอายุ 2 ปี เป็นต้น

2. ควรดำเนินการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของกิจกรรม Early skin to skin contact ระหว่างมารดาและทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบเจตคติ หรือทราบสถานการณ์การปฏิบัติงานของบุคลากร และสามารถอธิบายปรากฏการณ์ร่วมกับประสบการณ์ของมารดาได้อย่างลึกซึ้ง

เอกสารอ้างอิง

1. Boquien CY. Human Milk: An Ideal Food for Nutrition of Preterm Newborn. *Front Pediatr.* 2018;6:295.
2. World Health Organization. Breastfeeding. [Internet]. Geneva: Switzerland; 2023 [cited 2023 Dec 28]. Available from: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1

3. กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย. นมแม่ ประโยชน์แท้จากธรรมชาติ. [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.) [เข้าถึงเมื่อ 2566 Dec 31]; เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/benefits-of-breastfeeding/>
4. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 Dec 31]; เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/050864/>
5. กรมอนามัย. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการขับเคลื่อนงานพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 Dec 31]; เข้าถึงได้จาก: opdc_2564_IDC1-7_28.pdf
6. UNICEF. Infant and young child feeding. [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 1]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562. รายงานผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2563.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565. รายงานผลฉบับสมบูรณ์. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 Dec 31]; เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230726093138_38640.pdf
9. World Health Organization. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2023 May 29]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943>
10. Perez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016;12(3):402-17. doi:10.1111/mcn.12294
11. World Health Organization. Implementation guidance 2018: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2023 Nov 26]. Available from: <http://apps.who.int/bookorders>
12. Widstrom AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatr.* 2019;108(7):1192-204. doi:10.1111/apa.14754
13. Bertrand KM, Adams ED. A study of skin-to-skin care during cesarean birth: A mother's experience. *J Perinat Educ.* 2020;29(1):50-58. doi:10.1891/1058-1243.29.1.50
14. กรกนก เกื้อสกุล, นิตยา สิ้นสุกใส, วรณา พาทวัฒน์กร, วิทยา ดิฐาพันธ์. ผลของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารกภายหลังคลอดโดยเร็วต่อประสิทธิภาพการดูดนมของทารกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานหนึ่งเดือน. *วารสารพยาบาลศาสตร์.* 2019;37(4):66-78.

15. Feng X, Zhang Y. Effects of mother-infant skin-to-skin contact on mother-infant relationship and maternal psychology feelings: A qualitative study. *Nurs Open*. 2024;11:e2181. doi:10.1002/nop.2.2181
16. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในปี 2564, 2565 และ 2566. เอกสารอัดสำเนา.
17. งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่. รายงานสรุปกิจกรรมการโอบกอดแบบเนื้อแนบเนื้อโดยเร็ว ปีงบประมาณ 2566. เอกสารอัดสำเนา.
18. Halgar K, et al. LATCH score: A tool for identification and correction of breastfeeding problems in a tertiary care hospital of North Kamataka. *Int J Contemp Pediatr*. 2024;11(3):272-276.
19. นริสา จันทบุรี, ศิริพันธ์ ศิริพันธ์, มุสลิมห์ โตะแปเราะ, สุภาวดี แมกกา. ปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของผู้คลอดชาวไทยมุสลิมที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน จังหวัดนราธิวาส. *วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2567;16(1):195-206.
20. จงลักษณ์ ทวีแก้ว, กัลยา บัวบาน, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. เนื้อแนบเนื้อสัมผัสแรกจากแม่สู่ลูก: ความสำคัญและการปฏิบัติ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*. 2562;3(3):1-10.
21. Ailshire S. Evidence on: Skin-To-Skin After Cesarean. *The Evidence for Skin to Skin Care after a Cesarean*. 2023.

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองห้าย ตำบลช่วงเปา

อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

The Effectiveness of a Self-Management Promotion Program for Elderly People with Urinary Incontinence at Ban Nong Hai Sub-district Health Promoting Hospital, Kuaeng Pao Sub-district, Chom Thong District, Chiang Mai Province.

กิติภรณ์ เป็งภีระ¹ สิวลี รัตนปัญญา^{2*}

Kitiporn Pengphira¹ Siwalee Rattanapunya^{2*}

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่¹

ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่²

Graduate school, Chiang Mai Rajabhat University¹

Public Health Department, Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University²

²Corresponding author, E-mail: siwalee_rat@g.cmru.com

(Revised: October 18, 2024; Revised: November 4, 2024; Accepted: January 17, 2025)

บทคัดย่อ

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถช่วยลดปัญหาดังกล่าวและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผล ก่อน-หลัง (One group pre-post test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองห้าย ตำบลช่วงเปา อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้สื่อวีดิโอวีดีทัศน์ และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามประเมินความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ประกอบด้วย การจัดการแบบแผนชีวิต การจัดการทางแพทย์ และการจัดการแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการทดสอบอันดับที่มีเครื่องหมายกำกับของ Wilcoxon signed-rank test statistics

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านแบบแผนชีวิต ด้านการจัดการด้านทางแพทย์ และด้านการประคับประคองของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการ มีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้า

ร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.001$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถช่วยลดปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, ผู้สูงอายุ, ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่, โปรแกรมส่งเสริม

ABSTRACT

Urinary incontinence is a common problem among older adults, significantly affecting their quality of life and daily activities. Self-management promotion can help reduce this issue and enhance the health of older adults in the community. This quasi-experimental research aimed to compare self-management behaviors in older adults with urinary incontinence before and after receiving a self-management program. The study was conducted at the Ban Nong Hoi Subdistrict Health Promoting Hospital, Chom Thong District, Chiang Mai, with 40 participants. The sample received an 8-week self-management program, which included video-based media and various health promotion activities. Data were collected using questionnaires to assess the severity of urinary incontinence and self-management behaviors related to urinary incontinence, including lifestyle management, medical management, and supportive management, before and after the program. The data were analyzed using the Wilcoxon signed-rank test.

The results indicated that self-management behaviors related to lifestyle management, medical management, and supportive management significantly improved after participating in the program, with statistical significance ($p \leq 0.001$). The findings suggest that self-management promotion can effectively reduce urinary incontinence problems in older adults and can be applied in the care of older adults in the community.

Keywords: Self-management, Elderly, Urinary incontinence, Health promotion

บทนำ

การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นภาวะที่รบกวนการใช้ชีวิตของบุคคลนั้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม หรือสุขภาพจิต รวมถึงการใช้ชีวิตของผู้ป่วยในด้านอื่น ๆ ซึ่งสามารถเกิดได้ในทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยจะพบได้มากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น⁽¹⁾ สาเหตุของการเกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในวัยผู้ใหญ่มักเกิดจากโรคของระบบทางเดินปัสสาวะ การผ่าตัด ความผิดปกติทาง

ระบบประสาท หรือผลข้างเคียงของยา ในขณะที่สาเหตุการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ นั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามอายุ ซึ่งเป็นภาวะที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้⁽²⁾

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 และการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นร้อยละ 17.4 ในภาพรวม โดยพบในเพศหญิง

มากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 20.2 และ 13.8 ตามลำดับ⁽³⁾ และจากการวิจัยที่ผ่านมาพบความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุในชุมชนถึงร้อยละ 54.9-60.9⁽⁴⁾ ในการตรวจคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ร้อยละ 2.06 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 ที่พบผู้สูงอายุที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ร้อยละ 1.97 และ 1.85 ตามลำดับ⁽⁵⁾ จากรายงานการคัดกรองปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองห่าย ตำบลข่วงเปา อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ครอบคลุม 8 หมู่บ้าน รวมผู้สูงอายุทั้งสิ้น 958 คน พบว่ามีผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 8.35⁽⁶⁾ ถึงแม้ว่าอัตราการเพิ่มของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในจังหวัดเชียงใหม่จะไม่สูงเท่ารายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย แต่ภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมามากมาย ดังนั้นการวางแผนการดูแลตนเองที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตัวเองได้ดีขึ้น

การจัดการตนเอง (Self-management) คือ กระบวนการที่บุคคลสามารถดูแลและควบคุมสุขภาพ หรือการดำเนินชีวิตของตนเองได้ โดยใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพ หรือพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตสูงสุด โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง หรือภาวะสุขภาพที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง กระบวนการนี้ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ เช่น 1) การให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ 2) การวางแผนและกำหนดเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายสุขภาพที่ชัดเจน 3) การสร้างทักษะในการจัดการตนเอง 4) การประเมินผลและปรับปรุงพฤติกรรม

ติดตามความคืบหน้าและปรับปรุงการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง⁽⁷⁾ นอกจากนี้ พฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ประกอบด้วยด้านแผนชีวิต เช่น การจัดการเวลาในการดื่มน้ำและอาหารและการวางแผนการเข้าห้องน้ำ ด้านการแพทย์ เช่น การใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ การติดตามการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และการสังเกตอาการและบันทึกข้อมูลสุขภาพ ด้านการประคับประคอง เช่น การวางแผนการเดินทางและกิจกรรมประจำวันและการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะดวกและปลอดภัย การจัดการตนเองที่ดีช่วยให้บุคคลสามารถใช้ชีวิตอย่างอิสระขึ้นและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อีกทั้งยังเป็นส่วนสำคัญในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในการใช้ชีวิต เป็นทักษะในการกำกับพฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิดของตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้อย่างมีคุณภาพ⁽⁸⁾ และเป็นทักษะสำคัญในการจัดการกับปัญหา การตัดสินใจ ในสถานการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต รวมทั้งการเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงาน อย่างเหมาะสมสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างยั่งยืน⁽⁹⁾

จากข้อมูลที่ผ่านมาแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการส่งเสริมการจัดการตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์ และ Kanfer and Gaelick Buys⁽¹⁰⁾ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดมาปรับใช้ในการศึกษาการจัดการตนเอง ในการปรับพฤติกรรมจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านหนองห่าย ตำบลข่วงเปา อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่สร้างขึ้นเพื่อการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองช่วยให้ผู้สูงอายุควบคุมอาการ

ได้ดีขึ้น สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและเข้าสังคมได้อย่างมั่นใจมากขึ้น สามารถนำไปใช้ต่อยอดในใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือโรคข้อเสื่อม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้พัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อนและการพึ่งพาบริการทางการแพทย์ และสามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกในด้านสุขภาพผู้สูงอายุในวงกว้างได้ เช่น การให้ความรู้และทักษะการจัดการตนเองช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดูแลตนเองและลดความกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างอิสระและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่กั้นปีสภาวะไม่อยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านหนองห่าย ตำบลข่วงเปา อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ

สมมุติฐานการวิจัย

ระดับคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะกั้นปีสภาวะไม่อยู่ หลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่กั้นปีสภาวะไม่อยู่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดี่ยววัดผลก่อน-หลัง (One group pre-post test design) การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการศึกษา ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ.2567 โดยผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการดำเนินการวิจัยไว้ ดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะการกั้นปีสภาวะไม่อยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองห่าย ตำบลข่วงเปา อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 55 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก คัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เพศชายและเพศหญิงเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห่าย ว่ามีภาวะกั้นปีสภาวะไม่อยู่ ตามแบบประเมินความรุนแรงของภาวะกั้นปีสภาวะไม่อยู่ และต้องไม่มีภาวะกั้นปีสภาวะไม่อยู่อย่างรุนแรงและต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วน

2. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

3. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยตลอดโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัย ขณะเข้าร่วมโปรแกรมว่ามีการเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุที่ต้องได้รับการรักษาด้วย ยาระงับ ประสาท ยานอนหลับ ยากดประสาท ยากระตุ้น ประสาท ยาที่ใช้รักษาโรคทางจิต และ/หรือ ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับระบบทางเดินปีสภาวะและอวัยวะในอุ้งเชิงกราน

2. เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบทุกครั้ง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1 โดยการทดสอบด้วย Paired t-test, กำหนด Effect size ของประชากรที่ Medium Effect Size 0.5 ⁽¹¹⁾ จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 34 คน ได้มีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะสูญหายหรือไม่มาตามนัดอีก 15 % ประมาณ คิดเป็น 6 คน ดังนั้นต้องการกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาการทําวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ หมายเลขรับรอง IRBCMRU 2024/180.07.05 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2567

ในการตอบแบบสอบถามผู้สูงอายุจะกระทำด้วยตนเอง โดยไม่มีการระบุชื่อลงในแบบสอบถาม และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสร้างแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล มีข้อความถาม 7 ข้อ ลักษณะคำถามปลายปิด ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ และประวัติการคลอดบุตร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อสรวะไม่อยู่ พัฒนามาจากแบบประเมินความรุนแรงภาวะกล้ามเนื้อสรวะไม่อยู่ ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2564⁽¹²⁾ โดยเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาเวลาที่เริ่มกล้ามเนื้อสรวะไม่อยู่ อาการของการกล้ามเนื้อสรวะไม่อยู่ ปริมาณสรวะที่กล้ามเนื้อไม่อยู่ ความบ่อยของการกล้ามเนื้อสรวะไม่อยู่ และความรุนแรงของการกล้ามเนื้อสรวะไม่อยู่

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อสรวะไม่อยู่ ประยุกต์และปรับปรุงตามแนวคิดของ Wyman⁽¹³⁾, ลออง ผดุงกุล และ ศรีพงา มั่นทางกูร⁽¹⁴⁾ ประกอบด้วยการจัดการ 3 ด้าน คือ 1) การจัดการแบบแผนชีวิต จำนวน 10 ข้อ 2) การ

จัดการทางการแพทย์ 4 ข้อ และ 3) การจัดการแบบประคับประคอง 6 ข้อ รวม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบทั้ง 20 ข้อดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการกล้ามเนื้อสรวะไม่อยู่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick Buys (1991)⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์

ในสัปดาห์ที่ 1 การแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการกล้ามเนื้อสรวะไม่อยู่ ทำข้อตกลงและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการกล้ามเนื้อสรวะไม่อยู่โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของภาวะการกล้ามเนื้อสรวะไม่อยู่ และแบบสอบถาม พฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะการกล้ามเนื้อสรวะไม่อยู่ ประกอบด้วย การจัดการแบบแผนชีวิต การจัดการ ด้วยพฤติกรรม การจัดการทางการแพทย์ ใช้เวลาทั้งหมด 60 นาที

สัปดาห์ที่ 2,3,4,5,7 การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) โดยการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติการจัดการตนเอง และบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานขณะอยู่ที่บ้าน ใช้เวลาทั้งหมด 15 นาที

สัปดาห์ที่ 3, 5 การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) โดยการโทรติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 15 นาที

สัปดาห์ที่ 8 การประเมินผลโปรแกรม โดยการซักถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการ

ตนเองของกลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 8 สัปดาห์ ใช้เวลา 30 นาที

การแปลผลระดับคะแนนระดับดี (2.01-3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง(1.01 – 2.00 คะแนน) ระดับต่ำ (0.00 - 1.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม ของเนื้อหาของการใช้ภาษา และความครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา

วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง Index of item-objective congruence : IOC วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยค่า IOC คือ 0.80-1.00 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำตัวโปรแกรมและแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ใน อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 20 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ cronbach' s alpha เท่ากับ 0.74

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ข้อมูลพฤติกรรมการจัดการตนเองกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency)

ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับค่ากลางของพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ทั้ง 3 ด้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 25 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.43 ปี ซึ่งประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ทำเกษตรกรรม และไม่ได้ประกอบอาชีพตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีสถานภาพสมรสร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว โดยพบเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูงมากที่สุด และมียาที่รับประทานเป็นประจำมากกว่า 2 ชนิด กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงส่วนใหญ่มีประวัติการคลอดบุตรแบบคลอดธรรมชาติ

ส่วนที่ 2 ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

พบว่า ร้อยละ 8.5 ผู้สูงอายุมีระยะเวลาที่เริ่มมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มานานมากกว่า 6 เดือนแต่ไม่เกิน 12 เดือน

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอาการ พบว่า 1) กลุ่มอาการปัสสาวะเล็ด ผู้สูงอายุร้อยละ 92.5 มีอาการปัสสาวะเล็ดพร้อมกับการไอ จาม หัวเราะหรือออกแรง ร้อยละ 75 มีอาการปัสสาวะเล็ดโดยควบคุมไม่ได้ และอีกร้อยละ 70 มีปัสสาวะเล็ดออกมาจำนวนน้อย (เป็นหยด, พุ่งออกมา) 2) กลุ่มปัสสาวะรด/กลั้นปัสสาวะไม่ทัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 92.5 เมื่อมีอาการปวดปัสสาวะสามารถเข้าห้องน้ำได้ทันที อย่างไรก็ตาม

ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุมีอาการปัสสาวะรดก่อนถึงห้องน้ำ และปัสสาวะรดแบบควบคุมไม่ได้ 3) กลุ่มกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพราะปัสสาวะล้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีอาการปัสสาวะเสร็จช้ากว่าปกติ หรือใช้เวลานาน และ 4) กลุ่มอาการปัสสาวะรดเครื่องนุ่งห่มเพราะมีขีดจำกัดของร่างกายส่วนใหญ่ร้อยละ 32.5 พบว่าไม่มีห้องน้ำหรือหาห้องน้ำไม่ได้ขณะปวดปัสสาวะ รองลงมาร้อยละ 25 มีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว และมีภาวะซึมเศร้า สับสน ความจำเสื่อม

ปริมาณของปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.5 มีปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่เพียงเล็กน้อย (ไม่กี่หยดหรือไม่เกินครึ่งช้อนโต๊ะ)

ความบ่อยของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่าส่วนใหญ่มีความบ่อยในการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้เล็กน้อย/เดือนละครั้งหรือน้อยกว่านี้ ร้อยละ 52.5 รองลงมาปานกลาง/หลาย ๆ วันครั้งหรือเดือนละ ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 42.5 และมีความบ่อยมาก/เกือบทุกวันหรือวันละตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 5

ความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่า ร้อยละ 45 มีอาการรุนแรงน้อยและอีกร้อยละ 45 มีความรุนแรงในการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ระดับปาน

กลาง และร้อยละ 10 มีความรุนแรงในการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมจากการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จากตารางที่ 1 พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ด้านการจัดการแบบแผนชีวิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.52 \pm 0.50$ คะแนน) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนพฤติกรรมสูงที่สุด คือ การหลีกเลี่ยงควันทูหรือ/งดสูบบุหรี่ ($\bar{X} = 1.80 \pm 1.24$ คะแนน) ส่วนข้อที่คะแนนต่ำที่สุด คือ การหลีกเลี่ยง/งดดื่ม ชา กาแฟ น้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 1.12 \pm 1.04$ คะแนน) พฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ด้านการจัดการแบบแผนชีวิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.17 \pm 0.38$ คะแนน) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูง คือการฝึกการขับถ่ายปัสสาวะตามเวลา ($\bar{X} = 2.62 \pm 0.498$ คะแนน) และอีกร้อยละ 2.62 คือการหลีกเลี่ยงควันทูหรือ/งดสูบบุหรี่ ($\bar{X} = 1.80 \pm 0.54$ คะแนน) ส่วนข้อที่คะแนนต่ำที่สุด คือ การควบคุมน้ำหนัก ($\bar{X} = 2.15 \pm 0.66$ คะแนน) ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมจัดการเกี่ยวกับภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ด้านแผนชีวิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (n=40)

การจัดการแบบแผนชีวิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม		
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล
การฝึกการขับถ่ายปัสสาวะตามเวลา	1.52	0.75	ปานกลาง	2.62	0.49	ดี
การเข้าห้องน้ำตามเวลา	1.57	0.67	ปานกลาง	2.35	0.48	ดี
การเข้าห้องน้ำ ก่อนออกนอกบ้านหรือก่อนเดินทาง	1.72	0.78	ปานกลาง	2.25	0.63	ดี
การดื่มน้ำ วันละ 6-8 แก้ว	1.17	0.63	ไม่ดี	2.30	0.51	ดี
การดื่มน้ำน้อยลงเวลาออกจากบ้าน	1.40	0.74	ไม่ดี	2.32	0.79	ดี
การหลีกเลี่ยงหรือจำกัดน้ำดื่ม 2 ชั่วโมง ก่อนเข้านอน	1.17	0.84	ไม่ดี	2.10	0.67	ดี

การจัดการแบบแผนชีวิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม		
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล
การหลีกเลี่ยง/งดดื่ม ชา กาแฟ น้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1.12	1.04	ไม่ดี	2.42	0.67	ดี
การควบคุมน้ำหนัก	1.15	1.00	ไม่ดี	2.15	0.66	ดี
การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่/งดสูบบุหรี่	1.80	1.24	ปานกลาง	2.62	0.54	ดี
การป้องกันภาวะท้องผูก	1.72	0.81	ปานกลาง	2.45	0.50	ดี
รวม	1.52 ± 0.50		ปานกลาง	2.17 ± 0.38		ดี

จากตาราง 2 พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ด้านทางการแพทย์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.85 \pm 0.42$ คะแนน) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูง คือ การรับประทานยาตามแผน ($\bar{X} = 2.52 \pm 0.98$ คะแนน) ส่วนข้อที่คะแนนต่ำ คือ การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ($\bar{X} = 0.05 \pm 0.71$ คะแนน) พฤติกรรมการจัดการตนเอง

เกี่ยวกับภาวะการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ด้านทางการแพทย์หลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.90 \pm 3.30$ คะแนน) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูง คือ การรับประทานยาตามแผน ($\bar{X} = 3.00 \pm 0.00$ คะแนน) ส่วนข้อที่คะแนนต่ำ คือ การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ($\bar{X} = 2.25 \pm 0.43$ คะแนน) ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการจัดการเกี่ยวกับภาวะการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ด้านทางการแพทย์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (n=40)

ด้านการแพทย์	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม		
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล
การรับประทานยาตามแผน	2.52	0.98	ดี	3.00	0.00	ดี
การไปรับการรักษาตามนัด	2.45	0.93	ดี	2.90	0.30	ดี
การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดท้องน้อย ปัสสาวะเป็นเลือด เป็นต้น ควรพบแพทย์ทันที	1.70	0.85	ปานกลาง	2.60	0.49	ดี
การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน	0.50	0.71	ไม่ดี	2.25	0.43	ดี
รวม	1.85 ± 0.42		ปานกลาง	2.90 ± 3.30		ดี

จากตาราง 3 พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ด้านการจัดการแบบประคับประคองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.50 \pm 0.50$ คะแนน) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูง คือ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์โดยชำระ

ล้างและเช็ดให้แห้ง ($\bar{X} = 2.27 \pm 0.55$ คะแนน) ส่วนข้อที่คะแนนต่ำ คือ การสวมใส่ผ้าอ้อม/ผ้าอนามัยซึมซับ ($\bar{X} = 0.22 \pm 0.65$ คะแนน) พฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ด้านการจัดการแบบประคับประคองหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.00 \pm 0.00$

คะแนน) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูง คือ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์โดยชำระล้างและเช็ดให้แห้ง ($\bar{X} = 3.00 \pm 0.00$ คะแนน) ส่วน

ข้อที่มีคะแนนต่ำ คือ การสวมใส่ผ้าอ้อม/ผ้าอนามัยซึมซับ ($\bar{X} = 0.30 \pm 0.91$ คะแนน) ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการเกี่ยวกับภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ด้านการจัดการแบบระดับประคอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (n=40)

ด้านทางการแพทย์	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม		
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล
1. การเลือกอยู่ในบริเวณที่ไม่ไกลจากห้องน้ำ	1.67	0.76	ปานกลาง	2.25	0.43	ดี
2. การดูเส้นทางเดินไปห้องน้ำ ให้ไปห้องน้ำ ให้สะดวกรวดเร็ว	1.55	0.78	ปานกลาง	2.65	0.48	ดี
3. การสวมใส่กางเกง/ผ้าอ้อมที่ถอดง่าย	1.72	0.75	ปานกลาง	2.00	1.35	ปานกลาง
4. การจัดเตรียมกระโถนปัสสาวะไว้ในห้องนอน	0.82	1.05	ไม่ดี	1.10	1.39	ปานกลาง
5. การสวมใส่ผ้าอ้อม/ผ้าอนามัยซึมซับ	0.22	0.65	ไม่ดี	0.30	0.91	ไม่ดี
6. การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์โดยชำระล้างและเช็ดให้แห้ง	2.27	0.55	ดี	3.00	0.00	ดี
รวม	1.50 ± 0.50		ปานกลาง	2.00 ± 0.00		ปานกลาง

จากตาราง 4 แสดงผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านหนองห่าย ตำบลช่วงเปา อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจำแนกเป็นพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการแบบแผนชีวิต การจัดการด้านทางแพทย์ และด้านการประคับประคอง โดยใช้สถิติ ทดสอบวิลคอกชัน (Wilcoxon signed-rank test) ผลพบว่า

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการจัดการแบบแผนชีวิต มีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้า

ร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.001$)

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการด้านทางแพทย์ของผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการจัดการด้านทางแพทย์มีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.001$)

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการประคับประคองของผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการประคับประคองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.001$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ (n=40)

พฤติกรรมกรรมการจัดการ การกลั่นปัสสาวะไม่อยู่	Median	95%CI	IQR	P-Value
ด้านการจัดการแบบแผนชีวิต				
ก่อน (pre-test) (Min 0.70 คะแนน ,Max 2.20 คะแนน)	1.50	95% CI=(1.20,2.09)	0.48	≤ 0.001
หลัง (post-test) (Min 2.00 คะแนน ,Max 2.90 คะแนน)	2.40	95% CI =(2.30 , 2.70)	0.10	
ด้านการจัดการด้านการแพทย์				
ก่อน (pre-test) (Min 0.50 คะแนน ,Max 2.50 คะแนน)	2.00	95% CI=(1.56 , 2.25)	0.44	≤ 0.001
หลัง(post-test) (Min 2.25 คะแนน ,Max 3.00 คะแนน)	2.75	95% CI=(2.50 , 3.00)	0.48	
ด้านการประคับประคอง				
ก่อน (pre-test) (Min 0.17 คะแนน , Max 2.00 คะแนน)	1.41	95% CI =(1.16 , 2.00)	0.44	≤ 0.001
หลัง (post-test) (Min 1.83 คะแนน ,Max 2.33 คะแนน)	1.83	95% CI=(1.83 , 2.33)	0.00	

สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่กลั่นปัสสาวะไม่อยู่ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 กล่าวได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองห่าย ตำบลช่วงเปา อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถช่วยลดปัญหาภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้ครั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองห่าย ตำบลช่วงเปา อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40 คน ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้สูงอายุที่กลั่นปัสสาวะไม่อยู่ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองทั้ง การจัดการแบบแผนชีวิต การจัดการด้านการแพทย์ และการจัดการแบบประคับประคอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานสามารถอธิบายได้จาก โปรแกรมการจัดการตนเองที่ใช้ใน

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการตามแนวคิดของ Kanfer and Gaelick Buys (1991)⁽¹⁰⁾ ในสัปดาห์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้ความรู้ และการจัดการตนเอง 3 ด้านโดย 1) การจัดการแบบแผนชีวิต 2) การจัดการด้วยพฤติกรรม การจัดการทางแพทย์ และ 3) การจัดการแบบประคับประคอง พร้อมมอบคู่มือเพื่อใช้ในการศึกษาทบทวนด้วยตนเอง ในสัปดาห์ที่แรกนี้ได้สนับสนุนแนวคิดการติดตามตนเอง (Self-monitoring) ประกอบด้วย 1. เลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ชัดเจน และ 2. กำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก สัปดาห์ที่ 2 – 7 โดยการบันทึกการปฏิบัติจัดการตนเองขณะอยู่ที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีการติดตามตนเอง ประเมินตนเอง โดยการบันทึกการปฏิบัติจัดการตนเอง เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้และให้แรงเสริมตนเองตามความเหมาะสมขณะอยู่ที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 2,3,4,5,6 และ 7 ได้สนับสนุนแนวคิดการติดตามตนเอง (Self-monitoring) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) สัปดาห์ที่ 3,5 โดยการติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยใช้แนวคำถามปลายเปิด กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติจัดการตนเองที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ให้กำลังใจในการปฏิบัติจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างเล่าให้ผู้วิจัยฟังเกี่ยวกับการปฏิบัติจัดการตนเองจากบันทึกการปฏิบัติจัดการตนเอง จากนั้นเปรียบเทียบการปฏิบัติจัดการตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และให้กำลังใจตนเองว่าสามารถทำตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้สำเร็จได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการติดตามตนเอง (Self-monitoring) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) และในสัปดาห์ที่ 8 สัปดาห์สุดท้ายหลังเข้าร่วม

โปรแกรมเป็นการประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมจัดการตนเอง ในการปรับพฤติกรรมเพื่อช่วยเสริมให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีขึ้น โดยมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลในการบันทึกพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และสถานการณ์ที่กระตุ้นปัญหา ช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นภาพรวมและระบุปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อชัดเจนวิเคราะห์ ข้อมูลที่บันทึกเพื่อประเมินความก้าวหน้าในการจัดการตนเอง และได้มีส่วนร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพโดยได้ร่วมกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านสื่อวีดิทัศน์โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งการจัดการตนเองมีความสำคัญในบริบทของการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเรื้อรังที่จำเป็นต้องพึ่งพาการจัดการพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ จากการวิจัยที่ผ่านมาที่มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิกบายส์ (1991) มาใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งสามารถส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง^(15,16,17) โปรแกรมการจัดการตนเองในการศึกษาครั้งนี้ ยังช่วยส่งเสริมการจัดการแผนชีวิต ด้านการจัดการทางการแพทย์ และการจัดการแบบประคับประคอง ในการควบคุมปัสสาวะเล็ดของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการจัดการแบบแผนชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ระดับการจัดการก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง และหลัง

ร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลางเกิดจาก การปรับตัวของผู้สูงอายุผู้สูงอายุอาจมีความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต แม้ว่าจะได้รับการส่งเสริมและแนะนำวิธีการจัดการตนเองแล้ว แต่การนำไปปฏิบัติจริงอาจต้องใช้เวลา หรืออาจมีข้อจำกัดทางร่างกายหรือจิตใจที่ทำให้การปรับตัวเป็นไปได้ยาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lazarus and Folkman (1984)⁽¹⁸⁾ เกี่ยวกับการเผชิญปัญหา (Coping Theory) กล่าวว่า การปรับตัวเกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการกับความเครียดและผู้สูงอายุอาจต้องใช้วิธีการต่างๆ ในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหรือสุขภาพ การปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เช่น การจัดการตนเองในภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยจะขึ้นอยู่กับวิธีการเผชิญปัญหาที่พวกเขาเลือกใช้

การจัดการทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่าระดับการจัดการก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลางและหลังร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี เกิดจากความรู้และความเข้าใจที่เพิ่มขึ้น โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมักจะมีการให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองด้านการแพทย์ เช่น การใช้ยาอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการ หรือการดูแลสุขภาพพื้นฐาน เมื่อผู้สูงอายุได้รับความรู้เหล่านี้อย่างครบถ้วน การปฏิบัติในเรื่องการจัดการทางการแพทย์ จึงดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัจริยา วัชรวิวัฒน์ และคณะ (2566)⁽¹⁹⁾ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยให้การแนะนำ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ทำให้ระดับความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลง หลังได้รับความรู้เกี่ยวกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การจัดการแบบประคับประคอง ผลการศึกษาพบว่า ระดับการจัดการก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง และหลังร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี

เกิดจากการให้ความรู้และการฝึกฝน โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมักมีการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น เทคนิคการบำบัดอาการ การช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมประจำวัน การใช้เครื่องมือช่วยเหลือ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการจัดการกับอาการต่างๆ ได้ดีขึ้น สอดคล้องงานวิจัยของ ชลอคศักดิ์ ดวงพล (2553)⁽²⁰⁾ ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน โดยพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเอง เช่น การจัดการอาการเจ็บป่วยและการใช้เครื่องมือช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการอาการและปรับตัวได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การจัดการแบบแผนชีวิต และการจัดการแบบประคับประคอง ยังคงอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อาจเกิดจากหลายปัจจัย แม้ว่าแนวโน้มการจัดการตนเองจะดีขึ้นแต่การจัดการตนเองเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาในการฝึกฝน ความเข้าใจและการปรับตัว การที่ระดับการจัดการยังคงอยู่ในระดับปานกลาง อาจเกิดจากการที่ผู้สูงอายุอาจมีความเคยชินกับวิถีชีวิตเดิม ทำให้ไม่สามารถปรับใช้แนวทางได้อย่างเต็มที่ภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ยังคงต้องใช้เวลามากขึ้นในการพัฒนาทักษะเหล่านี้ เป็นไปตามแนวคิดของแบบจำลองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบองค์รวม (Transtheoretical Model of Change) เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาที่พัฒนาโดย James Prochaska และ Carlo C. DiClemente (1983)⁽²¹⁾ ที่กล่าวว่า บุคคลจะทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีการลงมือทำตามแผนที่วางไว้อย่างจริงจัง ซึ่งจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องระยะเวลาประมาณ 6 เดือน เพื่อให้พฤติกรรมใหม่เริ่มกลายเป็นนิสัยที่ฝังรากลึกและมีเสถียรภาพ

นอกจากนี้ แรงจูงใจ แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน และการเล็งเห็นถึงประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมอาจทำให้ความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนเพิ่มขึ้น เป็นไปตามแนวคิดของทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support Theory) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือชุมชนมีอิทธิพลต่อความสามารถของบุคคลในการเผชิญกับปัญหาและความท้าทายในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ^(7,22) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brown et al. (2020)⁽²³⁾ พบว่า ความเคยชินในพฤติกรรมเก่าและการขาดการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างมีผลกระทบต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถทำตามเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ รวมถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (2019)⁽²⁴⁾ ที่ได้ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมักประสบปัญหาในการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพ เนื่องจากความสามารถทางกายภาพที่ลดลง ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องท้าทายมากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ คือ การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการติดตามผลในระยะเวลาเพียง 8 สัปดาห์อาจไม่เพียงพอที่จะประเมินผลกระทบในระยะยาวของโปรแกรม เช่น ความคงทนของพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้สูงอายุและการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระยะยาว และดำเนินการเฉพาะในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย ตำบลช่วงเปา อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ดังนั้นโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ อาจจะต้องมีการปรับใช้ในในพื้นที่

อื่นที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรม หรือสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน อีกทั้งการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะในการดูแลและเทคนิคการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถให้คำแนะนำและติดตามผลการใช้โปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน

2. ควรส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานท้องถิ่นและภาครัฐในการจัดหางบประมาณสนับสนุนโครงการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น

3. ควรมีการติดตามและประเมินผลระยะยาวของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการส่งเสริมการจัดการตนเองในด้านการลดปัญหาคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่

ข้อเสนอแนะเชิงวิจัย

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีความหลากหลาย รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างในด้านวัฒนธรรม เพื่อให้ผลการวิจัยมีความครอบคลุมและสามารถประยุกต์ใช้ได้กับประชากรที่หลากหลาย

2. ควรมีการศึกษาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาว เพื่อดูว่าโปรแกรมสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาหรือปรับปรุงการจัดการตนเองได้อย่างไร ในระยะเวลาที่ผ่านมา และสามารถประเมินได้ว่าโปรแกรมนี้อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างไรใน

ระยะยาว ซึ่งจะช่วยให้อัตราในการพัฒนาต่อเนื่องของโปรแกรมในอนาคต

3. ควรดำเนินการศึกษาโดยใช้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

1. Tran LN, Puckett Y. Urinary incontinence. StatPearls [Internet]. 2023 Aug 8 [cited 2024 Oct 17]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564391/>
2. Lue TF, Tanagho EA. Urinary incontinence. In: McAninch JW, Lue TF, editors. Smith and Tanagho's general urology. 18th ed. New York: McGraw-Hill; 2013 Available from: <https://accessmedicinehmedical.com/content.aspx?bookid=508§ionid=41088107>
3. วิชัย เอกพลากร, ท้ายชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564 [cited 2024 Apr 12]. Available from: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/sreport6/sreport6_3.pdf
4. นิตยา จันทบุตร. ความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสุขภาพผู้สูงอายุไทย. 2561;12(1):10-8.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานการตรวจคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2565. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2565 [cited 2024 Apr 21]. Available from: <https://smart-nccd.chiangmaihealth.go.th/>
6. โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านหนองห่าย. รายงานการคัดกรองปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านหนองห่าย ตำบลช่วงเปา อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. 2566.
7. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall; 1986.
8. O'Keefe J, Berger P. Self-management: Improving quality of life through behavioral skills. New York: Health Press; 1999.
9. กรรณิการ์ แสนสุภา, นเรศ กันธะวงค์. การจัดการตนเอง: ทักษะในการพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืน. วารสารศิลปศาสตร์ (วังนางเลิ้ง) มทร. พระนคร. 2564;1(1):25-37.
10. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people change: A textbook of methods. 4th ed. Pergamon Press; 1991. p. 305-60.
11. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. Academic Press; 1977.
12. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่. 2564 [cited 2024 Apr 20]. Available from: <http://agingthai.dms.go.th/agingthai/>
13. Wyman JF. Quality of life of older adults with urinary incontinence. Journal of the American Geriatrics Society. 1999;47(12):1415-23.
14. ลออง ผดุงกุล, ศรีพวง มั่นทางกูร. การจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการหญิงที่คลินิกนรีเวช. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2560;37(1):37-75.
15. สุพัตรา สิทธิวิง. โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2560;40(2):123-30.

16. นุสบา สันหละ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 2564;1(1):27-39.
17. โฉมฐิตาภา ศิริมา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(2):164-72.
18. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company; 1984.
19. อัจริยา วัชรวิวัฒน์, พัชณา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ใจดี, จิรภัค สุวรรณเจริญ, et al. ผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในพื้นที่ตำบลมะขามเตี้ยอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยทางการแพทย์. 2566;31(2):123-35..
20. ชลอคักดี ดวงพล. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน [thesis]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
21. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51(3):390-5.
22. Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. Applied Psychology, 57(1), 1-29.
23. Brown A, Smith B, Johnson C. The impact of habitual behaviors and lack of social support on health-promoting behavior change in older adults. Journal of Aging and Health. 2020;32(5):789-803. <https://doi.org/>
24. Chen H, Albergante L, Hsu JY, et al. Single-cell trajectories reconstruction, exploration and mapping of omics data with STREAM. Nat Commun. 2019;10:1903. <https://doi.org/10.1038/s41467-019-09670-4>

ผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต
(lifestyle medicine) ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติวัยทำงานในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
Effectiveness of a Lifestyle Medicine Health Behavior model of Working-Age
in Risk group Hyperlipidemia at Regional Health Promotion Center 2,
Phitsanulok

กรรณิการ์ สุวรรณ^{1*}, ปาวรตี สิงขรัตน์² และ มนตรา พิเชฐวีระชัย³
Kunnika Suwan^{1*}, Parawatee Singkarat² and Montra Pichetveerachai³
ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก^{1,2,3}
Health Center 2 at Phitsanulok Province^{1, 2, 3}

²Corresponding author, E-mail: Suwangunny@gmail.com

(Revised: November 4, 2024; Revised: December 3, 2024; Accepted: January 23, 2025)

บทคัดย่อ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นสาเหตุหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทยเสียชีวิตมากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี อันเนื่องมาจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและตายก่อนวัยอันควร การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติวัยทำงาน กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเสี่ยงที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติที่มาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต แบบบันทึกระดับไขมันในเลือด และแบบบันทึกสมรรถภาพหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Fisher Exact test, Chi-square test, Independent t-test และ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตด้านควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ และการนอนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวมและแอลดีแอลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ส่วนค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดเอชดีแอลและไตรกลีเซอไรด์ระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพหัวใจดีขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีและ ลดความเสี่ยงภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปใช้ในการกำหนดมาตรการหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, เวชศาสตร์วิถีชีวิต, ไขมันในเลือดผิดปกติ, วัยทำงาน

ABSTRACT

Dyslipidemia is a leading cause of cardiovascular disease, a major global and Thai health issue with increasing prevalence due to changing lifestyles, leading to premature deaths. This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a health behavior modification model based on lifestyle medicine principles on working-age individuals at risk of dyslipidemia.

The sample consisted of 80 individuals with abnormal blood lipid levels from the Good Health Center, Health Promotion Hospital, Phitsanulok. They were divided into an experimental group (40) and a control group (40). The experimental group underwent a 12-week health behavior modification program, while the control group received standard care. Data collection tools included questionnaires on general and health information, lifestyle medicine health behavior assessments, blood lipid levels, and cardiac performance. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation and inferential statistics, including Fisher's Exact test, Chi-square test, Independent t-test, and Wilcoxon signed rank test.

Results showed that the experimental group significantly improved in health behaviors related to diet, exercise, smoking and alcohol cessation, and sleep ($p < 0.05$). They also had significantly lower levels of total and LDL cholesterol compared to the control group ($p < 0.05$), although HDL cholesterol and triglycerides showed no difference between groups. Cardiac performance in the experimental group improved significantly compared to the control group ($p < 0.05$).

The lifestyle medicine-based model effectively enhanced health and reduced dyslipidemia risk among working-age individuals. Relevant agencies should consider adopting this model to promote health and reduce dyslipidemia risks.

Keywords: Health Behavior model, lifestyle medicine, Hyperlipidemia, Working-Age

บทนำ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease; NCDs) ที่ผู้คนที่ทั่วโลกเป็นมากที่สุด ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นภาวะที่ร่างกายมีความผิดปกติของ lipoprotein metabolism เป็นผลให้ระดับไขมันในเลือดชนิดต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปจนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรค หลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) และส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ซึ่งโรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke disease) และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral arterial disease) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกรวมทั้งประชากรไทย⁽¹⁾ ในปี 2562 ขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด ประมาณ 17.9 ล้านคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของทั่วโลก⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 พบการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 70,000 ราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁽³⁾ อันเนื่องมาจากสภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น การสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรและความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) พ.ศ. 2557 พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะลำดับที่ 4 ในเพศชาย และลำดับที่ 3 ในเพศหญิง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตก่อนวันอันควร ทั้งในระบบบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ⁽⁴⁾ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดขึ้นในวัยทำงานมากที่สุด รายงาน

สถานการณ์โรค (Non-communicable disease; NCDs) มุ่งหน้าสู่เป้าหมายระดับโลก⁽⁶⁾ ระบุว่าสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมในวัยทำงานปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสาเหตุปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่สำคัญคือ พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม กิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ภาวะน้ำหนักเกิน พักผ่อนไม่เพียงพอ มีภาวะเครียด และที่สำคัญคือมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ⁽⁵⁾ ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนวัยทำงาน และผลิตภาพแรงงานของประเทศ รวมถึงภาระของระบบสวัสดิการด้านสุขภาพ/ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2564 ระบุว่าการรักษาต้องใช้งบประมาณในการรักษาผู้ป่วยประมาณ 6,902 ล้านบาทต่อปี⁽⁵⁾ ดังจะเห็นว่า สุขภาพของคนวัยทำงานมีความเสี่ยงป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน ภาวะเครียด และมีการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถควบคุมภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในกลุ่มวัยทำงานเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดและหัวใจจึงมีความสำคัญ เพื่อลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดและหัวใจในกลุ่มวัยทำงาน รวมถึงสามารถลดอัตราอุบัติการณ์และความชุกของการเกิดโรคในกลุ่มวัยสูงอายุอีกด้วยซึ่งสะสมความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมานับแต่วัยทำงาน ศูนย์สุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก พบ ผู้รับบริการกลุ่มวัยทำงานมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 52.80 เป็นร้อยละ 66.11

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าแนวคิดการดูแลสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมสุขภาพของตนเอง เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในเชิงบวก ส่งผลให้เกิดความ

เป็นอยู่ที่ดีโดยรวมของตัวเองได้และช่วยป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Well-being)⁽⁷⁾ Lifestyle Medicine เป็นเวชศาสตร์วิถีชีวิตบำบัดโดยยึดข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 6 สาขาหลัก ได้แก่ ด้านอาหาร กิจกรรมทางกาย การเลิกบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การนอนหลับ ความเครียด และการสร้างสัมพันธ์ทางสังคม โดยมุ่งเน้นป้องกันโรค รวมถึงการทำให้สภาวะโรคกลับสู่ปกติ แพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตร่วมทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพประสานงานเชื่อมสาขาหลัก เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพแบบบูรณาการมาเชื่อมโยงกันเพื่อช่วยให้อุบัติการณ์สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพได้อย่างยั่งยืน เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาเป็นศูนย์กลางการตัดสินใจ (Patient-centered) และสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคที่เกิดจากการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม⁽⁸⁾ และแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ของแบนดูรา⁽⁹⁾ ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณคนจะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของตนเองถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองสูงบุคคลมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน และเทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพฤติกรรมสุขภาพ (Motivation interviewing; MI) เน้นที่การผลักดันการเปลี่ยนแปลงโดยเชื่อมโยงสิ่งสำคัญในชีวิตเข้ากับการเปลี่ยนแปลง สนทนาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่งเสริมสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพดี และพาผู้ป่วยก้าว

ข้ามความลังเลไปสู่การปฏิบัติอย่างถาวร⁽¹⁰⁾ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมีคุณภาพ และลดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำไปสู่การมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

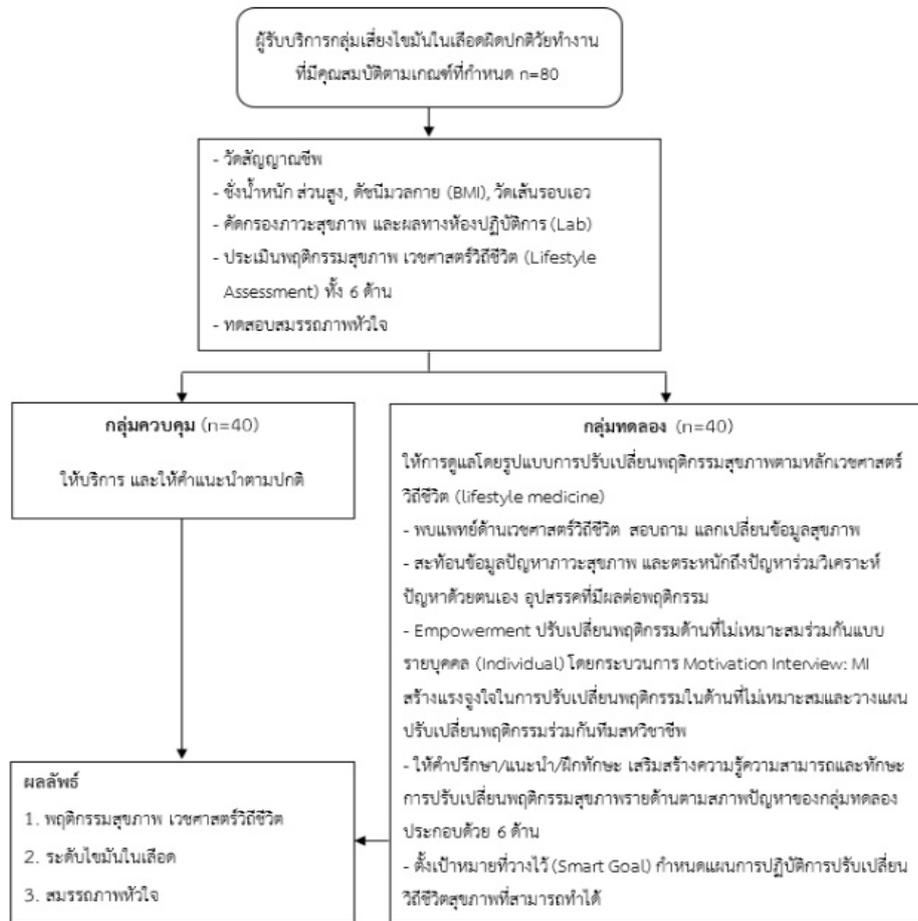
เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติ วิทยาลัยพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก มีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติวิทยาลัยพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหลังได้รับรูปแบบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดของกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติวิทยาลัยพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหลังได้รับรูปแบบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพหัวใจของกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติวิทยาลัยพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหลังได้รับรูปแบบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมรูปแบบกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังเข้าร่วมรูปแบบกลุ่มทดลองมีระดับไขมันในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังเข้าร่วมรูปแบบกลุ่มทดลองมีสมรรถภาพหัวใจดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยเปรียบเทียบผลก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยทำงานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการศูนย์สุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน - สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงที่มีไขมันในเลือดผิดปกติที่มีอายุ 21 – 59 ปี ที่ตรวจพบว่า

ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงที่มีไขมันในเลือดผิดปกติทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 21- 59 ปี มีคุณสมบัติตามที่กำหนดในการ คัดเข้าศึกษา ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพดี ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 อำนาจการทดสอบที่ 0.80 และขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่ผ่านมา⁽¹¹⁾ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 33

คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 40 คน รวมทั้งหมด 80 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ คือ ระดับโคเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol, TC) > 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหรือระดับ LDL-C อยู่ในช่วง 130-189 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และหรือ ระดับไขมันเอชดีแอลโคเลสเตอรอล (HDL cholesterol, HDL) < 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย และหรือ < 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง และหรือ ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride, TG) > 150 มล.ต่อดล.
2. รักษาตามแนวทางการรักษาโรคไขมันในเลือด ผิดปกติ โดย ESC/EAS Guidelines
3. ไม่มีโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองโรคหัวใจโรคไตเรื้อรัง (จากการวินิจฉัยของแพทย์)
4. สามารถออกกำลังกายได้
5. ไม่มีปัญหาในการพูดฟังอ่านเขียน และฟังภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะดี
6. สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ โดย สามารถติดตามในงานวิจัย อย่างน้อย 1 ครั้ง
7. มาติดตามนัดพบแพทย์ อยู่ในช่วง 3 เดือน นับตั้งแต่ครั้งแรกที่เจาะเลือด
8. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จนสิ้นสุดการทดลอง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรค มีภาวะ CVD risk ตั้งแต่ Moderate ขึ้นไป หรือมีภาวะแทรกซ้อน อื่น ๆ หรืออยู่ระหว่างการเจ็บป่วย

2. เป็นผู้มี ความพิการ ทางการได้ยิน การมองเห็น หรือการเคลื่อนไหว

3. ผู้ที่เข้าร่วมไม่ครบตลอดโปรแกรมการทดลอง

เครื่องมือการวิจัย ครั้งนี้ ได้แก่

1) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อลดระดับไขมันในเลือดในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการศูนย์สุขภาพดี แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1

1. การค้นหาปัญหา โดยประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (Lifestyle Assessment) ทดสอบสมรรถภาพของหัวใจ

2. สะท้อนข้อมูลปัญหาภาวะสุขภาพและตระหนักถึงปัญหา พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาให้กลุ่มทดลองรับรู้ และร่วมวิเคราะห์ปัญหาด้วยตนเอง อุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรม

3. ประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นการส่งเสริมความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ

- สนทนาสร้างแรงจูงใจในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivation Interview)

- ให้คำปรึกษา/แนะนำ/ฝึกทักษะ

เสริมสร้างความรู้ความสามารถและทักษะ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รายงานตามสภาพปัญหาของกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย 6 เสาหลัก

5. ตั้งเป้าหมายที่วางไว้ (Smart Goal) กำหนดแผนการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพที่สามารถทำได้ เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และสร้างความเชื่อมั่นตนเองที่จะปรับพฤติกรรมสุขภาพ

ระยะที่ 2 กระบวนการจัดการดูแลปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพของตนเอง (Self-management)

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผลผลลัพธ์สุขภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเสริมพลัง Re-evaluate and empowerment

2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต ระดับไขมันในเลือด และแบบบันทึกสมรรถภาพหัวใจ โดยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ได้แก่ ด้านอาหาร 9 ข้อ การออกกำลังกาย 3 ข้อ และสูบบุหรี่/แอลกอฮอล์ อย่างละ 1 ข้อ ให้พิจารณาใน 1 เดือนที่ผ่านมา เลือกตอบ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติครั้งคราว และไม่เคยปฏิบัติ ข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ให้คะแนน 1-4 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในทางตรงกันข้าม

ส่วนที่ 2 ด้านความเครียด ใช้แบบประเมินความเครียด (ST5) ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 5 ข้อ การแปลผล ถ้าได้คะแนน 0-4 เครียดน้อย คะแนน 5-6 เครียดปานกลาง คะแนน 8-9 เครียดมาก และคะแนน 10-15 เครียดมากที่สุด และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 2 ข้อ การแปลผล ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถามถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 ด้านการนอนหลับ ใช้แบบประเมิน STOP Questionnaire (S=Snoring, T=Tired, O=Observed, P=Pressure) ของสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทยประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม 5 คำตอบใช่/ไม่ใช่ โดยใช้การนับ 0 หรือ 1 ข้อคำถามในแบบสอบถามไม่มีการแบ่งปันน้ำหนักการทำงาน OSA ที่เท่ากันการแปลผล

เกณฑ์คะแนน STOP คือ ความเสี่ยงต่ำ (Low risk) 0 - 1 และความเสี่ยงสูง (High risk) ≥ 2

ส่วนที่ 4 ด้านความสัมพันธ์ ข้อคำถามทั้งหมด 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบแบ่งกลุ่ม (ใช่/ไม่ใช่) โดยใช้การนับ 0 หรือ 1 ข้อคำถามในแบบสอบถามไม่มีการแบ่งปันน้ำหนัก

เครื่องมือที่ใช้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ และนักวิทยาศาสตร์การกีฬา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1.0 ดีมาก ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย สูบบุหรี่ และแอลกอฮอล์ของกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัยเลขที่ 715 ข้อมูลผู้เข้าร่วมถูกเข้ารหัสและเก็บในเซิร์ฟเวอร์ที่มีการป้องกัน ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่รายงานจะไม่ระบุตัวตนและจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบใช้สถิติ Fisher Exact test, Chi-Square Test และ Wilcoxon signed rank test ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk normality test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk normality test พบว่ามีบางตัวแปรไม่เป็นการแจกแจงปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed rank tes

3. เปรียบเทียบระดับค่าเฉลี่ยไขมันในเลือด ระหว่างกลุ่มวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk normality test พบว่ามีบางตัวแปรไม่เป็นการแจกแจงปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างกลุ่มวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk normality test พบว่ามีตัวแปรไม่เป็นการแจกแจงปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย

การวิจัยผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ผู้วิจัยวิเคราะห์เป็น 4 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาในกลุ่มทดลอง พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 และเพศชาย ร้อยละ 10.00 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 42.50 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 55.00 จบปริญญาตรี ร้อยละ 82.50 มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 90.00 ไม่มีโรคประจำตัว มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ($\text{กก.}/\text{ม}^2$) มีเส้นรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 80.95 เซนติเมตร ระดับความดันโลหิตมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 และเพศชาย ร้อยละ 30.00 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 47.50 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 67.5 จบปริญญาตรี ร้อยละ 80.00 มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 82.50 ไม่มีโรคประจำตัว มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.13 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ($\text{กก.}/\text{ม}^2$) มีเส้นรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 83.4 เซนติเมตร ระดับความดันโลหิตมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา โรคประจำตัว ดัชนีมวลกายเส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ในขณะที่อาชีพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ (ดังตาราง 1และ 2)

ตาราง 1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป ระยะก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 80)

ตัวแปรลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.000 ^a
ชาย	4	10.00	12	30.00	
หญิง	36	90.00	28	70.00	
อายุ (ปี)					0.781 ^b
20 - 29 ปี	0	0.00	3	7.50	
30 - 39 ปี	17	42.50	9	22.50	
40 - 49 ปี	15	37.50	19	47.50	
50 - 59 ปี	8	20.00	9	22.50	
สถานภาพสมรส					0.197 ^b
คู่	22	55.00	27	67.50	
โสด	18	45.00	13	32.50	
การศึกษา					0.782 ^a
ประถมศึกษา	0	0.00	0	0.00	
มัธยมศึกษา	0	0.00	0	0.00	
ปวส./อนุปริญญา	1	2.50	2	5.00	
ปริญญาตรี	33	82.50	32	80.00	
สูงกว่าปริญญาตรี	6	15.00	6	15.00	
อาชีพ					0.022 ^{a, *}
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0	0.00	4	10.00	
รับจ้าง	1	2.50	2	5.00	
รับราชการ	36	90.00	33	82.50	
รัฐวิสาหกิจ	3	7.50	1	2.50	
โรคประจำตัว					1.000 ^a
ไม่มี	35	100.0	35	100.0	
มี	0	0.0	0	0.0	

* p-value < 0.05, ^a Fisher Exact test, Chi-Square test ^b

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป ระยะก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 80)

ตัวแปรลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)	23.23	3.55	24.13	4.51	0.573 ^c
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	80.95	9.61	83.40	12.27	0.586 ^c
ระดับความดันโลหิต					
ความดันซิสโตลิก	122.50	10.22	124.90	12.75	0.356 ^b
ความดันไดแอสโตลิก	75.40	10.44	75.47	7.79	0.971 ^b

* p-value < 0.05, ^b Independent t-test, ^c Wilcoxon signed rank test

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต หลังเข้าร่วมทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต ด้านควบคุมอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านการเลิกบุหรี่ และแอลกอฮอล์ และด้านการนอน

มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05 ส่วนด้านจัดการความเครียด พบว่าไม่แตกต่างกัน ในด้านความสัมพันธ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์ที่ดีมีการพูดคุย หรือพบปะกับเพื่อนสนิทคนในครอบครัว มากกว่าสามครั้งต่อสัปดาห์ และสามารถรับฟังความคิดเห็นต่างของผู้อื่น ร้อยละ 100 ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) หลังเข้าร่วมทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

พฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t/z	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1.ด้านอาหาร	3.02	0.26	2.78	0.27	-5.06 ^c	<0.001*
2.ด้านการออกกำลังกาย	2.66	0.51	1.94	0.67	-4.15 ^c	<0.001*
3.ด้านการเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์	3.95	0.19	3.78	0.41	-2.50 ^c	0.012*
4.ด้านการจัดการความเครียด	2.42	1.93	3.28	2.33	-1.49 ^c	0.13
5.ด้านการนอน	1.15	0.36	1.58	0.78	-2.50 ^c	0.012*
6.ด้านความสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
- 1 คะแนน	0	0.00	0	0.00		
- 2 คะแนน	40	100.00	40	100.00		

* p-value < 0.05, ^c Wilcoxon signed rank test

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล เอชดีแอล และไตรกลีเซอไรด์ ในระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันชนิดคอเลสเตอรอลรวมและค่าเฉลี่ยระดับ

แอลดีแอลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ค่าเฉลี่ยระดับเอชดีแอลและค่าเฉลี่ยระดับไตรกลีเซอไรด์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล เอชดีแอล และไตรกลีเซอไรด์ ในระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับไขมันในเลือด	กลุ่มทดลอง mean (\pm SD)	กลุ่มควบคุม mean (\pm SD)	t/z	p-value
คอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol)	216.48 (\pm 30.07)	236.08 (\pm 22.58)	-3.04 ^b	<0.004*
แอลดีแอล (LDL)	141.00 (\pm 20.56)	164.43 (\pm 19.80)	-4.57 ^b	<0.000*
เอชดีแอล (HDL)	68.88 (\pm 18.70)	69.13 (\pm 16.61)	-0.06 ^b	0.954
ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)	89.65 (\pm 44.36)	100.65 (50.39)	-1.03 ^c	0.301

* $p\text{-value} < 0.05$, ^b Independent t-test, ^c Wilcoxon signed rank test

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพหัวใจลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.04$ ดังตาราง 5

ตาราง 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง

สมรรถภาพหัวใจ	กลุ่มทดลอง (n = 35) mean (\pm SD)	กลุ่มควบคุม (n = 35) mean (\pm SD)	t/z	p-value
ก่อนการทดลอง				
สมรรถภาพหัวใจ	128.97 (\pm 8.79)	125.43 (\pm 10.75)	-1.60	0.108 ^c
หลังการทดลอง				
	116.20 (\pm 10.87)	122.94 (\pm 12.03)	-2.01	0.04 ^c

นัยสำคัญที่ $P\text{-value} < 0.05$ * Wilcoxon signed rank test ^c

สรุปผลและการอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในกลุ่มผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติ วิทยาลัยพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2

พิษณุโลก หลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 12 สัปดาห์ โดยใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ของแบนดูรา⁽⁹⁾ รวมถึงเทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการ

ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต ด้านอาหาร การออกกำลังกาย เลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ และการนอนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ส่วนด้านความสัมพันธ์ พบว่าทุกคนมีความสัมพันธ์ที่ดีมีการพูดคุยหรือพบปะกับเพื่อนสนิทคนในครอบครัวมากกว่าสามครั้งต่อสัปดาห์และสามารถรับฟังความคิดเห็นต่างของผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องแนวคิดรูปแบบการดูแลสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมสุขภาพของตนเอง เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในเชิงบวก ส่งผลให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวมของตัวเองได้ และช่วยป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽⁷⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของนุสกรเนืองษาและคณะ⁽¹²⁾ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลสุขภาพตนเองเสริมสร้างความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตที่เหมาะสมในการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย จัดการความเครียด มีการเสริมสร้างแรงจูงใจกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีทำให้สามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุรชวดี รักดวง⁽¹³⁾ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือด พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น มีระดับไขมันในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เมื่อเปรียบเทียบระดับไขมันในเลือด พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวมและแอลดีแอลน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีระดับน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ สอดคล้องกับการศึกษาของวริษา กันบัวลาและคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวมและแอลดีแอลน้อยกว่าก่อนทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดเอชดีแอลและไตรกลีเซอไรด์หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของโปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรมสะท้อนปัญหาทางสุขภาพของตนเอง มีการกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางสุขภาพ มีการวางแผน และส่งเสริมพัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิต โดยเน้นการปรับพฤติกรรมหลายด้านได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด สูบบุหรี่ และแอลกอฮอล์ ซึ่งรูปแบบของกิจกรรมส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นำมาซึ่งผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี และพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพหัวใจดีขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ อธิบายได้ว่า การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองและทักษะตนเองในเรื่องการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด และมีการตั้งเป้าหมายร่วมกับกลุ่มทดลองเพื่อให้ได้รับแรงจูงใจและเพิ่มพูนความสำเร็จของการเรียนรู้ และสร้างทักษะ เพื่อการดูแลตนเอง โดยการให้คำแนะนำขึ้นกับบริบทวิถีชีวิตของกลุ่มทดลอง และจากการที่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันชนิดคอเลสเตอรอลรวมและค่าเฉลี่ยระดับแอลดีแอลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ สมรรถภาพหัวใจส่วนใหญ่ดีขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการเดินและภาวะไขมันในเลือดสูง⁽¹⁵⁾ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่เดินอย่างเดียวยช่วยลดคอเลสเตอรอลรวม และแอลดีแอล อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมผลการศึกษาสำหรับไตรกลีเซอไรด์ และเอชดีแอล ได้รับการปรับให้เหมาะสมเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁵⁾ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ (Aerobic training) สามารถลดระดับไขมันไม่ดีได้ 3-6 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และสามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ได้ด้วยการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (Resistance training) สามารถลดระดับไขมันไม่ดีและไตรกลีเซอไรด์เช่นกัน อย่างไรก็ตาม การออกกำลังกายด้วยแรงต้านนั้นให้ผลในการลดระดับไขมันน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิก⁽¹⁶⁾ ดังนั้นการทำให้กลุ่มเสี่ยงที่มีไขมันในเลือดผิดปกติมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ถูกต้องตามหลัก FITT (Frequency, Intensity, Time, Type) ส่งผลต่อการมีสมรรถภาพหัวใจและหลอดเลือดที่ดีขึ้นโดยกระตุ้นและติดตามในระยะเวลาที่นานพอส่งผลให้สามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ดีขึ้นลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและมีสุขภาพดีอายุยืนยาว

จากผลการวิจัย การได้รับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติวัยทำงาน ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิตและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองให้สามารถลดระดับไขมันในเลือด และลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. สามารถนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติ ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นได้ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือด

หัวใจ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในหน่วยงานบริการสาธารณสุข

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นต้องใช้กระบวนการสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพมาเป็นกระบวนการที่สำคัญที่ช่วยต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งต้องเน้นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและมีความจำเป็นต้องสร้างทีมการเป็นโค้ชเพื่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพ (Lifestyle coach) ที่ปรึกษาที่มีศักยภาพและมาตรฐานที่มากเพียงพอครบทั้ง 6 เสาหลักในการดำเนินการ

3. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยศึกษาติดตามผลในระยะยาว 6 เดือน และระยะ 1 ปี เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯต่อการลดระดับไขมันในเลือด และความต่อเนื่องของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. นันทกร ทองแดง, สุทิน ศรีอำภุภาพ. ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ Dyslipidemia. กรุงเทพฯ : ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
2. World Health Organization. Cardiovascular-diseases (CVDs). [Internet]. 2020 [cited 3 Jan 2567]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
3. กรมควบคุมโรค. รณรงค์วันหัวใจโลก 2566. [อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 3 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้ https://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=37372&deptcode=brc&news_views=9057/
4. กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก. [อินเทอร์เน็ต] 2562 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 3 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้ จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/53fd1bc42cfe98c5f1d35f71179598eb.pdf>

5. กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาวะสังคมไทย ไตรมาสสอง ปี 2566. ปีที่ 21 หน้าที่ 11 ฉบับที่ 3 เดือนสิงหาคม 2566.
6. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs มุ่งหน้าสู่เป้าหมายระดับโลก. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2557.
7. Tariq MNM, Stojanovska L, Dhaheri ASA, Cheikh Ismail L, Apostolopoulos V, Ali HI. Lifestyle Interventions for Prevention and Management of Diet-Linked Non-Communicable Diseases among Adults in Arab Countries. Healthcare. [Internet]. 2022. [cited 3 Jan 25 6 7]. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare11010045>
8. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และภุติท เตชาดิวัฒน์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต: เวชปฏิบัติแนวใหม่แบบสหวิชาชีพเพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพไทย. 2565;1(4):456-63.
9. Bandura A. Self-Efficacy The Exercise of Control-W. H. Freeman & Co. 1997
10. เทิดศักดิ์ เดชคง, บรรณาธิการ. สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
11. พรฤดี นิธิรัตน์ และคณะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ที่อ้วนและมีไขมันในเลือดสูงในจังหวัดจันทบุรี: กรณีประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ต.ท่าช้าง อ.เมือง จังหวัดจันทบุรี. 2563. วารสารวิชาการสาธารณสุข; 29 ฉบับที่ (6).
12. นุสกร เนืองษา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(1):173-184
13. สุรัชวี รักด้วง. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2562;1(1):7-14
14. วริษา กันบัวลาและคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;29(3):1-14
15. Ballard AM , Davis A , Wong B , Lyn R , Thompson WR . The Effects of Exclusive Walking on Lipids and Lipoproteins in Women with Overweight and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Health Promot. [Internet]. 2022 ; 36 (2) : 328 - 339 [cited 15 Jul 2567]. Available from: [10.1177/08901171211048135](https://doi.org/10.1177/08901171211048135)
16. Riebe D, Ehrman KJ, Liguori G, Magal M, editor. (2017). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. [Internet]. 10th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer. [cited 15 Jul 25 6 7]. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7965558/mod_resource/content/1/Colegi0%20Americano%20de%20Medicina%20do%20Esporte_Guidelines%20for%20Exercise%20Testing%20and%20Prescription%20-%20ACSM%202018.pdf

สิ่งแวดล้อมศึกษา: แนวคิดการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้าน
บนฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน
Environmental Education: Concept to Conservation of Local
Herbal Plants Wisdom Base on Community Participation

สามารถ ใจเตี้ย

Samart Jaitae

ประธานหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

Program Director Master of Public Health, Chiang Mai Rajabhat University

¹Corresponding author, E-mail: samart_jai@cmru.ac.th

(Revised: November 9, 2024; Revised: December 3, 2024; Accepted: January 24, 2025)

บทคัดย่อ

รูปแบบการใช้ประโยชน์พืชในวิถีวัฒนธรรมดั้งเดิมของประชาชนในแต่ละพื้นที่นำมาสู่ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้าน ทั้งนี้การนำแนวคิดสิ่งแวดล้อมศึกษาอันเป็นกระบวนการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมมาพัฒนากิจกรรมเพื่อการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านจะก่อให้เกิดกระบวนการอนุรักษ์พื้นที่แหล่งสมุนไพรพื้นบ้าน การอนุรักษ์ความหลากหลายของชนิดพันธุ์ การถ่ายทอดกิจกรรมการอนุรักษ์ และการสะท้อนความสำคัญของบทบาทบุคลากรในหน่วยงานด้านสุขภาพในพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติภายใต้กิจกรรมสิ่งแวดล้อมศึกษาต้องสอดคล้องกับบริบทของชุมชน การเกิดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง รวมถึงการสนับสนุนข้อมูลด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องอันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการอนุรักษ์อย่างสมดุลและยั่งยืน

คำสำคัญ: ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้าน, สิ่งแวดล้อมศึกษา, การอนุรักษ์, การมีส่วนร่วมของชุมชน

ABSTRACT

The utilization of plants within their cultural beliefs led to the development of indigenous medicinal plant wisdom. An application can be useful for the concept of environmental education a process of learning and behavior change that is green environment, to develop activities for conserving indigenous medicinal plant wisdom, it is willing create processes for the conservation of medicinal plant habitats, the preservation of species diversity, the transmission of conservation activities, and the reflection of the role of local health officers. However, the practices within environmental education activities must match the community context, creation of community participation activities and includes supporting relevant academic information, which will lead to an appropriate results conservation process by balance and sustainability.

Keywords: indigenous medicinal plant wisdom, environmental education, conservation, community participation

บทนำ

ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรเข้ามามีบทบาทสำคัญในวิถีชีวิตมนุษย์แตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น พืชสมุนไพรหลายชนิดผ่านการทดลอง บันทึกลงและถ่ายทอดองค์ความรู้สู่การใช้ประโยชน์ทั้งการเป็นยารักษาโรคและอาหาร หรือถูกนำมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ที่สร้างมูลค่าและมีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจในหลายประเทศ⁽¹⁾ แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันกระแสการพัฒนาและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ส่งผลให้การใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพรโดยเฉพาะพืชสมุนไพรพื้นบ้านที่บรรพบุรุษสั่งสมมาถูกลดความสำคัญลง อย่างไรก็ตามพืชสมุนไพรก็ยังมีมีความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา มีรายงานการนำตำรับยาสมุนไพรพื้นบ้านมาผสมผสานเป็นทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนร่วมกับระบบการแพทย์สมัยใหม่ในประเทศอินเดีย⁽²⁾ และในจังหวัดทางภาคตะวันออกของประเทศปากีสถานประชาชนมีการใช้สมุนไพร 30 ชนิดเพื่อการป้องกันและรักษาโรคเกี่ยวกับทางเดินอาหาร และใช้ส่วนใบมาปรุงเป็นตำรับยาสมุนไพรร้อยละ 30⁽³⁾ ในส่วนของประเทศไทยมีพืชสมุนไพรพื้นบ้านหลากหลายชนิดที่สามารถคัดเลือกนำมาพืชสมุนไพรนั้นมาใช้ประโยชน์ในด้านอาหาร ยารักษาโรคและยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในด้านเกษตรกรรม มีรายงานการศึกษาพบว่า ในพื้นที่บ้านปานาดมีพืชสมุนไพรท้องถิ่นที่มีการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพร 32 วงศ์ 49 สกุล 50 ชนิด โดยการใช้ประโยชน์ใบของสมุนไพรมากถึงจำนวน 27 ชนิด⁽⁴⁾ ทั้งนี้ประชาชนในชุมชนสะลง - ซี่เหล็กมีการเรียนรู้การใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านจากบิดา-มารดา ร้อยละ 86.00 สมุนไพรพื้นบ้านที่นำมาใช้จากการปลูกเอง

ในบ้าน ร้อยละ 84.40 ซึ่งลักษณะพืชสมุนไพรพื้นบ้านที่ใช้ในปัจจุบันเป็นสมุนไพรสด ร้อยละ 84.70⁽⁵⁾

ทั้งนี้การพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมได้ส่งผลต่อรูปแบบการใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพรพื้นบ้านทั้งระบบ บางชนิดสูญหายไปจากแหล่งสมุนไพรตามธรรมชาติ (ม่อนยา) บางชนิดถูกนำออกจากป่าธรรมชาติมาปลูกไว้ตามพื้นที่อยู่อาศัยแต่ไม่สามารถเจริญเติบโตได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านยังมีปัจจัยความแตกต่างจากสภาพพื้นที่ วัฒนธรรมและความเป็นชาติพันธุ์ ระบบบริการด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ และระดับความรู้ซึ่งมักจะมุ่งถ่ายทอดให้เฉพาะคนในครอบครัวและญาติเท่านั้นทำให้มีจำนวนผู้รู้ที่สามารถใช้สมุนไพรในชีวิตประจำวันในชุมชนมีน้อย ในบางพื้นที่ยังขาดการบันทึกข้อมูลภูมิปัญญาไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ขาดผู้นำและหน่วยงานสนับสนุนในการถ่ายทอด คนรุ่นใหม่ไม่นิยมสืบทอดภูมิปัญญาการอนุรักษ์และการใช้สมุนไพรส่งผลให้สมุนไพรพื้นบ้านในชุมชนลดลง^(6,7) นอกจากนี้ การส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรเชิงเดี่ยวในเชิงพาณิชย์ การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรที่ยังไม่ครอบคลุม และการแสวงหาประโยชน์จากพืชสมุนไพรโดยไม่ให้ความสนใจกับกลุ่มคนดั้งเดิมที่เป็นเจ้าของภูมิปัญญา ปราชญ์การแพทย์เหล่านี้ส่งผลต่อความรู้ในการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านในเอเชีย⁽⁸⁾ ดังนั้นการแสวงหาแนวทางการอนุรักษ์เพื่อมิให้ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านในพื้นที่สูญหายไปพร้อมกับการพัฒนาต้องให้ความสำคัญต่อกระบวนการที่มุ่งสร้างจิตสำนึกและความห่วงใยในปัญหา โดยมีความรู้ เจตคติ ทักษะ ความตั้งใจจริง และความมุ่งมั่นที่จะหาทางแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ และป้องกันปัญหาใหม่ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดสิ่งแวดล้อมศึกษา (Environmental

Education) อันเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลแก้ไข ปัญหาสิ่งแวดล้อมทั้งการสำรวจปัญหา การมีส่วนร่วม ในการแก้ไข ปัญหา และการปรับปรุงสภาพปัญหา สิ่งแวดล้อมภายใต้ความเข้าใจและทักษะในการ ตัดสินใจ⁽⁹⁾ กระบวนการสิ่งแวดล้อมศึกษายังส่งเสริม ความตระหนักว่าสิ่งแวดล้อมศึกษาเป็นเครื่องมือหนึ่ง ที่ ในการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยอาศัย กระบวนการทางการศึกษาตลอดชีวิตในทุกช่วงวัยทั้งใน และนอกระบบโรงเรียน แนวคิดนี้ยังเป็นกระบวนการ เชื่อมโยงระหว่างสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และ การเมือง ให้เอื้อต่อการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม⁽¹⁰⁾ ซึ่งการถ่ายทอด ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นนับว่าเป็นการ ส่งเสริมการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดการสืบ ทอดจากรุ่นสู่รุ่นหากมีการจัดกิจกรรมถ่ายทอดความรู้ ทักษะและประสบการณ์เกี่ยวกับสมุนไพรของหมอ พื้นบ้านในชุมชนจะนำไปสู่การสร้างความมั่นคงทางภูมิ ปัญญาจากบรรดาปราชญ์ผู้สูงอายุสู่กลุ่มคนรุ่นใหม่ใน ชุมชน⁽¹¹⁾ รวมถึงหน่วยงานด้านสาธารณสุขในชุมชนทั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นต้องสนับสนุนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการ ใช้ประโยชน์ของพืชสมุนไพรพื้นบ้าน ^(11,12) จะเห็นได้ว่า สิ่งแวดล้อมศึกษามีกระบวนการที่สอดคล้องกับการ อนุรักษ์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านบนฐานการ เรียนรู้และการถ่ายทอดจากทุนในชุมชน บทความนี้จึง ได้ทบทวนแนวคิดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การเรียนรู้ชุมชน เพื่อการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านบนฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชนที่สามารถนำไปปฏิบัติได้

แนวคิดสิ่งแวดล้อมศึกษา

สิ่งแวดล้อมศึกษาเป็นกระบวนการทาง การศึกษาที่เน้นให้ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคมทั้งที่เป็นรูปธรรม

และนามธรรมที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อมนุษย์ กระบวนการนี้จะ สร้างเจตคติ พฤติกรรม และค่านิยมในการอนุรักษ์และ พัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตของตนเอง และสังคมส่วนรวม⁽¹³⁾ สิ่งแวดล้อมศึกษาเป็นการ ผสมผสานความรู้วิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ โดย มองปัจจัยการพัฒนาองค์ความรู้ผู้เรียนเป็นสำคัญ โดย การศึกษาสิ่งแวดล้อมมีผลผลิตเป็นคุณธรรมและ จริยธรรมจากการให้ผู้เรียนเข้าใจสิ่งแวดล้อมตั้งแต่ แรกเริ่มจนนำไปสู่การตระหนัก และปรับมุมมอง ตลอดจนการพัฒนาแนวคิดและการปฏิบัติตนต่อ สิ่งแวดล้อม ทั้งนี้สิ่งแวดล้อมศึกษามีวัตถุประสงค์⁽¹⁰⁾ ดังนี้

1. สร้างความรู้ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับพื้นฐานทางสิ่งแวดล้อมทั้งมวลรวมทั้งปัญหา หน้าที่ความรับผิดชอบและบทบาทของมนุษย์ที่มีต่อ สิ่งแวดล้อมเนื่องจากมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งที่มีอาจ แยกตัวออกมาได้จากระบบอันประกอบด้วยตัวมนุษย์ เอง รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ทางชีวภาพกายภาพ ทั้งให้เข้าใจว่ากิจกรรมของมนุษย์ นั้นส่งผลกระทบต่อระบบความสัมพันธ์ในสิ่งแวดล้อม ได้เสมอ รวมถึงให้มองเห็นวิถีทางแก้ไข และเข้าใจ บทบาทความรับผิดชอบของรัฐและประชาชนต่อ ปัญหาสิ่งแวดล้อมนั้น

2. สร้างความตระหนัก ให้มีความตระหนัก ต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมทั้งมวล โดยมีความตื่นตัวต่อ ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น ไม่นิ่งเฉยต่อปัญหา สิ่งแวดล้อมนั้น เพราะคิดว่าจะไม่ใช่หน้าที่ของตนเอง

3. สร้างเจตคติ ให้มีค่านิยมและความรู้สึกที่ดี ในเรื่องสิ่งแวดล้อม โดยมองเห็นคุณค่าของสิ่งแวดล้อม ที่มีคุณภาพ ทั้งนี้เพื่อจะได้เป็นแรงกระตุ้นให้เข้ามามี ส่วนร่วมในการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นและ

พร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมด้วย

4. เสริมสร้างทักษะ ให้มีทักษะ ความชำนาญ ในการแก้ไขปัญหาทางสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รู้จักแนวทางในการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้องและเหมาะสม

5. เสริมสร้างความสามารถในการประเมิน ให้รู้จักประเมินมาตรการสิ่งแวดล้อม รวมทั้งศึกษาโครงการในสวนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางนิเวศวิทยา การเมือง เศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา

6. เสริมสร้างการมีส่วนร่วม ให้มีการพัฒนาความรู้สึกรับผิดชอบต่อการหากวิธีที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นอย่างเร่งด่วน โดยสนับสนุนให้บุคคลและสังคมได้มีโอกาสเข้าร่วมงานเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมทุกระดับ

จะเห็นได้ว่าจุดมุ่งหมายของสิ่งแวดล้อมศึกษา ไม่ได้หมายถึงแค่การร่วมกันอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมอย่างเดียวนั่น แต่เป็นความพยายามในการสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การสร้างเจตคติเพื่อให้ตระหนักรู้และมีทักษะในการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้การให้ความรู้แค่เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมได้ จึงจำเป็นต้องอาศัยจิตสำนึก ทศนคติที่ดีและความมุ่งมั่นในตัวบุคคลอีกด้วย ดังนั้นการสอนสิ่งแวดล้อมศึกษาจึงเน้นด้านกระบวนการพัฒนาคนให้ทั้งมีความรู้และมีเจตคติที่ดีเพื่อเป็นกำลังสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนสำหรับชุมชนที่เสนอให้หน่วยงานและองค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับบทบาทการเป็นผู้นำการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนสำหรับ

ชุมชนและควรจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อสื่อสารกับประชาชน การให้ความรู้การสร้างเสริมทัศนคติและการมีส่วนร่วมในปัญหาสิ่งแวดล้อม กระตุ้นความรู้สึกห่วงใยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนให้เกิดขึ้นกับประชาชน⁽¹⁵⁾

สิ่งแวดล้อมศึกษาเพื่อการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้าน

กระบวนการการอนุรักษ์พืชสมุนไพรพื้นบ้าน ได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานแต่ยังไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่หน่วยงานแต่ละพื้นที่กำหนด หลายพื้นที่ทั่วโลกยังมีการทำลายแหล่งพืชสมุนไพรตามธรรมชาติ ขาดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และมีการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรเชิงการค้าที่มีแนวโน้มเพิ่มความต้องการตามจำนวนประชากรโลกที่เพิ่มขึ้น รวมถึงระบบและกลไกที่ดำเนินการในปัจจุบันเพื่อแก้ไขปัญหาภัยขาดกิจกรรมที่เหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดสิ่งแวดล้อมศึกษาของหลายประเทศได้สะท้อนผลลัพธ์ที่ดี ดังเช่นในเมืองจิวา (Jiwa) ประเทศเอธิโอเปียที่ประชาชนมีการใช้สมุนไพรพื้นบ้านทั้งการดูแลสุขภาพตนเองและสัตว์เลี้ยง แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันภูมิปัญญาเหล่านี้กำลังเสี่ยงต่อการสูญหายและแหล่งสมุนไพรมีการบุกรุกทำลาย ทั้งนี้ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์สำคัญโดยการให้ชุมชนอนุรักษ์พื้นที่แหล่งสมุนไพรและพื้นฟูองค์ความรู้พื้นฐานการมีส่วนร่วม⁽¹⁶⁾ ส่วนในชุมชนด้านตะวันออกของประเทศยูกันดา (Uganda) ซึ่งประชาชนใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาอาการไอ แผลในกระเพาะอาหาร และมาลาเรีย แต่มีเพียงประชาชนบางส่วนเท่านั้นที่มีความพยายามในการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านทั้งนี้การนำแนวคิดป่าแห่งจิตวิญญาณเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการอนุรักษ์ในพื้นที่

ส่วนการบังคับใช้กฎหมายยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁷⁾ ในประเทศไทยมีการดำเนินกิจกรรมการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านด้วยแนวคิดสิ่งแวดล้อมศึกษาภายใต้หลักการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและจัดการทรัพยากรธรรมชาติที่เหมาะสมและได้รับประโยชน์สูงสุดทั้งการวางแผนการจัดการทรัพยากรธรรมชาติอย่างชาญฉลาดที่ต้องเชื่อมโยงกับการพัฒนา สังคม เศรษฐกิจ การเมือง และคุณภาพชีวิตอย่างกลมกลืน ตลอดจนรักษาไว้ซึ่งความสมดุลของระบบนิเวศควบคู่กันไป ซึ่งการนำหลักการข้างต้นสู่การปฏิบัติในการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้าน ควรพิจารณาถึง⁽¹⁸⁾

1. การใช้ หมายถึง การใช้หลายรูปแบบ เช่น การบริโภคโดยตรง การนำไปผลิตเป็นยาสมุนไพร การนำไปปลูกเชิงการค้า เป็นต้น ซึ่งปรากฏการณ์เหล่านี้ต้องให้ความสำคัญต่อหลักการใช้ทรัพยากรที่ยั่งยืน

2. การเก็บกัก หมายถึง การรวบรวมและเก็บกักทรัพยากรที่มีแนวโน้มที่จะขาดแคลนในบางเวลา หรือคาดว่าจะเกิดวิกฤตการณ์เกิดขึ้น บางครั้งอาจเก็บกักเอาไว้เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ในปริมาณที่สามารถควบคุมได้

3. การรักษา/การซ่อมแซม หมายถึง การดำเนินการใดๆ ต่อทรัพยากรที่ขาดไป/ไม่ทำงานตามพฤติกรรม/เสื่อมโทรม/เกิดปัญหา เป็นจุด/พื้นที่เล็กๆ สามารถให้ฟื้นคืนสภาพเดิมได้ อาจใช้เทคโนโลยีที่มนุษย์สร้างขึ้น ช่วยให้เหมือนเดิมจนสามารถนำไปใช้ได้

4. การฟื้นฟู หมายถึง การดำเนินการใดต่อทรัพยากรหรือสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรมให้สิ่งเหล่านั้นเป็นปกติ สามารถเอื้อประโยชน์ต่อไป ซึ่งการฟื้นฟูต้องใช้เวลาและเทคโนโลยีเข้าช่วยด้วยเสมอ

5. การพัฒนา หมายถึง การทำสิ่งที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น การที่ต้องพัฒนาเพราะต้องการเร่งหรือเพิ่ม

ประสิทธิภาพให้เกิดผลผลิตที่ดีขึ้น การพัฒนาที่ถูกต้องนั้น ต้องใช้ทั้งความรู้ เทคโนโลยี และการวางแผนที่ดี

6. การป้องกัน หมายถึง การป้องกันสิ่งที่เกิดขึ้นมิให้ลุกลามมากกว่านี้ รวมไปถึงป้องกันบางสิ่งบางอย่างไม่ให้เกิดขึ้นอีกด้วย ซึ่งการป้องกันต้องใช้เทคโนโลยีและการวางแผน เช่นเดียวกับวิธีการอนุรักษ์อื่น

7. การสงวน หมายถึง การเก็บไว้โดยไม่แตะต้องหรือนำไปใช้ด้วยวิธีใดๆก็ตาม การสงวนอาจกำหนดเวลาที่เก็บไว้โดยไม่ให้มีการแตะต้องตามเวลาที่กำหนดไว้ก็ได้

8. การแบ่งเขต หมายถึง ทำการแบ่งเขตหรือกลุ่ม/ประเภทตามคุณสมบัติของทรัพยากรสาเหตุที่สำคัญเพราะวิธีการให้ความรู้ หรือกฎระเบียบที่นำมาใช้นั้นไม่ได้ผลหรือต้องการจะแบ่งเขตให้ชัดเจนเพื่อให้การอนุรักษ์ได้ผล เช่น อุทยานแห่งชาติ เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า เป็นต้น อย่างไรก็ตามการแบ่งเขตนี้จะต้องมีการสร้างมาตรการกำกับด้วยมิฉะนั้นแล้วจะไม่เกิดผล

อย่างไรก็ตามในการฟื้นฟูและอนุรักษ์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านในระดับชุมชนด้วยแนวคิดสิ่งแวดล้อมศึกษานอกจากจะให้บทบาทแก่ประชาชนในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมแล้วยังต้องให้ความสำคัญหรือสิทธิแห่งความรู้หรือภูมิปัญญาอันเป็นศาสตร์หรือวิชาดั้งเดิมของท้องถิ่นนั้น สอดคล้องกับความรู้ดั้งเดิมของประชาชนในตำบลรังเว (Rungwe) ที่ยังส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้และการอนุรักษ์พืชสมุนไพรพื้นบ้าน ทั้งนี้ผู้ใหญ่มักมีความรู้ดั้งเดิมมากกว่าประชาชนกลุ่มอื่น และเพศชายมีความดั้งเดิมเกี่ยวกับการอนุรักษ์พืชสมุนไพรพื้นบ้านมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁹⁾ สอดคล้องกับข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการ

อนุรักษ์พืชสมุนไพรพื้นบ้านในชุมชนสะลวง – ชี้เหล็ก อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่⁽²⁰⁾ ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมกันเสนอแนะไว้ ดังนี้

1. การอนุรักษ์พื้นที่แหล่งสมุนไพรพื้นบ้าน โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการกิจกรรมที่เกี่ยวกับการปรับปรุงพื้นที่ป่าชุมชนให้เหมาะสมต่อการเรียนรู้ของผู้ที่สนใจ นอกจากนี้พื้นที่สาธารณะที่ชุมชนไม่ใช่ประโยชน์อาจนำมาจัดทำเป็นพื้นที่สาธิตการปลูกสมุนไพรพื้นบ้านที่สามารถนำมาเป็นอาหารและให้ร่มเงาซึ่งอาจนำไปสู่การเป็นสถานที่ออกกำลังกายหรือสถานที่พักผ่อนของประชาชนได้ รวมถึงสร้างกิจกรรมชุมชนโดยนำแนวคิดนิเวศวัฒนธรรมมาเป็นแนวทางสู่การปฏิบัติ

2. การอนุรักษ์ความหลากหลายของชนิดพันธุ์พืชสมุนไพรพื้นบ้านที่สาเหตุของการสูญเสียความหลากหลายของส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ประชาชนนำพืชสมุนไพรมาปลูกในพื้นที่ครัวเรือน สมุนไพรบางชนิดไม่สามารถเจริญเติบโตได้ บางชนิดถูกใช้ประโยชน์เกินกำลังที่จะเจริญเติบโตได้ตามความต้องการของประชาชน ทั้งนี้การดำเนินการกิจกรรมโครงการอนุรักษ์ความหลากหลายของชนิดพืชสมุนไพรพื้นบ้านและพืชสมุนไพรที่เป็นยาโดยให้ผู้สูงอายุเป็นแกนนำ รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจจะต้องดำเนินการขยายพันธุ์สมุนไพรที่ใกล้สูญพันธุ์ และแจกจ่ายให้ประชาชนนำไปปลูกในพื้นที่ของตนเอง

3. การถ่ายทอดกิจกรรมการอนุรักษ์พืชสมุนไพรพื้นบ้าน ผู้สูงอายุและหมอพื้นบ้านมักจะถ่ายทอดองค์ความรู้โดยการบอกเล่าผ่านการจดบันทึกและตำรา ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับสรรพคุณปริมาณการใช้และวิธีการปลูกของพืชสมุนไพรแต่ละชนิด ทั้งนี้ควรจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เพื่อให้เยาวชนในพื้นที่ได้เรียนรู้ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริม

การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ประชาชน และหมอพื้นบ้านในการเสริมประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับสมุนไพรพื้นบ้านให้กับนักเรียน นักศึกษา และประชาชนทั่วไป

4. การเพิ่มบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานราชการอื่นในพื้นที่เพื่อเสริมสร้างกระบวนการรับรู้ของประชาชน ด้วยกระบวนการการพัฒนาพื้นที่ชุมชนให้เป็นแหล่งท่องเที่ยว และควรสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมทั้งการวิจัยและการบริการวิชาการอันจะเกิดประโยชน์ต่อประชาชนและเป็นการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานด้านสมุนไพรพื้นบ้านร่วมกัน

เช่นเดียวกับแนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านในพื้นที่ลุ่มน้ำลี้ จังหวัดลำพูนที่เสนอแนะการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนการสร้างเสริมกิจกรรมและแหล่งเรียนรู้ในชุมชนสู่การสร้างโอกาสการแลกเปลี่ยนเรียนรู้⁽²¹⁾ ดังนี้

พื้นที่ต้นน้ำ: จากสภาพพื้นที่ทางกายภาพที่ยังประกอบด้วยพื้นที่ป่าไม้ส่งผลให้วิถีชีวิตของประชาชนส่วนใหญ่ยังคงดำรงชีวิตและแสวงหาพืชสมุนไพรพื้นบ้านมาใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้ไม่มากนัก แต่พื้นที่เหล่านี้กำลังเผชิญการบุกรุกของประชาชนในและนอกพื้นที่เพื่อการปลูกไม้ผลและพืชไร่มากขึ้น แนวทางการอนุรักษ์ควรพัฒนากิจกรรมชุมชนที่เชื่อมโยงกับสิ่งเหนือธรรมชาติเพื่อสร้างความตระหนักของประชาชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาติพันธุ์กะเหรี่ยง เช่น การเลี้ยงผีต้นน้ำ การสืบทอดปา การเลี้ยงผีผาย เป็นต้น

พื้นที่กลางน้ำและปลายน้ำ: ในชุมชนกลางน้ำและปลายน้ำเผชิญปัญหาทั้งการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของแม่น้ำและการใช้ประโยชน์ที่ดิน สภาพป่าธรรมชาติถูกบุกรุกเพื่อการอยู่อาศัยและการเกษตร

(มะม่วงและลำไย) พื้นที่ป่าธรรมชาติบางแห่งเป็นป่ากร่ำกร้างที่รอการฟื้นฟู ส่วนโครงสร้างทางสังคมมีความซับซ้อนและหลากหลายของกลุ่มคน แต่ยังมี ความเข้มแข็งของชุมชนบางแห่งที่พยายามสร้างและนำ กิจกรรมชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการอนุรักษ์และฟื้นฟู แหล่งทรัพยากรป่าไม้มาประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นแนวทางทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญา สมุนไพรพื้นบ้านควรมุ่งเน้นการพัฒนากิจกรรมชุมชน เช่น การฟื้นฟูสภาพป่ากร่ำกร้างบริเวณลุ่มน้ำลี้ตอนกลาง โดยการปลูกป่าทดแทน การส่งเสริมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนภายใต้ความเข้มแข็งของผู้นำหรือ กลุ่มคน รวมถึงการสร้างและพัฒนาโอกาสการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น การเรียนรู้ผ่านการเรียนการสอนในสถานศึกษาทุกระดับในพื้นที่และส่งเสริมการ ศึกษาวิจัยด้านสมุนไพรพื้นบ้าน

จากแนวทางการอนุรักษ์ ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านที่นำเสนอข้างต้นการก่อเกิดแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน รวมถึงการสนับสนุนข้อมูลด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องอันจะนำไปสู่การอนุรักษ์ที่ได้ผลลัพท์ที่เหมาะสม ซึ่งการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมศึกษาผ่านกิจกรรมชุมชนทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในแต่ละชุมชนและการส่งเสริมการพัฒนาทักษะในการปกป้องสิ่งแวดล้อมเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างความรู้และความเข้าใจปัญหาการอนุรักษ์พืชสมุนไพรพื้นบ้านได้ โดยเฉพาะภูมิปัญญาอันเป็นองค์ความรู้ชุมชนดั้งเดิมที่ส่งผ่านประสบการณ์และการปฏิบัติเกี่ยวกับการอนุรักษ์สมุนไพรพื้นบ้านที่มีความสำคัญต่อรูปแบบการอนุรักษ์สมุนไพรพื้นบ้าน ซึ่งควรดำเนินการอนุรักษ์และส่งเสริมองค์ความรู้เหล่านี้ให้คงอยู่กับชุมชนและมีการส่งผ่านองค์ความรู้สู่การประยุกต์ใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

สรุป

การฟื้นฟูและอนุรักษ์ภูมิปัญญาพืชสมุนไพรพื้นบ้านในระดับชุมชนด้วยแนวคิดสิ่งแวดล้อมศึกษาซึ่งเป็นการผสมผสานความรู้วิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ เพื่อสร้างความรู้ สร้างความตระหนัก สร้างเจตคติ เสริมสร้างความสามารถในการประเมิน และเสริมสร้าง การมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถประยุกต์ใช้สู่การพัฒนา กิจกรรมเพื่อการอนุรักษ์พื้นที่ ชนิดพันธุ์ การถ่ายทอดภูมิปัญญา และการสะท้อนบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรที่ สอดคล้องกับลักษณะทางกายภาพและสังคมของแต่ละพื้นที่ กลไกเหล่านี้อาจเป็นแนวทางที่เหมาะสมต่อการอนุรักษ์ภายใต้วิถีชุมชนที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตาม กระแสการพัฒนา

เอกสารอ้างอิง

1. Fatemeh J.K, Zahra L, Hossein A.K. Medicinal plants: Past history and future perspective. *Herbmed Pharmacol* 2018; 7(1), 1 – 7.
2. Saikat S, Raja C. Revival, modernization, and integration of Indian traditional herbal medicine in clinical practice: Importance, challenges and future. *Journal of Traditional and Complementary Medicine* 2017; 7(2), 234 – 244.
3. Aziz MA, Adhan M, Khan AH, et al. Traditional uses of medicinal plants practiced by the indigenous communities at Mohmand Agency, FATA, Pakistan. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 2018; 14(2), 1 - 16.
4. ปิยะนุช เหลืองงาม, อิศรารัตน์ มาขันพันธ์. การอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรท้องถิ่นบ้านนาป่าหนาด ตำบลเขาแก้ว อำเภอ เชียงคาน จังหวัดเลย. *วารสาร มจร.ทริภุชชัยปริทรรศน์* 2566; 7(3), 73 - 87.

5. สามารถ ใจเตี้ย, ชัชชญา สมมณี, วรุฒิ จินะสุข, ปัทมา ธรรมใจ. การใช้ประโยชน์ และข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการอนุรักษ์สมุนไพรพื้นบ้าน: กรณีศึกษาชุมชนสะลวง – ชี้เหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. *วิจัยราชภัฏเชียงใหม่* 2564; 22(2), 90 – 102.
6. สามารถ ใจเตี้ย, ณรงค์ ณ เชียงใหม่. ปัจจัยทำนายนการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านของประชาชนลุ่มน้ำ ลี้ จังหวัดลำพูน. *วารสารราชพฤกษ์* 2560; 15(3), 70 – 78.
7. สุภรชต์ อินทรเทพ, สุวารี ศรีปุณณะ, ผมหอม เชิดโกทา. สภาพปัญหาและแนวทางพัฒนาการถ่ายทอดภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการดำรงชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมในชุมชนจังหวัดสระแก้ว. *วารสาร มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ วิทยาลัยอภิศาสตร์ในพระบรมราชูปถัมภ์* 2560; 12(2), 275 – 285.
8. Astutik S, Pretzsch J, Ndzifon Kimengsi J. Asian medicinal plants' production and utilization potentials: A review. *Sustainability* 2019; 11(19), 5483.
9. United States Environmental Protection Agency. What is Environmental Education? [internet]. 2023 [cited 2024 Oct 16]. Available from: <https://www.epa.gov/education/what-environmental-education>.
10. . สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม. ความรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา. [ออนไลน์]. (ม.ป.ท.) [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://adeq.or.th/สิ่งแวดล้อมศึกษา/>
11. นำพล แปนเมือง, ปภาภัสสร ธีระพัฒน์วงศ์, เพชรรัตน์ รัตนชมภู. แนวทางการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสมุนไพรพื้นบ้าน กรณีศึกษา: ตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี* 2566; 12(1), 37 - 50.
12. สามารถ ใจเตี้ย, ศศิกันญา ผ่องชมพู, ชัชญา สมมณี. ภูมิปัญญาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนสะลวง – ชี้เหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2565; 30(2), 23 – 32.
13. วินัย วีระพัฒนานนท์. สิ่งแวดล้อมศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์; 2555.
14. พิชญา ปิยจันทร์. สิ่งแวดล้อมศึกษา: กระบวนการเรียนรู้ผ่านการลงมือทำอย่างเท่าเทียม. *วารสารสิ่งแวดล้อม* 2560; 21(3), 38 - 42.
15. ก่อโชค นันทสมบุรณ์. การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อการจัดการ สิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนสำหรับชุมชนตำบลลาพาน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2565.
16. Derso, Y.D., Kassaye, M., Fassil, A, et al. Composition, medicinal values, and threats of plants used in indigenous medicine in Jawi District, Ethiopia: implications for conservation and sustainable use. *Scientific Report* 2024; 14, 23638

17. Ssenku JE, Okurut SA, Namuli A, et.al. Medicinal plant use, conservation, and the associated traditional knowledge in rural communities in Eastern Uganda. *Tropical Medicine and Health* 2022; 50(1), 39.
18. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา (2566) ความสำคัญของทรัพยากรธรรมชาติ. [ออนไลน์]. (2566) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 2 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://aomboy53.wixsite.com/kru-ohm/blank-smh10>
19. Suma S.K. Indigenous knowledge and conservation of medicinal plants in Rungwe district, Tanzania. *Open Access Library Journal* 2020; 7, 7.
20. สามารถ ใจเตี้ย, สิวลี รัตนปัญญา, กานต์ ชัญญา แก้วแดง และคณะ. วิถีชุมชน ความหลากหลาย และแนวทางการอนุรักษ์พืชสมุนไพรพื้นบ้านชุมชนสะลวง – ชี้เหล็ก อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2563.
21. สามารถ ใจเตี้ย, สิวลี รัตนปัญญา, มุจลินทร์ แปงศิริ. (2562). ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ: กรณีศึกษา กลุ่มน้ำลี่ จังหวัดลำพูน. *วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต* 2562; 7(2), 134 – 143.

อิทธิพลของสื่อ TIKTOK ต่อมุมมองสุขภาพแบบองค์รวมในเด็กและเยาวชน The Influence of TikTok on Holistic Health Perspectives in Children and Youth

ธารทิพย์ มีจอม¹ ตุกตา ศรีอาภรณ์² วิทวัส ดอนสินฟู³
ศิริณทิพย์ จายะกัน⁴ ศุภินี จรทะผา⁵ กิตรีวี จิรรัตน์สถิต^{6*}
Thanthip Michom¹, Tukata Sriarporn², Wittawat Donsinphun³
Sirintip Jayakan⁴, Suttinee Jontapa⁵, Kitrawee Jirratsatit^{6*}
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์^{1,2,3,4,5,6}
Faculty of Public Health, Thammasat University^{1,2,3,4,5,6}

¹Corresponding author, kitrawee.j@fph.tu.ac.th

(Revised: December 4, 2024; Revised: December 16, 2024; Accepted: February 1, 2025)

บทคัดย่อ

โลกได้ก้าวเข้าสู่สังคมออนไลน์อย่างเต็มรูปแบบ การเข้าถึงแอปพลิเคชันต่าง ๆ จึงทำได้ง่ายขึ้น หนึ่งในแอปพลิเคชันที่กำลังได้รับความนิยมอย่างมาก เช่น TIKTOK ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย คนในทุกกลุ่มวัยสามารถดาวน์โหลดและเข้าใช้งานได้ ถึงแม้มีกำหนดอายุผู้เข้าใช้งานขั้นต่ำคือ 13 ปีขึ้นไป แต่ยังคงพบรายงานว่าเด็กอายุต่ำกว่านี้ ซึ่งจัดอยู่ในวัยเรียน สามารถเข้าใช้งานบนแอปพลิเคชันได้อยู่ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของแอปพลิเคชัน TIKTOK ต่อการสร้างมุมมองสุขภาพแบบองค์รวมของเด็กและเยาวชน รวมถึงผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบ เพื่อเสนอแนวทางการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในบริบทยุคดิจิทัล จากการศึกษาพบว่าอิทธิพลของสื่อ TIKTOK ในมุมมองสุขภาพแบบองค์รวมของเด็กและเยาวชน ทำให้เด็กมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เกิดความคิดสร้างสรรค์ มีความมั่นใจในตนเอง มีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม แต่ถ้าหากไม่มีการควบคุมการใช้งานและคำแนะนำจากผู้ปกครองอาจทำให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพทุกมิติได้ รวมถึงก่อให้เกิดพฤติกรรมการเล่นแบบที่ไม่เหมาะสม ผลจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดการประเด็นด้านสุขภาพแบบองค์รวมต่อการเข้าถึงสื่อ TIKTOK ในกลุ่มเด็กและเยาวชนหรือวัยอื่น ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในด้านสาธารณสุขต่อไป

คำสำคัญ: TIKTOK, เด็กและเยาวชน, สุขภาพแบบองค์รวม, มุมมองสุขภาพ, อิทธิพลของสื่อ

ABSTRACT

The world has fully transitioned into an online society, making access to various applications increasingly seamless. One of the most popular applications today is TIKTOK, which is easily accessible to people of all ages. Although the minimum age for users is set at 13 years old, reports indicate that younger children, particularly those of school age, are still able to access and use the platform. This article aims to explore the influence of the TIKTOK application on the holistic health perspective of children and youth, examining both the positive and negative impacts, and proposing ways to promote holistic health in the digital era. The study reveals that TIKTOK has influenced the holistic health perspective of children and youth by encouraging physical movement, fostering creativity, building self-confidence, and enhancing social interaction. However, without proper usage control and parental guidance, it could negatively impact all aspects of health. This includes promoting inappropriate imitative behaviors. The findings from this study can serve as a guideline for addressing holistic health issues related to TikTok usage among children, youth, and other age groups, contributing to the field of public health in the future.

Keywords: TIKTOK, Children and Youth, Holistic Health, Health Perspectives, Media Influence

บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่ได้เปลี่ยนวิถีทางการดำเนินชีวิต รวมทั้งการสื่อสารของคนในสังคม ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่าสื่อหรือเครื่องมือสื่อสารที่ได้รับความนิยมในแต่ละช่วงเวลาจะมีอิทธิพลต่อความคิด และเป็นปัจจัยที่กำหนดกรอบแนวคิดและความเข้าใจในการมองโลกในปัจจุบันของแต่ละบุคคล⁽¹⁾ ปัจจุบันปฏิเสธไม่ได้เลยว่าโลกก้าวเข้าสู่สังคมออนไลน์อย่างเต็มรูปแบบ ผสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่เอื้อต่อการใช้สื่อออนไลน์ในการทำกิจกรรมและสนองความต้องการของตนเอง⁽²⁾ หากกล่าวถึงแอปพลิเคชันที่นับได้ว่าได้รับความนิยมอย่างมากในช่วง 3-4 ปี ที่ผ่านมาและยังคงได้รับความนิยมอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันคงจะต้องยกให้กับแอปพลิเคชัน TIKTOK จุดเริ่มต้นของเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่เรียกว่า แอปพลิเคชัน TIKTOK มีจุดกำเนิดมาจากประเทศจีนโดยมีจุดประสงค์ในการสร้างพร้อมเผยแพร่วิดีโอความยาวไม่เกิน 60 วินาที บนโลกออนไลน์เพื่อให้ผู้ที่สนใจได้เข้ามารับชม ด้วยลักษณะของแอปพลิเคชัน TIKTOK

ใช้ในการสร้างสรรค์คลิปวิดีโอสั้น ๆ มีฟังก์ชันในการสร้างสรรค์และตัดต่อคลิปวิดีโอที่หลากหลาย ทำให้ผู้ใช้งานสามารถแสดงพฤติกรรมและความเป็นตัวตนผ่านการสร้างเนื้อหาที่มีความหลากหลายของประเภทวิดีโอทั้งสาระความบันเทิง ความรู้ และเรื่องราวในชีวิตประจำวัน เป็นต้น โดยผู้ใช้งานสามารถแบ่งปันให้ผู้ใช้งานคนอื่น ๆ เห็นได้ อีกทั้งยังสามารถแชร์คลิปวิดีโอไปยังแพลตฟอร์มอื่น ๆ และสามารถเลื่อนหน้าจอโทรศัพท์มือถือเพื่อเปลี่ยนไปยังคลิปวิดีโอถัดไปได้อย่างรวดเร็ว⁽³⁾ อันเป็นจุดเด่นของแอปพลิเคชัน TIKTOK

จากสถิติยอดการดาวน์โหลดแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ Apptopia เปิดเผยว่าแอปพลิเคชันที่ได้รับการดาวน์โหลดมากที่สุดในโลกในปี 2022 ได้แก่ แอปพลิเคชัน TIKTOK ซึ่งถือได้ว่า TIKTOK สามารถครองบัลลังก์แอปโซเชียลและได้เป็นแชมป์ถึง 3 ปีติดต่อกัน โดยมียอดการดาวน์โหลดสูงถึง 672 ล้านครั้ง ในประเทศไทยมีจำนวนผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน TIKTOK ที่อายุเกิน 18 ปีขึ้นไป มากถึง 35.8 ล้านคน คิดเป็น

สัดส่วนของประชากรทั้งประเทศกว่า 51.1 %⁽⁴⁾ นอกจากนี้แอปพลิเคชัน TIKTOK ยังคงได้รับความนิยมเป็นอย่างมากในกลุ่มเด็กและเยาวชนเช่นกัน แม้ว่าแอปพลิเคชันจะมีการกำหนดอายุผู้ใช้งานขั้นต่ำคืออายุ 13 ปี ขึ้นไป แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้เลยว่ามีเด็กจำนวนมากที่มีอายุต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดได้เข้ามาใช้งานแอปพลิเคชัน⁽⁵⁾ จากผลการศึกษาเปิดเผยว่า เด็กที่มีอายุระหว่าง 4-18 ปี มีพฤติกรรมใช้งาน TIKTOK เพิ่มขึ้น 60 % เฉลี่ย 112 นาทีต่อวันในปี 2023⁽⁶⁾

อย่างไรก็ตามการเข้าถึงสื่อ TIKTOK ของเด็กและเยาวชนมีผลต่อสุขภาพแบบองค์รวมในทุกด้านทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เนื่องจากเป็นวัยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะส่งผลให้ขาดวิจารณญาณในการแยกแยะข่าวสารข้อมูล อาจเชื่อข่าวปลอมข้อมูลเท็จ การเลือกคบเพื่อนออนไลน์ ถูกล่อลวง นัดพบแล้วเกิดอันตรายการเลียนแบบพฤติกรรม และการเสพติดการใช้งานมากเกินไป⁽⁷⁾ จึงต้องมีคำแนะนำเกี่ยวกับการรับชมสื่อต่างๆ อย่างเหมาะสม ในทางกลับกันการใช้ TIKTOK ก็สามารถเสริมความมั่นใจในตนเอง ได้แสดงความสามารถที่มี พัฒนาทักษะความคิดสร้างสรรค์อย่างเต็มที่ การสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสร้างแรงบันดาลใจและพลังบวก จะทำให้เด็กมีความภูมิใจในตนเองซึ่งความภูมิใจเป็นรากฐานสำคัญที่มีผลต่อสุขภาวะ หากมีความมั่นใจในตนเองอยู่ระดับที่สูงก็จะมีผลต่อสุขภาวะทางอารมณ์เชิงบวกทำให้สามารถรับมือกับปัญหาได้ดี จัดการกับความเครียดได้ เพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจ⁽⁸⁾ นำไปสู่การที่มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ทั้งกาย จิต สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณเพราะทุกมิติล้วนแล้วแต่มีความเชื่อมโยงกัน⁽⁹⁾ การมีความสมบูรณ์สุขภาพดีหรือความแข็งแรงของร่างกายไม่ได้มองเพียงด้านใดด้านหนึ่ง ยังรวมไปถึงด้านจิตใจ สังคม

อารมณ์และจิตวิญญาณ หรือเรียกว่า สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health)

การศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์อิทธิพลของแอปพลิเคชัน TIKTOK ต่อการสร้างมุมมองสุขภาพแบบองค์รวมในเด็กและเยาวชน เพื่อสร้างความเข้าใจในอิทธิพลผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อมุมมองสุขภาพในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะนำมาแก้ไขและเป็นแนวทางการจัดการประเด็นด้านสุขภาพ เพื่อเสนอแนวทางการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อประเด็นการเข้าถึงสื่อ TIKTOK ของเด็กและเยาวชนในบริบทของยุคดิจิทัลได้อย่างเหมาะสม

ขอบเขตของการเขียน (Scope)

การวิเคราะห์อิทธิพลของแอปพลิเคชัน TIKTOK ต่อการสร้างมุมมองสุขภาพแบบองค์รวมในเด็กและเยาวชน โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือเด็กและเยาวชนที่มีการใช้งานแอปพลิเคชัน TIKTOK ครอบคลุมทั้งผู้ใช้งานที่อายุต่ำกว่าเกณฑ์ มีการวิเคราะห์อิทธิพลของการใช้งาน TIKTOK ต่อมุมมองสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) ซึ่งประกอบไปด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสุขภาพสังคม ด้านสุขภาพอารมณ์และจิตวิญญาณ ในบริบทของประเทศไทยเพื่อทำความเข้าใจอิทธิพลของแอปพลิเคชัน TIKTOK ที่มีต่อสุขภาพแบบองค์รวมในเด็กและเยาวชน

แนวคิดสุขภาพองค์รวม (Holistic health)

คำว่า "องค์รวม" หรือ Holistic มาจากคำว่า Holos หรือ Whole ในภาษากรีก หมายความว่าความเป็นจริงทั้งหมด หรือความสมบูรณ์ทั้งหมดของสรรพสิ่ง มีเอกลักษณ์และเป็นเอกภาพ (Unity) ที่ไม่อาจแบ่งแยกได้ สุขภาพองค์รวม เน้นการมอง "สุขภาพ" ที่นอกจากจะหมายถึงสุขภาวะทางกาย จิต สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณแล้ว ยังมีความหมายถึง

สุขภาพที่เชื่อมโยงกับเงื่อนไขและบริบทต่าง ๆ ที่แวดล้อมโดยมีการพึ่งพิงซึ่งกันและกันในระหว่างสุขภาพระดับปัจเจกบุคคล ระดับสังคม และระบบนิเวศวิทยา โดยเห็นว่าสิ่งที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพของบุคคลทั่วไปย่อมไม่เป็นคุณต่อสังคม และระบบนิเวศวิทยาด้วยเช่นกัน⁽¹⁰⁾

หัวใจสำคัญของสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) คือ การที่บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเองโดยพัฒนาทักษะและแบบแผนการมีสุขภาพดี (Healthy lifestyle) และมีตนเองเป็นผู้กำหนด เป็นผู้รับผล และเป็นผู้ประเมินสุขภาพตนเอง⁽¹⁰⁾ โดยมีองค์ประกอบ 4 มิติ

1. มิติทางกาย (Physical dimension) หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรงปราศจากโรค หรือความเจ็บป่วย มีปัจจัยองค์ประกอบทั้งด้านอาหาร สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ปัจจัยเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ และส่งเสริมภาวะสุขภาพ

2. มิติทางจิตใจ (Psychological dimension) หมายถึง การที่บุคคลมีสภาวะทางจิตใจที่แจ่มใสปลอดโปร่ง ไม่มีความกังวล มีความสุข มีเมตตา และลดความเห็นแก่ตัว

3. มิติทางสังคม (Social dimension) หมายถึง ความผาสุกของครอบครัว สังคมและชุมชน โดยชุมชนสามารถให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สังคมมีความเป็นอยู่ที่เอื้ออาทรเสมอภาค มีความยุติธรรมและมีระบบบริการที่ดีและทั่วถึง

4. มิติทางอารมณ์และจิตวิญญาณ (Emotional dimension and Spiritual dimension) หมายถึง คนเราจะตอบสนองต่ออารมณ์ทั้งทางด้านบวกและด้านลบผลที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับที่อยู่ การควบคุมของแต่ละบุคคล ในส่วนของมิติทางจิตวิญญาณหมายถึงความผาสุกที่เกิดจากจิตสัมผัสกับสิ่งที่บุคคลยึดมั่นและเคารพสูงสุด ทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่นศรัทธา

มีการปฏิบัติในสิ่งที่ตั้งงามด้วยความมีเมตตากรุณา ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ และยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุขหรือความสำเร็จของบุคคลอื่น ทั้งนี้สภาวะทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความหลุดพ้นจากตัวเอง (self-transcending)

สุขภาพองค์รวม (Holistic Health) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับบุคคล หมายถึง การทำให้เกิดความสมดุลภายในตัวคนแต่ละคนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดเป็นเอกภาพที่กลมกลืนระหว่างร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ โดยที่ หนทางไปสู่ความเอกภาพ คือ การดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการบริโภคอาหารที่เหมาะสม มีพฤติกรรมที่โน้มนำไปสู่คุณภาพที่ดี และทำจิตใจให้ผ่อนคลาย

2. ระดับครอบครัวและชุมชน หมายถึง ครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างสุขภาพกายและใจที่ดี ครอบครัวที่อบอุ่น สมาชิกในครอบครัวมีความรักต่อกัน เอาใจใส่ดูแลสุขภาพของกันและกันอย่างสม่ำเสมอ ทุกคนในครอบครัวปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตน ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ เมื่อนำมาประกอบกันก็จะเกิดเอกภาพองค์รวมระดับชุมชนที่มีความเอื้ออาทรเอื้ออาทรสุขภาพและชีวิตของคนในชุมชนก็ย่อมดีขึ้นด้วย

3. ระดับสังคม แบ่งเป็น 2 ด้าน

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างคนต่อคน หมายถึง คนในสังคมมีความเป็นเอกภาพกันถึงแม้ว่าคนในสังคมนั้นจะมีความแตกต่าง และหลากหลาย แต่คนจำนวนมากมีเจตจำนงอย่างเดียวกันที่จะสร้างสังคมที่ดีงาม

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติ ไม่ว่าจะป็นสัตว์ ต้นไม้ ป่าไม้ ภูเขา แม่น้ำ อากาศ ถ้า

เราทุกคนตระหนักว่ามนุษย์นั้นเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติและเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับสรรพชีวิตอื่น เคารพในแม่น้ำ ต้นไม้ ป่าไม้ สัตว์นานาพันธุ์ ธรรมชาติ และจริงจังกี่จะใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืนก็จักเกิดความสัมพันธ์ที่กลมกลืนระหว่างคนกับธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมจะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพมิให้เจ็บป่วย เพียงแต่มนุษย์ต้องเรียนรู้แห่งธรรมชาติเพื่อให้อัจฉริยะตัวเองและที่สำคัญต้องมีแนวทางในการปฏิบัติตนเองให้สอดคล้องกับธรรมชาติและความต้องการของร่างกาย

เด็กและเยาวชน (Children and Youth)

ตามนิยามทั่วไป เด็ก หมายถึงบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และยังอยู่ในช่วงวัยที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว โรงเรียน และสังคม ในขณะที่เยาวชน หมายถึงบุคคลในช่วงวัย 15-25 ปี ซึ่งกำลังเข้าสู่การเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ ช่วงวัยนี้เป็นช่วงเวลาสำคัญในการพัฒนาตัวเอง ทั้งด้านความคิด ความรับผิดชอบ และการแสวงหาอัตลักษณ์ของตัวเอง ตามบริบททางกฎหมายยังมีการกำหนดนิยาม คำว่า เด็ก และ เยาวชน ตามพระราชบัญญัติศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชน และครอบครัว พ.ศ. 2553 มาตรา 4 ดังนี้ เด็ก หมายความว่า บุคคลอายุไม่เกิน 15 ปี บริบูรณ์ และ เยาวชน หมายความว่า บุคคลอายุเกิน 15 ปี บริบูรณ์ แต่ยังไม่ถึง 18 ปี บริบูรณ์⁽¹¹⁾

เด็กและเยาวชนคืออนาคตของประเทศ การพัฒนาในช่วงนี้จึงมีผลต่อคุณภาพของพลเมืองในระยะยาว เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีพลังและศักยภาพในการเรียนรู้ การสร้างสรรค์ และการพัฒนาตัวเอง หากได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม เด็กและเยาวชนจะสามารถเติบโตเป็นบุคคลที่มีคุณภาพ มีจิตสำนึก ต่อ

สังคมและมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาประเทศ โดยครอบครัวเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการปลูกฝังคุณธรรมและจริยธรรม โรงเรียนมีหน้าที่ในการให้การศึกษา สร้างทักษะชีวิต และเสริมสร้างความรู้ในขณะที่ชุมชนและสังคมต้องร่วมมือกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา เช่น สนับสนุนกิจกรรมสร้างสรรค์ ลดปัญหาสังคม และให้โอกาสที่เท่าเทียมแก่เด็กและเยาวชนทุกคน

เด็กและเยาวชนคือทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญของสังคมและประเทศชาติ เป็นกลุ่มคนในช่วงวัยที่ยังอยู่ระหว่างการเจริญเติบโตทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ เด็กและเยาวชนไม่เพียงเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลและพัฒนาเท่านั้น แต่ยังเป็นผู้ที่มีศักยภาพที่จะสร้างความเปลี่ยนแปลงและนำพาสังคมไปสู่ความก้าวหน้าในอนาคต

การเข้าถึงสื่อ TIKTOK ในเด็กและเยาวชน

ปัจจุบันการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์และสื่อสังคมออนไลน์ เข้ามามีอิทธิพลในกลุ่มเด็กและเยาวชนมากขึ้น สืบเนื่องมาจากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้โรงเรียนต้องหยุดการเรียนการสอน และผู้ปกครองหลายคนครอบครัวต้องหยุดงาน ทำงานอยู่ที่บ้าน⁽¹²⁾ ทางเลือกที่จะทำให้เด็กสามารถดำเนินการเรียนการสอนต่อไปได้ คือการใช้สื่อออนไลน์ ผ่านเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์มือถือ โน้ตบุ๊ก ไอแพด แท็บเล็ต ฯ ซึ่งเป็นการทำให้เด็กต้องใช้เวลาอยู่กับหน้าจอเป็นระยะเวลาหนึ่ง อีกทั้งการเรียนในรูปแบบออนไลน์เพื่อเป็นการให้ผู้เรียนได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เรียนรู้ด้วยตนเอง มีการนำสื่อสังคมออนไลน์มาใช้ในการเรียนการสอน จึงต้องมีการควบคุมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์และสื่อสังคมออนไลน์ โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ปกครอง คอยดูแล ควบคุม และให้คำแนะนำ

ประเภทสื่อออนไลน์ที่กำลังได้รับความนิยม มีอัตราการเติบโตของแอปพลิเคชันอย่างรวดเร็ว สามารถเข้าถึงได้ทุกช่วงวัย เช่น TIKTOK จากการสำรวจการใช้แพลตฟอร์ม TIKTOK ในประเทศไทยพบว่า ระหว่างเดือนมกราคมปี 2564 กับเดือนมกราคม 2563 ที่มียอดการดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน เพิ่มขึ้นสูง 44 % โดยพบผู้ใช้งานในประเทศไทยมากที่สุดเป็นอันดับ 8 ของโลก⁽¹³⁾ จากข้อปฏิบัติของแอปพลิเคชัน TIKTOK มีการกำหนดอายุผู้เล่นขั้นต่ำคืออายุ 13 ปีขึ้นไป แต่ถึงอย่างไรยังคงมีการพบว่า เด็กที่มีอายุต่ำกว่าข้อกำหนดยังสามารถเข้าใช้งานได้ โดยมีสถิติจากเทรนด์ปี 2565 พบว่ามีเด็กเล็กชาวอังกฤษอายุ 3-4 ปี ประมาณ 16 % และเด็กเล็กวัย 5-7 ปี จำนวน 1 ใน 3 เริ่มมีบัญชี TIKTOK เป็นของตัวเอง ซึ่งมีอายุต่ำกว่าอายุขั้นต่ำที่ทางแอปพลิเคชันกำหนดไว้ คือ 13 ปี⁽²⁶⁾ จากกรณีเหตุการณ์ประเทศอังกฤษฟ้องร้อง TIKTOK เนื่องจาก แอปพลิเคชันอนุญาตให้เด็กในอังกฤษ อายุต่ำกว่า 13 ปี จำนวน 1.4 ล้านคน สร้างบัญชีและใช้งาน โดยไม่ขออนุญาตจากพ่อแม่หรือผู้ดูแล ซึ่งจากกรณีนี้ทำให้ TIKTOK มีการลงทุนกว่าพันล้าน เพื่อพัฒนาระบบคัดกรองเนื้อหาที่ล่อแหลมและจ้างบุคลากรกว่า 40,000 คน เพื่อรักษาความปลอดภัยของแพลตฟอร์ม⁽¹⁴⁾

อิทธิพลของสื่อ TIKTOK ต่อมุมมองสุขภาพแบบองค์รวม

1) อิทธิพลของสื่อ TIKTOK ต่อมุมมองสุขภาพกาย

ปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรมแห่งการมองเห็นที่เกิดขึ้นในสังคมไทยจากการสร้างสรรค์ การรับชมและการผลิตเนื้อหาซ้ำ ๆ ผ่านสื่อ TIKTOK ที่ได้รับความนิยม เกิดเป็นแคมเปญ ชาเลนจ์ หรือกระแสไวรัลขึ้นผ่าน TIKTOK ในสังคมไทย ซึ่งมีอิทธิพลทางบวก โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน ไม่ว่าจะเป็น⁽¹⁵⁾ การเต้นคัฟเวอร์ (Cover dance) เป็นการเต้นกับกลุ่มเพื่อน

ตามเพลงที่เป็นกระแสแบบง่าย ๆ แพนชั่นและความงาม เช่น คลิปแพชั่นดัดแปลงเสื้อผ้า หรือคลิปการสอนแต่งหน้า ที่ได้รับความนิยมอย่างมาก โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เป็นผู้หญิงรักสวยรักงาม และการรีวิวอาหาร เป็นอีกหนึ่งประเภทเนื้อหาที่ได้รับความนิยมสำหรับสายกิน ด้วยการสร้างสรรค์เมนูอาหารให้น่ากินและสามารถทำตามได้ จนเกิดเป็นการตามรอยร้านอาหารและการทำอาหารตามเกิดขึ้น ลักษณะการเติบโตของเด็กและเยาวชน⁽¹⁶⁾ มีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ มีความชอบที่จะท้าทายตัวเอง ชอบมีเพื่อนเล่นเป็นกลุ่ม ชอบออกกำลังกายใช้พลัง และแสดงออกมาในรูปแบบต่าง ๆ ให้ผู้อื่นสนใจ และเป็นวัยที่กำลังสร้างตัวตน และเริ่มการเข้าสังคม แอปพลิเคชัน TIKTOK จึงเป็นสิ่งที่ตอบโจทย์กับเด็กในการแสดงออก จากข้อมูลพบว่าเด็กและเยาวชนมีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต เพื่อทำกิจกรรมโซเชียลมีเดียความสามารถ เช่น การเดินตามชาเลนจ์กับกลุ่มเพื่อน การรีวิวขนมหรืออาหารตามกระแส ผ่านการใช้แอปพลิเคชัน TIKTOK กิจกรรมเหล่านี้ทำให้เด็กเกิดความผ่อนคลายได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย อีกทั้งยังเป็นช่องทางในการหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ด้านการดูแลสุขภาพ⁽¹⁷⁾ อิทธิพลของสื่อสังคมออนไลน์ยังส่งผลทางลบให้เด็กส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมการเล่นแบบการแต่งกาย พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง⁽¹⁸⁾ แสดงให้เห็นว่าในช่วงวัยเด็กจะมีแนวโน้มว่าจะได้รับอิทธิพลจากสื่อเป็นอย่างมาก น่ากังวลอย่างยิ่งหากอิทธิพลจากสื่อออนไลน์ที่เด็กได้รับมานั้นเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมแก่วัย⁽¹⁹⁾

เด็กและเยาวชนเข้าถึงเครือข่ายสังคมออนไลน์เป็นจำนวนมาก อิทธิพลเชิงบวกของ TIKTOK ส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีการเคลื่อนไหวร่างกายและหันมาใส่ใจในสุขภาพกายตนเองมากขึ้นทั้งโภชนาการอาหารและการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอต่อวัย⁽¹⁷⁾ ในทางตรงกัน

ข้าม การเข้าถึงเนื้อหาบางประเภทที่ไม่เหมาะสม สื่อมีเนื้อหารุนแรง หรือการเข้าถึงสื่อโฆษณาที่สร้างค่านิยมไม่เป็นประโยชน์ เช่น การสร้างอุดมคติความงามของผู้หญิงผ่านธุรกิจ ผลิตภัณฑ์เสริมความงามและศัลยกรรม เป็นต้น⁽¹⁾ สิ่งเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อเด็กในเชิงลบ เด็กอาจเกิดพฤติกรรมเลียนแบบที่ไม่เหมาะสมโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัย เด็กอาจมีค่านิยมด้านความสวยงาม และตัดสินตนเอง ไม่มั่นใจหรือไม่พอใจในรูปร่างของตนเอง เกิดการเปรียบเทียบจนนำไปสู่การลดน้ำหนักเกินความจำเป็นหรือการรับประทานอาหารไม่เพียงพอส่งผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและพัฒนาการของเด็ก⁽²⁰⁾

2) อิทธิพลของสื่อ TIKTOK ต่อมุมมองสุขภาพจิต

TIKTOK มีอิทธิพลอย่างมากต่อมุมมองสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชน ในเชิงบวก การที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีได้เป็นผลมาจากการดูแลเนื้อหาที่มีประโยชน์จึงส่งผลดีต่อสุขภาพจิต เช่น การที่เด็กดูคลิปพูดภาษาอังกฤษจึงอยากลองฝึกพูดตาม การที่เด็กมีความคิดสร้างสรรค์แบ่งปันเนื้อหาที่มีประโยชน์ กล้าแสดงออกในความสามารถ ทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นจะช่วยให้เด็ก ๆ มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ในทางกลับกัน TIKTOK มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตในเชิงลบ การที่เด็กวัยเรียนเข้าถึงสื่อของ TIKTOK ได้เนื่องจากจำกัดอายุการใช้งานของแอปพลิเคชัน TIKTOK ที่แจ้งว่าต้องอายุมากกว่า 13 ปีขึ้นไปนั้น ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง⁽²¹⁾ กล่าวคือการรับชมคลิปที่ไม่มีการตรวจสอบหรืออาจหลุดรอดจากการตรวจสอบของอัลกอริทึม (Algorithm) อาจทำให้ได้รับผลกระทบด้านจิตใจ เช่น คลิปไวรัล (Viral) ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการทำร้ายร่างกายผู้อื่น การชกต่อย หรือแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม⁽²²⁾ นำไปสู่การลอกเลียนแบบหรือทำตามพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดกระทบต่อสุขภาพจิตของเด็ก เช่น ความ

วิตกกังวล ซึมเศร้า เครียด ยกตัวอย่างคลิปที่เป็นไวรัลคือคลิปที่ นั่งห้อยขาอยู่บนตึกสูง ติดแฮชแท็กว่า “#ฉันยอมแพ้แล้ว” ขึ้นเป็นคลิปที่ Recommended แก่เด็กซึ่งเปิดการใช้งานบัญชีได้เพียงสองวัน ถึงแม้ว่าจะมีการจำกัดเนื้อหาตามนโยบายของแอปพลิเคชันแล้ว ยังมีคลิปวิดีโอที่เกี่ยวกับการทำร้ายร่างกายตัวเองและการฆ่าตัวตายแสดงอยู่ให้เห็นอยู่ตลอด⁽²³⁾ บน TIKTOK มีวิดีโอการเกี่ยวกับการกลั่นแกล้ง วิจารณ์ หรือเรียกว่า Cyberbullying ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ทำให้คนที่ถูกกลั่นแกล้งมีสถานะซึมเศร้าและเครียดเมื่อเด็ก ๆ มีสถานะซึมเศร้าหรือเครียดแล้วมักจะหาทางออกไม่ได้หรือไม่รู้วิธีการรับมือกับปัญหาที่ประสบอยู่ ดังนั้น “หลายคนที่มีสถานะเครียดเลือกที่จะสร้างความสัมพันธ์กันทางโลกออนไลน์ แทนที่จะพบผู้เชี่ยวชาญ และนั่นคืออันตรายถึงชีวิต”⁽²⁴⁾

แอปพลิเคชัน TIKTOK เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กเป็นภาวะสมาธิสั้น หรือ Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) โดยสมองเด็กจะทำอะไรจำเป็นต้องใช้สมาธิ เช่น การบ้านวิชาคณิตศาสตร์หรือการอ่านหนังสือ เด็กจำเป็นต้องใช้ความสนใจโดยตรง ซึ่งการทำงานจะเริ่มจากสมองส่วนที่เรียกว่า Prefrontal Cortex ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการตัดสินใจและการควบคุมแรงกระตุ้น ซึ่ง TIKTOK ไม่จำเป็นต้องใช้สมาธิต่อเนื่อง⁽²⁵⁾ ในทางตรงกันข้าม TIKTOK ทำงานเหมือนการกระตุ้นสมองเด็กด้วยการให้ลูกกวาดสีน้ำตาลสวยงามตลอดเวลา เมื่อเวลามีความสุขร่างกายจะหลั่งสารโดปามีน (Dopamine) หรือเรียกว่าสารแห่งความสุข เมื่อหลั่งออกมาจึงทำให้เด็กมีการเสพติดการใช้งานแอปพลิเคชันมากขึ้น ทั้งหมดที่กล่าวมาทำให้เกิดปรากฏการณ์ TIKTOK คือปรากฏการณ์ที่เด็กอายุน้อยเริ่มเล่น TIKTOK⁽²⁶⁾

3) อิทธิพลของสื่อ TIKTOK ต่อมุมมองสุขภาพสังคม

สื่อออนไลน์และอินเทอร์เน็ตมีอิทธิพลต่อการเปิดรับสื่อมากขึ้นทุกวัน⁽²⁷⁾ สื่อออนไลน์กำลังมีอิทธิพลต่อความคิดของเด็กและเยาวชน โดยเด็กส่วนใหญ่ติดตามเครือข่ายสังคมออนไลน์ ตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอนอีกครั้งหนึ่ง เพื่อจะได้ติดตามข่าวสารกับเพื่อนทั้งที่รู้จักในโลกความจริง และรู้จักเฉพาะในโลกออนไลน์ จนเป็นส่วนหนึ่งที่เป็นต่อการดำรงชีวิต การใช้และพึ่งพาสื่อมากย่อมทำให้สื่อมีอิทธิพลต่อความคิด และวิถีชีวิตมากตามไปด้วย⁽²⁸⁾

งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์⁽²⁹⁾ ได้ผลตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การติดสื่อออนไลน์ คือ การคล้อยตามเพื่อนและการรับรู้ความความเพลิดเพลินในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ แอปพลิเคชัน TIKTOK มีอิทธิพลเชิงบวกต่อเด็กและเยาวชน ซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่กำลังพัฒนาทักษะทางสังคม TIKTOK ให้พื้นที่ในการแสดงออกทางสังคมผ่านการสร้างสรรค์วิดีโอ อีกทั้งยังช่วยให้เด็กได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสื่อสารกับผู้อื่น ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้สามารถพัฒนาทักษะในการสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้⁽²²⁾ สามารถช่วยให้เด็กและเยาวชนพัฒนาทักษะการสื่อสารและความสัมพันธ์ที่ดีทางสังคม สามารถเรียนรู้สังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งช่วยพัฒนามุมมองที่เปิดกว้างและสร้างสังคมที่เข้าใจกันมากขึ้น อย่างไรก็ตามสื่อเหล่านี้ยังส่งผลให้เกิดข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ลดน้อยลง ก่อให้เกิดความว้าเหว เป็นช่องทางในการก่ออาชญากรรม การรังแกกันทางไซเบอร์ (Cyberbullying)⁽³⁰⁾ สื่อสังคมออนไลน์ทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคม เนื่องจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์เชื่อมต่อกัน อาจส่งผลให้การพบปะหรือมีปฏิสัมพันธ์กันของผู้คนลดลง พุดคุยกันน้อยลง⁽³⁰⁾

นอกจากนี้ยังสามารถส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและความพึงพอใจในชีวิตของเด็ก หากเด็กได้รับการแสดงความคิดเห็นหรือข้อความทางด้านบวกจากสังคมในโลกออนไลน์ อาจทำให้เด็กเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ มองตนเองในแง่ดี ในทางตรงกันข้ามหากเด็กได้รับคำวิจารณ์ด้านลบ จะทำให้เด็กตัดสินใจตัดสินตนเองว่าไม่ดีเหมือนคนอื่น ๆ รู้สึกล้มเหลว จนเกิดเป็นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงได้⁽³¹⁾ เช่นเดียวกับการนำตนเองไปเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม การใช้สื่อออนไลน์จึงเป็นการเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนได้รับรู้ข้อมูลต่าง ๆ อยู่สม่ำเสมอ เช่น จำนวนยอดถูกใจ จำนวนยอดการแสดงความคิดเห็น ส่งผลให้เกิดการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคมอยู่ตลอดเวลา⁽³²⁾ นั่นคืออิทธิพลเชิงลบของ TIKTOK ที่ส่งผลต่อเด็กและเยาวชน จากผลการสำรวจสถานการณ์เด็กไทยกับภัยออนไลน์ปี 2563 จากศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ ที่ได้ทำการสำรวจกลุ่มเด็กอายุ 12-18 ปี ผลการสำรวจพบหลายประเด็นที่น่าสนใจ ได้แก่ เด็ก 89 % เชื่อว่าโลกออนไลน์มีภัยหรือมีความเสี่ยงต่าง ๆ 69 % มีประสบการณ์ถูกกลั่นแกล้งในโลกออนไลน์ และ 29 % เคยนัดพบเพื่อนออนไลน์ เป็นต้น⁽³³⁾

4) อิทธิพลของสื่อ TIKTOK ต่อมุมมองสุขภาพอารมณ์และจิตวิญญาณ

ความสนุกสนาน การดูคลิปวิดีโอแล้วมีความรู้สึกดี อารมณ์ดี มาจากรูปแบบของ TIKTOK ที่ออกแบบมาเพื่อดึงดูดความสนใจไม่นาน เมื่อรู้สึกเบื่อหรือเป็นคลิปวิดีโอที่ไม่น่าสนใจ ก็สามารถเลื่อนไปคลิปวิดีโอถัดไปได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากการทำของแอปพลิเคชันนี้ให้ความรู้สึกเหมือนเล่นการพนัน

จากการศึกษาของ Julie Albright พบว่า เมื่ออยู่ ๆ อาจจะดึงดูดผู้สล็อต เรียกว่าการเสริมแรงแบบสุ่ม (Random Reinforcement) เหมือนกับการดูวิดีโอของ TIKTOK ที่ทำให้อยากกลับมาเล่นอีก เพราะจะไล่ดูวิดีโอไปเรื่อย ๆ บางวิดีโอไม่ได้ดึงดูดใจ หรือไม่ตรงกับความสนใจของเด็กก็อาจจะทำให้คิดว่าวิดีโอถัดไปต้องเป็นวิดีโอที่น่าสนใจอย่างแน่นอนทำให้เลิกเล่นไม่ได้⁽³⁴⁾ ส่งผลให้เสพติดการใช้งาน TIKTOK ซึ่งเนื้อหา (Content) ภายในแอปพลิเคชัน TIKTOK มีคลิปวิดีโอที่หลากหลายรูปแบบทำให้เกิดอารมณ์ที่แตกต่างกันไป เช่น โกรธ มีความสุข เศร้า กลัว ขยะแขยง กังวล เป็นต้น เด็กอาจยังไม่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์หรือยังมีความมั่นคงทางอารมณ์ไม่เพียงพอจึงอาจนำไปสู่อารมณ์แปรปรวนสับสนได้ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดผลเสียต่าง ๆ เช่น ความฉลาดทางอารมณ์ พัฒนาการด้านอารมณ์ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ เมื่อโมโหจะโวยวายทำลายสิ่งของ เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อเด็กในระยะยาว ผ่านการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ปัญหาสุขภาพจิต หากผู้ปกครองไม่มีการดูแลเอาใจใส่ควรหลีกเลี่ยงให้เด็กใช้งานแอปพลิเคชัน TIKTOK

นอกจากนี้ แอปพลิเคชัน TIKTOK ยังมีอิทธิต่อสุขภาพจิตวิญญาณโดยมีความเชื่อมโยงกับศาสนาตนเอง การเชื่อมโยงกับธรรมชาติ และการเชื่อมโยงกับผู้อื่น TIKTOK มีเนื้อหาหลายประเภทที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตนเอง การเคารพตนเอง การมองโลกในแง่ดี ธรรมชาติ และความสงบ ซึ่งเนื้อหาเหล่านี้จะสามารถช่วยให้เด็กและเยาวชนพัฒนาและเสริมสร้างการมีสุขภาพจิตวิญญาณที่ดีและเหมาะสมกับวัยได้ อย่างไรก็ตาม การใช้งานแอปพลิเคชัน TIKTOK แม้จะมีประโยชน์มากต่อผู้ใช้งาน แต่ข้อดีเหล่านี้ก็มาพร้อมกับข้อเสียที่เปรียบเสมือนดาบสองคม⁽³⁵⁾ ในปัจจุบันมีคลิป

วิดีโอจำนวนมากที่อัปโหลดลงแอปพลิเคชัน TIKTOK ซึ่งเป็นแบบอย่างที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การทำ Challenge ที่อันตราย การกินอาหารแปลก ๆ การเลียนแบบบุคคลที่มีความชื่นชอบ หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอื่น ๆ เมื่อเด็กได้เข้าถึงวิดีโอเหล่านี้แล้ว จะทำให้มีความเชื่อว่าการกระทำเหล่านี้เป็นเรื่องที่ดี เท่ น่าชื่นชมในกลุ่มเพื่อน การนำตนเองไปเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นจนส่งผลให้ไม่มีความพึงพอใจในชีวิตตนเอง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมีอิทธิพลอย่างมากจาก TIKTOK ทั้งยังทำให้เด็กมีความเชื่อในทางที่ผิด และเลียนแบบพฤติกรรมโดยไม่เหมาะสมกับวัย

ข้อเสนอแนะในการใช้สื่อ Tiktok อย่างเหมาะสมในเด็กและเยาวชน

แอปพลิเคชัน TIKTOK เป็นการนำเสนอเนื้อหาที่หลากหลาย ช่วยในการสนับสนุนการเรียนรู้ของเด็กที่สอดคล้องกับลักษณะการเรียนรู้ในปัจจุบันได้ ในด้านการศึกษาสามารถใช้เป็นเครื่องมือเพื่อกระตุ้นให้สามารถเรียนรู้เท่าทันเทคโนโลยี และสอนให้รู้จักการวิเคราะห์แยกแยะให้เหมาะสมในประเด็นต่าง ๆ เพื่อเสริมทักษะทางสังคม โดยแบ่งตามสุขภาพองค์รวม 3 ระดับ ดังนี้

1) สุขภาพองค์รวมระดับบุคคล

เด็กและเยาวชนเป็นวัยที่เริ่มเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวมากยิ่งขึ้น พยายามทำสิ่งใหม่ให้สำเร็จโดยได้รับการช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยนี้มีศักยภาพสูงสุด การใช้ TIKTOK มีทั้งในด้านประโยชน์จาก และข้อควรระวัง ซึ่งสามารถใช้เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านต่าง ๆ ตามที่ตนเองสนใจ อย่างไรก็ตาม ควรอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของผู้ปกครองอย่างใกล้ชิดในการเลือกเนื้อหาที่เหมาะสมกับวัย เนื่องจากพบว่าบางครั้งใน TIKTOK อาจมีเนื้อหาไม่เหมาะสมกับเด็กเช่นเดียวกัน⁽²²⁾

2) สุขภาพองค์รวมระดับครอบครัว และชุมชน

ผู้ปกครองถือเป็นส่วนสำคัญในการที่จะควบคุมดูแลเด็กในการใช้โทรศัพท์มือถืออย่างเหมาะสม เพราะเวลาที่เด็กใช้โทรศัพท์มือถือส่วนใหญ่เป็นช่วงเวลาหลังเลิกเรียน ซึ่งอยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง ดังนั้นควรมีการสนับสนุนแนวทางการใช้ TIKTOK ให้เหมาะสม เนื่องจากผู้ปกครองมีบทบาทในการช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับเด็ก และสนับสนุนแนวทางในการใช้เทคโนโลยี หรือสื่อมีเดียให้เหมาะสม ดังเช่น TIKTOK มีเนื้อหาที่หลากหลาย และมีความน่าสนใจ รวมถึงการคัดกรองบัญชีที่ช่วยให้เด็กได้เรียนรู้ตามเรื่องที่ตนเองสนใจ⁽³⁶⁾

มีการจำกัดเวลาการเล่นที่เหมาะสม เนื่องจากการใช้งาน TIKTOK นั้นมีข้อควรระวังเป็นอย่างมาก เพราะ TIKTOK จะติดตามพฤติกรรมการรับชมคอนเทนต์ของผู้ใช้งาน เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ว่าผู้ใช้งานชอบอะไร และได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการใช้เวลาบนหน้าจอของเด็กว่าควรคำนึงถึงพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย โดย 1) ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี ควรหลีกเลี่ยงไม่ให้ใช้สื่อดิจิทัล ยกเว้นวิดีโอคอล เนื่องจากเด็กวัยนี้จะเรียนรู้ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คน 2) อายุ 2-5 ปี จำกัดการใช้เวลาหน้าจอไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน และไม่ใช้หน้าจอยาวนานต่อเนื่องกัน ควรเป็นรายการที่มีคุณภาพ และเน้นด้านการศึกษา ผู้ที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป ผู้ปกครองควรจัดสรรการใช้เวลาหน้าจอที่ชัดเจน เพื่อสร้างวินัยให้แก่เด็ก รวมถึงคอยสังเกตประเภทสื่อที่เด็กดู เพื่อหาจุดสมดุลในการใช้ และพฤติกรรมที่มีความจำเป็นต่อสุขภาพ การนอน กิจกรรมทางกาย ร่างกาย และการเข้าสังคม⁽³⁶⁾

3) สุขภาพองค์รวมระดับสังคม

TIKTOK มุ่งมั่นในการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนไทย เพื่อบ่มเพาะนิสัยของการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน TIKTOK เชื่อเป็นอย่างยิ่งว่าพลังของเยาวชนไทยจะช่วยขับเคลื่อนประเด็นทางสิ่งแวดล้อมและสร้างสรรค์โลกที่น่าอยู่ต่อไป⁽³⁷⁾

มุ่งเน้นในการสร้างความตระหนักด้านสิ่งแวดล้อม และความเปลี่ยนแปลงทางสภาพภูมิอากาศ พร้อมผลักดันแนวทางในการใช้ชีวิตประจำวันอย่างยั่งยืน เพื่อให้เด็กมีความตระหนักรู้ในเรื่องของสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เช่น แคมเปญ REact For Change ลองเปลี่ยนโลก ชวนเยาวชนมาสร้างสรรค์คอนเทนต์รักษ์โลกเพื่อปลูกจิตสำนึกที่ดีด้านสิ่งแวดล้อมบนแพลตฟอร์ม TIKTOK ภายใต้เนื้อหา 3 RE Challenge ที่ประกอบด้วย Refill, Recheck, Recycle การดูแลสุขภาพองค์รวมจึงเป็นความสมดุลกลมกลืนระหว่าง ร่างกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม เป็นวิถีของการมีสุขภาพที่ดีและงดงาม⁽¹⁰⁾ โดยเฉพาะสุขภาพองค์รวมในระดับบุคคลซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่จะส่งผลถึงสุขภาพองค์รวมในระดับครอบครัว ชุมชน และระดับสังคม

บทสรุป

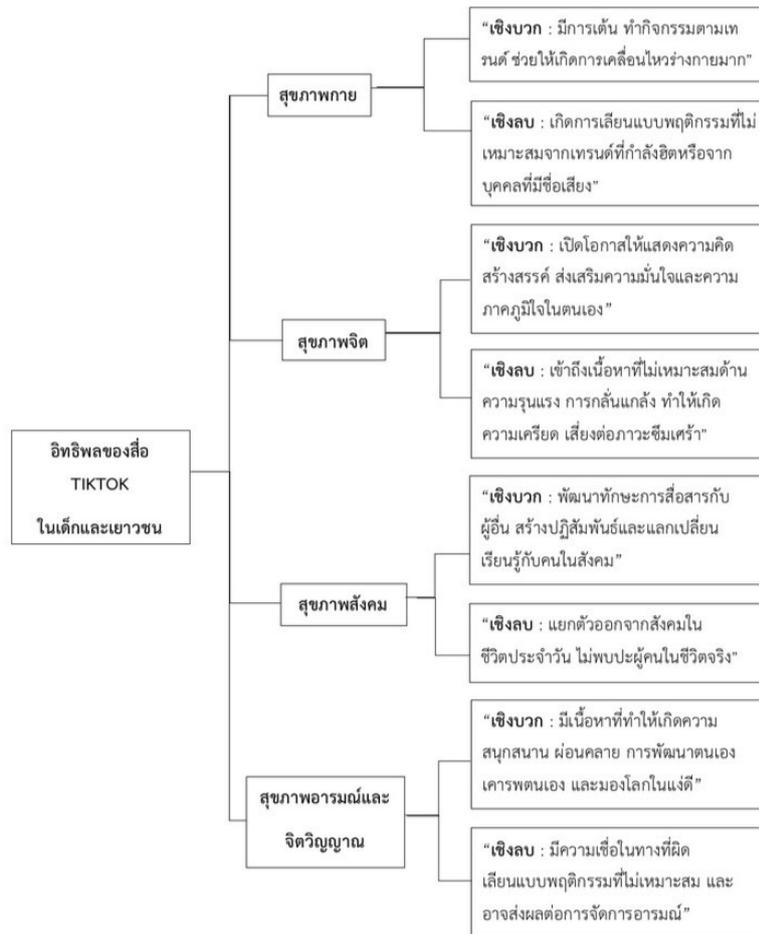
การใช้สื่อ TIKTOK ในเด็ก และเยาวชนมีทั้งผลกระทบในเชิงบวกและเชิงลบที่ควรพิจารณาในหลายมิติ ด้านเชิงบวกในเรื่องสุขภาพกาย ช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น ส่วนด้านสุขภาพจิตสามารถเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและเสริมสร้างความมั่นใจ ด้านสุขภาพสังคม TIKTOK ทำให้เด็กและเยาวชนได้รู้จักผู้คนมากขึ้น มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน และด้านสุขภาพอารมณ์และจิตวิญญาณ ช่วยสร้างความสนุกและผ่อนคลาย รวมถึงแบ่งปันแรง

บันดาลใจและคำสอนต่าง ๆ ในทางตรงข้าม ผลกระทบเชิงลบก็ต้องได้รับการพิจารณาเช่นกัน เช่น การเรียนแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจากเทรนด์หรือบุคคลที่มีชื่อเสียง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายได้ รวมถึงเนื้อหาที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น ความรุนแรงหรือการกลั่นแกล้งที่ทำให้เกิดความเครียดและเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า การใช้เวลาในการดู TIKTOK มากเกินไป อาจทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคม และในด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ หากไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดความเชื่อที่ผิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

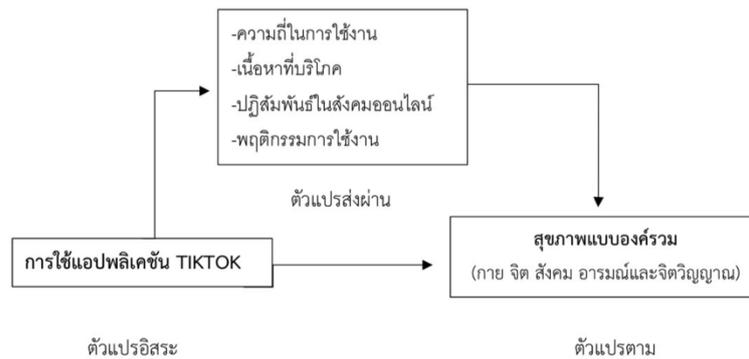
โดยมีข้อเสนอแนะในการใช้สื่อ TIKTOK อย่างเหมาะสมในเด็กและเยาวชน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับบุคคล เด็กและเยาวชนใช้ TIKTOK เพื่อความบันเทิง การเรียนรู้ หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกและความคิดในเนื้อหาที่ตนเองสนใจ สนับสนุนให้เด็กใช้ TIKTOK เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในด้านต่าง ๆ เช่น การใช้ TIKTOK ในการฝึกภาษาใหม่ ๆ ระดับครอบครัวและชุมชน ควรมีผู้ปกครองช่วยคัดกรองเนื้อหาที่เหมาะสม ผู้ปกครองควรกำหนดเวลาหน้าจอให้เหมาะสมกับช่วงวัย เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้และการใช้ชีวิตที่สมดุล สร้างบรรยากาศที่ดีในครอบครัวโดยการพูดคุยถึงประโยชน์และข้อควรระวังของ TIKTOK เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ และระดับสังคม เข้าร่วม

แคมเปญต่าง ๆ TIKTOK มีแคมเปญด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ลดขยะและแยกขยะ เพื่อส่งเสริมความยั่งยืนในกลุ่มเยาวชน สนับสนุนให้โรงเรียนและชุมชนจัดกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ผ่าน TIKTOK เช่น แคมเปญรักษาสิ่งแวดล้อมหรือการพัฒนาอาชีพ จากข้อเสนอแนะทั้ง 3 ระดับที่กล่าวมา สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อ TIKTOK กับมิติสุขภาพแบบองค์รวมในเด็กและเยาวชนได้อย่างชัดเจน โดยในแผนภาพที่ 1 และแผนภาพที่ 2 จะช่วยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของสื่อ TIKTOK ในเด็กและเยาวชนกับสุขภาพองค์รวมและความเชื่อมโยงเชิงโครงสร้างระหว่างการใช้สื่อ TIKTOK กับมิติสุขภาพแบบองค์รวม โดยจะแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร มีปัจจัยที่เป็นตัวแปรอิสระ คือการใช้ TIKTOK ที่ส่งผ่านไปยังตัวแปรตามซึ่งคือสุขภาพในแต่ละมิติ

ในยุคที่เทคโนโลยีและสื่อออนไลน์มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเด็กและเยาวชน การร่วมมือกันระหว่างครอบครัวและสังคมในการใช้งานสื่ออย่างปลอดภัยและสร้างสรรค์เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เด็กและเยาวชนเติบโตไปในทิศทางที่เหมาะสมและสมดุลในทุกมิติของชีวิต



ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของสื่อ TIKTOK ในเด็กและเยาวชนกับสุขภาพองค์รวม



ภาพที่ 2 แผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

เอกสารอ้างอิง

1. อุษณี กังวารจิตต์. การรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กและเยาวชน. วารสารรัฐราษฎร์รักษ์. 2559 ; 3 : 82-91.
2. วันวิวิทย์ จำปาทอง. รูปแบบและกลยุทธ์ TIKTOK เพื่อการศึกษาสำหรับเด็กประถมศึกษา [วิทยานิพนธ์ ปริญญาตรี]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2566

3. เกสริน ชันธจิรวัดณ์. การศึกษาปัจจัยพฤติกรรม และความพึงพอใจของผู้ใช้แอปพลิเคชัน TikTok ชาวไทยและจีน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2563
4. We Are Social. Summary of Digital and Social Media statistics from We Are Social that every marketer needs to know. [Online]. [cited October 24th, 2024]. Available from: <https://thegrowthmaster.com/trends/digital-trend-statistic-2023>
5. ตึกต็อก. การตั้งค่าความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของบุตรหลานวัยรุ่น. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 23 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://support.tiktok.com/th/account-and-privacy/account-privacy-settings/privacy-and-safety-settings-for-users-under-age-18>
6. ผลสำรวจชี้ วัยรุ่นใช้เวลาบน TikTok มากกว่า YouTube และใช้ ค้นข้อมูลแทน Google. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://workpointtoday.com/teenagers-spend-more-time-on-tiktok-than-youtube/#google_vignette
7. สสส. เด็กไทย รู้เท่าทัน ป้องกันภัยจากสื่อออนไลน์. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/เด็กไทย-รู้เท่าทัน-ป้อ-2/>
8. วิธีสร้างความภาคภูมิใจในตัวเอง : 6 วิธีสร้างความมั่นใจในตัวเองให้มากขึ้น. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.naluri.life/th/community/articles/how-to-build-self-esteem-6-ways-to-be-more-confident-in-yourself>
9. กุณนที พุ่มสงวน. สุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ : บทบาทหน้าที่ของพยาบาล. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/24025/20450>
10. WHO. People-Centred Health Care. [Online]. [cited October 21st, 2024]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/206971/9789290613176_eng.pdf
11. สำนักงานกิจการยุติธรรม. เด็กหรือเยาวชน ถูกจับในคดีอาญา กฎหมายระบุโทษและดำเนินคดีอย่างไร. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dhamniti.co.th/juvenile-delinquency/>
12. ชมรมพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กแห่งประเทศไทย. หยุตโรงเรียนไม่หยุดการเรียนรู้ : คำแนะนำการใช้สื่อออนไลน์เพื่อการเรียนรู้ของเด็ก ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thai-dbp.org/downloads/articles/ArticleThaiDBPN044.pdf>
13. App Annie. The Evolution of Social Media Apps. [Online]. [cited October 25th, 2024]. Available from: <https://dataai.infogam.com/1pnrq199wrmrd76s3gpw7gr9w5dbz91z2x9d>
14. Information Commissioner's Office. ICO could impose multi-million pound fine on TikTok for failing to protect children's privacy. [Online]. [cited October 27th, 2024]. Available from: <https://ico.org.uk/about-the-ico/media-centre/news-and-blogs/2022/09/ico-could-impose-multi-million-pound-fine-on-tiktok-for-failing-to-protect-childrens-privacy/>

15. ณัฐพงษ์ สายพิณ. ปราบกฏการณ์ทางวัฒนธรรมวิซวลผ่าน TikTok ในสังคมไทย. วารสาร สาร สื่อ ศิลป์. 2563 ; 5 : 55-65.
16. สุรางค์ โค้วตระกูล. จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2556
17. ราณี วงศ์เดช. พฤติกรรมการใช้สื่อของเด็กยุคศตวรรษที่ 21. วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง. 2561 ; 2 : 26-35.
18. ตฤณห์ โพธิ์รักษา. อิทธิพลของสื่อที่มีผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชน. วารสารรัฐศาสตร์ รอบรู้และสหวิทยาการ. 2565 ; 5 : 98-113.
19. ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย. รู้ใช้ “สื่อ” เป็น สร้างประโยชน์แก่เด็ก. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://thujanukul.go.th/_admin/file-download/groupreview0000407.pdf
20. ภัทริกา วงศ์อนันต์นนท์. พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กและเยาวชน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557 ; 2 : 173-178.
21. ตี๊กต็อก. การตั้งค่าความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของบุตรหลานวัยรุ่น. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 23 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://supporttiktok.com/th/account-and-privacy/account-privacy-settings/privacy-and-safety-settings-for-users-under-age-18>
22. อิทธิกร บุณนาค. TIKTOK กับผู้เรียนประถมศึกษา. วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์ศรีนครินทรวิโรฒ. 2566 ; 1 : 126-138.
23. พิชามญชู่ สุวรรณวัช. นักจิตวิทยากังวลถึงผลกระทบต่อสุขภาพจิตจากการเล่น TikTok กระตุ้นภาวะเครียดและซึมเศร้า ปกุกพฤติกรรมทำทนายสุดโต่ง. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://ngthai.com/cultures/43713/tiktokreverseside/>
24. Alan Blotcky. What's TikTok doing to our kids? Concerns from a clinical psychologist. [Online. [cited November 1st, 2024]. Available from: <https://www.nydailynews.com/2021/11/18/what-s-tiktok-doing-to-our-kids-concerns-from-a-clinical-psychologist/>
25. เมธา พันธุ์วรพร. วิทยาศาสตร์ช่วยไขปริศนาเกิดอะไรกับสมองเด็กที่ติด TikTok งอมแงม ความกังวลที่อาจนำไปสู่ ‘โรคสมาธิสั้น’. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://thestandard.co/after-tiktok-brain/>
26. เอสวาย โชนาโต. TikTok เมื่อเด็กอายุน้อย (มาก) เริ่มเล่นโซเชียลด้วยวิธีที่ผู้ใหญ่ไม่รู้. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://adaymagazine.com/tiktok/>
27. นิพนธ์ ชาญอัมพร. รูปแบบการดำเนินชีวิตและความคิดเห็นต่อรายการโทรทัศน์ของเด็กเจนเอเรชั่นแซด. วารสารการประชาสัมพันธ์และการโฆษณา. 2558 ; 2 : 73-84.
28. อังธิดา ลิ้มปัทมปาณี. อิทธิพลของสื่อสังคมออนไลน์ที่มีต่อค่านิยมเยาวชนไทย. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2567] : เข้าถึงได้จาก https://drive.google.com/file/d/1oAr531prSLy1BZhiM0s1pgt9m5Vp_vq/view?usp=drivesck

การวิเคราะห์ข้อกำหนดมาตรฐานระหว่าง มอก. 2677-2558 และ ISO 15190:2020 เพื่อ
แสดงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของแต่ละมาตรฐาน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับ
ห้องปฏิบัติการที่ต้องการเปลี่ยนผ่านจากมาตรฐานไทย สู่มาตรฐานสากล
Analysis of Standard Requirements between TIS 2677-2558 and ISO 15190:2020
Identifying Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats as a Guideline for
Laboratories Transitioning from Thai to International Standards.

ศุภรา มะโนวงศ์

Suphara Manowong

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่

Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai

¹Corresponding author, suphara.m@cmu.ac.th

(Revised: October 8, 2024; Revised: October 15, 2024; Accepted: February 7, 2025)

บทคัดย่อ

มาตรฐานคุณภาพในห้องปฏิบัติการเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงานของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านการวินิจฉัยและการตรวจสอบ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เชื่อถือได้และแม่นยำ มาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีหลายประเภท รวมถึงมาตรฐานไทย มอก.2677-2558 และมาตรฐานสากล ISO 15190:2020 บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อกำหนดระหว่างมาตรฐาน มอก. 2677-2558 และ ISO 15190:2020 เพื่อให้ข้อมูลที่ช่วยสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพ เสริมสร้างความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ และยกระดับการดำเนินงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์เอกสารมาตรฐานเพื่อเปรียบเทียบข้อกำหนดระหว่าง มอก. 2677-2558 และ ISO 15190:2020 โดยเน้นจัดกลุ่มข้อกำหนดที่คล้ายคลึงกันและข้อกำหนดใหม่ที่เพิ่มเติมในมาตรฐานสากล นอกจากนี้ยังใช้การวิเคราะห์ SWOT เพื่อระบุจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคในการเปลี่ยนผ่านมาตรฐาน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกสำหรับการพัฒนาห้องปฏิบัติการให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การศึกษาพบว่ามาตรฐาน มอก. 2677-2558 และ ISO 15190:2020 มีข้อกำหนดที่คล้ายคลึงกันในการจัดการคุณภาพ เช่น การควบคุมคุณภาพและการตรวจสอบความถูกต้องของผลการตรวจ แต่ ISO 15190:2020 ได้เพิ่มข้อกำหนดที่สำคัญด้านความปลอดภัยทางชีวภาพ การจัดการความเสี่ยงด้านรังสี การยศาสตร์ และการบริหารความเสี่ยงที่ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งช่วยเสริมสร้างความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือในระดับสากล อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนผ่านมาตรฐานยังเผชิญอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย การปรับตัวของบุคลากร และการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

ในองค์กร แต่ห้องปฏิบัติการที่สามารถปรับตัวได้จะมีโอกาสยกระดับการดำเนินงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านจาก มอก. 2677-2558 ไปสู่ ISO 15190:2020 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ห้องปฏิบัติการควรวางแผนการปรับตัวอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อสร้างความเข้าใจในมาตรฐานใหม่ และการตระหนักถึงความสำคัญของข้อกำหนดด้านความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง ผู้บริหารควรมีบทบาทในการสนับสนุนด้านทรัพยากรและการสร้างบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับมาตรฐาน และใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม นอกจากนี้ ควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าการดำเนินงานเป็นไปตามข้อกำหนดและสร้างความยั่งยืนในระบบ

คำสำคัญ : มาตรฐานห้องปฏิบัติการ, มอก.2677-2558, ISO 15190:2020, การเปลี่ยนผ่านมาตรฐาน

Abstract

Laboratory standard plays a crucial role in the operations of medical laboratories, ensuring reliable and accurate diagnostic and testing services. Key standards in this field include the Thai standard TIS 2677-2558 and the international standard ISO 15190:2020. This article aims to analyze and compare the requirements of these two standards, providing insights to support an effective transition, enhance laboratory safety, and align operations with international standards. The study employed document analysis to compare the provisions of TIS 2677-2558 and ISO 15190:2020, focusing on grouping similar requirements and identifying new additions in the international standard. SWOT analysis was also utilized to assess strengths, weaknesses, opportunities, and threats associated with the transition, offering valuable insights for improving laboratory operations. The findings revealed similarities in quality management, such as quality control and verification of test results, across both standards. However, ISO 15190:2020 introduces significant new requirements, including biosafety, radiation risk management, ergonomics, and comprehensive risk management, which enhance workplace safety and global credibility. Despite these advantages, challenges such as costs, personnel adaptation, and resistance to change remain barriers to a successful transition. Laboratories capable of overcoming these challenges will be better positioned to elevate their operations to meet international standards. To ensure an effective transition, laboratories should systematically plan the adaptation process, emphasizing staff training to understand the new standards and their critical safety requirements. Management should play a pivotal role in providing resources and fostering a supportive work environment. Additionally, processes should be refined to align with the new requirements, leveraging appropriate technologies. Continuous monitoring and evaluation are essential to ensure compliance with the requirements and promote sustainability within the system.

Keywords: Laboratory standard, TIS 2677-2558, ISO 15190:2020, Standard transition

บทนำ

ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการวินิจฉัยและการตรวจสอบทางการแพทย์ ซึ่งจำเป็นต้องรักษามาตรฐานคุณภาพที่สูงเพื่อให้ผลการตรวจมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตาม มาตรฐานที่ใช้ในห้องปฏิบัติการมีความหลากหลายและแตกต่างกันไปในระดับประเทศและระดับสากล เช่น มาตรฐานไทย มอก.2677-2558 เป็นมาตรฐานที่ห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีใช้ในการจัดการสารเคมี และของเสียเพื่อส่งเสริมการพัฒนากระบวนการจัดการความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ แต่ไม่ครอบคลุมข้อปฏิบัติเกี่ยวกับสารกัมมันตรังสีและวัตถุชีวภาพ^(1,2) และมาตรฐานสากล ISO 15190:2020 เป็นมาตรฐานที่มุ่งเน้นการจัดการความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ และสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานภายในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์⁽³⁾ ซึ่งทั้งสองมาตรฐานมุ่งเน้นการสร้างความปลอดภัยและประสิทธิภาพในห้องปฏิบัติการ แม้ว่าจะมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน แต่มีข้อกำหนดที่แตกต่างในรายละเอียด โดยเฉพาะมาตรฐาน ISO 15190:2020 ที่ครอบคลุมข้อกำหนดด้านความปลอดภัยที่เข้มงวดและการจัดการความเสี่ยงที่ละเอียดมากยิ่งขึ้น การเปลี่ยนผ่านจากมาตรฐาน มอก. 2677-2558 ไปสู่ ISO 15190:2020 ถือเป็นความท้าทายสำหรับห้องปฏิบัติการในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการปรับตัวของบุคลากร การลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน และการบริหารจัดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินงานของห้องปฏิบัติการที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความน่าเชื่อถือของผลการตรวจวิเคราะห์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งการดูแลผู้ป่วยและชื่อเสียงของห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้ ห้องปฏิบัติการที่ต้องการ

ยกระดับการให้บริการไปยังระดับสากลจำเป็นต้องปรับใช้มาตรฐานที่ได้รับการยอมรับทั่วโลกอย่าง ISO 15190:2020 เพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขันและสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการ บทความนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อวิเคราะห์ข้อกำหนดระหว่างมาตรฐานทั้งสอง โดยนำเสนอจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคในการเปลี่ยนผ่าน เพื่อให้ห้องปฏิบัติการในประเทศไทยสามารถปรับตัวและดำเนินการตามมาตรฐานใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

เนื้อเรื่อง

มาตรฐาน มอก.2677-2558 ได้นำประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง กำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม ระบบการจัดการด้านความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับสารเคมี เล่ม 2 : ข้อแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับหลักการ ระบบ และเทคนิคในการปฏิบัติ มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ และได้มีแนวทางการสำรวจ รวบรวม และประเมินข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการโดยใช้แบบสำรวจ ESPReL Checklist เป็นเครื่องมือ ซึ่งแต่ละองค์กรสามารถมีแนวทางหรือวิธีอื่นที่จะนำมาใช้ในการสำรวจสถานภาพห้องปฏิบัติการได้ แต่ต้องครอบคลุมตามข้อกำหนด และเหมาะสมกับห้องปฏิบัติการ มาตรฐานนี้มีข้อกำหนดที่ครอบคลุมการบริหารจัดการคุณภาพ ความปลอดภัย และความ เป็นมืออาชีพในการทำงานภายในห้องปฏิบัติการ รวมถึงการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลและผลการตรวจสอบ อันประกอบด้วย การบริหารระบบการจัดการด้านความปลอดภัย ระบบการจัดการสารเคมี ระบบการจัดการของเสีย ลักษณะทางกายภาพของห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์ และเครื่องมือ ระบบการป้องกันและแก้ไขภัยอันตราย การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ และการ

จัดการข้อมูลและเอกสาร^(2,4) ซึ่งเน้นไปที่การควบคุมคุณภาพในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในประเทศ

มาตรฐาน ISO 15190:2020 เป็นมาตรฐานสากลที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้การบริหารจัดการในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์เป็นไปอย่างมีมาตรฐานและปลอดภัยครอบคลุมทั้งเรื่องของโครงสร้างองค์กร การจัดการด้านทรัพยากร การควบคุมและการจัดการความเสี่ยง รวมถึงการบำรุงรักษาความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ ได้มีการนำแบบสำรวจความพร้อมในการปฏิบัติตามข้อกำหนด ISO 15190:2020 มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย การออกแบบสำหรับความปลอดภัย โปรแกรมการจัดการความปลอดภัย การระบุอันตราย และการประเมินความเสี่ยง อันตรายด้านความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยทางชีวภาพ อันตรายทางสารเคมี อันตรายทางกายภาพ การเตรียมความพร้อมและการตอบสนองในกรณีฉุกเฉิน ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย การยศาสตร์ในห้องปฏิบัติการ ความปลอดภัยของเครื่องมือ ข้อปฏิบัติที่ดีสำหรับบุคลากรให้ทำงานอย่างปลอดภัย อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การขนส่งตัวอย่างและวัสดุที่มีอันตราย การกำจัดของเสีย/ขยะ หลักปฏิบัติในการดูแลทำความสะอาด อุปกรณ์ การบาดเจ็บ อุบัติเหตุ และโรคจากการทำงาน เป็นต้น^(5,6)

บทความนี้จึงได้วิเคราะห์ข้อกำหนดมาตรฐาน มอก.2677-2558 และ ISO 15190:2020 ดำเนินการโดยศึกษา รวบรวมเอกสารมาตรฐานรายละเอียดข้อกำหนดของทั้งสองมาตรฐาน เพื่อทำความเข้าใจในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ ทำการจัดกลุ่มเปรียบเทียบข้อแตกต่างตามรายละเอียดในข้อกำหนด โดยพิจารณาเป็น 2 กรณี คือ ข้อกำหนดที่คล้ายคลึงกันแต่มีการเพิ่มเติมรายละเอียด และข้อกำหนดที่เพิ่มใหม่ใน

มาตรฐาน ISO 15190:2020 จากนั้นวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคในการเปลี่ยนผ่านมาตรฐานเพื่อให้ได้มุมมองที่ชัดเจน

การวิเคราะห์ในรายละเอียดของข้อกำหนด

กรณีที่ 1 ข้อกำหนดที่คล้ายคลึงกันแต่มีการเพิ่มเติมรายละเอียด

1. การออกแบบสำหรับความปลอดภัย และอันตรายทางกายภาพ

จากการศึกษามาตรฐาน มอก.2677-2558 จะทำการประเมินโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ อุปกรณ์ และเครื่องมือภายในห้องปฏิบัติการ ที่มีผลต่อความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ โดยพิจารณาในแต่ละหัวข้อ ดังนี้ งานสถาปัตยกรรม งานวิศวกรรมโครงสร้าง งานวิศวกรรมไฟฟ้า งานวิศวกรรมสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม งานวิศวกรรมระบบระบายอากาศและปรับอากาศ และงานระบบฉุกเฉินและระบบติดต่อสื่อสาร ซึ่งในแต่ละหัวข้อจะประกอบด้วยหัวข้อย่อยในแต่ละหัวข้อ พร้อมทั้งแสดงรายละเอียดที่สำคัญและสนับสนุนให้มีการดูแลและบำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ โดยจะต้องระบุความถี่ และวันที่ตรวจสอบในครั้งล่าสุด

มาตรฐาน ISO 15190:2020 ได้กล่าวถึงการออกแบบสำหรับความปลอดภัยเมื่อมีความประสงค์จะสร้างหรือปรับปรุงห้องปฏิบัติการ ต้องดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยทางสถาปัตยกรรม ซึ่งได้เพิ่มเติมในส่วนของการได้รับอนุญาตอย่างเหมาะสมจากผู้อำนวยการห้องปฏิบัติการหรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้ง โดยกระบวนการออกแบบ ต้องมีการปรึกษากับบุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการวางแผนการก่อสร้าง และการดำเนินงานในสถานที่ปฏิบัติการ

2. โปรแกรมการจัดการความปลอดภัย การระบุอันตรายและการประเมินความเสี่ยง

มาตรฐาน มอก.2677-2558 มีลำดับความคิด ตั้งต้นจากการกำหนดได้ว่าอะไรคือปัจจัยเสี่ยง ผู้ปฏิบัติงานต้องรู้ว่าใช้สารใด ผู้ปฏิบัติงานท่านอื่นในที่เดียวกันกำลังทำอะไรที่เสี่ยงอยู่หรือไม่ ปัจจัยเสี่ยงด้านกายภาพคืออะไร มีการประเมินความเสี่ยงหรือไม่ จากนั้นจึงมีการบริหารความเสี่ยงด้วยการป้องกันหรือการลดความเสี่ยง รวมทั้งการสื่อสารความเสี่ยงที่เหมาะสม จะทำการสำรวจความเป็นอันตรายจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น สารเคมี วัสดุที่ใช้ เครื่องมือหรืออุปกรณ์ และลักษณะทางกายภาพของห้องปฏิบัติการ ในระดับบุคคล โครงการ และห้องปฏิบัติการ ครอบคลุมกิจกรรมที่ทำในห้องปฏิบัติการ และกิจกรรมที่ไม่สามารถทำร่วมในห้องปฏิบัติการได้

มาตรฐาน ISO 15190:2020 มุ่งเน้นการปฏิบัติ และการควบคุมเพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดจากการสัมผัส หรือการนำสิ่งของออกจากห้องปฏิบัติการรวมทั้งการละเลยการรักษาความปลอดภัยโดยไม่ได้ตั้งใจ และการปฏิบัติ การควบคุมที่ลดความเสี่ยงจากการสูญหาย การถูกโจรกรรม การนำไปใช้ในทางที่ผิด การเบี่ยงเบน หรือการเจตนาที่จะไม่ควบคุมดูแลหรือทำให้เกิดการนำสิ่งของออกจากห้องปฏิบัติการโดยตั้งใจ โดยมาตรฐานนี้เพิ่มเติมในการกำหนดให้เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Safety Officer: LSO) ทำหน้าที่หลักในการกำกับดูแลระบบความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ ครอบคลุมทุกแง่มุมของการปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการประจำวัน

3. อันตรายทางสารเคมี

มาตรฐาน มอก.2677-2558 เป็นมาตรฐานที่มุ่งเน้นการจัดการสารเคมีในห้องปฏิบัติการ มีระบบ

การจัดการสารเคมีที่ดีในห้องปฏิบัติการ ทั้งระบบ ข้อมูล การจัดเก็บ การเคลื่อนย้ายสารเคมี และการจัดการสารที่ไม่ใช้แล้วที่สามารถติดตามความเคลื่อนไหวของข้อมูลสารเคมี และควบคุมความเสี่ยงจากอันตรายของสารเคมี กำหนดให้จัดทำสารบบสารเคมี ประกอบด้วย ชื่อสารเคมี CAS No. ประเภทของความเป็นอันตราย ปริมาณสารเคมี สถานที่เก็บ วันที่รับเข้ามาในห้องปฏิบัติการ และวันหมดอายุ มีบันทึกข้อมูลนำเข้าและจ่ายออกสารเคมี และมีการปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและมีรูปแบบการรายงานที่ชัดเจน จัดให้มีเอกสารข้อมูลความปลอดภัย (Safety Data Sheet, SDS) ที่มีข้อมูลครบถ้วน ทันสมัย และเข้าถึงง่าย⁽⁷⁾

มาตรฐาน ISO 15190:2020 กำหนดให้ห้องปฏิบัติการต้องเก็บรักษาบัญชีรายชื่อสิ่งของวัสดุอันตรายที่สั่งซื้อและจัดส่งไปยังห้องทำงาน สารที่ต้องควบคุมจะต้องจัดเก็บอย่างเหมาะสมในสถานที่ที่ปลอดภัย จัดให้มีเอกสารข้อมูลความปลอดภัย (Safety Data Sheet, SDS) มาตรฐานนี้จะเพิ่มเติมในส่วนของกลุ่มเสี่ยงของอันตรายทางชีวภาพจะถูกกำหนดให้สอดคล้องกับข้อกำหนดในบัญชีรายชื่อ ผู้ปฏิบัติงานจะต้องได้รับแจ้งเกี่ยวกับมาตรการของความเป็นพิษ และขีดจำกัดต่อการสัมผัสกับสารพิษ การสัมผัสจากการทำงานคือการใช้กับประชากรผู้ใหญ่ปกติเท่านั้น ไม่รวมเด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพ

4. การเตรียมความพร้อม การตอบสนองในกรณีฉุกเฉิน อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และความปลอดภัยด้านอัคคีภัย

มาตรฐาน มอก.2677-2558 ความพร้อมและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินอยู่ภายใต้หัวข้อการจัดการด้านความปลอดภัยเพื่อเป็นมาตรการป้องกัน เช่น การ

มีผังพื้นที่ใช้สอย ทางออก อุปกรณ์เครื่องมือสำหรับ เหตุฉุกเฉินรวมทั้งการมีแผนป้องกันและตอบโต้ภาวะ ฉุกเฉิน ซึ่งหมายถึงการจัดการเบื้องต้น และการ แจ้งเหตุ ข้อปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยโดยทั่วไปเป็น การกำหนดความปลอดภัยส่วนบุคคลและระเบียบ ปฏิบัติขั้นต้นของแต่ละห้องปฏิบัติการ โดยจะ กำหนดให้ห้องปฏิบัติการจัดทำแนวปฏิบัติในการ เตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่มีแผน ป้องกัน และตอบโต้ ระบบการสื่อสารในภาวะฉุกเฉิน ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

มาตรฐาน ISO 15190:2020 กำหนดให้ ห้อง ปฏิบัติการมีแผนรับมือเหตุฉุกเฉินเพื่อบรรเทาเหตุ ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น จัดให้มีอุปกรณ์ตอบโต้ภาวะ ฉุกเฉิน การปฐมพยาบาล และการตอบสนองหลังการ ประเมินความเสี่ยงต่อการรั่วไหล มีการเพิ่มเติมในส่วน ของการบ่งชี้ของตัวอย่างส่งตรวจ สารกัมมันตรังสี หรือตัวอย่างเพาะเชื้อทั้งหมด ต้องทำความสะอาดด้วย ความปลอดภัย สวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล บุคลากรที่ผ่านการอบรมเท่านั้นที่จะดำเนินการตาม ขั้นตอนทำความสะอาดได้

5. ข้อปฏิบัติที่ดีสำหรับบุคลากรให้ทำงาน อย่างปลอดภัย

มาตรฐาน มอก.2677-2558 จัดให้มีข้อปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัยโดยทั่วไป ดังนี้ ความปลอดภัยส่วนบุคคล ที่จะครอบคลุมถึงอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่ เหมาะสมกับกิจกรรมในห้องปฏิบัติการ และระเบียบ ปฏิบัติของแต่ละห้องปฏิบัติการ ที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคน จะต้องรับทราบและถือปฏิบัติ รวมถึงมีการกำหนด ระเบียบ/ข้อปฏิบัติในกรณีที่หน่วยงานอนุญาตให้มีผู้ เยี่ยมชม

มาตรฐาน ISO 15190:2020 รายการตรวจสอบ สำหรับการตรวจประเมินห้องปฏิบัติการตาม

ข้อกำหนดมาตรฐานมีการระบุเพิ่มเติมและชี้แจง รายละเอียดไว้อย่างชัดเจน ในแต่ละหัวข้อครอบคลุม เนื้อหา อาหาร เครื่องดื่ม และสิ่งที่คล้ายคลึงกัน เครื่องสำอาง ผง เครื่องประดับ การสูบบุหรี่ ของใช้ ส่วนตัว อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล ของตกแต่ง สำหรับงานรื่นเริง สุขอนามัยของมือ การใช้ปากปิเปต และของมีคม เป็นต้น

6. อุบัติการณ์ การบาดเจ็บ อุบัติเหตุ และ โรคจากการทำงาน

มาตรฐาน มอก.2677-2558 มีการกำหนดให้มีการตรวจสุขภาพผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการเมื่อถึง กำหนดการตรวจสุขภาพประจำปี มีการตรวจสุขภาพ ตามปัจจัยเสี่ยง หรือเมื่อมีอาการเตือน กรณีพบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการทำงาน กับสารเคมี วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือในห้องปฏิบัติการ หรือเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์สารเคมีหก รั่วไหล ระเบิด หรือเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องสัมผัสสารอันตราย โดย จะเน้นเหตุการณ์ หรืออุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับ สารเคมี หากเข้าข่ายเกณฑ์ข้างต้นนี้ สามารถเข้ารับ การตรวจสุขภาพได้

มาตรฐาน ISO 15190:2020 กำหนดให้ ห้อง ปฏิบัติการต้องมีโปรแกรมการรายงานเหตุการณ์ใน ห้องปฏิบัติการ รวมถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น โดยระบุ ไว้อย่างชัดเจน และมีผู้รับผิดชอบ นายจ้างจะต้อง ส่งเสริมสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยโดย สร้างวัฒนธรรมของการทำงานให้มีการรายงานความไม่ ปลอดภัยแบบ “ไม่ตำหนิบุคคลอื่น” ถือเป็นหน้าที่ของ ผู้ปฏิบัติงานทุกคน รวมทั้งมีการดำเนินการแก้ไข ที่ได้รับการตรวจสอบทบทวนโดยผู้จัดการอาวุโส คณะกรรมการความปลอดภัย หรือเจ้าหน้าที่ ความ ปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ การทบทวนต้องประเมิน โอกาสในการปรับปรุง พัฒนา และความจำเป็นในการ

เปลี่ยนแปลงนโยบาย กระบวนการหรือขั้นตอนต่าง ๆ โดยจัดให้มีการจัดการด้านสุขภาพของบุคลากร บุคลากรทุกคนต้องมีเอกสารหลักฐานการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงานเพิ่มเติมในส่วนของหน่วยงานส่งเสริมการสร้าง ภูมิคุ้มกัน ต้องระบุให้มึนโยบายการฉีดวัคซีนเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมสุขภาพบุคลากร บันทึกการประเมิน ความเสี่ยง คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ตามกลุ่มเชื้อโรคที่บุคลากรมีแนวโน้มที่จะสัมผัส จัดให้มีการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีแก่บุคลากรที่ทำหน้าที่จัดการกับสิ่งส่งตรวจ และทำการเก็บบันทึกหลักฐานการฉีดวัคซีนให้เป็นไปตามคำแนะนำในข้อกำหนดระดับประเทศ ภูมิภาค และพื้นที่ อีกทั้งผู้บริหารห้องปฏิบัติการยังต้องรับผิดชอบด้านสถานะจิตใจและดำเนินการเพื่อลดปัจจัยด้านองค์กร สิ่งแวดล้อม และส่วนบุคคลที่ก่อให้เกิดความเครียด มากเกินไปด้วย

กรณีที่ 2 ข้อกำหนดที่เพิ่มใหม่ในมาตรฐาน ISO 15190:2020

1. อันตรายด้านความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยทางชีวภาพ

กำหนดให้มึนโยบาย ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติ สำหรับการจัดการ การทดสอบและการกำจัด สารชีวภาพให้เป็นไปตามหลักการพื้นฐานหลักปฏิบัติที่ดีทางจุลชีววิทยา เพื่อลดความเสี่ยงที่จะได้รับการปนเปื้อน ต้องจัดทำข้อปฏิบัติในการทำงานในพื้นที่ปนเปื้อนเพื่อป้องกันบุคคลและสิ่งแวดล้อมสัมผัสสิ่งปนเปื้อนนั้

2. ความปลอดภัยทางรังสี

กำหนดให้ผู้อำนวยการห้องปฏิบัติการจะต้องประเมินเหตุผล ขอบเขต และตำแหน่งของข้อเสนอ

ก่อนที่จะอนุญาตให้ทำงานกับสารกัมมันตรังสี มีเจ้าหน้าที่ ป้องกันอันตรายจากรังสีในกรณีที่ต้องทำงานกับสารกัมมันตรังสี ห้องปฏิบัติการจะต้องขอคำแนะนำจากที่ปรึกษาการป้องกันรังสีที่ได้รับอนุญาตประจำห้องที่ (Radiation Protection Advisor : RPA) และให้มีการติดตามตรวจสอบสถานที่ทำงานเกี่ยวกับสารกัมมันตรังสีอยู่เสมอ

3. การยศาศตรรในห้องปฏิบัติการ

กิจกรรมการดำเนินการในห้องปฏิบัติการ พื้นที่ทำงาน และอุปกรณ์ รวมถึงอุปกรณ์ที่สร้างแรงสั่นสะเทือน และอุปกรณ์อัลตราโซนิก ฯลฯ จะต้องได้รับการออกแบบหรือจัดวางให้เป็นไปตามหลักการยศาศตรร เพื่อลดความเสี่ยง ความผิดปกติ และอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้น โดยนายจ้างจะต้องทำการวิเคราะห์กระบวนการทำงานเพื่อทบทวนวิธีการทำงาน และการเคลื่อนที่ของบุคลากร ณ พื้นที่ทำงานอย่างเหมาะสมตามประเภทของงาน พิจารณาอุปกรณ์ปรับระดับ ม้านั่ง เพื่อให้ยึดหยุ่นต่อรูปร่างของบุคลากร จัดให้มีการฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ เพื่อสร้างหลักการยศาศตรรที่ดีในห้องปฏิบัติการ

การปรับปรุงมาตรฐานในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ถือเป็นสิ่งจำเป็นในยุคปัจจุบัน ซึ่งเป็นการสร้างความมั่นใจในความปลอดภัย และคุณภาพของผลการตรวจสอบที่ถูกต้อง หนึ่งในวิธีที่มีประสิทธิภาพในการประเมินมาตรฐานต่าง ๆ คือการวิเคราะห์ SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Treats) ซึ่ง เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เข้าใจถึงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของแต่ละมาตรฐานได้อย่างรอบด้าน การทำ SWOT analysis สำหรับมาตรฐาน มอก.2677-2558 และ ISO 15190:2020 จะช่วยให้มองเห็นถึงความแตกต่างในการบริหารจัดการคุณภาพ และความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจใน

การเลือกหรือเปลี่ยนผ่านมาตรฐานจากเดิม เช่น มอก. 2677-2558 ไปสู่มาตรฐานสากลอย่าง ISO 15190:2020 ถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการยกระดับความน่าเชื่อถือ และคุณภาพในการทำงานของห้องปฏิบัติการไม่ว่าจะเป็นการปรับตัวของห้องปฏิบัติการ การเพิ่มศักยภาพ

ในการทำงาน หรือการรักษามาตรฐานการทำงานให้ เป็นไปตามข้อกำหนดระดับสากล เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสบความสำเร็จ⁽⁶⁾ ดังแสดงในตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ของมาตรฐาน มอก.2677-2558 และ ISO 15190:2020

SWOT Analysis	มอก.2677-2558	ISO 15190:2020
S: Strengths (จุดแข็ง)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความปลอดภัยที่เพิ่มขึ้น: มาตรฐานนี้มุ่งเน้นการจัดการความปลอดภัยในการใช้ และเก็บรักษา สารเคมี ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงจาก อุบัติเหตุ หรือการรั่วไหลของ สารเคมี 2. การควบคุมคุณภาพ: ทำให้ ห้องปฏิบัติการสามารถควบคุม และจัดการการใช้สารเคมีได้อย่าง เป็นระบบ ส่งเสริมการปฏิบัติงาน อย่างมีประสิทธิภาพ 3. ความสอดคล้องตามกฎหมาย: การปฏิบัติตามมาตรฐานช่วยให้ องค์กรหรือห้องปฏิบัติการเป็นไป ตามข้อกำหนดทางกฎหมาย และ กฎระเบียบด้านความปลอดภัย 4. ภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร: ห้องปฏิบัติการที่ปฏิบัติตาม มาตรฐานนี้ สามารถเสริมสร้าง ความน่าเชื่อถือของผู้รับบริการได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มาตรฐานสากลที่ได้รับการ ยอมรับ: ISO 15190:2020 เป็นมาตรฐานระดับสากลทำให้ ห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมีความน่าเชื่อถือ 2. ครอบคลุมความปลอดภัย: มาตรฐานนี้มุ่งเน้นการสร้าง สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย สำหรับ บุคลากรใน ห้องปฏิบัติการ ป้องกัน อุบัติเหตุ และการสัมผัสกับ สารเคมี หรือสารชีวภาพที่ อาจเป็นอันตราย 3. การบริหารจัดการความเสี่ยง ที่ดีขึ้น: ช่วยให้ห้องปฏิบัติการ สามารถระบุ และบริหารความ เสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4. การเสริมสร้างความเชื่อมั่น ในระบบการทำงาน: ห้องปฏิบัติการที่ปฏิบัติตาม มาตรฐานนี้ สามารถเพิ่มความ เชื่อมั่นให้กับผู้มาใช้ บริการ

SWOT Analysis	มอก.2677-2558	ISO 15190:2020
W: Weaknesses (จุดอ่อน)	<ol style="list-style-type: none"> ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุง: การปรับปรุงห้องปฏิบัติการให้สอดคล้องกับมาตรฐานนี้อาจต้องใช้งบลงทุนในการติดตั้งระบบความปลอดภัย และการจัดการสารเคมี ความซับซ้อนในการจัดการ: การปฏิบัติตามมาตรฐานอาจเพิ่มความซับซ้อนในการจัดการ และควบคุมการใช้งานสารเคมี การขาดบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทาง: อาจต้องมีการฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับการใช้งานและจัดการสารเคมีให้ปลอดภัยตามมาตรฐาน 	<ol style="list-style-type: none"> ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุง: การปรับปรุงห้องปฏิบัติการให้สอดคล้องกับมาตรฐานนี้อาจมีต้นทุนสูง ทั้งในด้าน การปรับปรุงอุปกรณ์ ความปลอดภัย และการฝึกอบรมบุคลากร ความซับซ้อนของข้อกำหนด: การปฏิบัติตามมาตรฐานนี้อาจทำให้เกิดความซับซ้อนในการดำเนินงาน ซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดการ และควบคุมอย่างเข้มงวด การฝึกอบรมบุคลากร: ต้องมีการฝึกอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เข้าใจ และปฏิบัติตามข้อกำหนดของมาตรฐาน
O: Opportunities (โอกาส)	<ol style="list-style-type: none"> ความต้องการมาตรฐานด้านความปลอดภัยที่เพิ่มขึ้น: ด้วยความตระหนักเรื่องความปลอดภัย และสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ทำให้ห้องปฏิบัติการที่ใช้มาตรฐานนี้มีโอกาสเติบโต และได้รับการยอมรับมากขึ้น การพัฒนาภาพลักษณ์: การปฏิบัติตามมาตรฐานจะช่วยให้ห้องปฏิบัติการมีภาพลักษณ์ที่ดี และสร้างความไว้วางใจในงานที่เกี่ยวข้องกับสารเคมี 	<ol style="list-style-type: none"> การสร้างมาตรฐานความปลอดภัยที่สูงขึ้น: ห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐานนี้สามารถเสริมสร้างภาพลักษณ์ในด้านความปลอดภัย และ ความรับผิดชอบต่อสังคม การเป็นที่ยอมรับในระดับสากล: มาตรฐาน ISO 15190:2020 ช่วยให้ห้องปฏิบัติการสามารถปฏิบัติงานที่ได้คุณภาพในระดับสากล

SWOT Analysis	มอก.2677-2558	ISO 15190:2020
	<p>3. การสนับสนุนจากภาครัฐ และองค์กร: ภาครัฐ และองค์กร อาจมีการสนับสนุนหรือสิทธิประโยชน์สำหรับห้องปฏิบัติการที่ปฏิบัติตามมาตรฐานด้านความปลอดภัย</p>	<p>3. การเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน: การปรับปรุงระบบความปลอดภัยจะช่วยลดอุบัติเหตุ และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร</p> <p>4. การสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กร: หลายองค์กรสนับสนุนให้ห้องปฏิบัติการปรับปรุงมาตรฐานความปลอดภัย ซึ่งอาจได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ และทรัพยากร</p>
T: Threats (อุปสรรค)	<p>1. การเปลี่ยนแปลงข้อกำหนด: มาตรฐานด้านความปลอดภัยอาจมีการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจสร้างความยากลำบากในการปรับตัวให้สอดคล้องกับข้อกำหนดใหม่</p> <p>2. ความเสี่ยงจากการไม่ปฏิบัติตาม: หากห้องปฏิบัติการไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานได้อย่างถูกต้อง อาจเกิดความเสี่ยงต่อความปลอดภัยหรือปัญหาทางกฎหมาย</p>	<p>1. การเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดและเทคโนโลยี: ข้อกำหนดด้านความปลอดภัย และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องอาจเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องมีการปรับตัว และลงทุนอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. ความไม่เข้าใจ หรือไม่พร้อมในการปฏิบัติตาม: องค์กรหรือบุคลากรที่ไม่คุ้นเคยกับมาตรฐานนี้อาจพบว่ามี ความซับซ้อน และยุ่งยากทำให้เกิดความล่าช้าในการนำไปใช้</p>

จากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ของแต่ละมาตรฐานจะเห็นได้ว่ามาตรฐาน มอก.2677-2558 และ ISO 15190:2020 มีจุดแข็งคือ

มุ่งเน้นให้มีการจัดการด้านความปลอดภัยสอดคล้องตามกฎหมาย เพื่อเสริมภาพลักษณ์ที่ดียิ่งขึ้น แต่มีจุดอ่อนในเรื่องค่าใช้จ่ายในการปรับปรุง

ห้องปฏิบัติการให้ได้ตามที่มาตรฐานกำหนด รวมถึงความซับซ้อนของข้อกำหนด และต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางในการจัดการตามมาตรฐาน องค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการจัดการ

ห้องปฏิบัติการให้ปลอดภัยอย่างเหมาะสม และจัดการกับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ภายในองค์กร เช่น การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของข้อกำหนด และความไม่เข้าใจ หรือไม่พร้อมที่จะปฏิบัติตามของบุคลากร

ตาราง 2 จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ของห้องปฏิบัติการที่ต้องการเปลี่ยนผ่านมาตรฐานจาก มอก.2677-2558 ไปสู่ ISO 15190:2020

SWOT Analysis	รายละเอียด
S: Strengths (จุดแข็ง)	<ol style="list-style-type: none"> มาตรฐานความปลอดภัยที่ยกระดับขึ้น: การเปลี่ยนมาใช้มาตรฐาน ISO 15190:2020 ช่วยยกระดับความปลอดภัยในการทำงานในห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะในด้านความปลอดภัยทางชีวภาพ และเคมี การยอมรับในระดับสากล: ISO 15190:2020 เป็นมาตรฐานสากล ทำให้ห้องปฏิบัติการที่ใช้มาตรฐานนี้มีความน่าเชื่อถือในระดับนานาชาติ ส่งเสริมการจัดการความเสี่ยง: ช่วยเสริมสร้างการบริหารจัดการความเสี่ยงที่ครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการที่ทำการตรวจทางการแพทย์ เสริมสร้างความปลอดภัยให้กับบุคลากร: ลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุ และการสัมผัสสารเคมีอันตราย และสารชีวภาพที่เป็นพิษ
W: Weaknesses (จุดอ่อน)	<ol style="list-style-type: none"> ความซับซ้อนในการเปลี่ยนแปลง: การเปลี่ยนผ่านมาตรฐานต้องใช้เวลา และความพยายามในการปรับปรุงกระบวนการ และระบบความปลอดภัยให้สอดคล้องกับข้อกำหนดใหม่ ต้นทุนในการเปลี่ยนผ่าน: การปรับระบบและกระบวนการต่าง ๆ ตามมาตรฐาน ISO 15190:2020 อาจทำให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ทั้งในเรื่องการลงทุนในอุปกรณ์ใหม่ ๆ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และการฝึกอบรมบุคลากร

SWOT Analysis	รายละเอียด
	<p>3. ต้องการบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทาง: การเปลี่ยนมาตรฐานต้องการบุคลากรที่เข้าใจ และสามารถดำเนินการตามข้อกำหนดของ ISO 15190:2020 ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งอาจต้องฝึกอบรมเพิ่มเติม</p>
O: Opportunities (โอกาส)	<p>1. ภาพลักษณ์ที่ดีขึ้น: ห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรอง ISO 15190:2020 จะได้รับความเชื่อมั่นมากขึ้นจากผู้มาใช้บริการ เนื่องจากการจัดการความปลอดภัยที่ดี</p> <p>2. การสนับสนุนจากภาครัฐ และองค์กร: ห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานความปลอดภัยสูงมีแนวโน้มที่จะได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ หรือองค์กรระหว่างประเทศมากขึ้น</p> <p>3. การปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ: การใช้ ISO 15190:2020 จะช่วยให้ห้องปฏิบัติการปฏิบัติตามกฎระเบียบด้านความปลอดภัยทางชีวภาพ และเคมีที่เข้มงวดได้ง่ายขึ้น</p>
T: Threats (อุปสรรค)	<p>1. ความเสี่ยงจากการขาดการเตรียมตัว: หากห้องปฏิบัติการไม่สามารถปรับตัวตามมาตรฐานใหม่ได้ทันที อาจเสี่ยงต่อการทำงานที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด และอาจเกิดปัญหาด้านความปลอดภัย</p> <p>2. การต่อต้านการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร: การเปลี่ยนผ่านอาจเจอความท้าทายในการปรับตัวของบุคลากรที่ไม่คุ้นเคยกับมาตรฐานใหม่ หรืออาจต่อต้านการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานที่เคยใช้มาก่อน</p>

จากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนผ่านจากมาตรฐาน มอก.2677-2558 ไปยัง ISO 15190:2020 ถือเป็นโอกาสที่ดีสำหรับห้องปฏิบัติการในประเทศไทยที่ต้องการขยายขอบเขตการดำเนินงานไปยังระดับสากล การได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO 15190:2020 จะช่วยเสริมสร้างความน่าเชื่อถือ และความมั่นใจในการ

ให้บริการทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการปรับตัว รวมถึงความยุ่งยากในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน และการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานใหม่ ซึ่งจำเป็นต้องมีการวางแผน และการสนับสนุนที่เพียงพอจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

บทสรุป

การเปลี่ยนผ่านจากมาตรฐาน มอก.2677-2558 ไปยัง ISO 15190:2020 มีทั้งจุดแข็ง และจุดอ่อนที่ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ มาตรฐานสากลช่วยเพิ่มโอกาสในการให้บริการ และเสริมสร้างความน่าเชื่อถือในระดับสากล แต่ก็มาพร้อมกับค่าใช้จ่าย และความซับซ้อนในการดำเนินการ ห้องปฏิบัติการที่ต้องการเปลี่ยนผ่านจึงควรทำการวิเคราะห์ทรัพยากร และกระบวนการของตนอย่างละเอียด เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปอย่างราบรื่น และประสบความสำเร็จ

มาตรฐาน มอก.2677-2558 เป็นมาตรฐานที่เน้นไปที่ การควบคุมคุณภาพในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในประเทศไทย จุดแข็งของมาตรฐานนี้คือความเข้ากันได้กับบริบทของการดำเนินงานในประเทศไทย และต้นทุนในการปรับตัวของห้องปฏิบัติการที่ใช้มาตรฐานนี้ ถือว่าค่อนข้างต่ำกว่ามาตรฐานสากล จุดอ่อนอยู่ที่มาตรฐาน มอก.2677-2558 ยังไม่สามารถรับรองการใช้งานในระดับสากลได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งทำให้ห้องปฏิบัติการอาจต้องเผชิญกับข้อจำกัดในการเข้าถึงมาตรฐานระดับสากล และด้วยข้อจำกัดของการรับรองที่ไม่ครอบคลุมข้อปฏิบัติ เกี่ยวกับสารกัมมันตรังสี และวัตถุชีวภาพ ซึ่งอาจจะไม่ครอบคลุมในขอบข่ายการปฏิบัติงานในบางห้องปฏิบัติการ

มาตรฐาน ISO 15190:2020 เป็นมาตรฐานเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เป็นไปอย่างมีมาตรฐานและปลอดภัย จุดแข็งของมาตรฐานนี้คือ การยอมรับในระดับสากล ซึ่งสามารถเพิ่มโอกาสในการขยายการให้บริการ และทำงานร่วมกับหน่วยงานในต่างประเทศ นอกจากนี้ยังมีข้อกำหนดที่ทันสมัย และเข้มงวดในการควบคุมคุณภาพ และความปลอดภัย จุดอ่อนคือการดำเนินการตามมาตรฐานนี้มีค่าใช้จ่ายสูง และต้องการทรัพยากร และความรู้อ

เฉพาะทางที่มากขึ้น นอกจากนี้ยังอาจต้องใช้เวลาในการปรับตัวของบุคลากร และกระบวนการภายในห้องปฏิบัติการ

การเปลี่ยนผ่านจากมาตรฐาน มอก.2677-2558 ไปยัง ISO 15190:2020 ถือเป็นโอกาสที่ดีสำหรับห้องปฏิบัติการในประเทศไทยที่ต้องการขยายขอบเขตการดำเนินงานไปยังระดับสากล การได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO 15190:2020 จะช่วยเสริมสร้างความน่าเชื่อถือ และความมั่นใจในการให้บริการทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีอุปสรรคในเรื่องของค่าใช้จ่าย การปรับตัวของบุคลากร หรือแม้แต่การต่อต้านการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กรได้ ซึ่งผู้บริหารหรือหัวหน้างานที่เกี่ยวข้อง จะต้องรับมือ และเตรียมตัวกับความท้าทายในการจัดการกระบวนการทำงาน การฝึกอบรมบุคลากร ซึ่งจำเป็นต้องมีการวางแผน และสนับสนุนอย่างเพียงพอ ทั้งนี้การเลือกใช้มาตรฐานแต่ละมาตรฐานขึ้นอยู่กับความเหมาะสม และบริบทของแต่ละห้องปฏิบัติการ

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม พ.ศ. 2511 ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม ฉบับที่ 4699 (พ.ศ. 2558) เรื่อง กำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม ระบบการจัดการด้านความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับสารเคมี เล่ม 1. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 132 (229 ง):23 กันยายน 2558.
2. พระราชบัญญัติมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม พ.ศ. 2511 ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม ฉบับที่ 4700 (พ.ศ. 2558) เรื่อง กำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม ระบบการจัดการด้านความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับสารเคมี

- เล่ม 2. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 132 (229 ง):23 กันยายน 2558.
3. ISO 15190:2020, Medical laboratories–requirements for safety. Geneva: International Organization for Standardization; 2020.
4. โครงการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการวิจัยในประเทศไทย Enhancement of Safety Practice of Research Laboratory in Thailand “ESPReL”. แนวปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ (Safety Guideline for Laboratory). ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและของเสียอันตราย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
5. สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. แบบสำรวจความพร้อมในการปฏิบัติตามข้อกำหนด ISO 15190:2020. [อินเทอร์เน็ต].2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://blqs.dmsc.moph.go.th/page-view/171>
6. ภัทรวีร์ สร้อยสังวาลย์. ข้อกำหนดด้านความปลอดภัยสำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ การเปรียบเทียบระหว่าง ISO 15190:2003 และ ISO 15190:2020 การถอดความและอธิบายเพิ่มเติมสำหรับการนำไปใช้.[อินเทอร์เน็ต].2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://blqs.dmsc.moph.go.th/page-view/420>.
7. ประกาศกรมโรงงานอุตสาหกรรม. คู่มือการเก็บรักษาสารเคมีและวัตถุอันตราย (พ.ศ. 2550). ราชกิจจานุเบกษา 125 (15 ง): วันที่ 22 มกราคม 2551.
8. กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการจัดการความเสี่ยงในห้องปฏิบัติการ.[อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ 7 ต.ค. 2567].เข้าถึงได้จาก: https://psdg.anamai.moph.go.th/th/internal02/download?id=84102&mid=29662&mkey=m_document&lang=th&did=26440

ความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

Satisfaction and Motivation in The Performance of Public Health Personnel Under the Lamphun Provincial Administrative Organization

จตุพล พงษ์ภูธรินพิบูล

Chatupol Pongthanapiboon

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน

Wiang Nong Long District Health Office, Lamphun Province

Corresponding author, ageemail4me@gmail.com

(Revised: August 11, 2024; Revised: September 9, 2024; Accepted: March 4, 2025)

บทคัดย่อ

ในปี 2566-2567 มี สอน. และ รพ.สต. ในจังหวัดลำพูนถ่ายโอนไป อบจ.ลำพูน ร้อยละ 38.36 ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นและถ่ายโอนครบทุกแห่งในปี 2570 อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจและแรงจูงใจของบุคลากรที่ถ่ายโอน การวิจัยแบบผสมผสานมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่มีผลต่อระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการเพิ่มระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจของบุคลากรดังกล่าว ศึกษาในบุคลากรที่ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ.ลำพูนในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 11 แห่ง รวม 47 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย 34 คน เก็บข้อมูลระหว่างเมษายนถึงพฤษภาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่มีค่า IOC= 0.6-1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.78-0.96 ประกอบด้วย 3 ส่วนคือส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจและแรงจูงใจ 5 ด้าน เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1) นโยบายและการบริหารงานองค์กร 2) การบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน 3) เงินเดือน ค่าตอบแทน และสวัสดิการ 4) สภาพแวดล้อมในการทำงาน 5) วัฒนธรรมองค์กร ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อปัญหาและข้อเสนอเพื่อสร้างแรงจูงใจฯ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไค์สแคว และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.83 \pm 0.44$) พบว่า ปัจจัยตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจด้านนโยบายและการบริหารงานองค์กร การบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน ด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทน และสวัสดิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับด้านการบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะของการจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอเหมาะสมกับงาน ความก้าวหน้าในสายอาชีพ ความชัดเจนในกฎระเบียบ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรจะทำให้เกิดแรงจูงใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น รวมทั้งความรู้สึกผูกพันและเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร

คำสำคัญ: บุคลากรสาธารณสุข, การถ่ายโอน รพ.สต., ความพึงพอใจและแรงจูงใจ

Abstract

In 2023-2024, 38.36% of subdistrict health promotion hospitals (HPH) were transferred to the Lamphun Provincial Administrative Organization (PAO), increase and be completed by 2027. However, there has been no study on the satisfaction and motivation of those transferred. The purposes of this research were to study the level and factors affecting the level, and the opinions on problems and suggestions for increasing the level of satisfaction and motivation in public health personnel. The population was 11 subdistricts HPH, 47 persons who transferred to the Lamphun PAO in the fiscal year 2023 by simple random sampling, the samples were 34 persons. The mixed-methods study design was done. Data was collected from April to May 2024. The instrument was a questionnaire with IOC of 0.6 - 1.0 and Cronbach's Alpha Coefficient reliability value of 0.78 - 0.96, consisting of three parts. Part 1, General information including gender, age, education, position, and seniority. Part 2, Satisfaction and motivation in 5 dimensions with Likert rating scale 5 level as 1) Organizational policy and administration, 2) Personnel administration/career path and promotion, 3) Salary, compensation, and benefits, 4) Work environment 5) Organization culture. Part 3, Opinions on problems and suggestions for increasing the level of satisfaction and motivation. Descriptive statistics analyzed general data, Chi-square was testing relationship between variables, and Content analysis for qualitative studies.

The results found that overall satisfaction and motivation levels were at a high level ($\bar{X} = 3.83 \pm 0.44$). There were significant relations between job positions with Organizational policy and administration, Personnel administration/career path and promotion, and Salary compensation and benefits at level of $p \leq 0.05$. In addition, age was significant in relation with Personnel administration/career path and promotion at a level of 0.05. The suggestions were to allocate personnel correctly for the job, career path promotion, clarity in regulations, and personnel potential development which would increase satisfaction and motivation with ownership and engagement.

Keywords: Public health personnel, Transferring, Satisfaction and Motivation

บทนำ

ตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) กำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ที่ตั้งอยู่เขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใด ต้องถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น

ซึ่งได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลเมือง พัทธยาองค์การบริหารส่วนจังหวัด และกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปีพ.ศ.2551 - 2563 พบว่ามีสถานอนามัยทั้งสิ้น 65 แห่ง จากสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 9,787 แห่งทั่วประเทศ ปัญหาที่พบคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลขาดความพร้อมในการรับถ่ายโอน⁽¹⁾

ในปี 2564 คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 19 ต.ค.2564 เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา ฯ และ รพ.สต. ให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ตามศักยภาพ ความพร้อม และความสมัครใจ โดยถ่ายโอนรอบแรก วันที่ 1 ตุลาคม 2565 (ปีงบประมาณ 2566) จำนวน 49 จังหวัด และ รพ.สต.จำนวน 3,390 แห่ง ข้าราชการ 12,037 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้าง 9,862 คน รวมบุคลากรประสงค์ถ่ายโอน 21,899 คน⁽²⁾

จากการศึกษาของ อานนท์ กลธรรมาสนร์ และคณะ (2561) เรื่อง การประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: สังเคราะห์บทเรียนจากพื้นที่ 51 แห่งและทางเลือกในเชิงนโยบาย ด้านงบประมาณ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และสถานที่ พบว่าเพียงพอต่อการให้บริการ แต่บางแห่งประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรที่ไม่สอดคล้องกับบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น เจ้าหน้าที่ร้อยละ 75.61 (N=41) เห็นว่าคุณภาพการให้บริการและการตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ดีขึ้น การบริหารงานที่มีสายบังคับบัญชาสั้นเป็นทั้งข้อดีและทำให้บริหารงานได้คล่องตัว แต่มีข้อเสียเนื่องจากเจ้าหน้าที่กังวลปัญหาการเมืองท้องถิ่นส่งผลต่อการปฏิบัติงาน หลังการถ่ายโอนยังคงมีความสัมพันธ์กับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ใกล้เคียง แต่มีเพียง 19 แห่งที่ได้รับการนิเทศงานจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป็นประจำ มีเจ้าหน้าที่ 7 แห่งต้องการย้ายกลับกระทรวงสาธารณสุข และกระบวนการถ่ายโอนที่ผ่านมาพบว่าไม่มีส่วนร่วมจากประชาชนในพื้นที่และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฏิบัติงาน⁽³⁾ ข้อมูลจาก

กรมการสาธารณสุขด้านการสาธารณสุขชุมชน พบว่ามี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปแล้วและประสบปัญหาร้อยละ 40 ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเร่งรัดการถ่ายโอน ขาดการเตรียมความพร้อมของ รพ.สต. อีกทั้งในการถ่ายโอนภารกิจ กระทรวงสาธารณสุขขาดโอกาสในการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ดังนั้น การสำรวจความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรบริหารส่วนแล้ว จะทำให้ได้ข้อมูลเพื่อวางแผนในการป้องกันปัญหาและแก้ไขที่จะเกิดขึ้นในการถ่ายโอนภารกิจปีงบประมาณ 2567⁽⁴⁾

สำหรับในพื้นที่จังหวัดลำพูนนั้น ได้มี สอน. และ รพ.สต. ทั้งหมด 73 แห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2567 มี สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปองค์กรบริหารส่วนจังหวัดลำพูน 28 แห่ง (ร้อยละ 38.36) โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ถ่ายโอน 11 แห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 47 ราย และปีงบประมาณ 2567 ถ่ายโอน 17 แห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 67 ราย รวมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 113 ราย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดองค์กรบริหารจังหวัดลำพูน เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางสำหรับผู้บริหารในการที่จะเข้าถึงปัญหา ตลอดจนวางแผนหาทางแก้ไข ปรับปรุง การดำเนินงานให้สอดคล้องกับความต้องการและความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดองค์กรบริหารส่วนจังหวัดลำพูน และเพื่อให้เกิดการบูรณาการในด้านความคิด ตลอดจนบุคลิกภาพ นำไปสู่การพัฒนาาร่วมกันอย่างมีเป้าหมายและทิศทาง ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการบริหารงานต่อไป

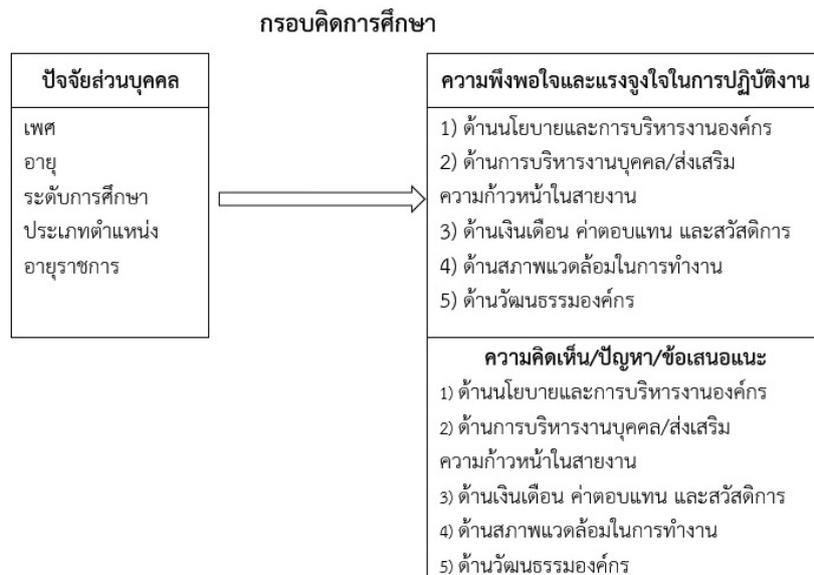
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข
- 3) เพื่อศึกษาความคิดเห็น ปัญหาและข้อเสนอแนะในการเพิ่มระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) ที่มีทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบกรอบแนวคิดตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมีกรอบแนวคิดการศึกษาดังนี้



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

ประชากรที่ศึกษา เป็นบุคลากรสาธารณสุขในสังกัด สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. ลำพูนในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 11 สถานบริการ 4 ประเภทตำแหน่งงาน ได้แก่ 1) นักวิชาการสาธารณสุข 2) เจ้าพนักงานสาธารณสุข 3) พยาบาลวิชาชีพ และ 4) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข รวมทั้งหมด 47 คน กำหนดวิธีการเลือกตัวอย่างวิจัยจากตัวแทนแต่ละตำแหน่ง ทั้ง 4 ประเภท จากทั้ง 11 สถานบริการ โดยการสุ่มแบบง่าย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 34 คน กำหนดคุณสมบัติและเกณฑ์การคัดเลือก

อาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย (inclusion criteria) และการคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

- 1) เป็นบุคลากรที่เคยปฏิบัติงานใน สอน. และ/หรือ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 และปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 2) กรณีตำแหน่งในหน่วยงานมี 1 คน ให้คัดเลือกเป็นตัวแทนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนั้น

3) กรณีตำแหน่งในหน่วยงานมี 2 คน ให้สุ่มคัดเลือกแบบง่าย 1 คน

4) กรณีตำแหน่งเจ้าหน้าที่ มีจำนวน 3 คนขึ้นไป สุ่มคัดเลือกแบบง่าย จำนวน 2 คน

5) การคัดออกอาสาสมัคร กรณีอาสาสมัครที่ร่วมวิจัยโยกย้ายไปหน่วยงานอื่นระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้รวบรวมและพัฒนาโดยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยมีเนื้อหาแบบสอบถาม 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่งงาน และอายุราชการ/ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานทั้งหมด (สสจ. ร่วมกับ อบจ.)

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจและแรงจูงใจของบุคลากรที่มีต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ลักษณะคำถามเป็น นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด(5) พึงพอใจมาก(4) พึงพอใจปานกลาง(3) พึงพอใจน้อย(2) และ พึงพอใจน้อยที่สุด (1) ตามลำดับ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ด้านนโยบายและการบริหารงานองค์กร จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านการบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านเงินเดือนค่าตอบแทน และสวัสดิการ จำนวน 8 ข้อ 4) ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน จำนวน 6 ข้อ 5) ด้านวัฒนธรรมองค์กร จำนวน 6 ข้อ รวมทั้งหมด 36 ข้อ

1) การแปลผลระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร แบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้

คะแนน ไม่เกิน 60% ของคะแนนเต็ม การแปลผล อยู่ในระดับ ไม่ดี

คะแนน > 60.0 ถึง 70 % ของคะแนนเต็ม การแปลผล อยู่ในระดับ พอใช้

คะแนน > 70.0 ถึง 80% ของคะแนนเต็ม การแปลผล อยู่ในระดับ ดี

คะแนน > 80 % ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม การแปลผล อยู่ในระดับ ดีมาก

2) การแปลผลระดับค่าเฉลี่ยความพึงพอใจและแรงจูงใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร 4 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 การแปลผล อยู่ในระดับ ไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 การแปลผล อยู่ในระดับ พอใช้

คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 การแปลผล อยู่ในระดับ ดี

คะแนนเฉลี่ย 4.01 – 5.00 การแปลผล อยู่ในระดับ ดีมาก

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างแรงจูงใจในการให้ผู้ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 ด้าน คือ 1) ด้านนโยบายและการบริหารงานองค์กร 2) ด้านการบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน 3) ด้านเงินเดือนค่าตอบแทน และสวัสดิการ 4) ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน และ 5) ด้านวัฒนธรรมองค์กร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามเรื่อง ความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดองค์การบริหารจังหวัดลำพูน ผู้วิจัยรวบรวมและพัฒนาโดยไม่ได้เปลี่ยนในเนื้อหาสาระสำคัญจากการศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจและแรงจูงใจของบุคลากร ประจำปี พ.ศ. 2562 โดยองค์การบริหารส่วนตำบลแคนเหนือ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น⁽⁵⁾

การศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจและแรงจูงใจของบุคลากรที่มีต่อการบริหารงานองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563⁽⁶⁾ และการศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจและแรงจูงใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร ประจำปีงบประมาณ 2563 โดยองค์การบริหารส่วนตำบลวังชมพู อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์⁽⁶⁾ ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) ระหว่าง 0.6 - 1.0 และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ของทั้ง 3 งานวิจัยอยู่ระหว่าง 0.78 - 0.96

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ในการเข้าวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน เลขที่ 2567-30

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล ทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม

2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัย โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลแบบสอบถามพร้อมทั้งรับแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตัวเอง

3) การสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 กลุ่มๆ ละ 2 คน รวม 8 คน ได้แก่ (1) นักวิชาการสาธารณสุข (2) เจ้าพนักงานสาธารณสุข (3) พยาบาลวิชาชีพ และ (4) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

4) นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและบันทึกในระบบจัดเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ผลการศึกษาต่อไป

ขั้นตอนการในการขอคำยินยอมผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามดังนี้

1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูลทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม

2) อธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยครั้งนี้

3) อธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย

4) อธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย

5) อธิบายการขอถอนตัวจากโครงการ โดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ

6) เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

7) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีแล้ว ให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย และระบุวันที่

8) มอบเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และใช้อธิบายคุณลักษณะกับตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงปริมาณระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจ ได้แก่ 1) ด้านนโยบายและการบริหารงานองค์กร 2) ด้านการบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน 3) ด้านเงินเดือน ค่าตอบแทน และสวัสดิการ 4) ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน และ 5) ด้านวัฒนธรรมองค์กร

สถิติอนุमान ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการทดสอบไคว์สแคว (Chi-Squared Test) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ที่ได้จากการรวบรวมและวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะในการเพิ่มระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างรวม 34 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.70 (n=23) เพศชายคือร้อยละ 32.40 (n=11) ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปร้อยละ 38.20 (n=13) และอายุ 30 ปี-ไม่เกิน 40 ปีร้อยละ 32.40 (n=11) และช่วงอายุ 20 ปี – ไม่เกิน 30 ปีร้อยละ 5.90 (n=2) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ

88.20 (n=30) ปริญญาโทร้อยละ 8.80 (n=3) และประกาศนียบัตร/อนุปริญญาร้อยละ 2.90 (n=1) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 38.20 (n=13) นักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 23.50 (n=8) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขร้อยละ 23.50 (n=8) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขร้อยละ 14.70 (n=5) ส่วนใหญ่มีอายุราชการที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปร้อยละ 79.40 (n=27) ตั้งแต่ 5 ปี-ไม่เกิน 10 ปีร้อยละ 8.80 (n=3) ตั้งแต่ 1-3 ปี และตั้งแต่ 3-5 ปี ร้อยละ 5.90 (n=2)

2. ระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

จากการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยภาพรวมระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.83 เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านวัฒนธรรมองค์กรระดับมากที่สุด รองลงมาด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านการบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน ด้านนโยบายและการบริหารงานองค์กร และด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทน และสวัสดิการ ค่าเฉลี่ย 4.04, 3.97, 3.77, 3.72 และ 3.72 ตามลำดับ แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

ด้าน	ค่าเฉลี่ย (Mean ± SD)	แปลผล
1) นโยบายและการบริหารงานองค์กร	3.72 ± .244	ระดับมาก
2) การบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน	3.77 ± .083	ระดับมาก
3) เงินเดือน ค่าตอบแทน และสวัสดิการ	3.72 ± .162	ระดับมาก
4) สภาพแวดล้อมในการทำงาน	3.97 ± .147	ระดับมาก
5) ด้านวัฒนธรรมองค์กร	4.04 ± .077	ระดับมากที่สุด
รวม	3.83 ± .44	ระดับมาก

3. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านนโยบายและการบริหารงานองค์กร พบว่า ปัจจัยด้านตำแหน่ง

งานมีความสัมพันธ์ต่อระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ด้านนโยบายและการบริหารงานองค์กร

ตัวแปร	ความพึงพอใจและแรงจูงใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร ด้านนโยบายและการบริหารงานองค์กร				p-value
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก	
เพศ					.125
ชาย	0	4(11.80)	3(8.80)	4(11.80)	
หญิง	6(17.60)	3(8.80)	9(26.50)	5(14.70)	
อายุ					.126
20 ปี – ไม่เกิน 30 ปี	0	1 (2.90)	1 (2.90)	0	
ตั้งแต่ 30 ปี – ไม่เกิน 40 ปี	4(11.80)	2(5.90)	0	5(14.70)	
ตั้งแต่ 40 ปี – ไม่เกิน 50 ปี	0	2(5.90)	5(14.70)	1(2.90)	
ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	2(5.90)	2(5.90)	6 (17.60)	3(8.80)	
ระดับการศึกษา					
ประกาศนียบัตร /อนุปริญญา	0	0	0	1 (2.90)	.523
ปริญญาตรี	6(17.60)	7(20.60)	7(20.60)	10(29.40)	
ปริญญาโท	0	0	2(5.90)	1(2.90)	
ตำแหน่งงาน					.008*
นักวิชาการสาธารณสุข	0	1(2.90)	3(8.80)	4(11.80)	
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	0	5(14.70)	1(2.90)	2(5.90)	
พยาบาลวิชาชีพ	3(8.80)	1(2.90)	7(20.60)	2(5.90)	
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	3(8.80)	0	1(2.90)	1(2.90)	
อายุราชการที่ปฏิบัติงาน					.429
ตั้งแต่ 1 - 3 ปี	0	0	1(2.90)	1(2.90)	
ตั้งแต่ 3+ -5 ปี	0	1(2.90)	1(2.90)	0	
ตั้งแต่ 5 +ปี – ไม่เกิน 10 ปี	1(2.90)	2(5.90)	0	0	
ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	5(14.70)	4(11.80)	10(29.40)	8(23.50)	

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านการบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงานพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ และ

ตำแหน่งงาน มีความสัมพันธ์ต่อระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงดังตาราง 3

ตาราง 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน การบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน

ตัวแปร	ด้านการบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน				p-value
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก	
เพศ					.597
ชาย	1(2.90)	1(2.90)	5(14.70)	4(11.80)	
หญิง	5(14.70)	2(5.90)	12(35.30)	4(11.80)	
อายุ					.017*
20 ปี – ไม่เกิน 30 ปี	0	0	1(2.90)	1(2.90)	
ตั้งแต่ 30 ปี – ไม่เกิน 40 ปี	4(11.80)	0	2(5.90)	5(14.70)	
ตั้งแต่ 40 ปี – ไม่เกิน 50 ปี	0	0	8(23.50)	0	
ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	2(5.90)	3(8.80)	6(17.60)	2(5.90)	
ระดับการศึกษา					.374
ประกาศนียบัตร /อนุปริญญา	0	0	0	1(2.9)	
ปริญญาตรี	6(17.60)	3(8.80)	14(41.20)	7(20.60)	
ปริญญาโท	0	0	3(8.80)	0	
ตำแหน่งงาน					.018*
นักวิชาการสาธารณสุข	0	0	5(14.70)	3(8.80)	
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	1(2.90)	2(5.90)	2(5.90)	3(8.80)	
พยาบาลวิชาชีพ	2(5.90)	0	10(29.40)	1(2.90)	
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	3(8.80)	1(2.90)	0	1(2.90)	
อายุราชการที่ปฏิบัติงานทั้งหมด					.555
1 - 3 ปี	0	0	1(2.90)	1(2.90)	
3+ -5 ปี	0	0	1(2.90)	1(2.90)	
5 +ปี – ไม่เกิน 10 ปี	2(5.90)	0	1(2.90)	0	
10 ปีขึ้นไป	4(11.80)	3(8.80)	14(41.20)	6(17.60)	

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านเงินเดือน ค่าตอบแทน และสวัสดิการ พบว่า ปัจจัยด้านตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์ต่อระดับความพึงพอใจและ

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงดังตาราง 4

ตาราง 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ด้านเงินเดือน ค่าตอบแทน และสวัสดิการ

ตัวแปร	ความพึงพอใจและแรงจูงใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร ด้านเงินเดือน ค่าตอบแทน และสวัสดิการ				p-value
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก	
เพศ					.368
ชาย	0	2(5.90)	6(17.60)	3(8.80)	
หญิง	4(11.80)	6(17.60)	10(29.40)	3(8.80)	
อายุ					.141
20 ปี – ไม่เกิน 30 ปี	0	0	2(5.90)	0	
ตั้งแต่ 30 ปี – ไม่เกิน 40 ปี	3(8.80)	3(8.80)	3(8.80)	2(5.90)	
ตั้งแต่ 40 ปี – ไม่เกิน 50 ปี	0	1(2.90)	7(20.60)	0	
ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	1(2.90)	4(11.80)	4(11.80)	4(11.80)	
ระดับการศึกษา					.424
ประกาศนียบัตร /อนุปริญญา	0	0	0	1(2.90)	
ปริญญาตรี	4(11.80)	7(20.60)	14(41.20)	5(14.70)	
ปริญญาโท	0	1(2.90)	2(5.90)	0	
ตำแหน่งงาน					.004*
นักวิชาการสาธารณสุข	0	0	4(11.80)	4(11.80)	
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	0	3(8.80)	4(11.80)	1(2.90)	
พยาบาลวิชาชีพ	1(2.90)	3(8.80)	8(23.50)	1(2.90)	
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	3(8.80)	2(5.90)	0	0	
อายุราชการที่ปฏิบัติงานทั้งหมด					.752
1) ตั้งแต่ 1 - 3 ปี	0	0	1(2.90)	1(2.90)	
2) ตั้งแต่ 3+ -5 ปี	0	1(2.90)	1(2.90)	0	
3) ตั้งแต่ 5 +ปี – ไม่เกิน 10 ปี	1(2.90)	0	2(5.90)	0	
4) ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	3(8.80)	7(20.60)	12(35.30)	5(14.70)	

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน อายุราชการที่ปฏิบัติงานทั้งหมด ไม่มีความสัมพันธ์กับต่อระดับ

ความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงดังตาราง 5

ตาราง 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน

ตัวแปร	ความพึงพอใจและแรงจูงใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร สภาพแวดล้อมในการทำงาน				p-value
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก	
เพศ					.251
ชาย	0	0	7(20.60)	4(11.80)	
หญิง	2(5.90)	4(11.80)	13(38.20)	4(11.80)	
อายุ					.217
20 ปี – ไม่เกิน 30 ปี	0	0	1(2.9)	1(2.9)	
ตั้งแต่ 30 ปี – ไม่เกิน 40 ปี	1(2.90)	1(2.90)	4(11.80)	5(14.70)	
ตั้งแต่ 40 ปี – ไม่เกิน 50 ปี	0	0	8(23.50)	0	
ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	1(2.90)	3(8.80)	7(20.60)	2(5.90)	
ระดับการศึกษา					.485
ประกาศนียบัตร /อนุปริญญา	0	0	0	1(2.90)	
ปริญญาตรี	2(5.90)	4(11.80)	17(50.00)	7(20.60)	
ปริญญาโท	0	0	3(8.8)	0	
ตำแหน่งงาน					.208
นักวิชาการสาธารณสุข	0	0	5(14.70)	3(8.80)	
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	0	1(2.90)	4(11.80)	3(8.80)	
พยาบาลวิชาชีพ	1(2.90)	1(2.90)	10(29.40)	1(2.90)	
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	1(2.90)	2(5.90)	1(2.90)	1(2.90)	
อายุราชการที่ปฏิบัติงานทั้งหมด					.588
ตั้งแต่ 1 - 3 ปี	0	0	1(2.90)	1(2.90)	
ตั้งแต่ 3+ -5 ปี	0	0	2(5.90)	0	
ตั้งแต่ 5 +ปี – ไม่เกิน 10 ปี	1(2.90)	0	1(2.90)	1(2.90)	
ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	1(2.90)	4(11.80)	16(47.10)	6(17.60)	

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านด้านด้าน
วัฒนธรรมองค์กร พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ
ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน อายุราชการที่ปฏิบัติงาน

ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจ
ในการปฏิบัติงานของของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงดังตาราง 6

ตาราง 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ด้านวัฒนธรรมองค์กร

ตัวแปร	ความพึงพอใจและแรงจูงใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร ด้านวัฒนธรรมองค์กร				p-value
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก	
เพศ					.465
ชาย	0	2(5.90)	5(14.70)	4(11.80)	
หญิง	4(11.80)	2(5.90)	9(26.50)	8(23.50)	
อายุ					.324
20 ปี – ไม่เกิน 30 ปี	0	0	1(2.90)	1(2.90)	
ตั้งแต่ 30 ปี – ไม่เกิน 40 ปี	2(5.90)	2(5.90)	1(2.90)	6(17.60)	
ตั้งแต่ 40 ปี – ไม่เกิน 50 ปี	0	0	5(14.70)	3(8.80)	
ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	2(5.90)	2(5.90)	7(20.60)	2(5.90)	
ระดับการศึกษา					.785
ประกาศนียบัตร /อนุปริญญา	0	0	0	1(2.90)	
ปริญญาตรี	4(11.80)	4(11.80)	12(35.30)	10(29.40)	
ปริญญาโท	0	0	2(5.9)	1(2.9)	
ตำแหน่งงาน					.103
นักวิชาการสาธารณสุข	0	0	4(11.80)	4(11.80)	
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	0	3(8.80)	3(8.80)	2(5.90)	
พยาบาลวิชาชีพ	2(5.90)	0	6(17.60)	5(14.70)	
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	2(5.90)	1(2.90)	1(2.90)	1(2.90)	
อายุราชการที่ปฏิบัติงานทั้งหมด					.330
ตั้งแต่ 1 - 3 ปี	0	0	0	2(5.90)	
ตั้งแต่ 3+ - 5 ปี	0	0	2(5.90)	0	
ตั้งแต่ 5 +ปี – ไม่เกิน 10 ปี	1(2.90)	1(2.90)	0	1(2.90)	
ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	3(8.80)	3(8.80)	12(35.30)	9(26.50)	

4. ความคิดเห็นปัญหาและข้อเสนอแนะ ในการเพิ่มระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการ ปฏิบัติงาน

1) ด้านนโยบายและการบริหารงานองค์กร

ปัญหา ได้แก่ นโยบายหลากหลาย ไม่ชัดเจน
และไม่สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

อัตราด้านกำลังคนและบุคลากรไม่เพียงพอ และ
กฎระเบียบการใช้จ่ายเงินบำรุงไม่คล่องตัว

ข้อเสนอแนะ ได้แก่ ผู้บริหารกำหนดนโยบายให้

ชัดเจน มีการกำหนดวิสัยทัศน์การทำงานร่วมกันของ
องค์กร การจัดสรรเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับงาน
การแก้ไขระเบียบการใช้จ่ายเงินบำรุงให้มีความเหมาะสม
กำหนด กฎ ระเบียบ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2) ด้านการบริหารงานบุคคล/ส่งเสริม

ความก้าวหน้าในสายงาน

ปัญหา ได้แก่ อัตราด้านกำลังคนและบุคลากรไม่เพียงพอ เช่น ขาดแพทย์ ทันตแพทย์ และสายงานอื่นที่จำเป็นที่ปฏิบัติงาน ทำให้ปฏิบัติงานไม่ตรงกับสายงาน ขาดการส่งเสริมความก้าวหน้าในระดับที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ ได้แก่ จัดทำแนวทางการบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน การประเมินผลงานในระดับที่สูงขึ้น จัดสรรบุคลากรหรือการอบรมบุคลากรในสายงานที่ขาดแคลน จัดสรรหาบุคลากรให้เต็มกรอบอัตรากำลังและ การส่งเสริมและสนับสนุนความก้าวหน้าให้ทุกสาย

3) เงินเดือน ค่าตอบแทน และสวัสดิการ

ปัญหา ได้แก่ ขันเงินเดือนเป็นระบบแห่ง ทำให้เงินเดือนและเลื่อนขั้นน้อยกว่าระบบเดิม ขันตอนการเบิกจ่ายค่าตอบแทนไม่คล่องตัว ค่าเช่า ไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ตรงตามวุฒิ แต่มีแรงจูงใจได้โบนัสสิ้นปี

ข้อเสนอแนะ ได้แก่ ควรมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับระบบเงินเดือนให้เหมือนระบบ กพ. การตั้งกรรมการพิจารณา และดำเนินการให้ทันเวลา การส่งเบิก การอนุมัติเงินมีคณะทำงานรับผิดชอบเฉพาะ เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว และควรปรับปรุงระเบียบให้สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข (ฉ.11)

4) สภาพแวดล้อมในการทำงาน

ปัญหา ได้แก่ สถานที่ทำงานบางแห่ง เช่น ห้องทำงาน ไม่เป็นสัดส่วนเก่า ชำรุด สภาพตัวอาคารเสียงไม่ปลอดภัย การจัดสวัสดิการและการจัดสรรบ้านพักเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ขันตอนการซ่อมแซมหลายขันตอนและระยะเวลาล่าช้า สถานที่ทำงานบางแห่งยังถูกต้องตามระเบียบฯ เช่น เป็นที่สาธารณะประโยชน์

ข้อเสนอแนะ ได้แก่ การพิจารณา ซ่อมแซมปรับปรุง หรือสร้างทดแทนอาคารเดิมที่เก่า ไม่สามารถ

ใช้ได้ การจัดสวัสดิการและจัดสรรบ้านพักเจ้าหน้าที่เพิ่มเติมให้สามารถอยู่อาศัยได้ตามสะดวกหรือซ่อมแซมให้ปลอดภัย การจัดตั้งหน่วยงาน หรือเจ้าหน้าที่ส่วนกลางรับเรื่องเพื่อการดำเนินงานที่รวดเร็วและเป็นระบบมากขึ้น รวมถึง อบรม.ต้องดำเนินการขอใช้ให้ถูกต้องตามระเบียบฯ เพื่อสามารถใช้งบประมาณในการปรับปรุงอาคารสถานบริการและบริการประชาชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

5) ด้านด้านวัฒนธรรมองค์กร

ปัญหา ได้แก่ บุคลากรที่ถ่ายโอนยังไม่มี ความเข้าใจในบทบาทและภารกิจขององค์กร เนื่องจากเป็นองค์กรขนาดใหญ่ จึงมีปัญหาในการประสานและปรับตัวเข้ากับองค์กร ขาดการปฏิสัมพันธ์และการทำ ความรู้จักบุคลากรในหน่วยงาน ทั้งในสายงานผู้บริหาร ข้าราชการ การเมือง และผู้ปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงานการพลเรือน จึงทำให้การประสานงานมีความสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ ได้แก่ ควรมีกิจกรรมมีกิจกรรมการพัฒนาองค์กร (OD) เพื่อให้คนในองค์กรรู้จักกัน ประสานและ เข้าใจในการปฏิบัติงานตามภารกิจองค์กร และควรมีกิจกรรมมีการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงานให้สามารถปรับตัวเข้ากับองค์กร และสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงาน

สรุปผลการวิจัย

1. ภาพรวมระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขสังกัด อบจ. ลำพูน อยู่ในระดับมาก โดยด้านวัฒนธรรมองค์กรอยู่ในระดับมากที่สุด และในระดับมากที่สุด คือ ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านการบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน ด้านนโยบายและการบริหารงานองค์กร และด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทน และสวัสดิการ ตามลำดับ

2. ปัจจัยด้านตำแหน่งงาน มีความสัมพันธ์กับด้านนโยบายและการบริหารงานองค์กร ด้านการบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน และด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทน และสวัสดิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และด้านอายุมีความสัมพันธ์กับด้านการบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยอื่นๆ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอายุราชการ ไม่มีความสัมพันธ์ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05

3. ปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการเพิ่มระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจของบุคลากร

ปัญหาที่สำคัญคือ บุคลากรไม่เพียงพอขาดอัตรากำลังที่จำเป็น เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ ภาวะเบี้ยข้อยบังคับและระเบียบการเงินไม่เหมือนกับกระทรวงสาธารณสุข ความก้าวหน้าในสายงานอาชีพไม่ชัดเจน การเบิกจ่ายค่าตอบแทนมีความล่าช้า เงินเดือนขึ้นน้อย บ้านพักไม่เพียงพอและชำรุดใช้การไม่ได้ วัฒนธรรมองค์กรยังขาดการเชื่อมโยง และการทำความรู้จักระหว่างผู้ปฏิบัติและในสายงานของผู้บริหาร

ข้อเสนอแนะ คือ ควรกำหนดทิศทางและแนวทางการทำผลงานและการเลื่อนระดับให้ชัดเจน สรรพบุคลากรให้เต็มกรอบอัตราเพื่อการให้บริการที่ครอบคลุมต่อประชาชนในพื้นที่โดยเฉพาะแพทย์ และทันตแพทย์ ควรขยายกรอบเขตแดนเงินเดือนให้สูงขึ้นหรือปรับบัญชีเงินเดือนใหม่ แก้ไขระเบียบการใช้จ่ายเงินบำรุงให้มีความยืดหยุ่นเหมือนกระทรวงสาธารณสุข การจัดสรรเจ้าพนักงานการเงิน พัสดุ ซึ่งทำให้การดำเนินงานรวดเร็วและเป็นระบบมากขึ้น การซ่อมแซมและจัดสรรบ้านพักให้เพียงพอ จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อสร้างร่วมมือและทำความรู้จักกันมากขึ้น

อภิปรายผล

การศึกษานี้ศึกษาระดับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมากสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ อาจารย์ประจวบเหมาะ และคณะ⁽⁸⁾ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ และแรงจูงใจของ ข้าราชการและพนักงานจ้างในการบริหารงานของผู้บริหารท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนส่วนตำบลหนองปรือ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.55$) และการศึกษาของพัชรพรรณ ทาศรี⁽⁹⁾ ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานเทศบาลเมืองแสนสุข พบว่าพนักงานมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง และ 3 อันดับแรกคือ ด้าน ความสำเร็จของงาน ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติและด้านนโยบายและ การบริหาร เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ด้านวัฒนธรรมองค์กรอยู่ในระดับมากที่สุด และในระดับมากที่สุดคือ ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านการบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน ด้านนโยบายและการบริหารงานองค์กร และด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทน และสวัสดิการ ตามลำดับดังการศึกษาของอัจฉริยา พัฒนสรศุ⁽¹⁰⁾ พบว่าวัฒนธรรมองค์กรและความพึงพอใจในงานของพนักงานภาครัฐ กิจในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีอิทธิพลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งให้เห็นว่าวัฒนธรรมองค์กรที่ดีจะยกระดับความพึงพอใจของพนักงานทำให้เกิดความภักดีต่อองค์กร อัตราการลาออกลดลง และนำไปสู่การปฏิบัติงานที่ดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยด้านตำแหน่งงาน มีความสัมพันธ์กับด้าน

นโยบายและการบริหารงานองค์กร ด้านการบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน และด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทน และสวัสดิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของปภัสสร อรภักดี⁽¹¹⁾ ที่พบว่าตำแหน่งงานและอัตราเงินเดือนที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการทำงานที่มีผลกับความผูกพันต่อองค์กรของพนักงาน บริษัทขนส่งน้ำมันทางท่อ จำกัด และปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับด้านการบริหารงานบุคคล/ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มาสโลว์⁽¹²⁾ ได้กล่าวไว้ว่า มนุษย์มีความต้องการในระดับสูงสุดคือความต้องการที่จะสำเร็จ (self-actualization needs) ในการทำงานค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในอาชีพคือปัจจัยหลักที่แสดงถึงความสำเร็จในหน้าที่การงานของบุคลากรในองค์กรหากได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมจะส่งผลให้บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการพัฒนาตนเอง พัฒนางานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ประโยชน์

1. จำนวนกลุ่มตัวอย่างของศึกษานี้ค่อนข้างน้อย เนื่องจากบุคลากรที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูนในปีงบประมาณ 2566 มีเพียง 47 คน ในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 34 คน คิดเป็นร้อยละ 72.34 ถือได้ว่าเป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรสำรวจกลุ่มเป้าหมายและควรปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา

2. ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาและสร้างความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูนในการพัฒนาและยกระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมี

ประสิทธิภาพไร้รอยต่อ เพื่อให้บริการประชาชนให้มาตรฐานและมีคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน และบุคลากรสาธารณสุขสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัด สำนักนายกรัฐมนตรี. หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <file:///C:/Users/Phinphot/Downloads/96471695282817.pdf>
2. คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัด สำนักนายกรัฐมนตรี. แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://drive.google.com/file/d/1aldKhOTwdEMLRHB5Jdm95EFAKHyhAF/view>

3. อานนท์ กลธรรมาสน์ และคณะ. การประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น:สังเคราะห์บทเรียนจากพื้นที่ 51 แห่งและทางเลือกในเชิงนโยบาย: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4866?locale-attribute=th>
4. ประธานคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา. การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ปีงบประมาณ 66 ยังประสบปัญหา. สื่อรัฐสภา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 29 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.tpchannel.org/news/22414>.
5. องค์การบริหารส่วนตำบลแคนเหนือ. ความพึงพอใจและแรงจูงใจของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลแคนเหนือ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ประจำปี พ.ศ. 2562. ขอนแก่น. องค์การบริหารส่วนตำบลแคนเหนือ; 2562.
6. กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย. การศึกษาความพึงพอใจและแรงจูงใจของบุคลากรที่มีต่อการบริหารงาน องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 29 ส.ค. 2566] เข้าถึงได้จาก: [https://chiangraipao.go.th/docs/ITA2564/o16.รายงานผลการสำรวจความพึงพอใจกาเข้าถึงเมื่อให้บริการ\(ความพึงพอใจบุคลากร2563กจ.\).pdf](https://chiangraipao.go.th/docs/ITA2564/o16.รายงานผลการสำรวจความพึงพอใจกาเข้าถึงเมื่อให้บริการ(ความพึงพอใจบุคลากร2563กจ.).pdf)
7. องค์การบริหารส่วนตำบลวังชมภู. ความพึงพอใจและแรงจูงใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร ประจำปีงบประมาณ 2563. จังหวัดเพชรบูรณ์: องค์การบริหารส่วนตำบลวังชมภู; 2563.
8. อาจารย์ยี่ ประจวบเหมาะ, ชลธิชา ทิพย์ประทุม, รุ่งอรุณ กระแสสินธุ์ และโอปอ กลัปลสกุล. ความพึงพอใจและแรงจูงใจของข้าราชการและพนักงานจ้างในกาบริหารงานของผู้บริหารท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. ว. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2564]; 27: 33-47. เข้าถึงได้จาก: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/apheit-ss/article/view/246880/168842>
9. ชรพรรณ ทาศรี. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานเทศบาลเมืองแสนสุข [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2566.
10. อัจฉริยา พัฒนสระคู. วัฒนธรรมองค์กรและความพึงพอใจในงานที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานภาคธุรกิจในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. ว. วิทยาการจัดการวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิถุนายน 2567]; 6(1) :34-45. เข้าถึงได้จาก : <https://so12.tci-thaijo.org/index.php/jams/article/view/1256/992>
11. ปัสสร อรภักดี. แรงจูงใจในการทำงานที่มีผลกับความผูกพันต่อองค์กรของพนักงาน บริษัทขนส่งน้ำมันทางท่อ จำกัด [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2560.
12. Abraham Harold Maslow. Motivation and Personality. 2nd ed. 1970. New York. Harper & Row, Publishers, Inc [updated 2023 Nov 19; cited 2024 July 20]. Available from: <https://www.holybooks.com/wp-content/uploads/Motivation-and-Personality-Maslow.pdf>.

ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน

Effect of Group Process on Health Behaviors Among Persons with
Hypertension in Hypertension Clinic at Li Hospital, Lamphun Province

จินดารัตน์ สุนทร

Chindarat Suntorn

โรงพยาบาลลี่ อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน

Li Hospital, Li District, Lamphun Province

Corresponding author, jindaratrsuntorn@gmail.com

(Revised: November 6, 2024; Revised: December 2, 2024; Accepted: March 16, 2025)

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป การใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพต่อไป การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษา ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน จำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (Randomization) เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ระยะเวลา 16 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้รับการใช้กระบวนการกลุ่ม ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ได้แก่ การให้ความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน เรื่องการควบคุมอาหารและสารเสพติด เรื่องการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการใช้ยา และเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ การประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับการใช้กระบวนการกลุ่ม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test และระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการใช้กระบวนการกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มก่อนได้รับการใช้กระบวนการกลุ่มที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หลังได้รับการใช้กระบวนการกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) กล่าวได้ว่า การใช้กระบวนการกลุ่ม ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถเพิ่มความรู้ และปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ดังนั้นพยาบาล และทีมบุคลากรสุขภาพ ควรนำการเรียนรู้แบบกระบวนการกลุ่ม มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้การดูแลตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง

คำสำคัญ : กระบวนการกลุ่ม, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง, โรงพยาบาลลี่

Abstract

Lifestyle factors mainly cause hypertension. Using group processes to change health behaviors will help hypertensive patients live a quality life. This research is quasi-experimental research to study and compare the effects of using group processes on health behavior of hypertensive patients. The sample group is 60 hypertensive patients who seek treatment at the Hypertension Clinic, Li Hospital, Lamphun Province. The sample group is randomly selected as the experimental group (30 people) and the control group (30 people). The intervention lasted for 16 weeks. The experimental group receives group processes for 4 weeks, including providing knowledge about hypertension and its complications, diet and drug control, exercise, emotional management and medication, and general health care. Meanwhile, the control group receives regular nursing care. Health behavior assessment is performed using the Health Behavior Assessment Form for Hypertensive Patients. Health behavior scores before and after using the group process are analyzed using the Wilcoxon Signed-Rank test. and between groups using the Mann-Whitney U test. The research results found that hypertensive patients in the experimental group after using the group process had higher mean health behavior scores than the group before using the group process, which is different. Statistically significant ($p < .01$) and those with hypertension after receiving the group process had a significantly higher mean health behavior score than the group that received normal nursing, at a statistically significant ($p < .01$) These results indicate that the group process effectively increased knowledge and improved health behavior management in hypertensive patients, enabling better blood pressure control. Therefore, it is recommended that nurses and healthcare teams incorporate group process-based learning into health behavior modification programs for hypertensive patients. This approach can enhance self-care practices, ensuring appropriate health behaviors.

Keywords: Group process, Health behavior, Hypertension, Li Hospital

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ถ้าไม่รักษาหรือควบคุมความดันโลหิตให้คงที่ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อ หัวใจ สมอง ไต และโรคอื่น ๆ โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลก⁽¹⁾ พบว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงปีละ 7.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด⁽²⁾ ปัจจุบันประชากรทั่วโลกในกลุ่มอายุ 30-79 ปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1.28 พันล้านคน⁽³⁾ และในปี พ.ศ.2568 คาดการณ์ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน⁽⁴⁾

จากข้อมูลสถิติสาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรร้อยละ 14.65, เป็นร้อยละ 15.11, และร้อยละ 15.67 ตามลำดับ เช่นเดียวกันจากการรายงานของสถิติจังหวัดลำพูน พบว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.27 ในปี พ.ศ.2564 เป็นร้อยละ 22.45 ในปี พ.ศ. 2566⁽⁵⁾ สำหรับสถิติโรงพยาบาลลี พ.ศ. 2562-2566 พบว่ามีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 7,731, 7,987, 8,849, 8,913 และ 8,881 คน ตามลำดับ โดยจำนวนนี้มีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอทมากกว่า 2 ครั้ง จำนวน 2,439, 2,485,

3,537, 3,589 และ 3,669 คน คิดเป็นร้อยละ 31.55, 31.11, 39.98, 40.27 และ 41.31 ตามลำดับ⁽⁶⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

โรคความดันโลหิตสูง ถึงแม้จะเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ช้าลงได้ หากควบคุมความดันโลหิตให้อยู่เกณฑ์ปกติ⁽⁷⁾ ช่วยลดการเกิดอัมพาตร้อยละ 35-40 หัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ลดลงร้อยละ 20-25 และทำให้เกิดหัวใจวาย ลดลงร้อยละ 50⁽⁸⁾ จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่ใช้ยาลดความดันโลหิต แต่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และลดอัตราเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวได้ มากกว่ากลุ่มที่ใช้ยาแต่ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม⁽⁹⁻¹¹⁾ ดังนั้นการพัฒนากิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จึงเป็นสิ่งจำเป็น

การควบคุมความดันโลหิต สามารถทำได้โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และระบบสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต้องมีการเรียนรู้เพื่อให้สามารถนำไปปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค สำหรับการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ต้องมีการดูแลแบบทีมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การป้องกันการรับรู้ และการดูแลตนเอง⁽¹²⁾ ดังนั้นการใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้การสร้างเสริมความรู้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มี

ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการนำผู้ป่วยที่มีปัญหาในโรคเดียวกันมาแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค และการรักษา รวมทั้งการดูแลตนเองที่ผ่านมา และร่วมกันคิดแก้ปัญหาในบรรยากาศที่ผ่อนคลายน่าไว้วางใจ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกันของสมาชิก ทำให้สมาชิกได้ระบายออกถึงปัญหา และความคับข้องใจ นอกจากนี้กลุ่มยังช่วยกัน เป็นตัวแบบซึ่งกันและกัน ในการแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิก ได้พูดคุยระบายความรู้สึก และประสบการณ์ทำให้สมาชิกรู้สึก ว่าได้รับความช่วยเหลือ เพราะมิใช่เฉพาะตนเองเท่านั้นที่ประสบปัญหาแต่ยังมีคนอื่น ๆ อีกมากมาย ที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกับตนทำให้เกิดการ รั้งรับยอมรับปัญหา และสามารถปรับตัวได้⁽¹³⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจ นำแนวคิดการใช้กระบวนการกลุ่มมาใช้ ในกลุ่มผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ซึ่งคาดว่าจะการใช้กระบวนการกลุ่มจะช่วยพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญโดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของ การกระทำและไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลต่อสุขภาพ หรือผลเสียต่อสุขภาพ⁽¹⁴⁾ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต จึงเป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม⁽¹⁵⁾ สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันไปสู่ การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

ร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น⁽¹⁶⁾ ซึ่งการใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นอีกวิธีการหนึ่ง ที่น่าจะส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กระบวนการกลุ่ม เป็นการจัดให้บุคคลมารวมกลุ่มกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ระหว่างสมาชิก มีการตัดสินใจร่วมกันภายในกลุ่ม สมาชิกทุกคนมีปฏิสัมพันธ์กัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยมีผู้นำกลุ่มช่วยให้กลุ่มเคลื่อนไหวไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้⁽¹⁷⁾ จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับ การใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ภายหลังจากใช้กระบวนการกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลอง⁽¹⁸⁻²⁰⁾ และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น จากก่อนการใช้กระบวนการกลุ่ม และมากกว่ากลุ่มควบคุม ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด⁽²¹⁻²³⁾ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเรียนรู้ที่เกิดจากการบรรยายเพียงอย่างเดียวไม่พอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาพฤติกรรม แต่การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม จะเปิดโอกาสให้ใช้ศักยภาพของแต่ละคน ทั้งในด้านความคิด การกระทำและความรู้สึก มาแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น

จากการปฏิบัติงานในปัจจุบันคลินิกความดันโลหิตสูง มีการนัดผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง มารับบริการทุก 1-3 เดือน และผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงจะ

ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยพยาบาลประจำคลินิกในช่วงที่รอรับการตรวจรักษา ซึ่งเป็นวิธีการให้ความรู้ หรือให้สุขศึกษากลุ่มใหญ่ทั้งหมด หรือการให้การปรึกษารายบุคคลโดยนักโภชนาการ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้น ไม่ได้มีการนำกระบวนการอื่น หรือมีการนำแนวคิดใดมาใช้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพและจากสถิติโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า อัตราการป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ต่อประชากรร้อยละ 30.94, 32.25 และ 32.46 ตามลำดับ⁽⁶⁾ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสภาพการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้ยังไม่เพียงพอที่จะพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพใน ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับตนเองได้ ดังนั้นผู้วิจัยเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลี้ จึงสนใจที่จะนำการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ให้สามารถเลือกปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการพัฒนาการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสามารถควบคุมโรคได้ และส่งผลต่อการป้องกัน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน แก่ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

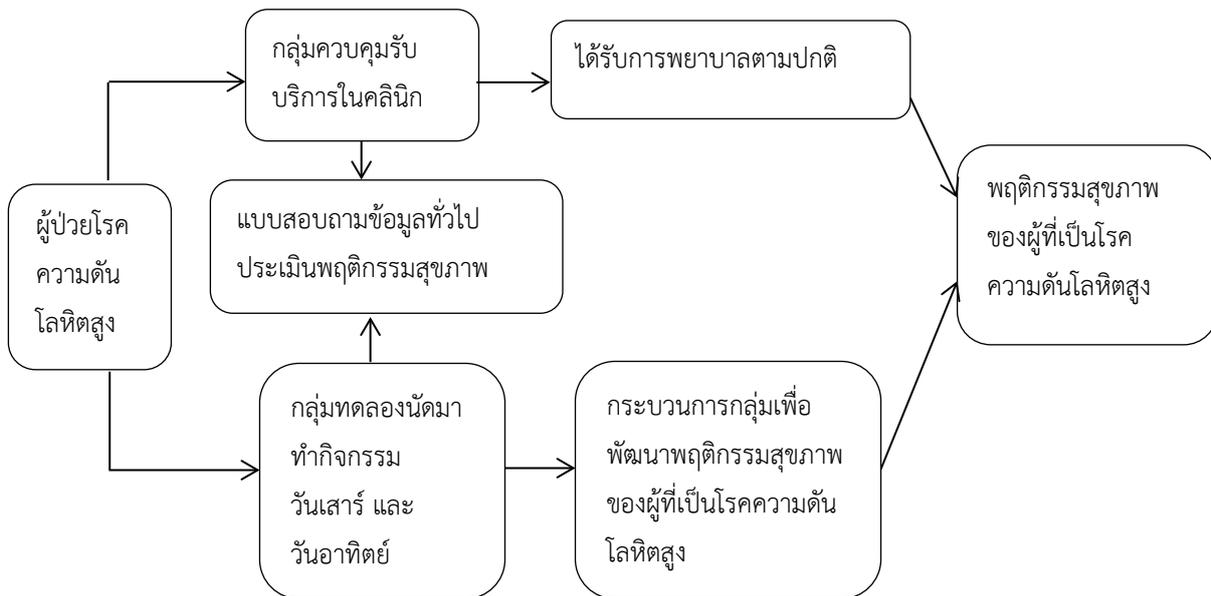
1. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อน และหลังได้รับการใช้กระบวนการกลุ่ม
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้กระบวนการกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับการใช้กระบวนการกลุ่มสูงกว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนได้รับการใช้กระบวนการกลุ่ม

2. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับการใช้กระบวนการกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม วกก่อนและหลัง (two groups pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งชายและหญิง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลลี่ ในปี พ.ศ 2567 จำนวน 3,669 คน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 18-60 ปี ที่มารับการรักษา

ที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน ระหว่างเดือนกรกฎาคม – ตุลาคม 2567 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 และขนาดอิทธิพลที่ต้องการศึกษา (effect size) .80⁽²⁴⁾ ได้กลุ่มละ 26 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษาร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและทำการจับคู่ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด (matching) ในเรื่อง อายุ เพศ ระดับการศึกษา

ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค และระดับคะแนน พฤติกรรมสุขภาพ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) หลังจากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากและนับจากเลขคี โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 30 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 30 คนต่อมา เป็นกลุ่มทดลอง โดยมี เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1). อายุ 18-60 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทานกลุ่มเดียวกัน
- 2). มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท 2 ครั้งติดกัน
- 3). ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- 4). สามารถฟัง อ่าน และสื่อสารภาษาไทยได้
- 5). ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม หรือ เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชนิด คือ 1) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ 2) แผนการใช้กระบวนการกลุ่ม ดังนี้

1) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัว การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ค่าดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตสูงที่มาตรวจครั้งสุดท้าย

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สร้างโดยผู้วิจัยประกอบด้วยข้อ

คำถามทั้งหมด 20 ข้อ ได้แก่ การควบคุมอาหาร และสารเสพติด จำนวน 5 ข้อ การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการใช้ยา จำนวน 10 ข้อ การดูแลสุขภาพทั่วไป จำนวน 5 ข้อแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ

2) แผนการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลี จังหวัดลำพูน ในกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน มีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

1.1 พยาบาลให้ความรู้กลุ่มทดลอง จำนวน 4 เรื่อง ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1. เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน

สัปดาห์ที่ 2. เรื่องการควบคุมอาหารและสารเสพติด

สัปดาห์ที่ 3. เรื่องการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการใช้ยา

สัปดาห์ที่ 4. เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป

1.2 กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันในกลุ่ม โดยการใช้สื่อบุคคลคือสมาชิกกลุ่ม ระดมความคิด ทบทวนพฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตนที่เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และนำไปปฏิบัติต่อเนืองที่บ้าน

กิจกรรมที่ 2 การติดตามผลตามแผนการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังครบ 8 สัปดาห์

ที่ผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิดของมาแรม⁽¹⁷⁾ รวมทั้งการวิเคราะห์ สังเคราะห์จากทฤษฎีเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แผนการใช้กระบวนการกลุ่มประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมที่มีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม และมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

จำนวน 30 คน ดำเนินการกลุ่มละ 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเวลา ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 25 นาที ผู้นำกลุ่มจะให้สมาชิกแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม แนวทางในการปฏิบัติตัว และผู้นำกลุ่มจะส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระ กระตุ้นให้สมาชิกได้ระบายและแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเองออกมา จากนั้นผู้นำกลุ่มจะให้ความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน เรื่องการควบคุมอาหาร และการงดสารเสพติด เรื่องการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการใช้ยา และเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป โดยแบ่งสัปดาห์ละ 1 หัวข้อตามลำดับ และเปิดโอกาสให้ซักถาม เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ที่ถูกต้อง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ใช้เวลาประมาณ 50 นาที ระยะนี้ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับ หัวข้อการปฏิบัติตัวในเรื่อง การควบคุมอาหาร การงดสารเสพติด การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การใช้ยา และการดูแลสุขภาพทั่วไป โดยในแต่ละสัปดาห์ จะมีการพูดคุย 1-2 หัวข้อตามลำดับ

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แผนการใช้ กระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตตามแนวคิดของมาแรม⁽¹⁷⁾ ประกอบด้วย 1. เนื้อหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4 เรื่อง คือ 1.1. เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน 1.2. เรื่อง

การควบคุมอาหารและสารเสพติด 1.3. เรื่องการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และการใช้ยา และ 1.4. เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป 2. เนื้อหาเกี่ยวกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ประกอบด้วยเนื้อหาจำนวน 2 เรื่อง คือ ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของโปรแซก้า และคีคลิเมนต์⁽²⁵⁾ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ แบนดูร่า⁽²⁶⁾ หลังจากนั้นผู้วิจัย วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้าง (ร่าง) แผนการใช้กระบวนการกลุ่ม แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย พบค่า IOC (Index of Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1.00 แล้วนำ(ร่าง) แผนการใช้กระบวนการกลุ่ม ทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเพื่อหาประสิทธิภาพของ (ร่าง) การใช้กระบวนการกลุ่มของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการวิเคราะห์ค่าประสิทธิภาพตามสูตร E_1/E_2 เท่ากับ 83.78/85.56 แล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์สังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย พบค่า IOC 0.66 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลี่ จำนวน 15 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .906

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการขอ การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน จริยธรรมเลขที่ REC 2567-3 วันที่รับรอง 1 กรกฎาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ และ วิธีการดำเนินการวิจัย รวมทั้งอธิบายถึง สิทธิในการ เข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้ กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มี ผลต่อการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน หากกลุ่มตัวอย่าง ไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ สามารถออก จากการศึกษาได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและจะไม่มี ผลกระทบต่อการรักษาที่จะได้รับในปัจจุบัน ข้อมูลที่ ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม เท่านั้น โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองมีการนัดหมายเพื่อทำ กระบวนการกลุ่มในวันเสาร์ หรือวันอาทิตย์ เพื่อ ป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่ม ตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลง นามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้ กระบวนการกลุ่มเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และสุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติ ตามรูปแบบของโรงพยาบาล และทำแบบประเมิน พฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรม สุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมโครงการ เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 15 คน ในแต่ละครั้ง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จากนั้นผู้วิจัยสอน รายกลุ่ม ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและ ภาวะแทรกซ้อน

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหาร และการหลีกเลี่ยงสารเสพติดเพื่อควบคุมความดัน โลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการใช้ยา

สัปดาห์ที่ 4 ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป และสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยประเมินกลุ่มทดลอง โดยให้ ตอบแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจก แจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่ามีการ แจกแจงข้อมูลไม่เป็นปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนน พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลอง และใช้สถิติ Mann-Whitney U test วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนน พฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษา ที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน พบกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 53.3 เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 55-59 ปี เฉลี่ยอายุ 52 ปี (S.D.=9.1) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 86.7 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 รายได้เฉลี่ยต่อปี อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 66.7 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 66.7 และระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในช่วง 26-50 ร้อยละ 96.6 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.3 เป็น

เพศชาย มีอายุระหว่าง 50-54 ปี เฉลี่ยอายุ 51 ปี (S.D.=8.4) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.7 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 93.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70 รายได้เฉลี่ยต่อปี อยู่ระหว่าง 20,001-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 73.3 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 66.7 และระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในช่วง 26-50 คะแนน ร้อยละ 86.7 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค และระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อปี ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค และระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (n=60)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.605
ชาย	16	53.3	16	53.3	
หญิง	14	46.7	14	46.4	
อายุ(ปี)					.26
45-49	10	33.4	8	26.6	
50-54	6	20	16	53.4	
55-59	14	46.6	6	20	
	$\bar{X}=52.5$, SD=9.19		$\bar{X}=51.3$, SD=8.48		
สถานภาพสมรส					.67
โสด	6	20	4	13.3	
คู่	24	80	26	86.7	
อาชีพ					.43
เกษตรกร	26	86.7	28	93.3	
รับจ้าง	4	13.3	2	6.7	

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					.37
ประถมศึกษา	22	73.3	21	70	
มัธยมศึกษา	6	20	7	23.3	
อนุปริญญา	2	6.7	2	6.7	
รายได้(บาท/ปี)					.73
ต่ำกว่า 10,000	0	0	0	0	
10,001-20,000	20	66.7	8	26.7	
20,001-30,000	10	33.3	22	73.3	
30,001-40,000	0	0	0	0	
40,001-50,000	0	0	0	0	
50,001 ขึ้นไป	0	0	0	0	
	$\bar{X}=23333.33, SD=4794.63$		$\bar{X}=23666.66, SD=2248.88$		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย โรค					.89
ความดันโลหิตสูง (ปี)					
1-3	20	66.7	20	66.7	
>3	10	33.3	10	33.3	
	$\bar{X}=2.3, SD=0.8$		$\bar{X}=2.3, SD=0.7$		
ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ					.06
1-25	0	0	0	0	
26-50	29	96.6	26	86.7	
51-75	1	3.4	4	13.3	
76-100	0	0	0	0	
	$\bar{X}=46.53, SD=2.22$		$\bar{X}=44.80, SD=4.52$		

2.เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับการใช้กระบวนการกลุ่ม

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการใช้กระบวนการกลุ่ม เท่ากับ 46.53 (S.D=2.22) และ 63.00 (S.D=3.56) คะแนน ตามลำดับ วิเคราะห์

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับการใช้กระบวนการกลุ่ม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังนั้นจึงเป็นการสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับแผนการใช้กระบวนการกลุ่ม (n = 30)

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	Z	p-value
ก่อนทดลอง	46.53	2.22	4.8	.000**
หลังทดลอง	63.00	3.56		

**p<.01

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้กระบวนการกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 63.00 (S.D.=3.61) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 44.10 (S.D.=5.99)

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01) ดังนั้นจึงเป็นการสนับสนุนสมมติฐานข้อ 2 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองหลังได้รับการใช้กระบวนการกลุ่ม และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	Z	p-value
กลุ่มทดลอง (n=30)	63.00	3.61	-6.657	.000**
กลุ่มควบคุม (n=30)	44.10	5.99		.

**p<.01

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้มีการจัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความคล้ายคลึงกันโดยใช้วิธีการจับคู่ (matching) เมื่อเปรียบเทียบความเป็นอิสระต่อกันจากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ รายได้ และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังได้รับการใช้กระบวนการกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับการใช้กระบวนการกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.01) และเมื่อเปรียบเทียบผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ

ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้กระบวนการกลุ่ม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับการใช้กระบวนการกลุ่ม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (P<.01) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การใช้กระบวนการกลุ่มทำให้แต่ละคนมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ระหว่างกัน ช่วยให้ค้นพบวิธีการแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน สมาชิกจะรู้สึกในความสำเร็จร่วมกัน รู้จักการเรียนรู้ร่วมกัน การแสวงหาความรู้ มีการแสดงความคิดเห็น และยอมรับความคิดเห็นต่อกันได้ ส่งผลให้เกิดการ

พัฒนาผู้เรียนในทุก ๆ ด้าน⁽²⁷⁾ ดังนั้นผู้ที่เข้าร่วมการใช้กระบวนการกลุ่มสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น⁽²⁰⁾ และสามารถ ควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้⁽²²⁾ ดั่ง การศึกษาของ วัชรพงษ์ คำหล้า ที่ศึกษาผลของการใช้ กระบวนการกลุ่มต่อความรู้พฤติกรรมควบคุมโรค ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มา รับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล เวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการ ควบคุมโรค และระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง และระยะติดตาม ของกลุ่มทดลองดี กว่ากลุ่ม เปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁽¹⁹⁾ คล้ายคลึงกับงานวิจัยของ ฐิติยา อธิคมา นนท์ และคณะ, ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการ จัดการตนเองร่วมกับการเรียนรู้แบบกระบวนการกลุ่ม ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตใน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ แบบกระบวนการกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา) ดีขึ้น และระดับความดัน โลหิตค่า systolic BP ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง⁽²³⁾ และ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กันตินันท์ ทองแดง และ ยินดี พรหมศิริไพบุลย์ ที่ ศึกษาผลของการใช้ กระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ตำบลวัดประดู่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ ธานี พบว่า หลังการใช้กระบวนการกลุ่ม กลุ่มทดลอง มีระดับความรู้ในการดูแลตนเอง และพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ดีเพิ่มขึ้น และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001⁽²¹⁾ จากการศึกษา

ครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้ กระบวนการกลุ่มในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็น การให้ความรู้ในลักษณะ การพูด ค่อยถึงปัญหาและ แนวทางในการแก้ปัญหาจากผู้เป็นโรคความดันโลหิต สูงที่มีปัญหาความต้องการเดียวกัน ทำให้เกิดการ เรียนรู้ ช่วยเหลือสนับสนุนกันภายในกลุ่ม เกิดการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเกิดแรงจูงใจ ส่งผลให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ เข้าร่วม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการกลุ่ม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น กว่าก่อนใช้กระบวนการกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ยังพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรม สุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติแตกต่างกันอย่างมี นัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวได้ว่าการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ช่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วย โรคความดัน โลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

พยาบาลและบุคลากรที่มีสุขภาพ สามารถนำ ทักษะกระบวนการกลุ่มและการพัฒนาทักษะนี้ไปใช้ กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ รวมถึงสามารถนำไปใช้ ร่วมกับกับการรักษาอย่างถูกต้อง ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลลี่ ตลอดจนสามารถ นำไปใช้ในการให้ข้อมูลความรู้ในชุมชน เพื่อเป็น แนวทางในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องผลของการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลลืออย่างต่อเนื่องและเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Hypertension. [Internet]. 2020. [cited 2023 May 15]. Available from: https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_1
- World Health Organization. Hypertension. [Internet]. 2020. [cited 2023 May 15]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3155>
- World Health Organization. Hypertension. [Internet]. 2023. [cited 2023 May 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: http://www.thai.ncd.com/document/hot%20news/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_62.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68&old=1/
- เวชระเบียนโรงพยาบาลลือ. สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปี 2562-2566. โรงพยาบาลลือ จังหวัดลำพูน; 2566
- BDMS Wellness Clinic. ความดันโลหิตสูงเสี่ยงได้แค่ปรับพฤติกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก : <https://www.bdmswellness.com/knowledge/world-hypertension-day-2021>
- อนุตตร จิตตินันท์. หมอชวนรู้ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]; เข้าถึงได้จาก: https://tmc.or.th/pdf/tmc_knowledge-53.pdf
- กัลยา ถาวงค์, เมธิณี ศรีสวัสดิ์. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาช่าง ตำบลนาช่าง อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. ว. วิชาการสุขภาพภาคเหนือ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]; 8(2):103-19. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/view/248397/170683>
- จินตามัย อังกลมเกลียว. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่. ว. โรงพยาบาลมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]; 17(3):45-53. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHU/article/view/242573>

11. เฉลิมพล แซ่โล้ว, ชีรากร บุญลี. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลกุสิงห์ อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ว. อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]; 7(3):11-21. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/755>
12. Carey, R, Muntner, P, Bosworth, H. et al. Prevention and Control of Hypertension: JACC Health Promotion Series. JACC. 2018 Sep, 72 (11) 1278–93. doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.008
13. พานทิพย์ แสงประเสริฐ. ความดันโลหิตสูงกับการออกกำลังกาย : บทบาทของพยาบาล. ว. พยาบาล [อินเทอร์เน็ต]; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]; 56(1-2):10-22. เข้าถึงได้จาก: <https://search.tci-thailand.org/article.html?bBlbkFydGJlbGUmaWQ9NTI2NDc>
14. Kasl, S.V., Cobb. Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior. Archives Environmental Health. 1966;12:531-41. doi.org/10.1080/00039896.1966.10664421.
15. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. เชียงใหม่: ทรिकิงค์; 2562.
16. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: ฮันน้ำพรีนติ้ง; 2558.
17. Marram GD. The group approach in nursing practice. 2 nd ed. Saint Louis: The C.V. Mosby Company; 1978
18. วิทยา ถาวรรัตน์. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำผักกูด อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. ว. วิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิ และสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]; 1(3):29-42. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/AJHSD/article/view/2179/1505>
19. วัชรพงษ์ คำหล้า. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้ พฤติกรรมการควบคุมโรคและความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. ว. สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]; 6(2):151-60. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/download/151245/110650/>
20. สำราญ กาศสุวรรณ, ทศนีย์ บุญอริยเทพ, รุ่งกิจ ปินใจ. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ โดยใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลร่องเข้ม อำเภอร่องควาง จังหวัดแพร่: ว. โรงพยาบาลแพร่ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]; 30(2):27-42. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/jjph/article/view/12818>

21. กันทินันท์ ทองแดง, ยินดี พรหมศิริไพบูลย์. ผลการใช้ กระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลวัดประดู่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. ว. การพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]; 3(2):261-71. เข้าถึงได้จาก: <https://chdkjournal.com/count.php?a=326>
22. ปุณณณิน เชื้อนพีซ, รุ่งลาวัลย์ กาวิละ. ผลของการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.maelaohospital.com/wp-content/uploads/2023/04/2560-8.pdf>
23. ฐิติยา อธิคมานนท์, พัชรภรณ์ ชูแก้ว, ดุชนีย์ สุวรรณคง, ตั้ม บุญรอด, วิชชาดา สิมลา, กาญจนภรณ์ ไกรนรา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการเรียนรู้แบบกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. ว. วิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2567]; 33(3):430-40. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/download/13474/12277/34550>
24. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007 May;39(2):175-91. doi: 10.3758/bf03193146.
25. Prochaska ,J.O., DiClemente ,C.C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1983;56 (4).
26. Bandura, A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W. H. Freeman. 1977
27. วินิจ เกตุขำ, คมเพชร ฉัตรศุภกุล. กระบวนการกลุ่ม. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.novabizz.com/NovaAce/Manage/group.htm>

ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ
ของบุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
Health Literacy, Health Behaviors and Health Status
of Staff in Suan Prung Hospital, Chiang Mai Province

สุพรรณิกา ไชยวรรณ¹ *, วรางคณา นาคเสน² และ ปาริฉัตร องอาจบริรักษ์³
Supannika Chaiwan¹, Warangkana Naksen² and Parichat Ong-artborirak³

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,¹
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

Master of Public Health Program¹, Faculty of Public Health Chiangmai University,
Faculty of Public Health Chiangmai University²

*Corresponding author E-mail: supannika.spnt@gmail.com

(Revised: January 21, 2025; Revised: March 21, 2025; Accepted: March 28, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพและมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบไปด้วย ไขมันชนิดคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ระดับน้ำตาล และระดับกรดยูริก ในเลือด ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 202 คน อย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ปี พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ ความรู้ด้านสุขภาพและภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ ได้แก่ ผลเลือด 2 ชนิด คือ ระดับไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์และระดับกรดยูริก มีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อแยกหาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพโดยแยกออกเป็นพฤติกรรมสุขภาพโรคไร้เชื้อและพฤติกรรมสุขภาพโรคติดเชื้อโควิด-19 กับภาวะสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมโรคไร้เชื้อมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์และระดับกรดยูริกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมโรคติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อภิปรายได้ว่าความรู้

ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ดังนั้นการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนทั่วไปจึงเป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ภาวะสุขภาพ, โรงพยาบาลสวนปรุง

ABSTRACT

This research aims to study health literacy, health behaviors, and health status. The sample group consists of Suanprung Hospital personnel who underwent health examinations and had laboratory results, including cholesterol, triglycerides, blood sugar, and uric acid levels, collected between February and April 2024. Systematic random sampling was used to select the sample of 202 people. Data were collected using a health literacy and health behavior assessment tool developed in 2023. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's correlation. The study found that the sample group, on average, had very good health literacy and good overall health behaviors. There was a statistically significant relationship between health literacy and health behaviors. However, no statistical relationship was found between health literacy and health status. The relationship between health behaviors and health status, including the results of 2 blood tests, triglyceride and uric acid, had a statistically significant negative relationship. When separating the relationship between non-communicable disease health behaviors and COVID-19 infection behaviors and health status, it was found that non-communicable disease health behaviors had a statistically significant negative relationship with the results of triglyceride and uric acid, and COVID-19 infection behaviors had a statistically significant negative relationship with triglyceride levels. From the study results, health literacy was related to health behavior and health behavior may affect the health status of the sample group, It can be discussed that health literacy has a statistically significant relationship with health behavior and may affect health status. Therefore, increasing the level of health literacy among the general public is a major challenge in promoting good health.

Keywords: Health Literacy, Health Behaviors, Health Status, Suan Prung Hospital

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาการเกิดโรคเรื้อรังที่มีมากในทุกพื้นที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้โรคภัยไข้เจ็บลดลงนั้นจำเป็นอย่างยิ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง พัฒนาและ

ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อเสริมสร้างและพัฒนาความสามารถในระดับบุคคลสามารถรักษาสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพในภาพรวม⁽¹⁾

สำหรับประเทศไทย การเจ็บป่วยด้วยโรคไร้เชื้อและโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมมีเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ปัญหาดังกล่าวเป็นประเด็นสำคัญในการประชุมระดับนานาชาติ รวมทั้งกระตุ้นให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ ควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบการศึกษาให้มีความทันสมัย คือแนวความคิดเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)⁽²⁾ หากว่าประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพประเทศชาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพโดยรวมเนื่องด้วยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมของประเทศเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ทั้งนี้มีข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายการดำเนินการด้านสุขภาพ ปีพ.ศ. 2564 ระบุว่า ค่าใช้จ่ายรายจ่ายดำเนินการด้านการดูแลสุขภาพ มีจำนวนสูงถึง 59,215.8 ล้านบาท⁽³⁾

โรคไร้เชื้อถือได้ว่าเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคภาพรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก หรือ WHO พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคไร้เชื้อของประชากรทั่วโลก มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 38 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยกลุ่มโรคไร้เชื้อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้นของประเทศ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก⁽⁴⁾ จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข 2565 อัตราการเสียชีวิตอันมีสาเหตุมาจากโรคไร้เชื้อที่สำคัญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2564-2565 จำนวนและอัตราตายต่อประชากร

100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ เช่น อัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ปี 2564 ร้อยละ 24.5 ปี 2565 ร้อยละ 25.9 อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ปี 2564 33.5 ปี 2565 ร้อยละ 35.1 อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง ปี 2564 ร้อยละ 55.5 ปี 2565 ร้อยละ 58.0⁽⁵⁾ ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราตายในกลุ่มโรคไร้เชื้อดังกล่าวมีแนวโน้มที่สูงขึ้น

โรงพยาบาลสวนปรุงนั้นเป็นโรงพยาบาลรัฐที่ให้การรักษาผู้ป่วยเฉพาะทางด้านจิตเวช มีบุคลากรหลายระดับ ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ กลุ่มวิชาชีพงานสนับสนุน และบุคลากรระดับผู้ปฏิบัติ โรงพยาบาลสวนปรุงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการเฝ้าระวังและดูแลภาวะสุขภาพของบุคลากรซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของโรงพยาบาลสวนปรุง และที่ผ่านมาพบบุคลากรที่มีอายุตั้งแต่ 35-60 ปี เจ็บป่วยด้วยโรคไร้เชื้อและเข้าสู่ระบบการรักษาคิดเป็นร้อยละ 38.55 ในกลุ่มบุคลากรที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี และมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งจากการเฝ้าระวังโดยการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของบุคลากรกลุ่มดังกล่าวมีผลเลือดเกินค่ามาตรฐานเพิ่มขึ้นทุกปี ฉะนั้นโรงพยาบาลสวนปรุง จึงได้จัดให้บุคลากรที่มีอายุตั้งแต่ 35-60 ปี เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อเฝ้าระวังและคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากร

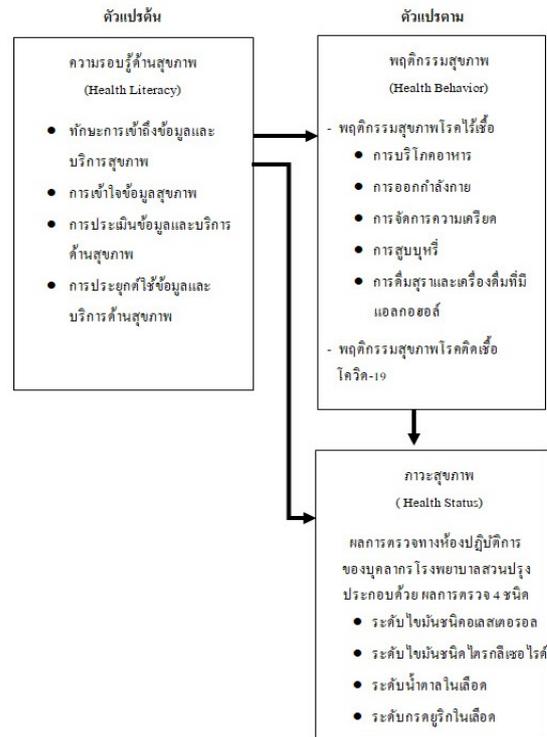
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานในหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมไปถึงกลุ่มวัยทำงานภายในหมู่บ้านและอำเภอ พบว่าการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะพื้นที่ในโรงพยาบาลยังมีน้อย ในส่วนของโรงพยาบาลสวนปรุงนั้นโครงการตรวจ

สุขภาพประจำปีที่ดีขึ้นเป็นการเฝ้าระวังปัญหาที่
 ปลายเหตุ ทางโรงพยาบาลสวนปรุงและคณะกรรมการ
 คณะทำงานที่เกี่ยวข้องไม่ได้นำผลการตรวจสุขภาพมา
 วิเคราะห์และค้นหาปัญหาเพื่อค้นหาที่มาของการเกิด
 ปัญหาด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นระดับความรู้ด้าน
 สุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และความถี่ใน
 การปฏิบัติของพฤติกรรมสุขภาพที่อาจเป็นสาเหตุและ
 ที่มาของการเกิดความผิดปกติของร่างกายซึ่งก่อให้เกิด
 โรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต
 ในระยะยาวและโรคติดเชื้อที่ส่งผลกระทบในวงกว้าง
 หากเกิดการระบาดจากการที่ขาดความรู้ด้านการ
 รมัดระวังตนเองทางผู้ศึกษาจึงมีความสนใจใน
 การศึกษาถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม
 สุขภาพ และภาวะสุขภาพ ของบุคลากรโรงพยาบาล
 สวนปรุง เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาเป็นข้อมูล
 แนวทางในการวางแผนและดำเนินงานด้านการส่งเสริม
 ความรอบรู้เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนสุขภาพบุคลากร
 ในโรงพยาบาลสวนปรุงให้มีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนและมี
 ประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของ
 บุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร
 โรงพยาบาลสวนปรุง
3. เพื่อศึกษาผลตรวจสุขภาพของบุคลากร
 โรงพยาบาลสวนปรุง
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้
 ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลตรวจสุขภาพ
 ของบุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง

กรอบแนวคิด



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ
 ภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความ
 รอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลตรวจ
 สุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัด
 เชียงใหม่ ที่มีอายุ 35 - 60 ปี ที่เข้ารับตรวจสุขภาพ
 ประจำปี พ.ศ. 2566 และมีผลการตรวจทาง
 ห้องปฏิบัติการ (ค่าผลเลือด) คือ ระดับไขมันชนิด
 คอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ระดับน้ำตาล และ
 ระดับกรดยูริก ในเลือด

ประชากร

ประชากร คือ บุคลากรโรงพยาบาล สวนปรุง
 จังหวัดเชียงใหม่ ทุกกลุ่มและทุกระดับ ที่มีอายุระหว่าง
 35-60 ปี ที่เข้ารับตรวจสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2566
 และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ค่าผลเลือด) คือ
 ระดับไขมันชนิดคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์
 ระดับน้ำตาล ระดับกรดยูริก ในเลือด จำนวน ทั้งหมด
 290 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ อายุระหว่าง 35-60 ปี ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพในปีงบประมาณ 2566 และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ค่าผลเลือด) คือ ระดับไขมันชนิดคอเลสเตอรอลและไตร กลีเซอไรด์ ระดับน้ำตาลระดับกรดยูริกในเลือด คำนวณจากสูตร Proportion โดยกำหนดสัดส่วนผลการตรวจสุขภาพที่ไม่ปกติ 50% กำหนดค่าคลาดเคลื่อนที่ 5% กำหนดค่าAlphaที่ 0.05 จำนวนบุคลากรทั้งหมด 290 คน จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 168 คน ตามสูตร

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

จากสูตรดังกล่าวได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 168 คน มีการปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ 20%⁽⁶⁾ จำนวน 34คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 202 คน ดังนั้นในการ ศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 202 คน ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยวิธี การสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) ผู้วิจัยจะนำรหัสซึ่งจัดทำเพื่อใช้ในการแทนตัวบุคลากรที่รับการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2566 และยังคงมีสถานภาพการทำงานในปัจจุบันมาสุ่ม โดยพิมพ์เรียงลำดับที่ ซึ่งผู้วิจัยจัดทำไว้ ลงในตารางโปรแกรม Microsoft Excel ทั้งหมด 290 คน และทำการนับจำนวนบุคลากรจากลำดับที่ได้ระบุไว้ในตารางโดยเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างทุก 5 คน เรียงลำดับและเว้นลำดับไม่เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง 2 คน (เลือกลำดับที่ 1-2-3-4-5 เว้นลำดับที่ 6-7 เลือกลำดับที่ 8-9-10-11-12) จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 202 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไร้เชื้อที่สำคัญของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปี พ.ศ.2566 ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽⁷⁾ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส กลุ่มภารกิจ สถานภาพงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้ ประวัติการใช้ยา และประวัติการติดเชื้อโควิด-19

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีจำนวน 16 ข้อ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์ระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรค ติดเชื้อและโรคไร้เชื้อที่สำคัญของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ที่วัดความยากง่ายของการกระทำตั้งแต่ไม่เคยทำ/ทำได้ยากมาก/ทำได้ยาก / ทำได้ง่าย ทำได้ง่ายมาก โดยให้คะแนนไม่เคยทำที่ 1 คะแนน จนถึงทำได้ง่ายมาก 5 คะแนน ซึ่งแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.908

ส่วนที่ 3 แบ่งออกเป็น 3.1 และ 3.2 ดังนี้

3.1 พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ ดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การวิเคราะห์ระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อ

ป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไร้เชื้อที่สำคัญของประชาชน ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปี พ.ศ. 2566 ที่วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติ/ ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์/ ปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์/ ปฏิบัติ 4-5 วันต่อสัปดาห์/ ปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์ โดยเป็นข้อความเชิงบวกและเชิงลบ ในข้อประเมินเชิงบวกจะได้คะแนนสูงสุด 5 คะแนน ข้อประเมินเชิงลบได้ 1 คะแนน ซึ่งแบบประเมินมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.624

3.2 พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับวัดความถี่ของการปฏิบัติ ตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติจนถึงระดับปฏิบัติทุกครั้ง/สัปดาห์ โดยเป็นข้อความเชิงบวกและ เชิงลบซึ่งแบบประเมินมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.631

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลตรวจสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัด เชียงใหม่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาล สวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ทำการพิจารณาแล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นชอบของคณะกรรมการก่อนทำการศึกษาวิจัยได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

2. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลสวนปรุง แล้วผู้วิจัยจัดทำหนังสือเพื่อขออนุญาตใช้ข้อมูลและขอเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล สวนปรุง

3. สุ่มกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่ม ผู้วิจัยจะทำการ

ติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมิน โดยผู้วิจัยจะได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

4. ดำเนินการแจกแบบประเมินและรับกลับคืนด้วยตนเอง โดยการรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมแบบประเมินจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาและทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

5. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

2. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพทางกายโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามเกณฑ์คะแนนของแบบประเมิน ทั้งหมด 4 ระดับ คือ ไม่ดี พอใช้ ดี และ ดีมาก ด้วยค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และ ผลตรวจสุขภาพ โดยใช้ สถิติ สหสัมพันธ์ สเปียร์แมน (Spearman's Correlation) ในการหาความสัมพันธ์ เนื่องจากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ทั้งนี้ได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p < 0.05$)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ เมื่อได้รับการพิจารณาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งได้รับการอนุมัติเอกสารรับรองเลขที่ 15/2566 เลขที่โครงการวิจัย SPH. IRB013/2566 วันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 ข้อมูลที่ได้ในการศึกษาทุกอย่างจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่ส่งผลเสียหายต่อบุคคล การเก็บรักษาปกป้องข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนตัว (หมายถึง ชื่อนามสกุล และหมายเลขที่ระบุตัวท่านได้) รวมถึงข้อมูลสุขภาพจากบันทึกทางการแพทย์และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยจะถูกเก็บรวบรวมไว้ในรูปเอกสารหรืออิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลดังกล่าวจะเก็บไว้เป็นความลับจากผู้ไม่มีสิทธิ์ที่จะรู้มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงได้

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.8 มีอายุอยู่ในช่วง 50 - 59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.6 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.9 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 42.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในกลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต ร้อยละ 33.7 ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ ทันตแพทย์

เภสัชกร นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เทคนิคการแพทย์ เวชระเบียน โภชนาการ ซึ่งเป็นบุคลากรในกลุ่มสหวิชาชีพและบุคลากรสนับสนุนในกลุ่มงานที่ได้กล่าวมา สถานภาพงานของกลุ่มตัวอย่างโดยมากเป็นข้าราชการ ร้อยละ 47.5 ระยะเวลาการทำงานปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 34.7 รายได้มากที่สุดที่ 30,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 41.6 ในด้านประวัติการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ไม่ใช้ยา ร้อยละ 80.2 ซึ่งจากข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติใช้ยาที่ 40 คน ร้อยละ 19.8 ในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาพบว่าใช้ยารักษาโรคซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 47.5 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.2 ไม่เคยติดเชื้อโควิด-19

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แสดงผลความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยข้อคำถามในแบบประเมินแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบ ที่ 1 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลบริการด้านสุขภาพ และองค์ประกอบที่ 4 ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยสรุปความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย = 67.47)

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกแต่ละด้าน (n=202)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ				ค่าเฉลี่ย	SD.	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี			
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	174 (86.2)	11 (5.4)	12 (5.9)	5 (2.5)	16.86	2.45	ดีมาก
ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	181 (89.6)	16 (7.9)	2 (1.0)	3 (1.5)	17.33	2.14	ดีมาก
ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	180 (89.0)	8 (4.0)	7 (3.5)	7 (3.5)	16.69	2.48	ดีมาก
ด้านประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	157 (77.7)	29 (14.4)	13 (6.4)	3 (1.5)	16.59	2.31	ดีมาก
คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวม	154 (76.2)	37 (18.3)	9 (4.5)	2 (1.0)	67.47	8.02	ดีมาก

พฤติกรรมสุขภาพ จากการวิเคราะห์ข้อมูล 5 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูล มีความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ สามารถประเมิน ประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพสามารถทำได้ง่าย อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย =3.82) และหากพิจารณารายข้อ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโรคไร้เชื้อ ไม่ปฏิบัติในด้านสูบบุหรี่ ยาสูบ หรือบุหรี่ไฟฟ้า อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=4.83; S.D.=0.74) รองลงมา คือ ไม่ปฏิบัติในด้านใกล้ชิดบุคคลที่สูบบุหรี่ยาสูบ หรือบุหรี่ไฟฟ้า (ค่าเฉลี่ย=4.52; S.D.=1.05) และกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อยที่สุดในด้านการออกกำลังกาย คือ ปฏิบัติเพียง 1-2 วันต่อสัปดาห์

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโรค ไร้เชื้อและโรคติดเชื้อโควิด-19 จำแนกแต่ละด้าน (n=202)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ				ค่าเฉลี่ย	SD.	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี			
พฤติกรรมสุขภาพโรคไร้เชื้อ	84 (41.5)	89 (44.1)	19 (9.4)	10 (5.0)	49.63	5.48	ดี
ด้านการบริโภคอาหาร	70 (34.7)	69 (34.2)	35 (17.3)	28 (13.8)	21.77	3.78	ดี
ด้านการออกกำลังกาย	37 (18.3)	19 (9.4)	37 (18.3)	109 (54.0)	5.50	2.01	ไม่ดี

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ				ค่าเฉลี่ย	SD.	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี			
ด้านการจัดการ	165	15	13	9	8.63	1.50	ดีมาก
ความเครียด	(81.7)	(7.4)	(6.4)	(4.5)			
ด้านการสูบบุหรี่	184	5	5	8	9.35	1.63	ดีมาก
	(91.0)	(2.5)	(2.5)	(4.0)			
ด้านการดื่มสุราและ	174	13	9	6	4.38	0.99	ดีมาก
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	(86.1)	(6.4)	(4.5)	(3.0)			
ด้านพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19	101	60	32	9	27.38	3.72	ดีมาก
	(50.0)	(29.7)	(15.8)	(4.5)			
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ในภาพรวม	78	93	28	3	77.01	7.62	ดี
	(38.6)	(46.0)	(13.9)	(1.5)			

ภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับไขมันชนิดคอเลสเตอรอลในระดับเริ่มสูง หรือมีความเสี่ยงที่ร้อยละ 83.2 ซึ่งคิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าผลเลือดเริ่มสูงมากที่สุดในค่าผลเลือดทั้ง 4 ชนิด

รองลงมา คือ ระดับน้ำตาลเริ่มสูงร้อยละ 34.7 ระดับไตรกลีเซอไรด์เริ่มสูง ร้อยละ 31.7 และระดับกรดยูริกเริ่มสูง มีจำนวนน้อยที่สุด ที่ร้อยละ 16.3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกจากค่าผลเลือด คือ ระดับไขมันชนิดคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ระดับน้ำตาล และระดับกรดยูริก ในเลือด (n=202)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.
ระดับคอเลสเตอรอล (Min = 124 Max = 361)			232.40	38.56
ปกติ (<200 mg/dl)	34	16.8		
เริ่มสูง (>200 mg/dl)	168	83.2		
ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Min = 37 Max = 710)			137.45	99.88
ปกติ (<150 mg/dl)	138	68.3		
เริ่มสูง (>150 mg/dl)	64	31.7		
ระดับน้ำตาลในเลือด (Min = 77 Max = 304)			101.32	22.61
ปกติ (<100 mg/dl)	132	65.3		
เริ่มสูง (>100 mg/dl)	70	34.7		
ระดับกรดยูริกในเลือด (Min = 1 Max = 10)			5.35	1.61
ปกติ (ซ<7 mg/dl , ยู< 6 mg/dl)	169	83.7		
เริ่มสูง (ซ>7 mg/dl , ยู> 6 mg/dl)	33	16.3		

หมายเหตุ : ภาวะสุขภาพ ปกติ = ดี , เริ่มสูง = เสี่ยง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อโควิด-19 กับภาวะสุขภาพ เนื่องจากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ จึงได้ใช้สถิติ Spearman's Correlation ในการหาความสัมพันธ์ พบว่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโรคไร้เชื้อ และติดเชื้อโควิด-19 ในภาพรวม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=0.370$, $p<0.001$) หากพิจารณาแยกราย

องค์ประกอบของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ คือ คะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ คะแนนการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ คะแนนการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพและคะแนนประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพกับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโรคไร้เชื้อและคะแนนพฤติกรรมโรคติดเชื้อโควิด-19 พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่าง คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อโควิด-19 (n=202)

ตัวแปร	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อโควิด-19		คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโรคไร้เชื้อ		คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโรคติดเชื้อโควิด-19	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวม	0.370	<0.001*	0.288	<0.001*	0.328	<0.001*
คะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.286	<0.001*	0.204	<0.004*	0.304	<0.001*
คะแนนการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	0.253	<0.001*	0.164	<0.019*	0.273	<0.001*
คะแนนการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	0.235	<0.001*	0.160	<0.023*	0.241	<0.001*
คะแนนประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.451	<0.001*	0.401	<0.001*	0.314	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ (ค่าผลเลือด) พบว่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับภาวะสุขภาพ แต่ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะสุขภาพที่ค่าผลเลือด 2 ชนิด คือ ระดับไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ ($r_s = -0.185$, $p=0.008$) และระดับกรดยูริก ($r_s = -0.182$, $p=0.009$) และเมื่อได้แบ่งคะแนนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

คะแนนโรคไร้เชื้อและคะแนนโรคติดเชื้อโควิด-19 นำมาหาความสัมพันธ์พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโรคไร้เชื้อมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะสุขภาพที่ค่าผลเลือด 2 ชนิด คือ ระดับไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ ($r_s = -0.142$, $p=0.044$) และระดับกรดยูริก ($r_s = -0.167$, $p=0.017$) และคะแนนพฤติกรรมโรคติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำที่ค่าผลเลือด 1 ชนิด คือ ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ($r_s = -0.168$, $p=0.017$) อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่าง คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อโควิด-19 และภาวะสุขภาพ (ค่าผลเลือด) (n=202)

ตัวแปร	ภาวะสุขภาพ (ค่าผลเลือด)							
	คอเลสเตอรอล		ไตรกลีเซอไรด์		น้ำตาลในเลือด		กรดยูริก	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.017	0.809	-0.064	0.363	-0.101	0.154	-0.105	0.138
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพรวม	-0.061	0.389	-0.185	0.008*	-0.042	0.554	-0.182	0.009*
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ โรคไร้เชื้อ	-0.034	0.634	-0.142	0.044*	-0.012	0.862	-0.168	0.017*
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ โรคติดเชื้อโควิด-19	-0.110	0.119	-0.168	0.017*	-0.053	0.453	-0.134	0.057

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ในภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมาก อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถดูแลตนเองจากการเจ็บป่วยได้ กรณีที่ตนเองมีอาการต้องสงสัยเจ็บป่วยหรือมีความเสี่ยง สามารถเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพต่างๆ ได้ง่าย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจากการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยทั้งยังต้องเรียนรู้และศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพตามนโยบายส่งเสริมความรู้และพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย หลากหลายช่องทางทั้งการจัดโครงการส่งเสริมสนับสนุนให้อบรมความรู้ผ่านช่องทางที่หลากหลาย สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพที่ตนเองต้องการทราบได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ินี ศรีประจันต์⁽⁸⁾ ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7

ขอนแก่น ซึ่งเป็นสถานที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข พบว่าผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข มักปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ ตามนโยบายด้านการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ และ อภิญา อินทรรัตน์⁽⁹⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ พบว่า ด้วยบทบาทของบุคลากรด้านสุขภาพมีความฉลาดทางสุขภาพจะสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการทำความเข้าใจและแสวงหา ทั้งนี้จากกิจกรรมที่กล่าวในข้างต้น ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมาก

2. พฤติกรรมสุขภาพ

แบ่งออกเป็นพฤติกรรมสุขภาพโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อโควิด-19

พบว่าพฤติกรรมสุขภาพโรคไร้เชื้อของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.6 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง 30 นาที

ค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่ปฏิบัติเพียง 1-2 วันต่อสัปดาห์ อาจเนื่องจากการปฏิบัติงานประจำวัน ทั้งงานด้านการดูแลผู้ป่วย งานวิชาการ งานตามภาระงาน การเดินทางมาปฏิบัติงานในทุกวัน และการดูแลบุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า และบางกลุ่มวิชาชีพต้องปฏิบัติงานแบบขึ้นชั้นเวร เวลาการปฏิบัติงานต่อเนื่อง 16 ชั่วโมง เช่น วิชาชีพพยาบาล เกษีษกร ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี เป็นต้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.9 มีสถานภาพสมรส มีภาระต้องดูแลครอบครัว ทำให้การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์เป็นไปได้ค่อนข้างยาก สอดคล้องกับการศึกษาของ อีรารัตน์ หม่อมปลัด และ อูไรวรรณ คงดี⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลฉลอง จังหวัดภูเก็ต พบว่าการออกกำลังกายของบุคลากรส่วนใหญ่ไม่สม่ำเสมอ เพราะด้วยสถานการณ์หรือลักษณะงานอาจทำไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอหรือไม่ได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ด้านพฤติกรรมสุขภาพโรคติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโรคติดเชื้อโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 50.0 จากคะแนนแบบประเมิน ด้วยเพราะกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในองค์กรที่ดูแลด้านสุขภาพ ซึ่งมีการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ด้านการดูแลสุขภาพให้ปลอดภัยทั้งโรคติดเชื้อและโรคติดเชื้อ ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น เว็บไซต์ของโรงพยาบาล Application Line กลุ่มของโรงพยาบาล การอบรมโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ และตื่นตัวเกิดความตระหนักพร้อมกับ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อและโรคติดเชื้อโควิด-19

3. ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีระดับไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ ระดับน้ำตาล และระดับกรดยูริก ในเลือด อยู่ในระดับปกติ แสดงได้ว่าโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพปกติ มีเพียงระดับคอเลสเตอรอล ที่มีค่าผลเลือดสูงกว่าค่าปกติ ถึงร้อยละ 83.2 และอยู่ในระดับปกติเพียง ร้อยละ 16.8 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในองค์กรที่ดูแลด้านสุขภาพ เป็นบุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพได้ง่าย ใกล้ชิดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และทางโรงพยาบาลได้จัดให้มีโครงการรณรงค์ ด้านการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมและจัดกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ ความตระหนัก มีความกระตือรือร้น และมีภาวะสุขภาพที่ดีไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว , ชนุกร แก้วมณี และวรางคณา บุตรศรี⁽¹¹⁾ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีภาวะสุขภาพปกติ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่ในสถานศึกษาพยาบาล ได้นำหลักการสถานที่ทำงาน น่าอยู่น่าทำงาน (Healthy workplace) มาใช้เพื่อเป็นให้ เป็นไปตามนโยบายมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข ทำให้มีการให้สุขศึกษาแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง ทั้งเรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร

ในส่วนของระดับไขมันชนิดคอเลสเตอรอลที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าผลเลือดสูงกว่าค่าปกติ พบว่ามีปัจจัยอื่นๆที่อาจส่งผลให้ร่างกายสร้างคอเลสเตอรอลมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากกรรมพันธุ์ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ เช่น โรคไต โรคต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ โรคเบาหวาน ซึ่งโรคเหล่านี้ทำให้การเผาผลาญไขมันผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะระดับไขมันในเลือด⁽¹²⁾

4. ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมากและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี

ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและภาวะสุขภาพ (ค่าผลเลือด) จากการศึกษาพบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับภาวะสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมสุขภาพภาพและภาวะสุขภาพ (ค่าผลเลือด) ของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ คะแนนพฤติกรรมโรคไร้เชื้อและคะแนนพฤติกรรมโรคติดเชื้อโควิด-19 นำมาหาความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมโรคไร้เชื้อมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่าผลเลือด 2 ชนิด คือ ระดับไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ และกรดยูริก และคะแนนโรคติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะ

สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่าผลเลือด 1 ชนิด คือ ระดับไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์

ทั้งนี้อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรด้านสาธารณสุข ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลหรือหน่วยงานด้านสาธารณสุข มีโอกาสได้รับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลใกล้ชิดทำให้มีสุขภาพที่ดีมีพฤติกรรมที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพอย่างง่ายดาย จากการประชาสัมพันธ์ในองค์กรหลากหลายช่องทางและในบางกลุ่มวิชาชีพมีองค์ความรู้พื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพซึ่งเกิดจากการศึกษาตามหลักสูตรของวิชาชีพ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการปฏิบัติตนเองให้มีสุขภาพที่ดีสามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไร้เชื้อ และโรคติดเชื้อโควิด-19 ได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ นาฎยา ศลีเกสร⁽¹³⁾ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง พบว่า ด้วยบุคลากรเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพ ทำให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลหลากหลายวิธีเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ และในองค์กรเองยังได้มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ด้านการดูแลสุขภาพเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก รมณ์ตระวังตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนข้อประเมินพฤติกรรมสุขภาพโรคไร้เชื้อของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี และในส่วนของคะแนนพฤติกรรมโรคติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ค่าผลเลือดระดับไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายได้ว่าถึงแม้การปฏิบัติตนด้านโรคติดเชื้อ-19 อาจไม่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ แต่แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทางคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องควรจัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการออกกำลังกายในบุคลากรของโรงพยาบาลทุกระดับ

2. บุคลากรของโรงพยาบาลสวนปรุงควรได้รับการอบรมด้านการดูแลตนเองทั้งด้านอาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันสามารถดูแลตนเองและบุคคลใกล้ชิดได้

3. บุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุงที่เข้ารับการตรวจสุขภาพในทุกปี เมื่อพบว่าค่าผลเลือดมีความผิดปกติควรพิจารณาขอรับคำปรึกษาจากโรงพยาบาลตามสิทธิ์การรักษาของตน ขอรับการตรวจเฉพาะทางเพื่อวางแผนการดูแลและรักษา

4. โรงพยาบาลสวนปรุงควรประชาสัมพันธ์ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นปัจจุบันให้แก่บุคลากรทราบและจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ในหลายช่องทาง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาถึงช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนปรุง

2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนปรุง

3. ศึกษาถึงทดลองผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการปฏิบัติในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนปรุง

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การส่งเสริมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ กองสุขศึกษากระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. กรมอนามัย. แนวคิดหลักการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.); 2561.
3. มุลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2564 และการประมาณการรายจ่ายสุขภาพ พ.ศ. 2565-2567; 2566.
4. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2565. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
6. Angela M. Wood, Ian R. White and Simon G. Thompson. Are Missing Outcome Data Adequately Handled. A Review of Published Randomized Controlled Trials in Major Medical Journals Clinical Trial 1 2004;368-376.

7. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไร้เชื้อที่สำคัญของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. (ออนไลน์). (เข้าถึงเมื่อ วันที่ 17 มิถุนายน 2566). เข้าถึงได้จาก <http://www.hed.go.th/linkHed/450>
8. สุนันท์นิ ศรีประจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. (ออนไลน์). (เข้าถึงเมื่อ วันที่ 9 มีนาคม 2567). เข้าถึงได้จาก <http://203.157.71.148/hpc7data/ReR/ResFile/2562000901.pdf>
9. อภิญา อินทรรัตน์. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15:174-178.
10. ชีรรัตน์ หม่อมปลัด และอุไรวรรณ คงดี. บทความวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลฉลอง จังหวัดภูเก็ต. ภูเก็ต: โรงพยาบาลฉลอง. (ออนไลน์). (เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2567). เข้าถึงได้จาก <https://chalonghospital.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/06/Full-paper-Descriptive-research.pdf>
11. แสงเดือน กิ่งแก้ว, ชนุกร แก้วมณี และวรางคณา บุตรศรี. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์. 2560; 1:38-55.
12. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คอเลสเตอรอลและกรดไขมันในร่างกาย. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
13. นาฎยา คลีเกษร. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน(ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ). 2566; 38:56-65.

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัย ในพื้นที่ทุรกันดาร จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Results of the Model Development for Health Promoting Care of Pregnant Women and Safe Childbirth in Remote Areas, Mae Hong Son Province

หทัยรัตน์ ทองเขียว

Hathairat Thongkiao

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

Mae Hong Son Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: papahus@gmail.com

(Revised: March 4, 2025; Revised April 14, 2025; Accepted: April 20, 2025)

บทคัดย่อ

จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีพื้นที่ทุรกันดารในหลายอำเภอ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล เสี่ยงต่อการตายของมารดา และบุตร ต้องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้แก่มารดาและบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด จึงได้มีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัย ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบ และเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นกับแบบเดิม ในพื้นที่ทุรกันดาร กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่บ้าน / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ทุรกันดาร ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์และการคลอด จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนา กลุ่มเปรียบเทียบใช้การดูแลแบบเดิม เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยที่พัฒนา และรูปแบบเดิม แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ การคลอด และภาวะสุขภาพ เก็บข้อมูลในเดือนกันยายน และธันวาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์/การทดสอบของฟิชเชอร์ และการทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ 2) การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัย 3) การติดตามและประเมินผล ผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนา พบว่า ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่ดีขึ้น และดีกว่าการดูแลแบบเดิมสุขภาพของมารดา และน้ำหนักรกแรกคลอด มีความปลอดภัยมากกว่าการดูแลแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ แต่ทารกมีสุขภาพหลังคลอดไม่แตกต่างกับการดูแลแบบเดิม ทั้งนี้ รูปแบบที่พัฒนานี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจมากกว่าการดูแลแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษา ควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในพื้นที่ทุรกันดารในจังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ, หญิงตั้งครรภ์, การคลอดที่ปลอดภัย, พื้นที่ทุรกันดาร

ABSTRACT

Mae Hong Son Province had many remote areas in many districts. It was difficult for pregnant women to access medical services, risking maternal and child death. Therefore, It was necessary to study the results of the model development for health promotion of pregnant women and safe childbirth in remote areas to increase safety for mothers and children during pregnancy and childbirth. By conducting action research to develop the model development for health promotion of pregnant women and safe childbirth, study the results of model development and compare satisfaction with the developed model with the original model in remote areas. The sample consisted of 80 pregnant women who gave birth at home / subdistrict health promoting hospitals, pregnancy was 28 weeks or more, living in remote areas which were at risk from pregnancy and childbirth groups. They divided into an experimental group and a comparison group, each group consisting of 40 people. The experimental group used the model development, the comparison group used original model. The research instruments included the model development for health promotion and the original model in remote areas, Interview form and record of pregnancy, antenatal care, childbirth and health status. Data were collected in September and December 2024 and analysis employed descriptive statistics, Chi-square test, and t-test.

The study found that the model development for health promotion of pregnant women and safe childbirth consists of 1) Development of staff potential, 2) Health promotion of pregnant women and safe birth, 3) Monitoring and evaluation. The results of using the model development for health promotion found that it provided pregnant women with more knowledge about pregnancy, had behaviors for health promotion better and better than the traditional care. Maternal health and birth weight were significantly more normal than the traditional care, but the baby's health after birth was no different from the traditional care. This developed model resulted in significantly more satisfaction among pregnant women than the traditional care.

According to the results, this developed model should be applied in remote areas of Mae Hong Son Province and other provinces.

Keywords: model development for health promotion, pregnant women, safe childbirth, remote areas

บทนำ

การตั้งครรภ์เป็นธรรมชาติของมนุษย์ในการสืบทอดเผ่าพันธุ์ แต่ก็นับเป็นภาวะวิกฤติอย่างหนึ่งสำหรับสตรี ในช่วงชีวิตที่เปราะบางมาก⁽¹⁾ เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ สิ่งแรกที่ต้องทำคือการฝากครรภ์ เพื่อให้มีการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาและทารก⁽²⁾ การฝากครรภ์ครั้งแรกควรเริ่มที่อายุครรภ์ไม่เกิน 3 เดือนหรือ 12 สัปดาห์ เพราะหากล่าช้าอาจเสียโอกาสในการได้รับวัคซีนป้องกันโรค การเสริมธาตุเหล็ก การตรวจเลือดคัดกรองภาวะซีดและโรคต่างๆ ซึ่งการแก้ไขความผิดปกติไม่ทันท่วงทีจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาและทารก⁽³⁾ การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพจะช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารกแรกเกิดได้ถึง 7 เท่า⁽⁴⁾ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ส่งผลต่อปัญหาด้านสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะโลหิตจางติดเชื้อในกระแสเลือด และส่งผลต่อทารก เช่น การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การขาดออกซิเจนแรกเกิด การตายปริกำเนิดของทารก ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยหรือมากกว่าปกติ ตัวเหลือง ติดเชื้อในกระแสเลือด และการหายใจล้มเหลว^(1,5,6)

กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุข สร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพให้กับประชากรในทุกพื้นที่⁽⁷⁾ จากการวิเคราะห์สาเหตุที่สัมพันธ์กับการตายของมารดาไทยพบว่า ร้อยละ 58.1 มีความล่าช้าในการตัดสินใจมารับบริการ การเดินทาง และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ⁽⁸⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาและยกระดับการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์สำหรับประเทศไทย เพื่อให้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและเท่าเทียม⁽⁹⁾ โดยเน้นให้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์⁽¹⁰⁾

และจัดระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและมีศักยภาพ⁽¹¹⁾

จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นพื้นที่ทุรกันดาร มีภูเขาสลับซับซ้อน ประชากรหลากหลายชาติพันธุ์ มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล เนื่องจากการคมนาคม และการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับประชาชนในพื้นที่ จากสถิติปี 2565-2566 อัตราการตายของมารดาไทยจากการตั้งครรภ์และการคลอดอยู่ที่ 67.4 และ 37.9 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่เกิน 17 ต่อแสน) อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน อยู่ที่ 3.7, 6.3 และ 3.5 ต่อ 1,000 ราย สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่เกิน 3.6) และทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด(ร้อยละ7)⁽¹²⁾ จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นความจำเป็นที่จะต้องมีการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร โดยพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และการคลอด พร้อมทั้งวางแผนเผชิญเหตุ และซ้อมแผนส่งต่อด้านสูติกรรมในพื้นที่ทุรกันดาร ตลอดจนมีการติดตามและประเมินผล ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงและอันตรายที่เกิดจากการคลอด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัย ในพื้นที่ทุรกันดาร
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย ในพื้นที่ทุรกันดาร
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยที่พัฒนา กับแบบเดิม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการดำเนินการเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์
- 2) การศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยครั้งนี้โดยใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามหลักการ PAOR 4 ขั้นตอน⁽¹³⁾ ที่มุ่งพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัย ในพื้นที่ทุรกันดาร โดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ และศึกษาผลการดำเนินการ ซึ่งมีรายละเอียดวิธีวิจัยดังต่อไปนี้

1. การวางแผน (Planning) โดยการดำเนินการวิเคราะห์และทบทวนสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข และการช่วยเหลือและส่งต่อผู้ป่วยคลอดในภาวะวิกฤตฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร มีการดำเนินการคือ ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือผู้อำนวยการโรงพยาบาล และพยาบาล ผู้รับผิดชอบการฝากครรภ์/การคลอด (1 คน / โรงพยาบาล) 4 อำเภอรวม 8 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของแต่ละอำเภอ 4 อำเภอ รวม 8 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวม 8 คน พนักงานสุขภาพชุมชนจากสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ที่สังกัดใน รพ.สต.ในกลุ่มตัวอย่าง แห่งละ 1 คน รวม 8 คน และผดุงครรภ์โบราณในพื้นที่ รพ.สต. กลุ่มตัวอย่าง แห่งละ 1 คน รวม 8 คน รวมทั้งสิ้น 32 คน โดยการดำเนินการประชุมระดมสมองในการค้นหาปัญหา และวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือก

ตัวอย่างแบบเจาะจง มีเกณฑ์ดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือก คือ

- 1) เป็นบุคลากรการแพทย์ในพื้นที่ทุรกันดารใน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน อำเภอแม่ลาน้อย อำเภอแม่สะเรียง และอำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน-ที่มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ และการคลอด ในพื้นที่ทุรกันดารอย่างน้อย 1 ปี และ
- 2) ยินดีร่วมมือในการดำเนินการค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถอยู่ร่วมการค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหาได้ตลอดเวลา

เครื่องมือการวิจัย เป็นแนวคำถามในการ

สนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง เกี่ยวกับสถานการณ์ การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข และการช่วยเหลือและดูแลหญิงตั้งครรภ์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

2. การปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร โดยนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาพิจารณาประชุมระดมสมอง เพื่อระบุกระบวนการที่ต้องการพัฒนา และจัดทำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร ซึ่งได้ดำเนินการโดยกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการชุดเดียวกับการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1

3. การสังเกตการณ์ (Observing) ผู้วิจัยดำเนินการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดารไปใช้ และประเมินรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่บ้าน / รพ.สต. มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป

ขนาดตัวอย่าง คำนวณจากโปรแกรม G* power version 3.1.9.4 มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.95 ขนาดอิทธิพล 0.80⁽¹⁴⁾ ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 35 คน รวมเป็น 70 คน และเพื่อการขาดหายกลุ่มละ 5 คน ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 40 คน รวม 80 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยการจับคู่ตามอายุการตั้งครรภ์และประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ จาก รพ.สต. ทั้ง 8 แห่ง (รพ.สต.ห้วยหมากกลาง รพ.สต.กอกหลวง รพ.สต.ทุ่งแล้ง รพ.สต.อุ้มโล๊ะ รพ.สต.ผาบ่อง รพ.สต.แม่สุ รพ.สต.แม่เหาะ และ รพ.สต.ห้วยม่วง)

เกณฑ์คัดเข้า คือ (1) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ทุรกันดารในอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน อำเภอแม่ลาน้อย อำเภอแม่สะเรียง และอำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน (2) เป็นกลุ่มเสี่ยงจากการตั้งครรภ์และการคลอด ดังนี้ 1) เคยมีประวัติทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด (ภายใน 1 เดือนแรกหลังคลอด) 2) ตั้งครรภ์แฝด / เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือมากกว่า 4,000 กรัม 3) อายุน้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี 4) เคยคลอดบุตรมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป หรือผ่าตัดคลอดบุตร 2 ครั้งขึ้นไป 5) เคยมีประวัติแท้งผิดปกติ หรือมีเลือดออกทางช่องคลอด 6) มีก้อนในอุ้งเชิงกราน หรือเคยผ่าตัดอวัยวะภายในระบบสืบพันธุ์ 7) เคยเข้ารับการรักษาความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ หรือครรภ์เป็นพิษ 8) มีดัชนีมวลกายมากกว่า 29 kg/m² หรือน้อยกว่า 19.8 kg/m² หรือน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ น้อยกว่า 45 กิโลกรัม 9) มีค่า Hb. เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกต่ำ (ไตรมาสแรกน้อยกว่า 11 g/dl ไตรมาสที่สอง น้อยกว่า 10.5 g/dl ไตรมาสที่สาม น้อยกว่า 11 g/dl หรือ Hct น้อยกว่า 30%) 10) ติดยาเสพติด และหรือติดสุรา 11) มีภาวะโลหิตจางจากการป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย มีภาวะซีดมากต้อง

เติมเลือด 12) เป็นโรคไทรอยด์ โรคหัวใจ หรือโรคไต 13) เป็นโรคแพ้ภูมิตัวเอง (SLE) หรือเป็นโรคมะเร็ง 14) บวกพร้อม 14) ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช 15) เคยแท้งบุตร 3 ครั้งติดต่อกันในช่วงไตรมาสที่ 2 หรือมากกว่า ติดต่อกัน 16) มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด 17) RH Negative ในการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 18) มีภาวะทารกโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth restriction, IUGR) 19) มีภาวะเด็กตัวโต (Fetal Macrosomia) และ (3) ยินดีเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ไปคลอดที่โรงพยาบาล โดยไม่ได้ผ่านการดูแลในช่วงการคลอดกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. / ผดุงครรภ์โบราณ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดารที่พัฒนา และรูปแบบเดิม
2. แบบสัมภาษณ์การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การช่วยเหลือและดูแลหญิงตั้งครรภ์ และความพึงพอใจต่อโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร
3. แบบบันทึกการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ การคลอด และภาวะสุขภาพของมารดาและทารก เป็นแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการบันทึกจากแบบบันทึกประวัติและการรักษาผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ด้านสูตินรีเวช ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ และด้านการวิจัย โดยค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.92 แบบวัดพฤติกรรม

การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.95 แบบวัดความพึงพอใจ ต่อโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และการคลอดเท่ากับ 0.96 และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประชุมชี้แจงทีมงานผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามแบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ การคลอด และภาวะสุขภาพของมารดาและทารก ที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลมา ก่อนการดำเนินการ (ก่อนการทดลอง) เดือนกันยายน 2567 และหลังการคลอด (หลังการทดลอง) เดือนธันวาคม 2567 ทั้งนี้ หลังจากตอบเสร็จในแต่ละคน ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกฯ ณ เวลานั้นว่า มีการตอบ/ลงบันทึกดังกล่าวครบทุกรายการหรือไม่ หากไม่ครบก็ดำเนินการให้ครบ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ร้อยละ) เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปร โดยใช้ Chi-square test / Fisher's exact test และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการดำเนินการตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร โดยใช้ Independent t-test / Paired t-test ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายของข้อมูลพบว่าการกระจายแบบโค้งปกติ

จริยธรรมการวิจัย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เลขที่ MHS REC 021.2567 ลงวันที่ 1 สิงหาคม 2567

4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting)

ผู้วิจัยนำผลการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่

ทุรกันดาร จังหวัดแม่ฮ่องสอน รวมทั้งประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อให้ความเห็นและข้อเสนอแนะ พิจารณาใช้และขยายการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร ที่ได้พัฒนาขึ้นไป

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดารที่ได้รับ การพัฒนา มีแนวทางการดำเนินการ ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ระดับอำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ชุดทำคลอดฉุกเฉิน ดังนี้

1.1 อบรมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ให้มีความพร้อมในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกตามมาตรฐานทั้งในสถานบริการและบริการเชิงรุกในชุมชน

1.2 อบรมพนักงานสุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และผดุงครรภ์โบราณในพื้นที่ทุรกันดารที่เข้าถึงยาก นอกจากนี้ ได้มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ชุดทำคลอดฉุกเฉิน เพื่อการคลอดที่ปลอดภัย กรณีมีการคลอดฉุกเฉินหรือคลอดที่บ้าน เพื่อให้ไปรณรงค์ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ เข้าสู่รูปแบบบริการส่งเสริมสุขภาพ และคลอดที่ปลอดภัย

2. ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร โดยเครือข่ายการดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ระดับอำเภอและตำบล มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

2.1 สื่อสารประชาสัมพันธ์ และค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ในชุมชนให้มารับบริการ ดูแลส่งเสริมสุขภาพครรภ์มารดา ก่อนอายุ 12 สัปดาห์ ดังนี้ ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อบุคคล อสม. พนักงานสุขภาพ

ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาสัมพันธ์ในการประชุมคณะกรรมการหมู่บ้านและให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน การค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ เพื่อให้ความรู้ การวางแผนครอบครัวและวางแผนการมีบุตร และแนะนำการปฏิบัติตัวแก่หญิงตั้งครรภ์

2.2 ให้บริการส่งเสริมสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ทุรกันดารตามเกณฑ์คุณภาพ โดยเครือข่ายการดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก อำเภอและตำบล ดังนี้ (1) ให้บริการเชิงรุกในพื้นที่ห่างไกล เข้าถึงยากลำบาก เช่น การตรวจครรภ์ การอัลตราซาวด์เคลื่อนที่ การจ่ายวิตามินเสริม (2) การจัดบริการเชิงรับ ในสถานบริการสาธารณสุข บริการตรวจครรภ์ การซักถามอาการผิดปกติระหว่างการตั้งครรภ์ การตรวจคัด

กรองตามมาตรฐานแต่ละอายุครรภ์ เช่น ตรวจคัดกรองเบาหวาน ตรวจภาวะซีด

2.3 วิเคราะห์ภาวะเสี่ยงและการวางแผนช่วยเหลือในการตั้งครรภ์และการคลอด โดยเครือข่ายดูแลส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ระดับอำเภอ ตำบล

1) ในการวิเคราะห์ภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ Risk 1 : ความเสี่ยงน้อย สามารถดูแลที่โรงพยาบาลต้นสังกัด / รพ.สต.ได้ Risk 2 : ความเสี่ยงปานกลาง ส่งมาดูแลต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่าย / รพช. และ Risk 3 : ความเสี่ยงสูงต้องส่งดูแลต่อที่โรงพยาบาลทั่วไป / รพ.ที่มีแพทย์เฉพาะทาง

Risk 1	Risk 2	Risk 3
1. เคยมีทารกตายในครรภ์ หรือเสียชีวิตแรกเกิด (1 เดือนแรก)	1. โลหิตจาง หนักถึง หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia major) +B22B34 มีภาวะซีดมากต้องเติมเลือด	1. โรคหัวใจ
2. เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	2. ไทรอยด์	2. โรคไต
3. เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม	3. SLE	3. ครรภ์แฝด
4. อายุ < 17 ปี	4. รัยยา HIV	
5. อายุ > 35 ปี	5. ป่วยทางจิต	
6. เคยคลอดมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป	6. เคยแท้ง 3 ครั้งติดต่อกัน ในช่วงไตรมาสที่ 2 หรือมากกว่าติดต่อกัน	
7. เคยมีประวัติแท้งผิดปกติ (History unsafe abortion)	7. เคยผ่าตัดปากมดลูก	
8. เลือดออกทางช่องคลอด	8. มีประวัติคลอดก่อนกำหนด	
9. เคยผ่าตัดคลอดบุตร 2 ครั้งขึ้นไป	9. ความดันโลหิต Diastolic \geq 90 mmHg	
10. เคยผ่าตัดอวัยวะในระบบสืบพันธุ์เช่นเนื้องอกมดลูก	10. โรคเบาหวาน (DM/GDM)	
11. เคยเข้ารับการรักษาเพราะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ	11. มีก้อนในอุ้งเชิงกราน	
12. อ้วน หรือ BMI $>$ 29 kg/m ²	12. RH Negative เฉพาะท้อง 2	
13. BMI $<$ 19.8 kg/m ² หรือน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ $<$ 45 kg.	13. IUGR	
14. ค่า Hb. เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกต่ำ (ไตรมาสแรก $<$ 11 g/dl ไตรมาสที่สอง $<$ 10.5 g/dl ไตรมาสที่สาม $<$ 11 g/dl หรือ Hct. $<$ 30%)	14. Fetal macrosomia	
15. ติดยาเสพติด ติดสุรา	15. Placenta previa totalis	
	16. VDRL	

2) การวางแผนช่วยเหลือในการตั้งครุฑและการคลอด เมื่อทราบถึงภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครุฑ มีการวางแผนการเดินทางไปฝากครุฑต่อเนื่องอย่างไร วางแผนการคลอด และเครือข่ายให้ความช่วยเหลืออย่างไรบ้างกรณีที่ยังตั้งครุฑอยู่ในพื้นที่ห่างไกลและเศรษฐกิจไม่ดี และการส่งต่อหญิงตั้งครุฑเพื่อรับบริการคลอดที่ปลอดภัย โดยให้สอดคล้องบริบทพื้นที่ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งการจัดหาบ้านพักคลอดใกล้สถานบริการสาธารณสุข การวางแผนส่งต่อหญิงตั้งครุฑมาคลอดในสถานบริการสาธารณสุขที่มีห้องคลอดคุณภาพตามมาตรฐาน ทั้งนี้โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม และใช้เทคโนโลยี การสื่อสารที่เหมาะสมในการสื่อสาร เช่น Line วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ / อื่นๆ

3) การจัดทำแผนเผชิญเหตุ และการซ้อมแผนส่งต่อด้านสูติกรรมในพื้นที่ทุรกันดาร โดยมีการจัดทำแผนเผชิญเหตุในหมู่บ้านที่มีการคลอดและเป็นพื้นที่ทุรกันดาร จัดให้มีการซ้อมแผนส่งต่อเสมือนจริง

3. การติดตาม และประเมินผล โดย 1) การติดตาม โดยการประชุมคณะกรรมการแม่และเด็ก MCH board จังหวัด และอำเภอ ไตรมาส ละ 1 ครั้ง การนิเทศระดับจังหวัด และการนิเทศเฉพาะกิจ/เยี่ยมเสริมพลัง 2) การประเมินผล โดยการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน HDC

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ได้ดำเนินการให้บริการฝากครุฑ และคลอดตามรูปแบบเดิม โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือผดุงครรภ์โบราณในพื้นที่ทุรกันดาร ตามปกติที่เคยให้บริการ ซึ่งได้ดำเนินการรับบริการฝากครุฑ ตรวจสอบครุฑและความผิดปกติของการตั้งครุฑ และส่งต่อไปคลอดยังสถานบริการ ทั้งนี้ ในการให้บริการไม่ได้มีการเตรียมการให้ความช่วยเหลือหากการคลอดมีปัญหาอย่างเป็นระบบ หรือมีรูปแบบที่

ชัดเจน แต่ให้บริการตามศักยภาพที่มี / ให้การส่งต่อตามความเป็นไปได้ในขณะนั้น

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครุฑและการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร

1. ลักษณะส่วนบุคคลของหญิงตั้งครุฑและคลอดในพื้นที่ทุรกันดาร กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.5 มีอายุ 20 – 35 ปี ร้อยละ 100.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 25.0 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น รองลงมา ร้อยละ 22.5, 22.5 และ 7.5 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ประถมศึกษา และอนุปริญญา/ปวส./สูงกว่า ตามลำดับ ทั้งนี้ ร้อยละ 22.5 ไม่ได้เรียนหนังสือ ในเรื่องอาชีพ พบมากกว่าร้อยละ 57.5 และ 22.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และช่วยเหลืองานในครอบครัว สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.5 มีอายุ 20 – 35 ปี ร้อยละ 100.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 30.0 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย รองลงมา ร้อยละ 25.0, 22.5 และ 5.0 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย และอนุปริญญา/ปวส./สูงกว่า ตามลำดับ ทั้งนี้ ร้อยละ 17.5 ไม่ได้เรียนหนังสือ ในเรื่องอาชีพ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม

2. ลักษณะการตั้งครุฑและการฝากครุฑของหญิงตั้งครุฑและคลอดในพื้นที่ทุรกันดาร กลุ่มทดลอง พบว่า ร้อยละ 40.0 เป็นประสบการณ์ตั้งครุฑครั้งที่ 3 ขึ้นไป รองลงมา ร้อยละ 35.0 และ 25.0 เป็นการตั้งครุฑที่ 2 และ 1 ตามลำดับ ร้อยละ 60.0 มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ 1 - 2 คน ทั้งนี้ร้อยละ 15.0 เคยมีการแท้งบุตร 1 ครั้ง ร้อยละ 55.0 และ 40.0 ฝากครุฑครั้งแรกที่ รพ.สต. และสถานบริการสาธารณสุขชุมชนตามลำดับ ในการฝากครุฑ พบว่า มีความผิดปกติ

ระหว่างการตั้งครรภ์ ร้อยละ 15.0 ซึ่งร้อยละ 5.0, 5.0, 2.5 และ 2.5 เป็นความผิดปกติจากการมีเลือดออก ระหว่างตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด เป็นโรคเบาหวาน และน้ำหนักแม่ < 45 กิโลกรัม ส่วนในเรื่องการคลอด พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.5 มีการคลอดครบกำหนด (37 – 41 สัปดาห์) ร้อยละ 85.0 คลอดปกติทางช่องคลอด ส่วนร้อยละ 12.5 และ 2.5 คลอดโดยผ่าท้องคลอด และใช้เครื่องดูดสุญญากาศดูดคลอด ทั้งนี้ ร้อยละ 12.5 มีความผิดปกติระหว่างการคลอด ซึ่งร้อยละ 10.0 และ 2.5 ผิดปกติจากการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และจากการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สำหรับ กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ร้อยละ 47.5 เป็นประสบการณ์ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 รองลงมา ร้อยละ 27.5 และ 25.0 เป็นการตั้งครรภ์ที่ 1 และตั้งแต่ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป ตามลำดับ ร้อยละ 57.5 มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ 1 - 2 คน ทั้งนี้ร้อยละ 10.0 เคยมีการแท้งบุตร 1 ครั้ง ร้อยละ 47.5 และ 35.5 ผ่าครรภ์ครั้งแรกที่ รพ.สต. และโรงพยาบาล ตามลำดับ ในการฝากครรภ์ พบว่า มีความผิดปกติระหว่างการตั้งครรภ์ ร้อยละ 7.5 ซึ่งร้อยละ 2.5, 2.5 และ 2.5 เป็นความผิดปกติจากการเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และซีด ส่วนในเรื่องการคลอด พบว่า ร้อยละ 100.0 มีการคลอดครบกำหนด (37 – 41 สัปดาห์) โดยร้อยละ 75.0 คลอดปกติทางช่องคลอด ร้อยละ 25.0 คลอดโดยผ่าท้องคลอด ทั้งนี้ ร้อยละ 5.0 มีความผิดปกติระหว่างการคลอด ซึ่งร้อยละ 5.0 เป็นความผิดปกติจากการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

เมื่อเปรียบเทียบตัวแปรควบคุม ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การตั้งครรภ์ และลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่

ระดับการศึกษา และอาชีพ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) ส่วนสถานภาพสมรส มีสถานภาพสมรสคู่เหมือนกัน ทั้งสองกลุ่ม แสดงให้เห็นว่า ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่คล้ายกัน เหมาะสมต่อการนำมาเปรียบเทียบ

3. ผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร

1) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ใกล้เคียงกัน ($p\text{-value} > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

2) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ทุรกันดาร ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า การใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ดีขึ้น กว่าที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบเดิม ๆ ที่เคยปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลัง การทดลอง และการดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ทุรกันดาร หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 40) กับกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 40)

รายการ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	SD	p-value	\bar{X}	SD	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (คะแนน)						
- กลุ่มทดลอง	8.8	2.3	.278	11.1	2.9	0.023*
- กลุ่มเปรียบเทียบ	9.4	2.7		9.8	2.0	
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ (คะแนน)						
- กลุ่มทดลอง	65.2	11.7	.452	72.9	13.2	0.014*
- กลุ่มเปรียบเทียบ	63.3	10.0		65.7	12.3	
การช่วยเหลือและดูแลหญิงตั้งครรภ์ (คะแนน)						
- กลุ่มทดลอง				12.3	1.8	0.001***
- กลุ่มเปรียบเทียบ				10.4	1.8	

หมายเหตุ *p < 0.05, ***p<0.001

นอกจากนี้ หลังการทดลอง พบว่า การใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร ทำให้กลุ่มทดลองมีสุขภาพของมารดาหลังคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และทารกมีน้ำหนักแรกคลอดปกติอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่าการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

แบบเดิม ๆ ที่เคยปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) แต่อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านสุขภาพของทารกหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (p-value > 0.05) รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบสุขภาพของมารดา ทารก และน้ำหนักทารกแรกคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สุขภาพของมารดาหลังคลอด	40	100.0	40	100.0	0.026*
ปกติ	40	100.0	34	85.0	
ผิดปกติ	0	0.0	6	15.0	
- ชีด	0	0.0	4	10.0	
- ตกเลือดหลังคลอด	0	0.0	2	5.0	
สุขภาพของทารกหลังคลอด	40	100.0	40	100.0	0.494
สุขภาพดี	40	100.0	38	95.0	
ผิดปกติ (มีได้มากกว่า 1 อย่าง)	0	0.0	2	5.0	
- สูดน้ำนมช้า	0	0.0	1	2.5	

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
- การหายใจล้มเหลว	0	0.0	1	2.5	
น้ำหนักทารกแรกคลอด	40	100.0	40	100.0	0.026*
ปกติ (2,500 – 4,000 กรัม)	40	100.0	34	85.0	
ผิดปกติ คือ	0	0.0	6	15.0	
- น้อยกว่า 2,500 กรัม	0	0.0	4	10.0	
- มากกว่า 4,000 กรัม	0	0.0	2	5.0	

หมายเหตุ p < 0.05

3) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ก่อนกับ หลังการทดลอง พบว่า **กลุ่มทดลอง** เมื่อใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ดีเพิ่มขึ้น (p-value < 0.05) รายละเอียดดังตาราง 3

4) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ก่อนกับ หลังการทดลอง พบว่า **กลุ่มเปรียบเทียบ** เมื่อใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบเดิม ๆ ที่เคยปฏิบัติ ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เหมือนเดิม (p-value > 0.05) รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ก่อน (n = 40) กับหลังการทดลอง (n = 40) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

รายการ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ		
	\bar{X}	SD	p-value	\bar{X}	SD	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (คะแนน)						
ก่อนการทดลอง	8.3	2.3	0.001***	9.4	2.7	0.070
หลังการทดลอง	11.1	2.9		9.8	2.0	
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ (คะแนน)						
ก่อนการทดลอง	65.2	11.7	0.001***	63.3	10.0	0.180
หลังการทดลอง	72.9	13.2		65.7	12.3	

หมายเหตุ ***p<0.001

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัยที่ได้พัฒนา กับแบบเดิม พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัยตามรูปแบบที่พัฒนา ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพึงพอใจ มากกว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

หญิงตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัยแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.017)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์กระบวนการ และผลการปฏิบัติในการนำไปใช้ นำเสนอผลการศึกษาคณะกรรมการบริหารงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน และตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการส่งเสริม

สุขภาพหญิงตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่
ทุรกันดาร ซึ่งจากการวิเคราะห์การนำรูปแบบไปใช้
พบว่ามีจุดเด่น คือ

1. มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์
และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดารทำให้ผู้ป่วย
ได้รับการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และการคลอดที่
เป็นระบบ มีรูปแบบที่ชัดเจน และมีแนวทางการ
ช่วยเหลือเมื่อมารดาเกิดความผิดปกติ ทำให้หญิง
ตั้งครรภ์และบุตรได้รับการดูแลช่วยเหลือได้อย่าง
รวดเร็ว ลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

2. เป็นการเตรียมความพร้อมและให้การ
ช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์และการคลอดอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้
กรณีที่มีการคลอดและการมีความผิดปกติ จะเป็นการ
ลดความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น และทำให้
ได้รับการดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

ข้อควรระวัง

ในการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิง
ตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร
ควรต้องมีการซักซ้อมการปฏิบัติเป็นระยะ อย่างน้อย 6
เดือน ถึง 1 ปี/ครั้ง ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความพร้อมทั้งผู้
ปฏิบัติ และการเตรียมอุปกรณ์ในการดำเนินการดูแล
หญิงตั้งครรภ์

ทั้งนี้ ที่ประชุมเห็นพ้องกันว่า เป็นรูปแบบการ
ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย
ในพื้นที่ทุรกันดาร ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และทำให้
ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่ารูปแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ
ดังนั้น คณะกรรมการบริหารงานสาธารณสุขจังหวัด
แม่ฮ่องสอน จึงมีมติให้นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ
หญิงตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่
ทุรกันดารที่พัฒนา ไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และ
บุตรในพื้นที่ทุรกันดาร จังหวัดแม่ฮ่องสอน ต่อไป

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และ
การคลอดที่ปลอดภัย ในพื้นที่ทุรกันดาร ประกอบด้วย
1) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ 2) การส่งเสริมสุขภาพ
หญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัย (การสื่อสาร
ประชาสัมพันธ์ การจัดการบริการดูแลส่งเสริมสุขภาพแก่หญิง
ตั้งครรภ์ และการวิเคราะห์ภาวะเสี่ยงและการวางแผน
ช่วยเหลือในการตั้งครรภ์และการคลอด) และ 3) การ
ติดตาม และประเมินผล ทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดีต่อหญิง
ตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัย ในพื้นที่ทุรกันดาร โดย
ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เพิ่มมาก
ขึ้น มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่ดีขึ้น และ
ดีกว่าการดูแลแบบเดิม สุขภาพของมารดาและน้ำหนักร
ทารกแรกคลอดมีความปกติมากกว่าการดูแลแบบเดิม อีกทั้ง
ยังทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความพึงพอใจมากกว่าการดูแล
แบบเดิม ดังนั้น จึงควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่
พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในพื้นที่ทุรกันดารในจังหวัดแม่ฮ่องสอน
และจังหวัดอื่นๆ ต่อไป

การอภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และ
การคลอดที่ปลอดภัย ในพื้นที่ทุรกันดาร ประกอบด้วย
1) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ 2) การส่งเสริมสุขภาพ
หญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัย (การสื่อสาร
ประชาสัมพันธ์ การจัดการบริการดูแลส่งเสริมสุขภาพแก่
หญิงตั้งครรภ์ และการวิเคราะห์ภาวะเสี่ยงและการ
วางแผนช่วยเหลือในการตั้งครรภ์และการคลอด) และ
3) การติดตาม และประเมินผล ทั้งนี้ การพัฒนา
ศักยภาพเจ้าหน้าที่ เป็นการเพิ่มความรู้และ
ความสามารถในการปฏิบัติ เป็น 1 ใน 3 ปัจจัยที่มี
อิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
บุคคล โดยปัจจัยด้านสติปัญญา การรับรู้ เป็นกลไกเพื่อ
สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและการคงไว้ต่อพฤติกรรม

สุขภาพ อธิบายได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนานี้ ได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ และสามารถปฏิบัติได้⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ ก็ได้จัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย โดยจัดให้มีกิจกรรมให้คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการตั้งครรภ์ การได้รับความรู้ และเข้าใจประโยชน์ของการดูแลตนเอง ในระหว่างการตั้งครรภ์ มีผลให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี⁽¹⁶⁾ แตกต่างจากการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยแบบเดิม ซึ่งไม่มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ไม่มีการเตรียมความพร้อม การวางแผนการจัดการความเสี่ยงต่าง ๆ ทั้งนี้ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนานี้ เป็นการจัดการที่เป็นระบบตั้งแต่เริ่มการตั้งครรภ์ มีการวางแผนจัดการกับภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ในบริบทพื้นที่ทุรกันดารที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ ให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ง่ายขึ้น และเกิดความเท่าเทียมกัน ซึ่งจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพดี ลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้น และเกิดการคลอดที่ปลอดภัยทั้งมารดาและบุตร ทั้งนี้ รูปแบบดังกล่าวนี้ ใกล้เคียงกับการศึกษาของระนอง เกตุดาว และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ได้พัฒนากระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เสี่ยงสูง รูปแบบอุดร 7 ขั้นตอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานี โดยมีกระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เสี่ยงสูง Very High Risk Pregnancy Udonthani 7 Step คือ 1) ได้รับการติดตามเยี่ยม โดยสหวิชาชีพทุกราย 2) มีการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกัน 3) สื่อสารให้ความรู้ Early Warning Sign แก่หญิงตั้งครรภ์ ญาติ ครอบครัว และชุมชน 4) จัดทำ Mapping แผนที่บ้านผู้ป่วยและศูนย์ส่งต่อ 5) รพ.สต. ติดตามเยี่ยมทุกสัปดาห์ 6) หญิงตั้งครรภ์ ญาติ ครอบครัวและชุมชน

รับรู้ เข้าใจขั้นตอนการส่งต่อกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และ 7) วางแผนส่งต่อและรับไว้รักษาที่ รพ.เครือข่าย ร่วมกันทุกราย

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัย ในพื้นที่ทุรกันดารพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่ดีขึ้น สุขภาพของมารดา และน้ำหนักทารกแรกคลอดมีความปกติและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลแบบเดิม ที่ขาดการดูแลอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ รูปแบบที่พัฒนานี้ ได้มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบให้มีศักยภาพ และมีความพร้อมในการดำเนินการ หลังจากนั้นให้เจ้าหน้าที่ผู้ผ่านการอบรม ดำเนินการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่เพื่อให้คำแนะนำต่าง ๆ ตามด้วยให้บริการส่งเสริมสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ ทุรกันดารตามเกณฑ์ คุณภาพ (ให้บริการฝากครรภ์ เชิงรุก เช่น การตรวจครรภ์ การอัลตราซาวด์เคลื่อนที่ การจ่ายวิตามินเสริม หรือ จัดบริการเชิงรับในสถานบริการสาธารณสุข ตามความเหมาะสมของพื้นที่) วิเคราะห์ภาวะเสี่ยงและการวางแผนช่วยเหลือในการตั้งครรภ์และการคลอด ให้สอดคล้องบริบทพื้นที่ และการมีส่วนร่วมของชุมชน พร้อมทั้งจัดทำแผนเผชิญเหตุและการซ่อมแผนส่งต่อ ด้านยุติกรรมในพื้นที่ทุรกันดาร ตลอดจนมีการติดตามและประเมินผล ซึ่งการให้ความรู้ พุดคุย ติดตาม แนะนำวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับเนื้อหา และวิธีการปฏิบัติตน ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม⁽¹⁸⁾ เกิดผลลัพธ์จากการตั้งครรภ์ที่ดี จะเห็นได้ว่าการดำเนินการดังกล่าว เป็นการดำเนินการที่เป็นระบบ มีการดำเนินการให้มีการฝากครรภ์ เพื่อเตรียมการและเฝ้าติดตามหญิง

ตั้งครุภังให้มีสุขภาพครุภังที่ดี หากผิดปกติก็จะได้วางแผนให้การช่วยเหลือตามความเสี่ยง อีกทั้งมีการติดตามและประเมินผล เป็นการกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ต่างจากระบบเดิมซึ่งปล่อยให้ไปตามบริบทที่มี เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ก็ให้การช่วยเหลือเท่าที่จะช่วยได้ ดังนั้น จึงทำให้การนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาไปใช้ เกิดผลการดำเนินการที่ดี คือ หญิงตั้งครุภังมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครุภังเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครุภังที่ดีขึ้น และดีกว่าการดูแลแบบเดิม สุขภาพของมารดา และน้ำหนักทารกแรกคลอด มีความปกติมากกว่าการดูแลแบบเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของระนอง เกตุดาว และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่า การดูแลหญิงตั้งครุภังเสี่ยงสูงรูปแบบอุดร 7 ชั้นตอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานี ทำให้หญิงตั้งครุภังที่มีความเสี่ยงสูงมีความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ การใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครุภัง และการคลอดที่ปลอดภัยที่พัฒนา ทำให้หญิงตั้งครุภังเกิดความพึงพอใจมากกว่าการดูแลแบบเดิม เป็นเพราะว่ารูปแบบดังกล่าวนี้ได้มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพแก่หญิงตั้งครุภัง และมีการวิเคราะห์ภาวะเสี่ยงและการวางแผนช่วยเหลือในการตั้งครุภังและการคลอด ซึ่งเป็นการทำอย่างเป็นระบบ มีการวางแผน เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือหญิงตั้งครุภังจากการคลอด ซึ่งต่างจากการให้บริการแบบเดิม คือ มีการให้บริการฝากครุภังและการคลอด ให้ความช่วยเหลือหากการคลอดมีปัญหาตามศักยภาพที่มี / ส่งต่อ ซึ่งไม่มีการวางแผนหรือเตรียมความพร้อม ทำให้หญิงตั้งครุภังมีความเสี่ยงต่ออันตรายจากการคลอด ดังนั้น จึงทำให้หญิงตั้งครุภัง

มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครุภัง และการคลอดที่ปลอดภัยที่พัฒนามากกว่า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครุภัง และการคลอดที่ปลอดภัยให้เจ้าหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทุรกันดาร ในอำเภอต่าง ๆ ไปใช้ดำเนินการดูแลหญิงตั้งครุภัง เพราะเกิดประสิทธิผลที่ดีและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และนำเสนอให้หน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 1 ที่มีพื้นที่ทุรกันดารพิจารณานำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ดำเนินการตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครุภังและการคลอดที่ปลอดภัยที่พัฒนา โดยมีจุดเน้นคือ

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอนดำเนินการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ อบรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และรพ.สต. ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก พนักงานสุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และผดุงครุภังโบราณในพื้นที่ทุรกันดารที่เข้าถึงยาก ให้มีความรู้ความสามารถในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลและช่วยเหลือหญิงตั้งครุภังที่มีปัญหา/ภาวะเสี่ยงต่อการคลอดที่ปลอดภัย

1.2 เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ทุรกันดาร มีการประเมินความเสี่ยงในการตั้งครุภังและการคลอด พร้อมมีการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือเป็นราย ๆ ตามลักษณะและความเสี่ยงของหญิงตั้งครุภัง

1.3 จัดให้มีระบบการติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาลในพื้นที่เพื่อขอรับการปรึกษากรณีที่มี

ปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดตลอด 24 ชั่วโมง และสนับสนุนรื้อรับผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาล

2. จัดให้มีการซักซ้อมการปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และการคลอดเป็นระยะ อย่างน้อย 6 เดือน ถึง 1 ปี/ครั้ง เพื่อให้เกิดความพร้อมทั้งผู้ปฏิบัติ และการเตรียมอุปกรณ์ในการดำเนินการดูแลหญิงตั้งครรภ์

3. โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ ควรมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นระยะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรประเมินความเหมาะสมของหัวข้อการอบรม การฝึกปฏิบัติ และวิธีการอบรม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้เกิดประสิทธิผลที่ดี

2. ควรติดตามประเมินผลการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ทุรกันดาร และปรับปรุงการดำเนินการให้ดียิ่งขึ้น

3. ควรพัฒนารูปแบบการการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ในพื้นที่ทุรกันดาร โดยการประยุกต์ใช้โปรแกรมในลักษณะดังกล่าว ในผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. ฐิติมา หาญสมบูรณ์. การประเมินผลการฝากครรภ์ ภาวะสุขภาพมารดาและทารก อัมภอกหลังสวน จังหวัดชุมพร. ว. โรงพยาบาลมหาสารคาม. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 มีนาคม 2568]; 19(1): 23-33. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/255712>]

2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2565.

3. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. การคลอดปกติทางช่องคลอด. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/normal-labor/>

4. พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์, ฐิติภรณ์ ดวงรัตนานนท์, จุฬารรรณ เขมทอง. การวิเคราะห์สถานการณ์ แนวทางการฝากครรภ์ในประเทศไทย. ว. วิชาการสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2567]; 31(5):809-825. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/12784/10589>

5. มุกดา สนจัน, อังสินี กันสุขเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลแก่งกระเจาน. ว. วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2568]; 5(3): 39-52. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/260206>

6. อนุสร่า กังอุบล. การประเมินผลการฝากครรภ์ ภาวะสุขภาพมารดาและทารก อัมภอกเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. ว. วิชาการแพทย์เขต 11. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2568]; 31(1): 109-119. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11Med/article/download/166818/120433/466700>

7. ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และ แรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข. รายงานสรุปผล การประชุมเชิง ปฏิบัติการ “แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ยกระดับการ เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและจัดการการ คลอดที่ปลอดภัย กลุ่มเปราะบางและด้วย โอกาสทางสังคมในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกล” กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. 2566
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สปสช. ยกระดับการให้บริการฝากครรภ์ เน้น คุณภาพเท่าเทียม. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึง เมื่อ วันที่ 10 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News_3451
9. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายการฝากครรภ์ คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ.2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 5 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaiprenatal.com/news/1-40-นโยบายการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย-พ.ศ.-2565>
10. สุวชัย อินทรประเสริฐ. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในสูติศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร : โฮ ลิสติกพับลิชชิง. 2559.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน. รายงานผลการตรวจราชการ จังหวัด แม่ฮ่องสอน. แม่ฮ่องสอน: สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน. 2567.
12. Kemmis, S., & McTaggart, R. The action research reader. Geelong. Victoria: Deakin University Press: John Wiley & Son. 1988.
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale NJ.: Lawrence Erlbaum Associate. 1988.
14. Pender, N. Health promotion in nursing practice. (2nd ed.) Norwalk: Appleton & Lange. 1996.
15. นันทนา จุลจงกล, ดวงกมล คงบำรุงค์ และ อารยา ข้อคำ. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมาหนัก และศรีสุนทร อำเภอดงหลวง จังหวัดกาญจนบุรี ระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2568]; 63(2): 287-300. เข้าถึงได้ จาก : <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/dmsc/article/view/248682> 2564;63(2):287-300.
16. ระนอง เกตุดาว, ปาริชาติสาขามูละ, ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง. การพัฒนากระบวนการดูแลหญิง ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงรูปแบบอุดร 7 ชั้นตอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัด อุดรธานี. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2568]; 63(2): 1-13. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/252805>
17. Green, L. W. & Kreuter, M. W. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach (4th ed). McGraw-Hill: New York. 2015.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
The factors affecting food consumption behaviors personnel of Health
Promotion Center region 1, Chiang Mai

โสพิณ หมอกมาเมน^{1*} ศรชัย สิ้นสุวรรณ² กิระพล กาละดี³

Sopin Mokmamoen^{1*} Sornchai Sinsuwan² Kiraphol Kaladee³

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการระบบอาหารเพื่อโภชนาการ¹

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช², สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช³

Master of Science in Food System Management for Nutrition¹

School of Human Ecology Sukhothai Thammathirat Open University², Master of School of Health Sciences

Sukhothai Thammathirat Open University.³

*Corresponding author E-mail: 2647000237@stou.ac.th

(Revised: December 27, 2024; Revised: February 25, 2025; Accepted: April 11, 2025)

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่งผลต่อสุขภาพของผู้บริโภค การศึกษานี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เพื่อกำหนดนโยบายในการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ลดความเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 260 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ เครจซี และ มอร์แกน ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 155 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีโครงสร้าง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.9 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.6 ส่วนแบบสอบถามความรู้ในการบริโภคอาหาร มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.6 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ รวมถึงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ภาพรวม(ร้อยละ 69.7)อยู่ในระดับต่ำ ขณะที่ภาพรวม(ร้อยละ 81.3)ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง แหล่งข้อมูลสำคัญ มาจากเฟซบุ๊ก (ร้อยละ 76.8) และเพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 77.4) ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารภาพรวม (ร้อยละ 55.5) อยู่ในระดับพอใช้ สามารถร่วมกัน

ทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ร้อยละ 15.9 ($R^2=0.159$) ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้ เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เพื่อให้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความเหมาะสมมากขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ABSTRACT

Food consumption behavior significantly impacts consumer health. This study aims to investigate the factors influencing the food consumption behavior of personnel at Health Promotion Center region 1, Chiang Mai to inform policy formulation for promoting healthy eating and effectively reducing the risk of chronic non-communicable diseases. This research was a cross-sectional descriptive study of purposed to the food consumption behavior and its influencing factors result among personnel at Health Promotion Center region 1, Chiang Mai. The study population were the personnel comprised 260 people of working at Health Promotion Center region 1, Chiang Mai. A simply random of sample at 155 individuals was selected using the Krejcie and Morgan formula with a margin of error of 0.05. Data were collected using structured questionnaires with a reliability coefficient of 0.9 and a confidence level of 0.6. The food consumption knowledge questionnaire had a KR-20 value of 0.6. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency and percentage, as well as multiple regression analysis to study the influence of variables on food consumption behavior.

The results showed that the overall level of knowledge regarding food consumption among personnel of Health Promotion Center region 1, Chiang Mai was found to be low (69.7%). In contrast, the overall level of health belief patterns related to food consumption was high (81.3%). The primary sources of information were Facebook (76.8%) and colleagues (77.4%). The overall level of food consumption behavior was at a moderate level (55.5%). These factors collectively predicted 15.9% of the food consumption behavior among the personnel at Health Promotion Center 1, Chiang Mai ($R^2 = 0.159$). The findings from this study can serve as foundational data for the development of health literacy among the personnel, aiming to promote more appropriate food consumption behaviors

Keywords: Food consumption behavior, Health belief model, personnel of Health Promotion Center region 1, Chiang Mai

บทนำ

อาหารเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ โดยมีบทบาทสำคัญต่อร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา อาหารช่วยในการเจริญเติบโตของร่างกาย ช่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ให้พลังงาน และช่วยให้อวัยวะต่างๆ ทำงานได้อย่างปกติ นอกจากนี้ยังมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) และช่วยให้ร่างกายแข็งแรง⁽¹⁾

จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 50.1) มีการบริโภคผักทุกวัน ในขณะที่ร้อยละ 24.8 บริโภคผลไม้สดเป็นประจำทุกวัน นอกจากนี้การรับรู้เกี่ยวกับฉลากโภชนาการแบบ GDA พบว่าร้อยละ 62.3 เคยเห็นฉลากดังกล่าว ร้อยละ 55.1 ระบุว่าฉลากมีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร ขณะที่ร้อยละ 40.8 ระบุว่าไม่มีผลต่อการตัดสินใจ สำหรับวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) มีการบริโภคผักและผลไม้ในระดับที่เพียงพอร้อยละ 34.5 นอกจากนี้ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่รับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อต่อวันมีสัดส่วน อยู่ที่ร้อยละ 73.0 โดยกลุ่มอายุ 15-29 ปี มีสัดส่วนการรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 64.0 ซึ่งลดลงเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2557⁽²⁾ คนไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มผสมน้ำตาลเฉลี่ย 3 แก้วต่อวัน มีอัตราการบริโภคสูงสุดในเด็กอายุ 6-14 ปี บริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเฉลี่ย 9-19 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตรซึ่งเกินกว่าปริมาณที่แนะนำ (ไม่ควรเกิน 6 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร) ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทรายระบุว่าคนไทยบริโภคน้ำตาลเฉลี่ย 25 ช้อนชาต่อวัน มากกว่าค่าที่องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดไว้ที่ไม่เกิน 6 ช้อนชาถึง 4 เท่า⁽³⁾ การบริโภคน้ำตาลในปริมาณที่มากเกินไป

ความเหมาะสมนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และมะเร็งลำไส้ นอกจากนี้ การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุลก็เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชากรและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่สมดุลทั้งการบริโภคมากเกินไปหรือน้อยเกินไปจึงเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพระยะยาว ดังนั้นการลดการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง รวมถึงการสร้างพฤติกรรมการบริโภคที่ดี จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่งเสริมสุขภาพของประชากรไทยให้แข็งแรงอย่างยั่งยืน

การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุลเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า การเสียชีวิตจาก NCDs เพิ่มขึ้นจาก 38 ล้านคนในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคนในปี พ.ศ. 2559 โดยสาเหตุหลักมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน) โรคมะเร็ง (9 ล้านคน) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน) ในกลุ่มประชากรอายุ 30-69 ปี พบการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากถึง 15 ล้านคนต่อปี โดยร้อยละ 85 เกิดในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง สำหรับสถานการณ์ในภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออก (SEARO) ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า อินโดนีเซียมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดที่ 764 คนต่อประชากรแสนคน ประเทศภูฏาน พบว่าเพศหญิงมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศชายเพียงเล็กน้อย ส่วนประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตต่ำสุดที่ 427.4 คนต่อประชากรแสนคน โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงในทุกประเทศ ในประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจาก NCDs อยู่ที่ร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ภาวะโภชนาการเกิน เช่น ภาวะอ้วนและความ

ดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยภาวะอ้วนในผู้หญิงเพิ่มจากร้อยละ 41.8 เป็น 46.4 และในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 32.9 เป็น 37.8 ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2562 ขณะที่ อัตราการเกิดโรคเบาหวานและภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูงก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน รัฐบาลต้องใช้งบประมาณถึง 4-5 แสนล้านบาทต่อปีเพื่อดูแลผู้ป่วยเหล่านี้⁽⁴⁾

จากข้อมูลการตรวจสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในปี 2565 พบว่าร้อยละ 26 มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่าร้อยละ 24.69 ไม่รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อต่อวัน และร้อยละ 15.48 ไม่รับประทานมื้อเช้าเป็นประจำ นอกจากนี้ ร้อยละ 46.86 บริโภคผักเพียง 1-3 วันต่อสัปดาห์ ขณะที่ร้อยละ 22.59 บริโภคผักทุกวัน และร้อยละ 0.84 ไม่บริโภคผักเลย มีการเติมเครื่องปรุงรสเค็มร้อยละ 6.03 โดยมีการเติมทุกครั้งร้อยละ 1.67 ต้มเครื่องดื่มรสหวาน 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 61.52 และ ร้อยละ 4.60 ต้มทุกวัน⁽⁵⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของประชากรไทยที่มีแนวโน้มมีระดับ BMI สูงขึ้น รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ บริโภคอาหารที่มีปริมาณน้ำตาล ไขมัน สูงขึ้น อาหารแปรรูปมากขึ้นและบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ซึ่งเป็นบุคลากรด้านการส่งเสริมสุขภาพแต่กลับมีระดับ BMI แนวโน้มสูงขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1 โดยผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม

การบริโภคที่ดี ลดความเสี่ยงของโรค NCDs และพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรวัยทำงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objective)

1) เพื่อศึกษาปัจจัยนำ (ความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ) ในการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

2) เพื่อศึกษาปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงแหล่งอาหารและการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหาร สุขภาพ) ในการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

3) เพื่อศึกษาปัจจัยเสริม (การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสุขภาพ) ในการบริโภคอาหารของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

4) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

นิยามศัพท์เฉพาะ

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่สร้างแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม ในการศึกษานี้ ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคที่ดีต่อสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการบริโภคอาหารของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การรับรู้ประโยชน์ของ

การปฏิบัติต่อการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การรับรู้
อุปสรรคต่อการปฏิบัติต่อการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ
ของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง การเข้าถึงแหล่งอาหาร
เพื่อสุขภาพในสถานที่ต่างๆ ได้แก่ 1) ตลาดสด 2) ตลาด
นัด 3) ร้านจำหน่ายอาหาร 4) ศูนย์อาหาร 5)
ห้างสรรพสินค้า 6) จุดบริการน้ำดื่มที่สะอาด 7) ร้าน
เครื่องดื่มที่สั่งลดปริมาณน้ำตาล และการเข้าร่วม
โครงการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ได้แก่
1) หลีกเลี้ยง “อาหารลด หวาน มัน เค็ม” 2) กิจกรรม
ส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ 3)
โครงการอาหารปลอดภัย 4) กิจกรรมประกวดกิจกรรม
“อาหารเพื่อสุขภาพ” ในหน่วยงานของบุคลากร ศูนย์
อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ปัจจัยเสริม หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร
เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพจากสื่อต่างๆ
ได้แก่ 1) เฟซบุ๊ก (Facebook) 2) เว็บไซต์ (website) 3)
ไลน์ (Line) 4) โทรทัศน์ 5) ดิกต็อก (TikTok) 6) อินโฟ
กราฟิก (infographic) 7) ป้ายประกาศในหน่วยงาน 8)
แผ่นพับ 9) วารสาร/นิตยสาร 10) วิทยูทูปกระจายเสียง
11) อื่นๆ (เช่น Lemon, Instagram, YouTube, podcast)
12) หนังสือพิมพ์ 13) เสียงตามสายในหน่วยงาน และ
การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ดีต่อ
สุขภาพจากบุคคลต่างๆ ได้แก่ 1) เพื่อนร่วมงาน
2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 3) บุคคลใน
ครอบครัว 4)ญาติพี่น้อง 5) เพื่อนบ้าน 6) กลุ่ม/ชมรม
7) ผู้นำชุมชน/แกนนำชุมชน เพื่อเป็นแนวทางการ
ปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 1
เชียงใหม่

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง
การกระทำหรือการแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับการบริโภค
อาหาร ดื่มน้ำ เครื่องดื่มชูกำลัง ดื่มน้ำสุรา/เครื่องดื่มที่มี

แอลกอฮอล์ พิจารณาข้อมูลในฉลากโภชนาการก่อน
ตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร การสั่งซื้อ ชา กาแฟ น้ำ
ผลไม้ปั่น แบบลดปริมาณน้ำตาล และการเลือกซื้อ
อาหารตามโฆษณาในสื่อต่างๆของบุคลากร ศูนย์อนามัย
ที่ 1 เชียงใหม่ ซึ่งปัจจุบัน พบว่า บุคลากรของศูนย์
อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ยังคงประสบปัญหาพฤติกรรมการ
บริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม มีแนวโน้มเกิดปัญหาโรค
อ้วน และมีระดับ BMI เกินมาตรฐาน ซึ่งส่งผลให้มีความ
เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ หมายถึง หน่วยงาน
ในสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่มีบทบาท
ส่งเสริมสุขภาพใน 4 กลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มแม่และเด็ก
ปฐมวัย วัยเรียนและวัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ รวมถึง
การอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีสำนักงานตั้งอยู่ในอำเภอ
เมือง จังหวัดเชียงใหม่ และมีเขตรับผิดชอบใน 8
จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่
ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา และแม่ฮ่องสอน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา
แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อ
ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของ
บุคลากรศูนย์อนามัย ที่ 1 เชียงใหม่โดยประยุกต์ใช้
แนวคิด PRECEDE MODEL และแนวคิดแบบแผนความ
เชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 155 คน เก็บ
รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล
ทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลหา
ปัจจัยด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดำเนินการ
ตั้งแต่เดือนกันยายน 2566 – ตุลาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และพนักงานจ้างเหมา ทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 20-60 ปี จำนวนทั้งหมด 260 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970)⁽⁶⁾ ได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 155 คน ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (sample random sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบจำนวน 18 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว รูปแบบการจัดหาอาหาร จำนวนอาหารมื้อหลักที่รับประทานต่อ การรับประทานอาหารมื้อเช้า การอ่านฉลากโภชนาการก่อนซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร การพิจารณาเครื่องหมายทางเลือกสุขภาพก่อนซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร และเกณฑ์ในการเลือกอาหาร โดยคำถามในส่วนนี้เป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ปลายังนำ แบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ โดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียงข้อเดียวจาก 4 ตัวเลือก จำนวน 12 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนจะกำหนดให้ตอบถูกต้อง 1 คะแนน และตอบผิดไม่ได้ คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับคะแนนสูง 9.49 -12 คะแนน (ร้อยละ 80 -

100) ระดับคะแนนปานกลาง 7.3-9.48 คะแนน (ร้อยละ 61 - 79) ระดับคะแนนต่ำน้อยกว่า 7.20 คะแนน (น้อยกว่า ร้อยละ 60) (Bloom,1971)⁽⁷⁾

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพ เป็นคำถามปลายปิดที่ให้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว จำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการบริโภคอาหารที่ไม่ดี จำนวน 3 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงจากการบริโภคอาหารที่ไม่ดี จำนวน 4 ข้อ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติต่อการบริโภคอาหารที่ดี จำนวน 5 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติต่อการบริโภคอาหาร จำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดที่ให้ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ แบบสอบถามใช้มาตราวัด Rating Scale 5 ระดับ โดยคำถามแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ คำถามเชิงบวก และ คำถามเชิงลบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คำถามเชิงบวก คะแนนเริ่มต้นจาก 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด โดยลดหลั่นลงจนถึง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ส่วนคำถามเชิงลบ คะแนนจะเริ่มต้นจาก 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด และเพิ่มขึ้นตามระดับการรับรู้ที่ลดลงจนถึง 5 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยระดับการรับรู้สูง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 - 5.00 คะแนน ระดับการรับรู้ปานกลางคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.66 คะแนนและระดับการรับรู้ต่ำ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการการเข้าถึงแหล่งอาหารที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหาร ใช้แบบสอบถามลักษณะเลือกตอบ โดยใช้มาตราวัด Rating

Scale แบบ 2 ระดับ คือ สะดวกเท่ากับ 1 คะแนน และไม่สะดวก เท่ากับ 0 คะแนน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยใช้มาตราวัด Rating Scale แบบ 2 ระดับ คือ เข้าร่วม เท่ากับ 1 คะแนน และไม่เข้าร่วม เท่ากับ 0 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำนวน 13 ข้อ แบบสอบถามเป็นลักษณะเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ เพื่อประเมินว่าผู้ตอบได้รับข้อมูลจากแหล่งสื่อใดบ้าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการการได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนในการปฏิบัติตนเรื่องการบริโภคอาหารจากบุคคลต่างๆ จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามเป็นลักษณะเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ เพื่อประเมินว่าผู้ตอบได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนในการปฏิบัติตนเรื่องการบริโภคอาหารจากบุคคลใดบ้าง

ส่วนที่ 5 สอบถามเกี่ยวกับความถี่พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Food Frequency Questionnaires: FFOs) ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยมี 25 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็นพฤติกรรมเชิงบวกจำนวน 14 ข้อ และพฤติกรรมเชิงลบจำนวน 11 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดที่ให้ผู้ตอบเลือกได้เพียง 1 คำตอบในแต่ละข้อ ใช้มาตราวัด Rating Scale โดยมีเกณฑ์ การให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้ คำถามเชิงบวกเริ่มจาก 7 คะแนน สำหรับการปฏิบัติ "ทุกวัน" และลดลงตามความถี่ ส่วนคำถามเชิงลบเริ่มจาก 0 คะแนน สำหรับการปฏิบัติ "ทุกวัน" และเพิ่มขึ้นตามความถี่ที่ลดลง เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับดีคะแนนเฉลี่ย 4.68-7.00 คะแนน ระดับพอใช้คะแนนเฉลี่ย 2.34 -

4.67 คะแนน และระดับปรับปรุง คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 2.33 คะแนน

การทดสอบความเที่ยงตรง แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence; IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC มากกว่า 0.66 ทุกข้อ

การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัด นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-coefficient) ของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งหมดเท่ากับ 0.63 ส่วนแบบสอบถามความรู้ในการบริโภคอาหารนั้น ใช้สูตร KR-20 (Kuder-Richardson Formula 20)¹⁰ ในการหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าเท่ากับ 0.69

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช รหัสโครงการวิจัย STOUIRB2567/016.1303 เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2567, และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 009.67 เมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2567 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์และดำเนินการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน ใช้รหัสตัวเลขแทนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลในเซิร์ฟเวอร์ที่มีการป้องกันด้วยรหัสผ่าน รายงานข้อมูลในภาพรวมไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้ หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสาร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำโครงร่างวิจัยที่ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชและศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ติดต่อขอหนังสือจากสำนักบัณฑิตมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความอนุเคราะห์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ต่อผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
2. ผู้วิจัยจัดเตรียมแบบสอบถามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 31 กรกฎาคม 2567 โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามทราบขั้นตอนและเงื่อนไขยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย
4. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อ วิเคราะห์ปัจจัยบุคคล ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

(Multiple Linear Regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 155 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.5 และเพศชาย ร้อยละ 24.5 เกินกึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 30-44 ปี (ร้อยละ 54.2) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 45-60 ปี (ร้อยละ 31.0) โดยมีอายุเฉลี่ย 39.50 ปี (SD = 9.40) ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 50.3) รองลงมามีค่าดัชนีมวลกายในระดับน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 43.9) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 80) การศึกษาเกินกึ่งหนึ่งระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 66.5 เป็นผู้สมรสแล้ว ร้อยละ 60 ตำแหน่งในการปฏิบัติงานเป็นข้าราชการ ร้อยละ 71.6 โดยมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 72.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.7 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เบาหวาน ไหม้นในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง การจัดหาอาหารเกินกึ่งหนึ่งซื้อจากร้านอาหาร ร้อยละ 59.4 รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ร้อยละ 62.6 รองลงมา รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ ร้อยละ 35.5 กลุ่มตัวอย่างเกินกึ่งหนึ่งรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ ร้อยละ 67.7 ในขณะที่ไม่รับประทานอาหารเช้า ร้อยละ 32.3 ในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารส่วนใหญ่อ่านฉลากโภชนาการก่อนการตัดสินใจเลือกซื้อ ร้อยละ 85.8 และมี การอ่านเครื่องหมายทางเลือกสุขภาพก่อนตัดสินใจ ร้อยละ 67.1 ในขณะที่ไม่อ่านเครื่องหมาย ร้อยละ 32.9 เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในการเลือกอาหาร พบว่าปัจจัยที่ได้รับ ความสำคัญสูงสุดคือ ความสะอาดของอาหาร ร้อยละ 31.6 รองลงมาคือ คุณค่าทางโภชนาการ ร้อยละ 29.0 และความอร่อยร้อยละ 19.4

ปัจจัยนำในการบริโภคอาหาร

1 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ตาราง 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (n=155)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (คะแนน น้อยกว่า ร้อยละ 60)	108	69.7
ระดับปานกลาง (คะแนน ร้อยละ 60 – 79)	43	27.7
ระดับสูง (คะแนน ร้อยละ 80 – 100)	4	2.6
รวม	155	100.0
$\bar{X} \pm SD (6.41 \pm 1.81)$		

จากตาราง 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ พบว่าบุคลากรมีระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระดับต่ำ ร้อยละ 69.7 และมีความรู้ในระดับสูงเพียง ร้อยละ 2.6

2 แบบแผนความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ตาราง 2 ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (n=155)

ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
ภาพรวมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ		
สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 คะแนน)	126	81.3
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 คะแนน)	29	18.7
รวม	155	100.0
$\bar{X} \pm SD (4.07 \pm 0.17)$		

จากตาราง 2 ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ในภาพรวม ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระดับสูง ร้อยละ 81.3 ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.67 - 5.00 คะแนนและมีความเชื่อในระดับปานกลางเพียง ร้อยละ 18.7 ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.66 คะแนน

ปัจจัยเอื้อในการบริโภคอาหาร

การเข้าถึงแหล่งอาหารที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงแหล่งอาหารได้อย่างสะดวก ได้แก่ เข้าถึงร้านเครื่องดื่มที่สามารถส่งลดปริมาณน้ำตาลได้ ร้อยละ 92.9 และ เข้าถึงแหล่งอาหารในตลาดสด ร้อยละ 89 อย่างไรก็ตาม มีบางส่วนที่ไม่สามารถเข้าถึงศูนย์อาหารที่กำหนดอาหารเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 20

การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารสุขภาพ พบว่ามีบุคลากร ร้อยละ 70.3 ที่เข้าร่วม

โครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล และ ร้อยละ 69 เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร อย่างไรก็ตาม การเข้าร่วมโครงการอาหารปลอดภัย ร้อยละ 65.2 และ เข้าร่วมกิจกรรมประกวดอาหารเพื่อสุขภาพมีอัตราเพียง ร้อยละ 53.5

ปัจจัยเสริมในการบริโภคอาหาร

ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ พบว่าช่องทางหลักที่บุคลากรได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภค

อาหารคือผ่าน เฟซบุ๊ก (Facebook) มากที่สุดร้อยละ 76.8 รองลงมาเป็น เว็บไซต์ และ ไลน์ (Line) ร้อยละ 60.6 และ 52.3 ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกัน พบว่า การรับคำแนะนำจากเพื่อนร่วมงานเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญมากที่สุดในการสนับสนุนให้บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 77.4 รองลงมาคือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ร้อยละ 72.9 ในด้านการใช้เทคโนโลยี พบว่ามีบุคลากรเพียง ร้อยละ 16.1 ที่ใช้แพลตฟอร์ม "Food 4 Health" เพื่อช่วยในการเลือกอาหารเพื่อสุขภาพ และ ร้อยละ 19.4 ใช้แพลตฟอร์มอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการ

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (n=155)

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพอใช้ (ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 4.67 คะแนน)	86	55.5
ระดับดี (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.68 - 7.00 คะแนน)	69	44.5
รวม	155	100.0
$\bar{X} \pm SD (4.96 \pm 0.72)$		

จากตาราง 3 ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 155 คน พบว่า ร้อยละ 55.5 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 4.67 คะแนน) ในขณะที่พฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.68 - 7.00) มี

สัดส่วนร้อยละ 44.5 สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพโดยปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน 3 ลำดับแรกนั้นพบว่า ดื่มน้ำเปล่าสะอาดวันละ 8-10 แก้ว ร้อยละ 46.2 รองลงมา รับประทานอาหารสะอาด/ปรุงสุกใหม่ ร้อยละ 41.3 และรับประทานอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อ ร้อยละ 41.3 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ตาราง 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (n=155)

ปัจจัย	b	Beta	t	95.0% CI	p-value
ข้อมูลส่วนบุคคล					
อายุ (ปี)	0.006	0.073	0.671	-0.011 - 0.022	0.503
BMI (กิโลกรัม/เมตร ²)	-0.028	0.135	-1.671	-0.062 - 0.005	0.096
ระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	0.476	0.206	2.559	0.108 - 0.843	0.012*
ตำแหน่งงาน (ข้าราชการ)	-0.003	-0.002	-0.018	-0.309 - 0.303	0.986
รายได้ (มากกว่า 10000 บาท)	0.069	0.060	0.507	-0.201 - 0.340	0.613
ไม่มีโรคประจำตัว	-0.211	-0.120	-1.446	-0.500 - 0.078	0.150
ปรุงอาหารเอง	-0.137	-0.093	-1.166	-0.368 - 0.095	0.245
ปัจจัยนำ					
การรับรู้อุปสรรค	0.019	0.023	0.288	-0.112 - 0.151	0.774
ปัจจัยเอื้อ					
การเข้าถึงตลาดสด	-0.336	-0.146	1.817	-0.701 - 0.029	0.071
การเข้าถึงจุดบริการน้ำดื่มสะอาด	0.209	0.093	1.149	-0.151 - 0.569	0.253
การเข้าร่วมโครงการอาหารปลอดภัย	0.165	0.109	1.347	-0.077 - 0.407	0.180
ปัจจัยเสริม					
การได้รับคำแนะนำบุคคลในครอบครัว	-0.234	-0.162	-2.012	-0.463 - -0.004	0.046*

p-value \leq 0.05, Constant = 4.700, F=2.235, Adjust R²=0.088, R²=0.159

จากตาราง 4 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เมื่อควบคุมตัวแปร อายุ BMI ตำแหน่งงาน (ข้าราชการ) รายได้ (มากกว่า 10000 บาท) ต่อเดือน การไม่มีโรคประจำตัว และการปรุงอาหารรับประทานเอง พบว่า ผู้มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านบวกเพิ่มขึ้น 0.476 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีลงมา อย่างไรก็ตาม ตัวแปรส่วนบุคคลอื่นๆ รวมถึงปัจจัยนำและปัจจัยเอื้อ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.05 สำหรับปัจจัยเสริมหลังควบคุมตัว

แปรเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำจากเพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุข พบว่า การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจากบุคคลในครอบครัวมีผลทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารลดลง 0.234 หน่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเสริมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ซึ่งตัวแปรเหล่านี้สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภค

อาหารร่วมกันได้ในอัตราร้อยละ 15.9 ($R^2 = 0.159$) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดได้แก่ ปัจจัยเสริม (การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว) ปัจจัยส่วนบุคคล (ผู้มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป) ตามลำดับ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว โดยใช้ทฤษฎี PRECEDE Model เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากร จำนวน 155 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 30-44 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ และเกือบกึ่งหนึ่งพบว่ามีระดับ BMI มากกว่า 23 และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เกินกึ่งหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ โดยรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ และให้ความสำคัญกับความสะอาดเป็นหลัก และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ดื่มน้ำเปล่าสะอาดวันละ 8-10 แก้ว ร้อยละ 46.2 รองลงมา รับประทานอาหารเช้า/ปรุงสุกใหม่ ร้อยละ 41.3 และรับประทานอาหารเช้าหลักครบ 3 มื้อ ร้อยละ 41.3 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำลายสุขภาพ ไม่เคยปฏิบัติเลยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เกิน 2 ขวด/วัน ร้อยละ 75.5 รองลงมา ไม่เติมน้ำปลาในอาหารก่อนชิม ร้อยละ 47.7 และไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 44.5 ตามลำดับ ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เกินกึ่งหนึ่งมีความรู้ในระดับต่ำ แต่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล (ระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป) และปัจจัยเสริม (การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว) มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญระดับ 0.05 โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารร่วมกันได้ร้อยละ 15.9 ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปตามด้วยการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว

อภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.5 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับพอใช้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs)⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของมนุษย์จะเริ่มบริโภคอาหารเพื่อสนองความหิว จากนั้นจึงคำนึงถึงความปลอดภัยของอาหารต่อสุขภาพ และการบริโภคเพื่อให้ได้รับการยอมรับทางสังคมตามลำดับ ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 43.9 มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 23 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ดัชนีมวลกาย ตำแหน่งงาน (ข้าราชการ) รายได้ การไม่มีโรคประจำตัว และการปรุงอาหารเอง ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมบริโภค ของ ฟิลิป คอตเลอร์ (Philip Kotler, 1931)⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ อาชีพ รายได้ ค่านิยม และรูปแบบการดำรงชีวิต ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร นอกจากนี้ ยังไม่สอดคล้องกับการวิจัย ของ สุวรรณานันท์⁽¹¹⁾ ที่พบว่าเพศและอายุ

ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการวิจัยของ กานต์ ลิมศิริสวัสดิ์ และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ การวิจัยของ สโรชิน สมพงษ์พันธ์ และคณะ⁽¹³⁾ พบว่าอายุและรายได้ที่แตกต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการวิจัยของ โสรยา เฉลยจิตและคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่า เพศส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความไม่สอดคล้องของผลการวิจัยอาจเกิดจากปัจจัยด้านบริบท เช่น ลักษณะครอบครัวในเมืองและชนบท รวมถึงวิถีการดำรงชีวิตที่ต่างกันอย่างเห็นได้ชัด อาจเป็นสาเหตุให้ผลการวิจัยในครั้งนี้แตกต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ ที่ผ่านมา

ผลการวิจัยนี้ พบว่า ผู้มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านบวกเพิ่มขึ้น 0.476 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี สอดคล้องกับ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการรับรู้และปฏิบัติ เช่น การศึกษา มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลพฤติกรรมตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุวรรณานันท์ นานาโชค⁽¹¹⁾ ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความไม่สอดคล้องนี้อาจเกิดจากปัจจัยบริบท เช่น ความแตกต่างระหว่างครอบครัวในเมืองและชนบท รวมถึงวิถีการดำรงชีวิตที่ต่างกันอย่างเห็นได้ชัด อาจส่งผลให้ผลการวิจัยมีความแตกต่างกัน

ปัจจัยนำ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 69.7 มีระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) และมีเพียง ร้อยละ 2.6

ที่มีความรู้ในระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80-100) การวิจัยนี้ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีพฤติกรรมมนุษย์ของครอนบาค (Cronbach, 1963)⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่าพฤติกรรมมนุษย์ การตอบสนองต่อความต้องการ เช่น ระดับ ความรู้ มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารของแต่ละคนจึงไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน แม้จะมีความรู้ในเรื่องเดียวกัน ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอาจไม่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของทุกคน อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ รัตนภรณ์ สาสีทา และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.001$) ความไม่สอดคล้องกันนี้อาจเกิดจากบริบทที่ต่างกันอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นแบบอย่างให้กับประชาชนทั่วไป ผู้วิจัยอาจใช้ข้อคำถามที่มีความยากและลึกซึ้งเกินไป ส่งผลให้ผลการศึกษามีความแตกต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ

การวิจัยนี้พบว่า การมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมมนุษย์ของครอนบาค⁽¹⁵⁾ ที่ระบุว่าพฤติกรรมมนุษย์ขึ้นอยู่กับ มนุษย์มักพิจารณาและประเมินผลก่อนจะทำพฤติกรรมใด ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายด้านสุขภาพของตน

ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงแหล่งอาหาร และการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ พบว่า ปัจจัยเอื้อไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมมนุษย์ของครอนบาค⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่า บุคคลมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีได้เมื่อเข้า

ไปอยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น การเข้าถึงแหล่งอาหาร และการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ ของ สกินเนอร์ (Skinner, 1950)⁽¹⁷⁾ ที่กล่าวว่าพฤติกรรมของ บุคคลเป็นผลสืบเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับ สภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม สาเหตุที่ ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีนี้อาจ เนื่องจากวิถีชีวิตที่ต่างกัน ยุคสมัยที่เปลี่ยนไปและ สถานการณ์ การแพร่ระบาดของโควิด-19 และการ ปฏิบัติงานในเวลาที่ไม่แน่นอน เช่น ขึ้นเวรบาย เวิร์ก ของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หรือนักวิชาการในส่วนของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ที่ต้อง ออกปฏิบัติงานเชิงรุกในพื้นที่ห่างไกลในพื้นที่ 8 จังหวัด ภาคเหนือตอนบนอาจจะไม่สะดวกในการเข้าถึงแหล่ง อาหาร และการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการบริโภค อาหารที่ดีต่อสุขภาพ

ปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร ผ่านทุกช่องทางไม่ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ของคอร์เนล มอนโกเมอรี (Comell Montgomery)⁽¹⁸⁾ ที่กล่าวว่าแรงจูงใจเกิดจากการเรียนรู้ผ่านการสังเกต และเลียนแบบ จากต้นแบบ โดยเฉพาะบุคคลที่ตนชื่น ชมหรือคนที่มีความเสี่ยงในสังคม เช่น การเลียนแบบ พฤติกรรมการบริโภคอาหารจากสื่อโฆษณา นอกจากนี้ ผลการวิจัยนี้ยังขัดแย้งกับการวิจัยของ รัตนภรณ์ สาสี ทา และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ และการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับการวิจัยของสุวรรณ นานาโชค⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารส่งผลต่อพฤติกรรมการ บริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการ

วิจัยของโสธยา เฉลยจิตและคณะ⁽¹⁴⁾ โดยพบว่าการได้รับ ข้อมูลข่าวสารการบริโภคอาหารจากสื่อต่าง ๆ เช่น โปสเตอร์ หนังสือพิมพ์ และอินเทอร์เน็ตมีผลต่อ พฤติกรรมการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านการได้รับคำแนะนำการบริโภคอาหารที่ดี ต่อสุขภาพ จากบุคคลในครอบครัวมีผลทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารลดลง 0.234 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับ คำแนะนำสนับสนุนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อ สุขภาพจากบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของคอร์เนล มอนโกเมอรี⁽¹⁸⁾ กล่าวว่าแรงจูงใจเกิดจากการเรียนรู้ผ่านการสังเกต เลียนแบบ และเอาอย่างจากต้นแบบ โดยเฉพาะบุคคลที่ ตนชื่นชมและสอดคล้องกับ การวิจัยของโสธยา เฉลยจิต และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05

ข้อจำกัดในการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ต้อง พิจารณา ประการแรก การสุ่มกลุ่มตัวอย่างไม่ได้แบ่ง ตามกลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์อาจส่งผลต่อผลการวิจัย ในประเด็นระดับความรู้ในการบริโภคอาหาร ประการที่ สอง การเก็บข้อมูลดำเนินผ่านแบบสอบถามที่ผู้ตอบ ตอบด้วยตัวเอง ทำให้อาจเกิดความคลาดเคลื่อนหรือ ข้อมูลไม่ครบถ้วน ประการที่สาม รูปแบบการวิจัยเชิง ปริมาณ ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมถึงความซับซ้อนของปัจจัย ต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ควรวางแผนและกำหนดนโยบายเพื่อสร้าง

ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพของบุคลากร และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงอาหารที่ดี เพื่อพัฒนานโยบายและมาตรการที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพในระยะยาว เนื่องจากบุคลากรยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระดับต่ำ ร่วมกับการมีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานและพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ แม้จะมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงก็ตาม

2. ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัย

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมแยกตามกลุ่มวิชาชีพเพื่อช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและแผนการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมตามกลุ่มวิชาชีพ และศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเจาะลึกถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

เอกสารอ้างอิง

1. สุปราณี แจ้งบำรุง. ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย ค.ศ. 2020 สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2020. หน้า 71-82.
2. วิชัย เอกพลากร.บรรณธิการ รายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ; 2563.
3. สมาคมไร้อ้อยแห่งประเทศไทย. การบริโภคน้ำตาลของคนไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hffocus.org/content/2021/03/21254>.
4. กรมอนามัย. คนไทยติดหวาน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.multimediaanamai.moph.go.th/news/06032564>
5. ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. ผลตรวจสุขภาพบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. คลินิกส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่; 2565.
6. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas.* 1970;30(3):607–10.
7. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning.* New York: McGraw- Hill; 1971.
8. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika.* 1937;2(3):151–60.
9. Maslow AH. Theory of human motivation [Internet]. [cited 2022 Jan 18]. Available from: <https://www.simplypsychology.org/maslow.htm>
10. Kotler P. *Marketing management: Analysis, planning, implementation and control.* 9th ed. New Jersey: A Simon & Schuster Company; 1997
11. สุวรรณ น่านา โชค. ปัจจัยทางการตลาดขนมขบเคี้ยวที่มีผล ต่อการตัดสินใจเลือกซื้อของผู้บริโภค: กรณีศึกษา บุคลากรกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
12. กานต์ ลิ่มศิริสวัสดิ์, กอบธัญ คงธนรัตน์, ฌภัทร วงษ์มาตย์, ธีรภัทร กุณศลบุตร, เปรมอนันต์ สิ้นชัยพานิช, อภูวี ตั้งพรธิรักษ์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาแพทย ชั้นปีที่ 3-5 คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://doi.org/10.14456/vmj.2020.13>

13. สโรชิน สมพงษ์พันธุ์, อรัญญา อุตมเวช. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ศรีนครินทร์ เวชสาร. 2023;38(2):152-60. [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://thaidj.org/index.php/smnj/article/view/13839>
14. โสธยา เฉลยจิต, ลักขณา อัยจิรากุล, เทพธิดา นที อุทถ, พจนินา แก้วพิรา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานผสมน้ำตาลของบุคลากรทางการแพทย์. TDNU. 2024;35(1):71-82
15. Cronbach LJ. The dependability of behavioral measurements: Theory of generalizability for scores and profiles. New York: Wiley; 1990.
16. รัตนาภรณ์ สาสีทา, คัตติยา อีวาโนวิช, ฉวีวรรณ บุญสุยา. ความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา ระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: Nutrition literacy and eating behavior among undergraduate students of faculty of public health, Thammasat University. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2022;17(1):28-43
17. Skinner BF. Science and human behavior [Internet]. New York: Macmillan; 1953 [cited 2025 Apr 21]. Available from: https://archive.org/details/sciencehumanbeha0000skinn_p4g5
18. Montgomery C. Social learning theory [Internet]. Workforce LibreTexts; [cited 2025 Apr 21]. Available from: https://workforce.libretexts.org/Bookshelves/Food_Production_Service_and_Culinary_Arts/Senior_Internship%3A_Advanced_leadership_Development_-_Analysis_Evaluation_Creation_%28Thibodeaux_and_Daigle%29/01%3A_Modules/1.04%3A_Human_Social_Theory

การพัฒนาเมนูอาหารกลางวันเพื่อเพิ่มสารอาหารและพลังงาน สำหรับเด็กปฐมวัยใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดเชียงใหม่

Development of Lunch Menus to Enhance Nutrition and Energy for Preschool Children in Early Childhood Development Centers, Chiang Mai Province

กฤษณา กาเผือก^{1*} สิดาพัฒน์ ยุตบุตร² จักรกฤษณ์ วังราชฤทธิ์³

Krissana Kapheak^{1*} Sidapan Yutaboot² Jukkrit Wungrath³

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข^{1,2}, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่³
Regional Health Promotion Center 1 Chiangmai, Department of Health, Ministry of Public Health^{1,2},
Faculty of Public Health, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand³

*Corresponding author E-mail: kapheak@gmail.com

(Revised: January 20, 2025; Revised: February 10, 2025; Accepted: June 10, 2025)

บทคัดย่อ

การขาดสารอาหารในเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ส่งผลต่อภาวะเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านสติปัญญาในระยะยาว จำเป็นต้องปรับปรุงคุณภาพอาหารกลางวันให้มีสารอาหารครบถ้วนและเหมาะสมกับบริบทชุมชน การวิจัยครั้งนี้มุ่งปรับปรุงเมนูอาหารกลางวันสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 9 แห่ง ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยเปรียบเทียบปริมาณพลังงานและสารอาหารระหว่างเมนูเดิมกับเมนูใหม่ที่ได้รับการพัฒนา ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) โดยคัดเลือกพื้นที่ที่พบภาวะโภชนาการต่ำสูงสุด เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องชั่งอาหาร ชั่งน้ำหนักอาหารก่อน-หลัง การรับประทาน และบันทึกลงแบบบันทึกการรับประทานอาหารรายวัน วิเคราะห์สารอาหารด้วยโปรแกรม INMUCAL-Nutrients V.4.0 และใช้แบบสังเกตการรับประทานอาหาร ทั้งยังจัดอบรมครูพี่เลี้ยงและแม่ครัวให้สามารถปรับเมนูโดยเพิ่มสารอาหารได้อย่างเหมาะสม

ผลการวิจัยพบว่า เมนูใหม่ช่วยเพิ่มพลังงานจาก 388.63 เป็น 476.99 กิโลแคลอรี ($p < 0.001$) โปรตีนเพิ่มจาก 19.39 เป็น 21.26 กรัม ($p = 0.017$) ไขมันจาก 14.2 เป็น 21.38 กรัม ($p < 0.001$) และคาร์โบไฮเดรตจาก 45.83 เป็น 49.88 กรัม ($p = 0.018$) รวมถึงวิตามินเอ วิตามินซี แคลเซียม และธาตุเหล็กที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ช่วยลดปัญหาท้องผูกและเพิ่มสัดส่วนพลังงานจากคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน เป็น 52.04%, 16.41% และ 31.55% ตามลำดับ การใช้วัตถุดิบท้องถิ่น เช่น ฟักทอง ตำลึง ปลาเล็กปลาน้อย และข้าวกล้อง ช่วยเพิ่มคุณค่าทางโภชนาการ ลดต้นทุน และปรับให้เหมาะกับพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก ส่งผลให้เด็กบริโภคอาหารได้ดีมากขึ้น และลดอาหารเหลือทิ้ง

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย, เมนูอาหารกลางวัน, โภชนาการ, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Abstract

Malnutrition among preschool children, particularly in remote areas, affects their growth and long-term cognitive development. Improving school lunch quality to ensure adequate nutrients that suit local contexts is therefore essential. This study aimed to enhance lunch menus for preschool children in nine child development centers in Mueang Na Subdistrict, Chiang Dao District, Chiang Mai Province by comparing the energy and nutrient content of the original menus with newly developed ones. A quasi-experimental one-group pretest–posttest design was employed. The area with the highest malnutrition rate was identified, and food intake data were collected using kitchen scales to measure food portions before and after consumption, recorded in daily intake logs. Nutrient analysis was carried out with the INMUCAL–Nutrients V.4.0 program, and an observation form was utilized to assess children’s eating behaviors. Additionally, caregivers and cooks participated in training sessions to learn how to modify menus for improved nutritional content.

Results showed that the new menu significantly increased average energy intake from 388.63 to 476.99 kilocalories ($p<0.001$), protein from 19.39 to 21.26 grams ($p=0.017$), fat from 14.2 to 21.38 grams ($p<0.001$), and carbohydrates from 45.83 to 49.88 grams ($p=0.018$), as well as boosting vitamin A, vitamin C, calcium, and iron levels. Constipation problems were reduced, and the proportions of energy from carbohydrates, protein, and fat improved to 52.04%, 16.41%, and 31.55%, respectively. Using locally available ingredients such as pumpkin, ivy gourd, small fish, and brown rice increased nutritional value, lowered costs, and aligned with children’s eating behaviors, leading to better food acceptance and reduced plate waste.

Keywords: Preschool children, lunch menu, nutrition, child development center

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงที่รากฐานของการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่าง ๆ ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม โดยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการเติบโตในวัยต่อไป การพัฒนาเด็กในช่วงวัยนี้จึงมีคุณค่าอย่างยิ่งในระยะยาว⁽¹⁾ ทั้งนี้ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2559–2560) ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการพัฒนาคนตั้งแต่ปฐมวัย เพื่อสร้างคนไทยให้มีศักยภาพเป็นฐานกำลังสำคัญในการพัฒนา

ประเทศ จากสถานการณ์ปัจจุบัน ประเทศไทยมีเด็กปฐมวัยอยู่ประมาณ 4 ล้านคน เด็กบางส่วนอายุ 2-5 ปี จะเข้าสู่ระบบสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ทั้งของรัฐและเอกชน ซึ่งพบว่ายังมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบางแห่งที่อยู่ในเกณฑ์ “ต้องปรับปรุงและต้องปรับปรุงเร่งด่วน” ปัญหาหนึ่งที่พบได้บ่อยคือ การจัดการเมนูอาหารกลางวันให้ได้คุณค่าทางโภชนาการที่เพียงพอและครบถ้วนเนื่องจากอาหารกลางวันมีบทบาทสำคัญต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย และการพัฒนาสมองในเด็กวัยนี้⁽²⁾

เด็กปฐมวัยต้องการพลังงานและสารอาหารครบถ้วนในปริมาณที่เพียงพอ เพื่อเสริมสร้างอวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกายให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เด็กสูงดีสมส่วน มีสติปัญญาที่ดี เจ็บป่วยน้อย และลดความเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต อย่างไรก็ตาม การขาดแคลนสารอาหารไม่ว่าจะในรูปแบบใดเป็นเวลานานก็อาจทำให้การเจริญเติบโตล่าช้าและเสี่ยงต่อภาวะเตี้ย (Stunting) ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก และสัมพันธ์กับการติดเชื้อหรือการเกิดโรคซ้ำ ๆ ในช่วง 1,000 วันแรกหลังเกิด³⁾ ส่งผลต่อระดับสติปัญญาและการเรียนรู้ของเด็ก⁴⁾ ดังนั้น การจัดหาอาหารกลางวันสำหรับเด็กปฐมวัยจึงควรยึดหลักความเพียงพอ ความครบถ้วน และความหลากหลายของสารอาหาร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของความต้องการสารอาหารประจำวัน⁵⁾ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ มักพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น ปัญหาด้านงบประมาณและการบริหารจัดการอาหารกลางวัน ซึ่งรวมถึงความล่าช้าในการรับเงินอุดหนุนและกระบวนการจัดซื้ออาจไม่ปฏิบัติตามระเบียบราชการ นอกจากนี้ แม้คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบให้ปรับอัตราค่าอาหารกลางวันต่อคนต่อวันเพิ่มขึ้นจาก 20 บาท เป็น 21 บาท และต่อมาเป็น 22 บาท แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะจัดหาอาหารที่มีปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการตามมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง^{6), 7)}

พื้นที่อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ มีข้อมูลชี้ให้เห็นว่า ภาวะการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยเฉพาะภาวะเตี้ยและสัดส่วนเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์มาตรฐานยังอยู่ในระดับต่ำ จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 10 แห่ง ของโครงการพหุโปรแกรมละอ่อนเชียงดาว พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 9 ใน 10 แห่ง มี

พลังงานรวมจากอาหารกลางวันต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 480 กิโลแคลอรี นอกจากนี้ ปริมาณสารอาหารหลัก ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน และใยอาหาร บางส่วนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่แนะนำ พื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกลและมีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและวัฒนธรรม ส่งผลให้เด็กปฐมวัยอาจเข้าถึงอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการไม่เพียงพอ ประกอบกับข้อจำกัดด้านงบประมาณและความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสม ทำให้การพัฒนาเมนูอาหารกลางวันเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัยเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อศึกษาการปรับ

เมนูอาหารกลางวันให้มีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมยิ่งขึ้น สำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยผสมผสานข้อมูลจากตำรับอาหารสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย และการวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการด้วยโปรแกรม INMUCAL-Nutrients V.4.0

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบปริมาณพลังงานและสารอาหารในเมนูอาหารกลางวันระหว่างเมนูที่ใช้อยู่ปัจจุบันกับเมนูอาหารกลางวันที่พัฒนาขึ้นสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ นอกจากนี้ การศึกษายังมุ่งเน้นการนำเสนอเมนูอาหารกลางวันที่ได้รับการปรับปรุง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดหาอาหารกลางวันให้เหมาะสมและส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ ทั้งนี้ คาดหวังว่าผลการวิจัยและข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา จะเป็นข้อมูลที่ สำคัญสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการจัดหาอาหาร

กลางวันสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งอื่นๆ ต่อไปในอนาคต เพื่อให้เด็กปฐมวัยได้รับสารอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพลังงานและสารอาหารระหว่างเมนูอาหารกลางวันเดิมกับเมนูที่พัฒนาเพิ่มพลังงานและสารอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย
2. เพื่อพัฒนาเมนูอาหารกลางวันเสริมสารอาหารและพลังงานสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
3. เพื่อศึกษาปริมาณพลังงานและสารอาหารในเมนูอาหารกลางวันเดิมของเด็กปฐมวัย
4. เพื่อศึกษาปริมาณพลังงานและสารอาหารในเมนูอาหารกลางวันใหม่ที่พัฒนาใหม่สำหรับเด็กปฐมวัย

สมมติฐานการวิจัย

1. เมนูอาหารกลางวันที่พัฒนาขึ้นจะให้พลังงานและสารอาหารหลัก (โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน) สูงกว่าเมนูเดิมอย่างมีนัยสำคัญ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ One-Group Pretest-Posttest Design ดำเนินการในศูนย์เด็กเล็กบ้านนาหวาย 9 แห่งในพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 ธันวาคม 2565

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยสองกลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยที่มีส่วนร่วมในการจัดอาหารกลางวันสำหรับเด็กปฐมวัย ซึ่งได้แก่ครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็กหรือแม่ครัวในศูนย์เด็กเล็กตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ และ

(2) เด็กปฐมวัยที่ฝากเลี้ยงในศูนย์เด็กเล็กในพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งสิ้น 9 แห่ง ในปีการศึกษา 2565 รวมจำนวนนักเรียน 273 คน

กลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการพัฒนา

เมนูอาหาร

สำหรับผู้ร่วมดำเนินการวิจัยกลุ่มแรก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 15 คน จากศูนย์เด็กเล็กทั้ง 10 แห่ง โดยคัดเลือกจากผู้สนใจเข้าร่วมอบรมให้ความรู้ในการฝึกปฏิบัติและทดลองจัดเมนูอาหารกลางวันเพื่อเพิ่มสารอาหารและพลังงานสำหรับเด็กปฐมวัย ตลอดจนยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างสมัครใจ

กลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ปริมาณ

สารอาหารที่ได้รับ

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดค่า อำนาจการทดสอบ (Power of Test) ที่ 0.80 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ 0.2⁽⁸⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ 156 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 20 (อ้างอิงการ drop out 20%) ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 186 ราย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยต้องเป็นเด็กที่เข้าศูนย์ในวันที่มีการประเมินพลังงานและสารอาหาร เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย ไม่มีโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโต คือ โรคธาลัสซีเมีย ผู้ปกครองอนุญาตให้บุตรเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมโครงการได้ตลอดการศึกษา และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างย้ายออกจากโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมทางกายได้ เช่น ได้รับอุบัติเหตุ และกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 8 สัปดาห์

เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกการได้รับสารอาหาร – ใช้ซึ่งปริมาณอาหารกลางวันที่ได้กได้รับ และคำนวณสารอาหารผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป INMUCAL-Nutrients
2. แบบสังเกตการรับประทานอาหาร – เป็นตารางบันทึกแบบรายวัน เพื่อบันทึกว่าเด็กรับประทานอาหารหมดหรือไม่

เครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย

1. เมนูอาหารกลางวันพัฒนาเพิ่มสารอาหารและพลังงาน โดยออกแบบเมนูที่ใช้วัตถุดิบท้องถิ่นครอบคลุม อาหารกลางวันและอาหารว่างบ่าย 5 วัน/สัปดาห์ รวม 24 สัปดาห์ (6 เดือน) ผ่านการประเมินโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ 1 ท่านและ นักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน หลังการปรับตามข้อเสนอแนะเมนูได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสม
2. การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยอบรมครูพี่เลี้ยงและแม่ครัว เรื่อง อาหารหลัก 5 หมู่สำหรับเด็กปฐมวัย คุณค่าของสารอาหารแต่ละชนิด การจัดเมนูอาหารกลางวันที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มสารอาหารและพลังงาน โปรแกรมการพัฒนาทักษะด้านการเตรียมวัตถุดิบ การปรุงอาหาร การตักเสริฟ เพื่อพัฒนาทักษะในการจัดเตรียมเมนูอาหารกลางวันตามแนวทางเพิ่มพลังงานและสารอาหาร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาข้อมูลภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยจาก Health Data Center (HDC) เพื่อคัดเลือกพื้นที่ที่มีอัตราภาวะเตี้ยในเด็กสูงสุดในตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จากนั้นพัฒนาโครงร่างวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

พร้อมชี้แจงรายละเอียดโครงการแก่ครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการ

2. ผู้วิจัยคัดเลือกครูพี่เลี้ยงจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 9 แห่ง เพื่อเข้าร่วมอบรมและมีบทบาทในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการชั่งน้ำหนักอาหารกลางวันเด็กและวิเคราะห์สารอาหารด้วยโปรแกรม INMUCAL-Nutrients จากนั้นส่งคืนข้อมูลแก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อปรับปรุงเมนูอาหารให้มีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสม

3. เมนูอาหารกลางวันพัฒนาใหม่ได้รับการพัฒนาโดยเน้นเพิ่มพลังงานและสารอาหารที่จำเป็น โดยเลือกใช้วัตถุดิบในท้องถิ่น และหมุนเวียน 6 เดือนผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ หลังจากอบรมและสาธิตการปรุงอาหาร เมนูถูกนำไปใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 9 แห่ง โดยครูพี่เลี้ยงมีหน้าที่ในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหาร

4. ภายหลังจากการทดลอง เป็นระยะเวลา 6 เดือน ทำการประเมินซ้ำโดยการชั่งน้ำหนักอาหารและวิเคราะห์สารอาหารของเมนูอาหารกลางวันพัฒนาใหม่ ข้อมูลทั้งหมดถูกนำไปวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจริญเติบโตของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อแสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและภาวะโภชนาการเบื้องต้น
2. ข้อมูลปริมาณอาหารกลางวันของเด็กปฐมวัยได้รับและคำนวณสารอาหารด้วยโปรแกรม INMUCAL-

Nutrients นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกรณีที่ต้องการเปรียบเทียบปริมาณสารอาหารและพลังงานก่อนและหลังการทดลอง (เมนูอาหารกลางวันเดิมเปรียบเทียบกับเมนูอาหารกลางวันพัฒนาขึ้น) จะใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ Paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal distribution) เพื่อตรวจสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณพลังงานและสารอาหารก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ET041/2564) และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หลังได้รับอนุญาต ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนแก่ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่าง โดยคุ้มครองความเป็นส่วนตัวและให้สิทธิ์ถอนตัวได้ตลอดเวลา หากพบภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม จะมีการดูแลและส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังปรับเมนูอาหารกลางวัน

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 186 คน เด็กอายุ 1-3 ปีมีจำนวนรวม 131 คน (ร้อยละ 70.43) แบ่งเป็นเพศชาย 72 คน (38.71%) และเพศหญิง 59 คน (31.72%)

ขณะที่เด็กอายุ 4-5 ปีมีจำนวนรวม 55 คน (ร้อยละ 29.57) แบ่งเป็นเพศชาย 29 คน (15.59%) และเพศหญิง 26 คน (13.98%) ส่วนอายุเฉลี่ยโดยรวมของเด็กทั้งหมด 3 ปี 4 เดือน

ค่าเฉลี่ยสารอาหารก่อนและหลังการปรับปรุงเมนูอาหาร

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยของปริมาณสารอาหารก่อนและหลังการปรับปรุงเมนูอาหารกลางวันพบว่าหลังการปรับเมนูอาหาร มีการเพิ่มขึ้นของพลังงานและสารอาหารหลักบางชนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพลังงานเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 388.63 ± 24.62 เป็น 476.99 ± 36.34 กิโลแคลอรี ($p < 0.001$) โปรตีนเพิ่มขึ้นจาก 19.39 ± 2.13 เป็น 21.26 ± 2.70 กรัม ($p = 0.017$) และไขมันเพิ่มขึ้นจาก 14.2 ± 1.67 เป็น 21.38 ± 3.29 กรัม ($p < 0.001$) นอกจากนี้คาร์โบไฮเดรตและแคลเซียมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสำคัญ ($p = 0.018$ และ $p = 0.012$ ตามลำดับ)

อย่างไรก็ตาม สารอาหารบางชนิดมีค่าเฉลี่ยลดลงหลังการปรับปรุงเมนู โดยพบว่า วิตามินเอ ลดลงจาก 1629.39 ± 1832.34 เป็น 393.28 ± 1119.91 ($p = 0.013$) ขณะที่ วิตามินบี 2 และวิตามินซี มีค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.078$ และ $p = 0.155$ ตามลำดับ)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยสารอาหารก่อนและหลังการปรับปรุงเมนูอาหาร

สารอาหาร	ก่อนปรับปรุง	หลังปรับปรุง	P
พลังงาน (กิโลแคลอรี)	388.63 ± 24.62	476.99 ± 36.34	$<0.001^*$
โปรตีน (กรัม)	19.39 ± 2.13	21.26 ± 2.70	0.017^*
ไขมัน (กรัม)	14.2 ± 1.67	21.38 ± 3.29	$<0.001^*$
คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	45.83 ± 5.06	49.88 ± 5.59	0.018^*

สารอาหาร	ก่อนปรับปรุง	หลังปรับปรุง	P
ใยอาหาร (กรัม)	1.8 ± 0.58	2.41 ± 1.78	0.148
วิตามินเอ (RE)	1629.39 ± 1832.34	393.28 ± 1119.91	0.013*
วิตามินบี 1 (มิลลิกรัม)	0.29 ± 0.24	0.31 ± 0.14	0.745
วิตามินบี 2 (มิลลิกรัม)	0.77 ± 0.20	0.68 ± 0.13	0.078
วิตามินซี (มิลลิกรัม)	17.42 ± 23.13	9.86 ± 4.02	0.155
เหล็ก (มิลลิกรัม)	2.27 ± 1.15	2.89 ± 1.39	0.124
แคลเซียม (มิลลิกรัม)	262.52 ± 12.55	274.26 ± 16.02	0.012*
คอเลสเตอรอล (มิลลิกรัม)	87.38 ± 47.22	117.69 ± 76.31	0.131

ตาราง 2 เปรียบเทียบปริมาณสารอาหารเฉลี่ยที่เด็กอายุ 1-3 ปีได้รับ ก่อนและหลังการปรับเมนูอาหารกลางวัน พบว่าปริมาณพลังงานที่เด็กได้รับเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 271.94 กิโลแคลอรีเป็น 425.36 กิโลแคลอรี ($p < 0.000$) และปริมาณโปรตีนเพิ่มขึ้นจาก 11.32 กรัมเป็น 12.32 กรัม ($p = 0.042$) โดยมีการเพิ่มขึ้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในสารอาหารสำคัญอื่น ๆ เช่น ไขมัน

คาร์โบไฮเดรต และใยอาหาร เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) วิตามินเอเพิ่มขึ้นจาก 86.68 RE เป็น 165.32 RE ($p < 0.001$) และวิตามินซีเพิ่มจาก 4.58 มิลลิกรัมเป็น 17.74 มิลลิกรัม ($p < 0.000$) ปริมาณธาตุเหล็กและแคลเซียมที่เด็กได้รับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยแคลเซียมเพิ่มจาก 239.1 มิลลิกรัมเป็น 279.7 มิลลิกรัม และเหล็กเพิ่มจาก 0.78 มิลลิกรัมเป็น 2.4 มิลลิกรัม

ตาราง 2 เปรียบเทียบปริมาณสารอาหารเฉลี่ยที่เด็กอายุ 1-3 ปี ได้รับก่อนและหลังการปรับเมนูอาหารกลางวัน

สารอาหาร	ก่อนปรับเมนู	หลังปรับเมนู	p
พลังงาน (กิโลแคลอรี)	271.94	425.36	0.000*
โปรตีน (กรัม)	11.32	12.32	0.042*
ไขมัน (กรัม)	10.39	14.5	0.000*
คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	133.33	177.85	0.000*
ใยอาหาร (กรัม)	1.43	3.06	0.000*
วิตามินเอ (RE)	86.68	165.32	0.000*
วิตามินบี 1 (มิลลิกรัม)	0.14	0.21	0.000*
วิตามินบี 2 (มิลลิกรัม)	0.51	0.54	0.003*
วิตามินซี (มิลลิกรัม)	4.58	17.74	0.000*
เหล็ก (มิลลิกรัม)	0.78	2.4	0.000*
แคลเซียม (มิลลิกรัม)	239.1	279.7	0.000*

เปรียบเทียบปริมาณสารอาหารเฉลี่ยที่เด็กอายุ 4-5 ปี ได้รับก่อนและหลังการปรับเมนูอาหารกลางวัน

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบปริมาณสารอาหารเฉลี่ยที่เด็กอายุ 4-5 ปี ได้รับก่อนและหลังการปรับเมนูอาหารกลางวัน พบว่าพลังงานเพิ่มขึ้นจาก 348.75 เป็น 433.28 กิโลแคลอรี ($p=0.010$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไขมันเพิ่มจาก 11.04 เป็น 17.95 กรัม และคาร์โบไฮเดรตเพิ่มจาก 149.91 เป็น 187.12 กรัม ($p<0.000$) โยอาหารเพิ่มจาก 1.82 เป็น 3.45 กรัม

และวิตามินเอเพิ่มจาก 99.34 เป็น 198.58 RE ($p<0.000$) ธาตุเหล็กเพิ่มจาก 1.1 เป็น 3.09 มิลลิกรัม และแคลเซียมเพิ่มจาก 248.46 เป็น 289.41 มิลลิกรัม ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ ขณะที่คอเลสเตอรอลลดลงจาก 141.45 เป็น 130.4 มิลลิกรัม ($p=0.279$) และโปรตีนเพิ่มจาก 12.74 เป็น 14.98 กรัม รวมถึงวิตามินบี 1 ที่เพิ่มจาก 0.18 เป็น 0.22 มิลลิกรัม ($p=0.123$ และ 0.115 ตามลำดับ) ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 3 เปรียบเทียบปริมาณสารอาหารเฉลี่ยที่เด็กอายุ 4-5 ปี ได้รับก่อนและหลังการปรับเมนูอาหารกลางวัน

สารอาหาร	ก่อนปรับเมนู (เฉลี่ย)	หลังปรับเมนู (เฉลี่ย)	p
พลังงาน (กิโลแคลอรี)	348.75	433.28	0.010*
โปรตีน (กรัม)	12.74	14.98	0.123
ไขมัน (กรัม)	11.04	17.95	0.000*
คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	149.91	187.12	0.000*
โยอาหาร (กรัม)	1.82	3.45	0.000*
วิตามินเอ (RE)	99.34	198.58	0.000*
วิตามินบี 1 (มิลลิกรัม)	0.18	0.22	0.115
วิตามินบี 2 (มิลลิกรัม)	0.53	0.61	0.001*
วิตามินซี (มิลลิกรัม)	5.31	17.67	0.000*
เหล็ก (มิลลิกรัม)	1.1	3.09	0.000*
แคลเซียม (มิลลิกรัม)	248.46	289.41	0.000*
คอเลสเตอรอล (มิลลิกรัม)	141.45	130.4	0.279

เปรียบเทียบปริมาณสารอาหารที่เด็กได้รับกับเป้าหมายที่กำหนด

ตาราง 4 เปรียบเทียบปริมาณสารอาหารที่เด็กได้รับกับเป้าหมายที่กำหนด พบว่า หลังการปรับเมนูอาหารกลางวัน พลังงานเพิ่มขึ้นจาก 271.94 เป็น 425.36 กิโลแคลอรี ซึ่งเกินเป้าหมายที่ 392 กิโลแคลอรี ($p<0.000$) ขณะที่โปรตีนเพิ่มจาก 11.32 เป็น 12.32 กรัม แต่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่ 14.7 กรัม

($p=0.042$) ส่วนไขมันเพิ่มขึ้นจาก 10.39 เป็น 14.5 กรัม ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่ 13.07 กรัม ($p<0.000$) สำหรับสารอาหารอื่น ๆ คาร์โบไฮเดรตเพิ่มจาก 133.33 เป็น 177.85 กรัม และโยอาหารเพิ่มจาก 1.43 เป็น 3.06 กรัม ($p<0.000$ ทั้งคู่) ซึ่งทั้งสองค่าเกินเป้าหมาย โดยเฉพาะโยอาหารที่เพิ่มขึ้นอย่างโดดเด่น ในด้านวิตามินและแร่ธาตุ วิตามินเอเพิ่มจาก 86.68 เป็น 165.32 RE ($p<0.000$) วิตามินบี 2 เพิ่มจาก

0.51 เป็น 0.54 มิลลิกรัม ($p=0.003$) และวิตามินซี
เพิ่มจาก 4.58 เป็น 17.74 มิลลิกรัม ($p<0.000$)
ขณะที่ธาตุเหล็กเพิ่มจาก 0.78 เป็น 2.4 มิลลิกรัม
และแคลเซียมเพิ่มจาก 239.1 เป็น 279.7 มิลลิกรัม
($p<0.000$)

ตาราง 4 เปรียบเทียบปริมาณสารอาหารที่เด็กได้รับกับเป้าหมายที่กำหนด

สารอาหาร	เป้าหมาย	ก่อนปรับเมนู	หลังปรับเมนู	p
พลังงาน (กิโลแคลอรี)	392	271.94	425.36	0.000*
โปรตีน (กรัม)	14.7	11.32	12.32	0.042*
ไขมัน (กรัม)	13.07	10.39	14.5	0.000*
คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	60	133.33	177.85	0.000*
ใยอาหาร (กรัม)	1.13	1.43	3.06	0.000*
วิตามินเอ (RE)	120	86.68	165.32	0.000*
วิตามินบี 1 (มิลลิกรัม)	0.2	0.14	0.21	0.000*
วิตามินบี 2 (มิลลิกรัม)	0.2	0.51	0.54	0.003*
วิตามินซี (มิลลิกรัม)	10	4.58	17.74	0.000*
เหล็ก (มิลลิกรัม)	2.0	0.78	2.4	0.000*
แคลเซียม (มิลลิกรัม)	200	239.1	279.7	0.000*

เปรียบเทียบสัดส่วนพลังงานจากสารอาหารหลัก

ตาราง 6 แสดงการเปรียบเทียบสัดส่วนพลังงานจากสารอาหารหลักก่อนและหลังการปรับปรุงเมนูอาหาร พบว่าหลังการปรับปรุง **สัดส่วนพลังงานจากคาร์โบไฮเดรต** เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 49.04 เป็น 52.04% ซึ่งใกล้เคียงกับเกณฑ์ ที่กำหนดไว้ที่ ร้อยละ

55-60 ในขณะที่สัดส่วนพลังงานจากโปรตีนเพิ่มขึ้นจาก 14.11% เป็น 16.41% ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ 10-15% เล็กน้อย ขณะที่สัดส่วนพลังงานจากไขมันเพิ่มขึ้นจาก 30.85% เป็น 31.55% ซึ่งยังคงเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ 25-30%

ตาราง 6 เปรียบเทียบสัดส่วนพลังงานจากสารอาหารหลัก

สารอาหาร	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ก่อนปรับเมนู (ร้อยละ)	หลังปรับเมนู (ร้อยละ)
คาร์โบไฮเดรต	55-60	49.04	52.04
โปรตีน	10-15	14.11	16.41
ไขมัน	25-30	30.85	31.55

สรุปผลการวิจัย

การปรับปรุงเมนูอาหารกลางวันสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ สามารถเพิ่มปริมาณพลังงานและสารอาหารที่จำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าหลังการปรับปรุงเมนูอาหาร มีการเพิ่มขึ้นของโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต โยอาหาร วิตามิน และแร่ธาตุ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสะท้อนถึงความสำคัญของการเลือกใช้อาหารในท้องถิ่นที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง สามารถหาง่ายและสอดคล้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก ซึ่งช่วยลดปัญหาการปฏิเสธอาหาร เพิ่มการยอมรับเมนูอาหาร และลดอัตราการสูญเสียอาหาร อีกทั้งการปรับปรุงเมนูดังกล่าว ยังช่วยลดภาระระบบทางเดินอาหาร ลดปัญหาท้องผูกอย่างได้ผล และสนับสนุนการเจริญเติบโตของกระดูกและฟัน

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เน้นความสำคัญของการปรับเมนูอาหารกลางวันสำหรับเด็กปฐมวัย (อายุ 1-5 ปี) เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการทางโภชนาการ ซึ่งส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางสมอง เมนูที่ปรับปรุงใหม่ช่วยเพิ่มพลังงานและสารอาหารที่จำเป็น ทั้งโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต โยอาหาร วิตามิน และแร่ธาตุ โดยคำนึงถึงพฤติกรรมการบริโภคของเด็กและบริบทของชุมชน เมนูนี้ไม่ได้จำกัดเพียงข้อกำหนดทางโภชนาการมาตรฐาน แต่ยังปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมท้องถิ่น ผ่านการใช้วัตถุดิบที่หาได้ง่าย เช่น ผักพื้นบ้าน ผลไม้ตามฤดูกาล และแหล่งโปรตีนจากสัตว์น้ำหรือสัตว์ในชุมชน ซึ่งช่วยลดต้นทุนและเพิ่มความยั่งยืนของระบบอาหาร ชนญาณันท์ บิติกการ

พวงเพชร และคณะ⁽⁹⁾ สนับสนุนแนวทางนี้โดยเน้นการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเพื่อลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและเสริมสร้างเศรษฐกิจชุมชน เมนูที่ปรับใหม่ยังสอดคล้องกับพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก โดยเลือกวัตถุดิบที่คุ้นเคย เช่น ผักบุ้ง ตำลึง กัลฉ่าย และมะละกอ ซึ่งช่วยเพิ่มการยอมรับอาหารและลดการสูญเสียอาหาร วาสิณี นิชสุภา และฉนวน สมานธิวิ⁽¹⁰⁾ พบว่าเด็กปฐมวัยมักยอมรับอาหารที่คุ้นเคยมากกว่า ส่งผลให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นอย่างเพียงพอ การปรับเมนูในลักษณะนี้ไม่เพียงช่วยลดภาวะทุโภชนาการ แต่ยังสนับสนุนระบบอาหารที่ยั่งยืนในระยะยาว สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านการลดความหิวโหยและส่งเสริมระบบอาหารที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่⁽¹¹⁾

การปรับปรุงเมนูอาหารกลางวันสำหรับเด็กปฐมวัยเพิ่มพลังงานจาก 271.94 เป็น 425.36 กิโลแคลอรี และโปรตีนจาก 11.32 เป็น 12.32 กรัม เพื่อตอบสนองความต้องการทางโภชนาการในช่วงเจริญเติบโตและพัฒนาการสมอง อนาวิน ภัทรภาคินวรากุล⁽¹²⁾ ระบุว่าเด็กปฐมวัยต้องการพลังงาน 1,000-1,400 กิโลแคลอรีต่อวัน โดยเมนูที่ปรับปรุงนี้ช่วยเติมเต็มพลังงานในมื้อกลางวัน ซึ่งเป็นมื้อสำคัญ Neumann, Harris, and Rogers⁽¹³⁾ พบว่าการเพิ่มพลังงานคุณภาพสูงช่วยลดความเสี่ยงโภชนาการต่ำและส่งเสริมพัฒนาการทางสมอง โปรตีนที่เพิ่มขึ้นได้จากแหล่งอาหารหลากหลาย เช่น เนื้อไก่ ไข่ เต้าหู้ และปลา ซึ่งช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อและภูมิคุ้มกัน Parikh et al.⁽¹⁴⁾ พบว่าโปรตีนจากปลา และไข่ช่วยพัฒนาการของเด็กได้ดี ขณะที่ กัญญา รัชตชัยชนะ และคณะ⁽¹⁵⁾ และ Kaimila และคณะ⁽¹⁶⁾ ระบุว่าการใช้ปลาน้ำจืดและไก่ไม่เพียงเพิ่มโปรตีน แต่ยังลดต้นทุนและเพิ่มการยอมรับของเด็ก การปรับเมนูนี้จึงเน้นทั้งคุณค่าทางโภชนาการ ความคุ้มค่า และความยั่งยืน โดยเลือกใช้

วัตถุประสงค์ที่ทำได้ง่ายในท้องถิ่นและสนับสนุนเศรษฐกิจชุมชน

การปรับเพิ่มปริมาณไขมันจาก 10.39 เป็น 14.5 กรัม และคาร์โบไฮเดรตจาก 133.33 เป็น 177.85 กรัม ในเมนูอาหารกลางวันสำหรับเด็กปฐมวัย ช่วยตอบสนองความต้องการพลังงานที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ พาทีเมาะห์ ลาเต้ และคณะ⁽¹⁷⁾ ชี้ว่าไขมันไม่อิ่มตัวจากน้ำมันพืชและปลา มีบทบาทสำคัญต่อพัฒนาการสมองและระบบประสาท ดังนั้นการพัฒนาเมนูอาหารจึงเน้นการใช้แหล่งไขมันที่มีประโยชน์ เช่น น้ำมันรำข้าวและปลาน้ำจืด ลดการใช้ น้ำมันปาล์มหรือน้ำมันจากสัตว์ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงภาวะไขมันในเลือดสูง⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้ การเพิ่มคาร์โบไฮเดรตจากแหล่งคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้อง มันเทศ และฟักทอง ช่วยให้ร่างกายได้รับพลังงานต่อเนื่องซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการเรียนรู้และกิจกรรมร่างกาย Seal et al.⁽¹⁹⁾ พบว่าคาร์โบไฮเดรตจากธัญพืชเต็มเมล็ดและพืชหัวช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและส่งเสริมระบบย่อยอาหาร นอกจากนี้การบริโภคอาหารที่มีใยอาหารสูงยังช่วยกระตุ้น ระบบขับถ่ายและลดความเสี่ยงของอาการท้องผูก การปรับสมดุลไขมันและคาร์โบไฮเดรตในเมนู ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ยั่งยืน Charoenbut และ Sudatip⁽²⁰⁾ พบว่าการบริโภคไขมันดี และคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนช่วยเพิ่มความสามารถในการจดจำและสมาธิของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ การเลือกใช้อัตถุดิบท้องถิ่น เช่น ข้าวกล้อง ฟักทอง และปลาน้ำจืด ไม่เพียงแต่ช่วยส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมแต่ยังส่งเสริมความยั่งยืนของระบบอาหารในชุมชนอีกด้วย

การเพิ่มวิตามินเอจาก 86.68 RE เป็น 165.32 RE และวิตามินซีจาก 4.58 มิลลิกรัมเป็น

17.74 มิลลิกรัม ผ่านการใช้อัตถุดิบหลากหลาย เช่น ผักสีส้มและเหลือง (แครอท ฟักทอง ตำลึง มะละกอ) และผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง (ฝรั่ง ส้ม แอปเปิ้ล มะม่วง) สอดคล้องกับรายงานของ Luckyto และคณะ⁽²¹⁾ ที่ระบุว่าวิตามินเอช่วยบำรุงสายตา เสริมภูมิคุ้มกัน และลดความเสี่ยงโรคติดเชื้อในเด็ก เช่น โรคทางเดินหายใจ และท้องร่วง ขณะที่วิตามินซีช่วยเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็กและลดความเสี่ยงโลหิตจาง การเพิ่มเมนู เช่น ชูชีพ ฟักทองและสลัดผลไม้ ช่วยเสริมคุณค่าทางโภชนาการ ธาตุเหล็กเพิ่มจาก 0.78 มิลลิกรัมเป็น 2.4 มิลลิกรัม ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง และพัฒนาการด้านการเรียนรู้ ธาตุเหล็กเป็นสารอาหารที่มักขาดในเด็ก ส่งผลต่อความจำและสมาธิ⁽²²⁾ แหล่งอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก เช่น ตับ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ผักใบเขียว (ตำลึง คะน้า) ควรถูกรวมในเมนู เช่น ตับ ผัดผัก และแกงจืดตำลึง พร้อมกับวิตามินซีเพื่อเพิ่มการดูดซึม แคลเซียมเพิ่มจาก 239.1 มิลลิกรัมเป็น 279.7 มิลลิกรัม ผ่านแหล่งอาหาร เช่น นมสด โยเกิร์ต น้ำซूपกระดุก และปลาเล็กปลาน้อย ซึ่งช่วยเสริมสร้างกระดูกและฟัน การได้รับแคลเซียมเพียงพอในวัยเด็ก ช่วยเพิ่มความหนาแน่นของมวลกระดูกและลดความเสี่ยงกระดูกพรุนในอนาคต เมนู เช่น ชูครีมนม ขนมหั้วปังชีสฟักโยเกิร์ต และปลาทอดกรอบ เป็นตัวเลือกที่ช่วยเพิ่มแคลเซียมโดยไม่เพิ่มต้นทุนมาก การปรับปรุงปริมาณสารอาหารรองเหล่านี้ไม่เพียงตอบสนองต่อความต้องการทางโภชนาการของเด็ก แต่ยังช่วยแก้ปัญหาภาวะโภชนาการต่ำในพื้นที่ชนบท โดยเลือกใช้อัตถุดิบที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง หาง่าย และคุ้นเคย เช่น ผัก ผลไม้ ปลา และผลิตภัณฑ์นม ซึ่งช่วยเพิ่มการยอมรับของเด็ก ลดปริมาณอาหารเหลือทิ้ง และสนับสนุนความยั่งยืนของระบบอาหารในชุมชน⁽²³⁾

การเพิ่มปริมาณใยอาหารในเมนูอาหารกลางวันจาก 1.43 กรัม เป็น 3.06 กรัม ส่งผลต่อสุขภาพทางเดินอาหารของเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะการลดปัญหาท้องผูกที่มักพบในเด็กที่ได้รับผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ใยอาหารช่วยเพิ่มปริมาณและความนุ่มของอุจจาระ กระตุ้นการทำงานของลำไส้ และปรับสมดุลจุลินทรีย์ในระบบทางเดินอาหาร⁽²⁴⁾ การปรับเมนูได้เลือกใช้วัตถุดิบที่มีใยอาหารสูง เช่น ฟักทอง แครอท ตำลึง ผักกาดขาว บรอกโคลี และข้าวโพดอ่อน รวมถึงเมนูที่ช่วยเสริมใยอาหาร เช่น แกงจืด ตำลึง ฟักทองนึ่ง และผลไม้สด ได้แก่ ฝรั่งหั่นชิ้นหรือมะละกอสุก ซึ่งนอกจากจะช่วยลดภาวะท้องผูกแล้วยังช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้ในเด็ก นอกจากนี้ ใยอาหารยังช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดความเสี่ยงโรคเรื้อรังในอนาคต Snauwaert และคณะ (2020)⁽²⁵⁾ ชี้ให้เห็นว่าเด็กที่ได้รับใยอาหารเพียงพอมีแนวโน้มระบบขับถ่ายดีขึ้น ลดปัญหาท้องผูกอย่างมีนัยสำคัญ การใช้ข้าวกล้องหรือข้าวไม่ขัดสีแทนข้าวขาวยังเป็นอีกแนวทางที่จะช่วย

สัดส่วนพลังงานจากสารอาหารหลักในเมนูอาหารกลางวันมีแนวโน้มสมดุลขึ้น แม้สัดส่วนพลังงานจากไขมันเพิ่มจาก 30.85% เป็น 31.55% ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์แนะนำที่ไม่เกิน 30% ของพลังงานรวม แต่ผลทางสถิติชี้ว่ายังไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ความแตกต่างนี้อาจมาจากการใช้วัตถุดิบธรรมชาติที่มีไขมันดี เช่น ไข่ ปลา และน้ำมันพืช อย่างไรก็ตาม ควรให้ความสำคัญกับประเภทของไขมันที่ใช้ โดยลดแหล่งไขมันอิ่มตัว เช่น เนยและอาหารทอด และเพิ่มแหล่งไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันรำข้าวและปลาน้ำจืด ซึ่งช่วยพัฒนาสมองและระบบประสาทของเด็ก⁽²⁶⁾ ในส่วนของคาร์โบไฮเดรต สัดส่วนพลังงานเพิ่มจาก 49.04% เป็น 52.04% ซึ่งเข้าใกล้เกณฑ์แนะนำที่

55–60% ของพลังงานรวม การเพิ่มขึ้นนี้มาจากคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้อง มันเทศ และฟักทอง ซึ่งเป็นวัตถุดิบพื้นฐานที่หาได้ง่ายและช่วยรักษาระดับน้ำตาลในเลือด ให้พลังงานที่ยั่งยืนสำหรับกิจกรรมระหว่าง⁽²⁷⁾

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดหลักที่ควรพิจารณา ได้แก่ การเก็บข้อมูลที่ดำเนินการครบปีการศึกษา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลง เด็กบางรายเลื่อนชั้นออกจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและมีเด็กใหม่เข้ามาแทน ทำให้การเปรียบเทียบพัฒนาการด้านโภชนาการก่อนและหลังการปรับเมนูไม่สมบูรณ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ใช่ชุดเดิมทั้งหมด นอกจากนี้ ผลการวิจัยอาจไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในทุกพื้นที่ เนื่องจากบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการเลือกใช้วัตถุดิบและพฤติกรรมกรรมการบริโภค อีกทั้งการจัดหาและใช้วัตถุดิบตามเมนูที่ปรับปรุงแล้วอาจเผชิญข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากร โดยเฉพาะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ซึ่งอาจกระทบต่อความยั่งยืนของการดำเนินโครงการในระยะยาว

ข้อเสนอแนะของการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ขยายผลการนำเมนูอาหารที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพื้นที่อื่น โดยคำนึงถึง ความเหมาะสมของวัตถุดิบท้องถิ่น สภาพเศรษฐกิจของชุมชน และงบประมาณที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถปรับใช้ได้อย่างยั่งยืน

2. ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม สำหรับการสนับสนุนอาหารกลาง

วันที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการสูง

3. พัฒนาโปรแกรมการอบรมครูพี่เลี้ยงและผู้ประกอบอาหารเกี่ยวกับโภชนาการและการวางแผนเมนูอาหาร เพื่อเพิ่มศักยภาพในการ จัดการอาหาร กลางวันที่เหมาะสม และเสริมสร้างความรู้ด้านโภชนาการในระยะยาว

4. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรมีการติดตามผลระยะยาว โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้านพัฒนาการทางโภชนาการ สุขภาพ และพฤติกรรมกรมการบริโภคของเด็ก เพื่อปรับปรุงและพัฒนาเมนูอาหารให้มีประสิทธิภาพต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาผลของการปรับเมนู อาหารต่อโภชนาการ สุขภาพ และสมรรถภาพทางกายในช่วง 1-2 ปี

2. วิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนของการปรับเมนูอาหาร เพื่อตรวจสอบความคุ้มค่าสำหรับการขยายผลไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพื้นที่อื่น

3. ขยายการวิจัยไปยังพื้นที่ที่มีบริบททางเศรษฐกิจและวัฒนธรรมแตกต่างกัน เพื่อพัฒนาแนวทางการปรับเมนูอาหารที่สามารถประยุกต์ใช้ได้เป็นอย่างดีในบริบทที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัย ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ (ก.พ.ป.). มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ วันที่ 2 มกราคม 2562. ใน: เอกสารประกอบการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ; 2562 ก.พ. 7; กรุงเทพฯ. กรุงเทพฯ: กลุ่มพัฒนาการศึกษาปฐมวัย สำนักมาตรฐานการศึกษาและพัฒนาระียนรู้ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา; 2562.
2. สิริณาส นิมนาสาย, สมเดช สิทธิพงศ์ทิพยากร. หลักการ แนวคิดและแนวทางการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามมาตรฐานการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารราชภัฏเพชรบูรณ์. 2565;24(1):1-7.
3. Saavedra JM, Dattilo AM. Nutrition in the first 1000 days of life: society's greatest opportunity. In: Preedy VR, editor. Early nutrition and long-term health. Cambridge: Woodhead Publishing; 2022. p. 3-25.
4. Roberts M, Tolar-Peterson T, Reynolds A, Wall C, Reeder N, Rico Mendez G. The effects of nutritional interventions on the cognitive development of preschool-age children: a systematic review. Nutrients. 2022;14(3):532.
5. สำนักโภชนาการ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. ตำรับอาหารสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย อายุ 1-5 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัททำด้วยใจจำกัด; 2564.

6. กองส่งเสริมและพัฒนาการจัดการศึกษาท้องถิ่น, กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, กระทรวงมหาดไทย. แนวทางการดำเนินงานโครงการอาหารกลางวันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น; 2565.
7. กระทรวงมหาดไทย. มติคณะรัฐมนตรี เรื่อง ขอบรับเพิ่มค่าอาหารกลางวันของนักเรียน (หนังสือที่ มท 0816.2/ว9433 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2565). กระทรวงมหาดไทย; 2565.
8. Chaokromthong K, Sintao N. Sample size estimation using Yamane and Cochran and Krejcie and Morgan and Green formulas and Cohen statistical power analysis by G*Power and comparisons. *Apehit Int J Interdiscip Soc Sci Technol*. 2021;10(2):76-86.
9. ขนัญฉนันท์ บิดิการพวงเพชร, พิกุล สายดวง, พรชนม์มินทร์ กอลแก้ว. การศึกษาความหลากหลายของอาหารหมักดองอาหารพื้นบ้านกับความมั่นคงทางอาหารบริเวณชุมชนริมฝั่งแม่น้ำโขงตอนล่างของประเทศไทย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มจร.อุบลราชธานี*. 2560;8(2).
10. วาสินี นิชสุภา, ฉลวย สมาริวิ. ผลการจัดกิจกรรมประกอบอาหารประเภทขนมไทยที่มีต่อการส่งเสริมทักษะการควบคุมตนเองของเด็กปฐมวัย. *วารสารวิชาการ มจร.เพชรบุรี*. 2562;9(2).
11. Nepfumbada G, Dzinamaria T, Mashamba-Thompson TP. Development of an acceptable indigenous food diet for PEDI children under five years in early childhood development centers in rural Limpopo, South Africa. *Arch Public Health*. 2021;79: 1-8.
12. อนาวิน ภัทรภาคินวรากุล. ตำรับอาหารกลางวันสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน โรงเรียนสาธิต มจร. เชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*. 2566;9(2).
13. Neumann C, Harris DM, Rogers LM. Contribution of animal source foods in improving diet quality and function in children in the developing world. *Nutr Res*. 2002;22(1-2):193-220.
14. Parikh P, Belardo A, Klemm R, et al. Animal source foods, rich in essential amino acids, are important for linear growth and development of young children in low- and middle-income countries. *Matern Child Nutr*. 2022;18(1):e13264.
15. ภัฏญา รัชตชัยชนะ, บานทิพย์ นิมเขียน, สุภัทธา กล้าสกุล, ประภาศ ชมชูทอง. การพัฒนาผลิตภัณฑ์ไส้กรอกปลาอิมัลชันจากปลาน้ำจืด. *วารสารเกษตรศาสตร์และเทคโนโลยี มทร.อีสาน*. 2567;5(2).
16. Kaimila Y, Divala O, Agapova SE, et al. Consumption of animal-source protein is associated with improved height-for-age z scores in rural Malawian children aged 12–36 months. *Nutrients*. 2019;11(2):480.
17. พาตีเมาะห์ ลาเตะ, ซูโรพะห์ เส้นสนา, ซูพียะห์ สุหลง, เสาวนีย์ ไปชานบุตร. ผลของการบริโภคไขมันทรานส์และแนวทางการบริโภคอาหารที่ปลอดภัยจากไขมันทรานส์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2564;30 (ฉบับเพิ่มเติม 2).
18. ชุติมา ลิ้มมัทวาภิรัตน์, สนทยา ลิ้มมัทวาภิรัตน์. องค์ประกอบทางเคมี ฤทธิ์ทางชีวภาพ และการประยุกต์ใช้ทางการแพทย์ของน้ำมันพืช. *วารสารวิทยาศาสตร์เกษตรกรรมไทย*. 2555;7(1):89-106.

19. Seal CJ, Courtin CM, Venema K, de Vries J. Health benefits of whole grain: Effects on dietary carbohydrate quality, the gut microbiome, and consequences of processing. *Compr Rev FoodSci Food Saf.* 2021;20(3):2742-2768.
20. Charoenbut P, Sudatip D. Engaging the community childcare centers to achieve nutritious menu plan and vegetable intake promotion for preschoolers in Ubon Ratchathani. *Curr Dev Nutr.* 2022; 6:554.
21. Luckyto RAB, Madiha SNZ, Ibrahim MN, et al. Analysis of the urgency of vitamin A consumption on the growth and development of toddlers. *Proc Int Conf Halal Food Health Nutr.* 2024;2(1):144-154.
22. Soliman A, De Sanctis V, Alaraj N, Ahmed S, Alyafei F, Hamed N, et al. Early and long-term consequences of nutritional stunting: from childhood to adulthood. *Acta Biomed.* 2021;92(1):e2021025.
23. วชิรินทร์ วงษาหลง, มโนไทย วงษาหลง. การเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก: แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงการเกิดโรคกระดูกพรุน. ว.ศุณย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2563;14(35).
24. ปรียานุช นารลสิทธิ์, สุวรรณ จันท์ประเสริฐ, นิสากร กรุงไกรเพชร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2562;35(2):129-143.
25. Snauwaert E, Pagialonga F, Vande Walle J, Wan M, Desloovere A, Polderman N, et al. The benefits of dietary fiber: the gastrointestinal tract and beyond. *Pediatr Nephrol.* 2023;38(9):2929-2938.
26. ธนสันต์ ชัยพรหมบุตร. ผลของการให้วิตามินรวมและนมกล่องต่อน้ำหนักตัวและส่วนสูงของเด็กชั้น ป.1-ป.6 ที่มีภาวะโภชนาการต่ำ โรงเรียนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้าน สุขภาพศรีสะเกษ. 2566;2(3):67-75.
27. ธนพันธุ์ ไชยชนะ, กุลชญา ลอยหา, จำลอง วงษ์ประเสริฐ. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมน้ำหนักของเด็กที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6. วารสาร มจร. อุบลปริทรรศน์. 2563;5(3):303-314.

ข้อแนะนำในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน

วารสารวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา (Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health) จัดทำโดยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ยินดีรับบทความวิชาการ บทความวิจัย การจัดการความรู้ นวัตกรรม ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตลอดจนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยทั่วไป รวมทั้งเทคโนโลยีที่สนับสนุนทางการบริการสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โภชนาการ กิจกรรมทางกาย และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการของ บุคลากรด้านสาธารณสุขและทางการแพทย์ นักวิจัย นักศึกษา รวมถึงประชาชน และผู้สนใจทั่วไป ที่ประสงค์ตีพิมพ์เผยแพร่บทความต้นฉบับที่จะตีพิมพ์ โดยกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบ ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ แก้ไขและปรับปรุง 2-3 ท่าน

วารสารจัดทำปีละ 2 ฉบับ โดยกำหนดการออกวารสารฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม – มิถุนายน ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม เพื่อให้การตีพิมพ์วารสารเป็นไปตามมาตรฐานและมีรูปแบบเดียวกัน กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับ วันที่ การรับรองตีพิมพ์จากบรรณาธิการ และคำแนะนำในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์วารสาร ดังนี้

ประเภทของบทความ

1. **บทความวิจัย (Research Article)** เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนซึ่งยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปราย ข้อเสนอแนะและเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปเอกสารอ้างอิงก็ได้

2. **บทความวิชาการ (Academic Article)** ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ การจัดการความรู้ นวัตกรรม การรวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ โดยเรียบเรียงจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้โรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง

3. **รายงานผู้ป่วย (Case report)** เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ค่อยพบได้บ่อย หรือไม่เคยพบมาก่อน ประกอบด้วย บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

4. **บทความพิเศษ (special article)** เป็นบทความประเภทกึ่งบทความวิชาการทั่วไป กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ

การเตรียมต้นฉบับ

1. **ต้นฉบับภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ** องค์กรประกอบต่าง ๆ ของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการให้ทำตามคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับนี้ บทความส่วนที่เป็นภาษาอังกฤษ ควรให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษตรวจสอบความถูกต้องด้านการใช้ภาษาก่อน

2. **การพิมพ์** ให้จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word โดยจัดหน้ากระดาษ ขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) ตั้งค่าหน้ากระดาษสำหรับการพิมพ์ห่างจากขอบบนกระดาษ 1 นิ้ว (1.25 นิ้ว เฉพาะหน้าแรก) ขอบล่าง 0.8 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 0.8 นิ้ว จัดสองคอลัมน์ (ยกเว้นบทความคัดย่อภาษาไทย บทความคัดย่อภาษาอังกฤษ

และเอกสารอ้างอิงให้จัดหนึ่งคอลัมน์) ความกว้างคอลัมน์ 2.98 นิ้ว ระยะห่างระหว่างคอลัมน์ 0.25 นิ้ว ใส่หมายเลขหน้ากำกับอยู่ด้านบนขวาทุกหน้า

3. รูปแบบตัวอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษรทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษใช้ขนาดเดียวกัน ดังนี้

- 1) ชื่อเรื่องใช้ตัวอักษรขนาด 18 pt. ตัวหนา
- 2) ชื่อผู้นิพนธ์บทความใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวปกติ
- 3) ชื่อหน่วยงานที่สังกัด และตำแหน่งทางวิชาการของผู้นิพนธ์บทความ (ถ้ามี) ใช้ตัวอักษรขนาด 14 pt.
- 4) หัวข้อหลักใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวหนา หัวข้อรองใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวหนา
- 5) เนื้อหาทุกส่วนใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวปกติ
- 6) ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรขนาด 14 pt

4 จำนวนหน้า ไม่ควรเกิน 16 หน้า รวมตาราง รูปภาพ และเอกสารอ้างอิง

5 ตาราง รูปภาพ ภาพลายเส้น แผนภูมิ และกราฟ หากมีขนาดเล็กให้แทรกไว้ในเนื้อหาที่จัดเป็น 2 คอลัมน์ หากมีขนาดใหญ่ให้จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ผู้นิพนธ์บทความคัดเลือกเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น เรียงลำดับให้สอดคล้องกับเนื้อเรื่อง ชื่อตารางให้อยู่ด้านบนของตาราง ส่วนชื่อรูปภาพแผนภูมิ และกราฟให้อยู่ด้านล่าง พร้อมทั้งคำอธิบายสั้น ๆ ที่สื่อความหมายได้สาระครบถ้วน

6 การส่งต้นฉบับ ให้ส่งบทความต้นฉบับ (ในรูปแบบไฟล์ word) พร้อมแบบนำเสนอบทความเพื่อตีพิมพ์และหนังสือรับรองก่อนการตีพิมพ์ ทางระบบจัดการวารสารออนไลน์ (ThaiJo) ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth>

ส่วนประกอบของบทความ

1. ชื่อเรื่อง (Title) ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช่คำย่อ

2. ชื่อผู้นิพนธ์บทความ (Authors and co-authors) ใช้ชื่อและนามสกุลเต็มทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับภาษาอังกฤษใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อตัวและนามสกุล ไม่ระบุคำหน้า และตำแหน่งทางวิชาการไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษต่อจาก ชื่อเรื่อง หาก ถ้ามีผู้นิพนธ์หลายคนให้ใช้หมายเลข ¹ หรือ ² กำกับไว้ท้ายชื่อตามจำนวนผู้นิพนธ์

3. สังกัดผู้นิพนธ์บทความ (Affiliation) ใส่ชื่อหน่วยงานที่สังกัดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเรียงลำดับตั้งแต่หน่วยงานระดับต้นไปจนถึงหน่วยงานหลักต่อจากชื่อผู้นิพนธ์บทความ และใส่สถานะของผู้นิพนธ์โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ที่เชิงอรรถของหน้าแรก กรณีเป็นนักศึกษาให้ระบุระดับการศึกษา ชื่อหลักสูตร สาขาวิชา และสถาบันการศึกษา

4. บทคัดย่อ (Abstract) บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 500 คำ และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ลำดับบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนตามด้วยบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

5. คำสำคัญ (Keywords) ให้เขียนทั้งคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แต่ละชุดไม่เกิน 5 คำ โดยให้ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา

6. เนื้อหาในบทความ (Main texts)

6.1 บทความวิจัย (Research articles) ประกอบด้วย

6.1.1 บทนำ (Introduction) นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา การวิจัยรวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย

6.1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives) นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษาค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย

6.1.3 สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

6.1.4 วิธีดำเนินการวิจัย (Research methodology) นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษาเอกสาร การทดลอง เป็นต้น

6.1.5 ประชากร (Population) นำเสนอคุณลักษณะและจำนวนให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด

6.1.6 กลุ่มตัวอย่าง (Sample) นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง

6.1.7 เครื่องมือการวิจัย (Research instrument) นำเสนอชนิดของเครื่องมือ วิธีการสร้าง การทดลองใช้ (Try out) และการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย

6.1.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection) นำเสนอวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล

6.1.9 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

6.1.10 ผลการวิจัย (Results) นำเสนอรายงานผลการวิจัยจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การวิจัย ควรอธิบายผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขวากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการวิจัยให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้นๆ กระชับ

6.1.11 สรุปผลการวิจัย (Conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย

6.1.12 การอภิปรายผลการวิจัย (Discussion) เป็นการนำเสนอความเห็นว่าการวิจัยสอดคล้องหรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐานทางทฤษฎีหรือผลงานวิจัยอะไรที่มาสสนับสนุน

6.1.13 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้ (Suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง ตลอดจนข้อเสนอแนะให้ผู้ที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกันทราบว่าควรศึกษาในประเด็นปัญหาหรือ ตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือข้อสรุป ที่สมบูรณ์

6.2 บทความวิชาการ (Academic Article) : ประกอบด้วย

6.2.1 บทนำ (Introduction) กล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่น่าเสนอ ก่อนเข้าสู่เนื้อเรื่อง

6.2.2 เนื้อเรื่อง (Body) นำเสนอให้เห็นถึงปรากฏการณ์หรือองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นในวงวิชาการ ที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของเหตุที่นำไปสู่ผล (causal relationship) การอ้างอิงข้อมูลต่าง ๆ และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ทางวิชาการ ซึ่งได้จากการศึกษาค้นคว้าและจากประสบการณ์ของ ผู้นิพนธ์บทความ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

6.2.3 บทสรุป (Conclusion) สรุปประเด็นสำคัญ จากเนื้อเรื่องให้สั้น กระชับได้เนื้อหาสาระครบถ้วนของบทความ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไร สามารถนำไปใช้อะไรได้บ้าง หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป

6.3 รายงานผู้ป่วย (Case report) : ประกอบด้วย

6.3.1 บทคัดย่อ (abstract) บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 500 คำ และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ลำดับบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนตามด้วยบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

6.3.2 บทนำ (introduction) นำเสนอความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการศึกษา

6.3.3 รายงานผู้ป่วย (Case report) เขียนบททวนเฉพาะประเด็นที่น่าสนใจ ไม่ว่าจะ เป็นในด้านการวินิจฉัยโรค ปัจจัยเสี่ยง หรือสาเหตุของโรค ความสัมพันธ์กับภาวะบางอย่างที่ ลักษณะคลินิกที่หายาก เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวต้องแตกต่างเป็นพิเศษจากรายงานผู้ป่วยรายอื่นที่เคยรายงานก่อนหน้านี้ และ ยังไม่เคยกล่าวถึงในตำราวิชาการมาตรฐาน

6.3.4 บทวิจารณ์ (Discussions) นำเสนอรายงานผลการศึกษาคำวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การศึกษาวรรออธิบายผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการศึกษาให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้นๆ กระชับ

6.3.5 บทสรุป (Conclusion) สรุปประเด็นสำคัญ จากเนื้อเรื่องให้สั้น กระชับได้เนื้อหาสาระครบถ้วนของบทความ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไร สามารถนำไปใช้อะไรได้บ้าง หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป

6.4 บทความพิเศษ (special article) อนุโลมตามผู้เขียน แต่ให้มีขอบข่ายรูปแบบการเขียนคล้ายกับบทความวิชาการทั่วไป

7 เอกสารอ้างอิง (Reference) ให้ระบุเฉพาะเอกสารที่ผู้นิพนธ์บทความได้นำมาอ้างอิงในบทความอย่างครบถ้วน

การอ้างอิงเอกสาร

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
2. การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ โดยใส่หัวเลขไว้ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ได้หมายเลขเดิม สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหา

หลักเกณฑ์การอ้างอิงให้ใช้ระบบ Vancouver

1. รูปแบบการอ้างอิงในเรื่องเรื่องผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ตัวอย่างให้ใช้ระบบเรียงเลขลำดับตามตำแหน่งเอกสารในเอกสารอ้างอิง เนื้อความที่นำมาอ้างอิงตามด้วยเลขลำดับในเอกสารอ้างอิง เช่น การปลูกต้นไม้สามารถชะลอภาวะโลกร้อนได้ 90⁽¹⁾
2. รูปแบบการอ้างอิงเอกสาร กรณีผู้เขียนมากกว่า 3 คน ให้ใส่ชื่อเฉพาะ 3 คน แรก ตามด้วย “และคนอื่นๆ” (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journal Indexed in Index Medicus ใส่ เลขหน้าเริ่มต้นถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร โดยไม่ต้องเขียนเลขหน้าที่ ซ้ำกัน เช่น 61-9

ตัวอย่างอ้างอิง ลงลำดับเลขก่อนที่จะทำเอกสารอ้างอิง

วารสาร

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่ (Year).//เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร(Volume/(No).//หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page). เช่น

1. สุขคนธา บัฒมสิงห์ฯ. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต่อกระจกโดยใช้คลื่นความถี่สูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2542; 8 : 517-25.
1. Borland R, Chapman S, Owen N, et al. Effects of workplace smoking bans on cigarette Consumption. Am J Public Health 1990; 80: 178-80.

หนังสือ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อหนังสือ(Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition).//สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year) เช่น

1. ไพบูลย์ เหล่าสุวรรณ. หลักพันธุศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2535. Borenstein M, Hedges LV, Higgins J P. T, et al. Introduction to Meta-Analysis. West Sussex, United Kingdom : Wiley; 2009.

วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์.//ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา เช่น

1. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง[วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

1. Nitising C. Relationship between maternal self-efficacy, social support and maternal depression among Thai adult mothers with children under one year old.

[M.P.H.M Thesis in Primary Health Care Management]. Nakhonpathom: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2008.

บทความที่ตีพิมพ์ใน Website

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal).//ประเภทของสื่อ/วัสดุ.//ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/screen]//เข้าถึงได้จาก/ Available from : URL://http://.....เช่น

1. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายงานอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์.[ออนไลน์].(ม.ป.ท.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551]. เข้าถึงได้จาก<http://161.20096.214/guide/Vancouver.pdf>

1. Kirk O. Encyclopedia of chemical technology [Online]. 3rd ed. New York: John Wiley; 1984, Available from: DIAGLOG Information Services, Palo Alto (CA) [Accessed 2009 Aug 28].

การรับเรื่องต้นฉบับ

1. เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
2. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
3. เรื่องที่ได้รับพิจารณาพิมพ์เผยแพร่ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน เรื่องละ 3 ฉบับ

(ตัวอย่างรูปแบบ บทความวิจัย)

ชื่อบทความภาษาไทย

CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.

ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่¹ *, ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่² และ ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่³
Name Last name¹, Name Last name² and Name Last name³

สังกัด^{1, 2, 3}

Affiliation^{1, 2, 3}

*Corresponding author E-mail: พิมพ์อีเมลของผู้ติดต่อหลักตรงนี้

บทคัดย่อ

บทคัดย่อภาษาไทย ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้วไม่เกิน 500 คำ

คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

ABSTRACT

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้ว ไม่เกิน 300 คำ

KEYWORDS: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

บทนำ

(Introduction) นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย รวมถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ พร้อมทั้งอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

(Objectives) นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษาค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

สมมุติฐานการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology) นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษา เอกสาร การทดลอง เป็นต้น สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

ประชากร

ประชากร (Population) นำเสนอคุณลักษณะและจำนวนให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย (Research instrument) นำเสนอชนิดของเครื่องมือ วิธีการสร้าง การทดลองใช้ (Try out) และการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย (Results) นำเสนอรายงานผลการวิจัยจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่าง ชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การวิจัย ควรอธิบายผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็น หลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหา พร้อมอธิบายผลการวิจัยให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้น ๆ กระชับ โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย (Conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย โดยใช้ ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย (Discussion) เป็นการนำเสนอความเห็นว่าคุณผลการวิจัยสอดคล้องหรือ แตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐานทางทฤษฎีหรือ ผลงานวิจัยอะไรที่มาสสนับสนุน โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้ (Suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ ประโยชน์อะไรได้บ้าง โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป เป็นข้อเสนอแนะให้ผู้ที่ทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกัน ทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหาหรือตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือข้อสรุปที่สมบูรณ์ โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

เอกสารอ้างอิง

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่ (Year)/;/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร(Volume/(No):/หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page).

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อหนังสือ(Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition).//สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year)

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์.//ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/screen]//เข้าถึงได้จาก/ Available from : URL://http://.....

(ตัวอย่างรูปแบบ บทความวิชาการ/บทความพิเศษ)

ชื่อบทความภาษาไทย

CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.

ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่¹ *, ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่² และ ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่³
Name Last name¹, Name Last name² and Name Last name³

สังกัด 1, 2, 3

Affiliation1, 2, 3

*Corresponding author E-mail: พิมพ์อีเมลของผู้ติดต่อหลักตรงนี้

บทคัดย่อ

บทคัดย่อภาษาไทย ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของบทความวิชาการ/บทความพิเศษ ครอบคลุม ปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัยโดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 16 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้ว ไม่เกิน 500 คำ

คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

ABSTRACT

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้ว ไม่เกิน 300 คำ

KEYWORDS: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

บทนำ

(Introduction) นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย รวมถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการศึกษา โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ พร้อมทั้งอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

เนื้อหา

(Content) นำเสนอผลการศึกษาจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์ ควรอธิบายผลการศึกษาด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการวิจัยให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้น ๆ กระชับ โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

สรุปผล

(Conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่ โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

เอกสารอ้างอิง

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่ (Year);/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร(Volume/(No)/:/หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page).

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อหนังสือ(Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition).//สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year)

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์.//ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/screen]//เข้าถึงได้จาก/ Available from : URL://http://.....

(ตัวอย่างรูปแบบ รายงานผู้ป่วย)

ชื่อบทความภาษาไทย

CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.

ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่¹ *, ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่² และ ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่³

Name Last name¹, Name Last name² and Name Last name³

สังกัด^{1, 2, 3}

Affiliation^{1, 2, 3}

*Corresponding author E-mail: พิมพ์อีเมลของผู้ติดต่อหลักตรงนี้

บทคัดย่อ

บทคัดย่อภาษาไทย ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 16 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้วไม่เกิน 500 คำ

คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

ABSTRACT

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้วไม่เกิน 300 คำ

KEYWORDS: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

บทนำ

(Introduction) นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย รวมถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSKขนาด 16 พอยต์ พร้อมทั้งอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSKขนาด 14 พอยต์

วัตถุประสงค์

(Objectives) นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษาค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

วิธีดำเนินการ

วิธีดำเนินการ (Methodology) นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษาเอกสาร การทดลอง เป็นต้น สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

ประชากร

ประชากร (Population) นำเสนอคุณลักษณะและจำนวนให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย (Research instrument) นำเสนอชนิดของเครื่องมือ วิธีการสร้าง การทดลองใช้ (Try out) และการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

รายงานผู้ป่วย

(Case report) นำเสนอรายงานผลการจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ทบทวนเฉพาะประเด็นที่น่าสนใจ ไม่ว่าจะเป็นในด้านการวินิจฉัยโรค ปัจจัยเสี่ยง หรือสาเหตุของโรค ความสัมพันธ์กับภาวะบางอย่างที่ลักษณะคลินิกที่หายาก เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวต้องแตกต่างเป็นพิเศษจากรายงานผู้ป่วยรายอื่นที่เคยรายงานก่อนหน้านี้ และ ยังไม่เคยกล่าวถึงในตำราวิชาการมาตรฐาน ค ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้น ๆ กระชับ โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

บทวิจารณ์

(Discussion) เป็นการนำเสนอความเห็นว่าคุณผลสอดคล้องหรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐานทางทฤษฎีหรือผลงานวิจัยอะไรที่มาสสนับสนุน โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

สรุปผล

(Conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้ (Suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSKขนาด 14 พอยต์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป เป็นข้อเสนอแนะให้ผู้ที่ทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกันทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหาหรือตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือข้อสรุปที่สมบูรณ์ โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 14 พอยต์

เอกสารอ้างอิง

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่ (Year);/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร(Volume/(No)/:/หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page).

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อหนังสือ(Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition).//สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year)

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์.//ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/screen]//เข้าถึงได้จาก/ Available from : URL://http://.....

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ใน
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วันที่ส่งบทความ

ชื่อ – สกุล ผู้เขียนบทความ

ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน

ขอส่งบทความประเภท.....

ชื่อเรื่อง(ไทย).....

ชื่อเรื่อง(อังกฤษ).....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก..... หมู่ที่..... ซอย

ถนน..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร.....E-mail:

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง

บทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อ

พิจารณาลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสาร
การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ลงนาม

(.....)

หนังสือรับรองก่อนการตีพิมพ์บทความ
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

เรียน บรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

ตามที่ข้าพเจ้า.....

ได้ส่งบทความเรื่อง.....

เพื่อตีพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และกองบรรณาธิการได้รับพิจารณาบทความของข้าพเจ้าเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม (ถ้ามี) ขอรับรองว่า บทความที่เสนอนี้ยังไม่เคยได้รับการตีพิมพ์หรือไม่ได้อยู่ระหว่างกระบวนการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารหรือแหล่งตีพิมพ์อื่นใด หรือได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม ยอมรับนโยบายการพิจารณาตีพิมพ์ผลงานของ วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ทั้งยินยอมให้กองบรรณาธิการมีสิทธิพิจารณาและตรวจแก้ต้นฉบับได้ตามที่เห็นสมควร พร้อมทั้งขอมอบลิขสิทธิ์บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ให้แก่ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ หากมีการฟ้องร้องเรื่องการละเมิดลิขสิทธิ์เกี่ยวกับภาพ แผนภูมิ ข้อความส่วนใดส่วนหนึ่ง และ/หรือข้อคิดเห็นที่ปรากฏในบทความ ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม ยินยอมรับผิดชอบแต่เพียงฝ่ายเดียว

หาก กองบรรณาธิการวารสาร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ตรวจพบว่าคำรับรองดังกล่าวไม่เป็นความจริง รวมทั้งหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามนโยบายการพิจารณาตีพิมพ์ผลงานของวารสารบัณฑิตวิจัย กองบรรณาธิการ มีสิทธิ์ยกเลิกบทความของข้าพเจ้าออกจาก วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้า และข้าพเจ้าขอรับรองและยินยอมปฏิบัติตามข้อตกลงดังกล่าวข้างต้น พร้อมทั้งลงนามรับรองไว้ที่ข้างท้ายของหนังสือรับรองฉบับนี้

ลงนามผู้นิพนธ์หลัก (คนที่ 1)

ลงนามผู้นิพนธ์ร่วม (คนที่ 2)

.....
(.....)
...../...../.....

.....
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ: ให้ผู้นิพนธ์หลักและผู้นิพนธ์ร่วมลงนามให้ครบทุกท่าน หากมีผู้นิพนธ์มากกว่า 2 ท่าน สามารถเพิ่มเติมรายชื่อผู้ลงนามข้างท้ายได้ ตามจำนวนผู้นิพนธ์บทความทั้งหมด