



2568

ปีที่ 15

ฉบับที่ 2

กรกฎาคม - ธันวาคม

Vol 15 No 2

July - December

วารสารสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ
และอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
Promotion & Environmental Health Lanna Journal of Health



ISSN: 2822-0471 (Online)

ISSN: 2228-9410 (Print)

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยทั่วไป รวมทั้งเทคโนโลยีที่สนับสนุนทางการบริการสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โภชนาการ กิจกรรมทางกาย และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์นิธิรัตน์ บุญตานนท์
นายแพทย์สุรพันธ์ แสงสว่าง

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงสิดาพัฒน์ ยุตบุตร

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

รองบรรณาธิการ

ทันตแพทย์อรรถพล ปัญญาญู

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

กองบรรณาธิการ

ดร.นายแพทย์ศุภฤกษ์ สีรุ่งเรือง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์จริยาพร ศรีสว่าง
รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี
ดร.ชิตชนก เรือนก้อน
ดร.ปลื้มจิตร โชติทะ
ดร.กาญจนา ปินตาคำ
รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญประภา ศิริโรจน์
ศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ วัชรราช
ดร.นารถดา ชันธิกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนนท์ วิสุทธิชนานนท์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศกร จันทราช
นางปิยพร เสาร์สาร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพิ่มศักดิ์ สุริยะจันทร์
นางนงค์เยาว์ แสงคำ
แพทย์หญิงโชติรส พันธุ์พงษ์
แพทย์หญิงภคมน เชาว์ศิลป์
ดร.นณภัทธ ธีระวรรณะสิริ
ดร.กฤษณา กาเผือก
นางสาวชญญา อนุเคราะห์

สถาบันเวชศาสตร์วิถีชีวิต กรมอนามัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่
สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เชียงราย
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะนวัตกรรมเทคโนโลยี
นักวิชาการอิสระ ด้านส่งเสริมสุขภาพ
นักวิชาการอิสระ ด้านกิจกรรมทางกาย
นักวิชาการอิสระ ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



นางสาวอนุสร กัณธา
นางสาววัชรา ศิริกุลเสถียร

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

คณะกรรมการ

นางสาวพินทรพีจณ์ พรหมเสน
นายกฤษณะ จตุรงค์ศรี
นางพชรา คำฟู
นางสาวกมลชนก เขตต์ว้าง
นางสาวอำภาพร ผิวอ่อน

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
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 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2568

บทความวิจัย	หน้า
▪ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการรักษา ในโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน <i>นันทิกา พริบไหว</i>	1 – 12
▪ การพัฒนารูปแบบระบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 <i>อภิสฐวรา สำแดงสุข, นิราช นอร์ตัน</i>	21 – 34
▪ ผลการฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นทรายกับพื้นหญ้าต่อความสามารถการกระโดดสูงจากพื้นของนักกีฬาโอลิมปิกสมัครระดับมัธยมศึกษา <i>ณัฐวัฒน์ ยิ้มสวัสดิ์, ภัทรพร สิริเลิศพิศาล</i>	35 – 47
▪ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา <i>นิตติ ชะบำรุง, วัฒนรัตน์ คุณาพันธ์</i>	49 – 62
▪ ประสิทธิภาพของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน <i>กิตติกาญจน์ ปัญญาวัฒน์</i>	63 – 75
▪ ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลลำพูน <i>อังคณา คำฟู</i>	76 – 89
▪ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในเขตชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงใหม่ <i>จตุพงษ์ พันธุ์วิไล, ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ปวีณริศา ทาใจ, บุรินทร์ ศรีศัลักษณ์, อัญพัชญ์ วิวัฒน์กมลชัย</i>	90 – 103
▪ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้และการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 1 <i>พัชรี ร้าไพ, วริษฐา พุ่มทอง</i>	104 – 115
▪ ความสัมพันธ์ระหว่าง อุณหภูมิ/ปริมาณฝน กับ จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก โรคพิษจากเห็ด โรคเมลิออยโดสิส และโรคฉี่หนูในจังหวัดเพชรบูรณ์ <i>ฉัตรสิริ ฉัตรภูติ, กาญจนา อาชีพ และ วัฒนา ชยธวัช</i>	116 – 127
▪ ผลของโปรแกรมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล ความปวด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามตลูกทางหน้าท้อง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลลำพูน <i>ธัญญ์วรรณ อินทรจักร</i>	28 – 139
▪ การพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลร่องกวาง จังหวัดแพร่ <i>จินนา รสเข้ม, ศรีรัตน์ อินถา, จินตนา เหลี่ยมศรี</i>	140 – 154

- ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน ผ่านเครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์ต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ 155 – 166
บุญรักษา ญาณสาร
 - โลหิตจางกับทุพโภชนาการ 13 – 20
ยุทธนา หมั่นดี, สุรสิทธิ์ บุพชาติ, ปวเรศ ปัญญาใจ
- บทความวิชาการทั่วไป/บทความวิชาการพิเศษ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ รักษา ในโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน

Factors Influencing Self-Care Behaviors in Hypertension Patient, Wiang Sa Hospital, Nan Province.

นันทิกา พริบไหว

Nantika Pribwai

โรงพยาบาลเวียงสา

Wiang Sa Hospital

Corresponding author, E-mail: imnantika@gmail.com

(Revised: March 9, 2025; Revised March 21, 2025; Accepted: July 20, 2025)

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก หากควบคุมไม่ได้ อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ 2) ปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน จำนวน 300 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่าที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73-0.97 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบ Stepwise

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 3.43, SD = 0.56) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว (β = 0.608, p-value < 0.001) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (β = 0.182, p-value < 0.001) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (β = 0.142, p-value = 0.001) การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (β = 0.083, p-value = 0.031) ตามลำดับ และมีสมการทำนายจากคะแนนดิบ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง = 4.519 + 0.657 (การสนับสนุนจากครอบครัว) + 0.140 (การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม) + 0.110 (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ) + 0.153 (การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง) ผลการวิจัยเสนอให้พัฒนาระบบสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย พร้อมศึกษาปัจจัยวัฒนธรรมท้องถิ่นในงานวิจัยครั้งต่อไป

คำสำคัญ : โรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Abstract

Hypertension is a chronic condition that has a major impact on the health and quality of life of patients. If left uncontrolled, it can lead to severe complications such as cardiovascular diseases and stroke. This cross-sectional analytic study aimed to examine (1) the level of self-care behaviors and (2) the factors influencing self-care behaviors among patients with hypertension at Wiang Sa Hospital, Nan Province. The sample consisted of 300 hypertensive patients receiving services at Wiang Sa Hospital, selected through systematic sampling. Data was collected using questionnaires with a reliability coefficient ranging from 0.73 to 0.97. Data analysis was performed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the participants demonstrated a high level of self-care behavior. The results showed that the participants had a high level of self-care behaviors ($\bar{x} = 3.43$, $SD = 0.56$). Statistically significant factors influencing self-care behaviors at the 0.05 level included family support ($\beta = 0.608$, $p\text{-value} < 0.001$), perceived behavioral control ($\beta = 0.182$, $p\text{-value} < 0.001$), health literacy ($\beta = 0.142$, $p\text{-value} = 0.001$), and perception of hypertension ($\beta = 0.083$, $p\text{-value} = 0.031$), respectively. The predictive equation, based on raw scores, was: **Self-care behaviors of hypertensive patients** = 4.519 + 0.657 (Family Support) + 0.140 (Perceived Behavioral Control) + 0.110 (Health Literacy) + 0.153 (Perception of Hypertension). The findings suggest developing family engagement programs and further research on local cultural factors

Keywords: Hypertension, Hypertensive Patients, Self-Care Behaviors

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีจำนวน 970 ล้านคน จาก 194 ประเทศ โดย 330 ล้านคน เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในประเทศพัฒนาแล้ว และ 640 ล้านคน อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และในปีพ.ศ. 2568 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน นอกจากนี้ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง⁽¹⁾ โรคความดันโลหิตสูงเป็นฆาตกรเงียบที่เป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควร เนื่องจากโรคนี้นักไม่มีสัญญาณเตือนที่เป็นอาการและอาการแสดงของโรค หากเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานแล้วไม่ได้รับการรักษา จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวาย ซึ่งทำให้เกิดความพิการ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และมีโอกาสเสียชีวิตได้ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ.2561 รายงานว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลก สูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งยังมีผลทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปี หรือคิดเป็นร้อยละ 3.7 ของ DALYs (Disability adjusted life years)⁽²⁾ โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในกรณีเป็นผู้ป่วยในเฉลี่ย 1,489.78 บาทต่อวันนอน และสำหรับมารับ

บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,010.22 บาทต่อครั้ง และมีค่าเสียโอกาสเนื่องจากขาดงานและความพิการเฉลี่ย 101,681.20 บาทต่อปี และสูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิตเฉลี่ย 15,766.66 บาทต่อปี รวมต้นทุนเฉลี่ยจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 162,664.97 บาทต่อปี จากการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ.2557 พบว่า ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปี ต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณ 10 ล้านคน⁽³⁾ นับได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนไทยที่ทำให้สูญเสียทั้งชีวิตและเศรษฐกิจของประเทศชาติโดยรวม

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้แนะนำแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตของผู้ป่วย ด้วยการควบคุมน้ำหนัก การปรับรูปแบบการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางการหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽⁴⁾ จะเห็นได้ว่าแนวทางดังกล่าวนี้เป็นลักษณะของการเสริมสร้างและพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยปัจจัยหลักสองปัจจัย

ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระยะเวลาป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะติดต่อการดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง เป็นต้น และปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำ⁽⁵⁻⁷⁾

จากงานที่เร่ร่อนในปัจจุบันทำให้ประชาชนไม่มีเวลาเตรียมอาหารเองต้องเปลี่ยนมาพึ่งอาหารสำเร็จรูป หรือกึ่งสำเร็จรูปที่สะดวกและรวดเร็วจากแหล่งอื่นแทน เช่น ตลาดห้างสรรพสินค้าและรถเร่มากขึ้น การรับประทานอาหารดังกล่าวจึงเสี่ยงต่อการได้รับการปนเปื้อนสารพิษมีส่วนประกอบของไขมันและเกลือสูง เป็นปัญหาสำคัญที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจเหตุเพราะความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง ท่อเลือดแดงโป่งพอง และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย เพราะเมื่อความดันสูงมากๆ หัวใจทำงานไม่ไหว เหนื่อยและล้มเหลว ทำให้เสียชีวิตในทันที⁽⁸⁾ โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ซึ่งนำมาสู่ภาวะโรคที่เพิ่มขึ้น⁽⁹⁾ ความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ทางความคิดและความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิธีการที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนได้คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรค และพฤติกรรมในการดูแลตนเองในขณะที่เจ็บป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากความรู้สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

ในปีงบประมาณ 2565 – 2567 จังหวัดน่านมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวน 68,452 คน 71,560 คน และ 74,882 คน ตามลำดับ โดยในส่วนของอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ 2565 - 2567 จำนวน 10,807 คน 11,148 คน และ

11,695 คน มารับการรักษาต่อเนื่อง จำนวน 4,038 คน 8,252 คน และ 8,836 คน คิดเป็นร้อยละ 37.36 74.02 และ 75.55 ตามลำดับ โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 7,008 คน 7,289 คน และ 7,324 คน คิดเป็นร้อยละ 64.85, 65.38 และ 62.63 ตามลำดับ ซึ่งในส่วนของโรงพยาบาลเวียงสา ปีงบประมาณ 2565 – 2567 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบมารับบริการ จำนวน 2,104 คน 2,171 คน และ 2,266 คน มารับการรักษาต่อเนื่อง จำนวน 1,354 คน 1,586 คน และ 1,814 คน คิดเป็นร้อยละ 64.35, 73.05 และ 80.05 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น จำแนกเป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 1,263 คน 1,365 คน และ 1,544 คน คิดเป็นร้อยละ 60.03, 62.87 และ 68.14 ตามลำดับ พบอุบัติการณ์เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน 5 คน และ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.56, 11.63 และ 6.25 ตามลำดับ และพบอุบัติการณ์เสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 1 คน

ดังนั้น ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่สอดคล้องและตรงกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราตายจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมีชีวิตที่ยืนยาวอยู่อย่างมีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดี

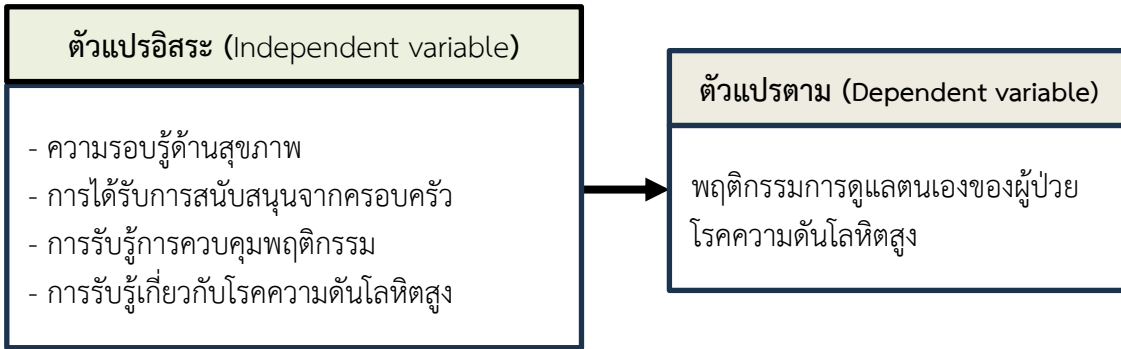
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และศึกษาปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีที่ใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรม คือทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ของแบนดูรา⁽¹²⁾ ซึ่งแนวคิดพื้นฐานของแบนดูราเชื่อว่าพฤติกรรมภายนอกที่บุคคลแสดงออกมาเป็นเป็นผลมาจาก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางจิตคือพฤติกรรมภายในคือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม คือ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อกำหนดตัวแปรอิสระ ที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สรุปเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytic Study) เก็บรวบรวมข้อมูลจาก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน ในช่วงวันที่ 9 ธันวาคม 2567 ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2568

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 จำนวน 2,266 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของแอร์และคณะ⁽¹⁰⁾ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีนำเข้าข้อมูลการวิเคราะห์แบบ Stepwise Selection เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรในภาพรวมขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่เหมาะสม คือ 50 คน ต่อ 1 ตัวแปรอิสระ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรทำนายจำนวน 5 ตัวแปร ขนาดตัวอย่างที่ควรมีไม่น้อยกว่า 250 คน ทั้งนี้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บจากแบบสอบถาม เพื่อขอเชิญกลุ่มตัวอย่างที่อาจตอบแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์ อีกร้อยละ 20⁽¹²⁾

ดังนั้น จึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมดจำนวน 300 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบตามเกณฑ์ คัดเข้า-คัดออก โดยแทนที่ชื่อผู้ป่วยด้วยรหัส P001-P300 เรียงกันตามลำดับ คำนวณช่วงการสุ่มโดยใช้สูตร $k = N/n$ เมื่อ N แทนจำนวนประชากร 2,266 คน และ n แทนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ 300 คน ได้ช่วงการสุ่มเท่ากับ 8 เลือกจุดเริ่มต้นของการสุ่ม โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากหมายเลข 1-8 ได้หมายเลข 4 เป็นจุดเริ่มต้น ดำเนินการสุ่มตามช่วงที่กำหนด คือ ผู้ป่วยลำดับที่ 4, 12, 20, 28,...กระทั่งครบ 300 คน ตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก หากผู้ป่วยรายใดไม่เข้าเกณฑ์ จะเลือกผู้ป่วยในลำดับถัดไปทันที

เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ การมองเห็น การได้ยินปกติ สามารถอ่านเขียน และสื่อสารสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ดี และสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ถอนตัวออกจากวิจัย มีการย้ายที่อยู่ออกจาก

พื้นที่ระหว่างการวิจัย เกิดภาวะโรค การเจ็บป่วย หรือ ปัญหาอุปสรรคใด ที่ส่งผลต่อการวิจัย

กรณีที่พบข้อมูลไม่สมบูรณ์ (Missing data) ผู้วิจัยจะวิเคราะห์รูปแบบของข้อมูลที่หายไป หากข้อมูลหายไปแบบสุ่ม (Missing at Random) จะใช้วิธี Multiple Imputation ในการประมาณค่าที่หายไป หากข้อมูลหายไปไม่เป็นแบบสุ่ม จะพิจารณาตัดข้อมูลรายนั้นออกจากการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างสำรองแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จากงานวิจัยเรื่องปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่⁽¹³⁾ และการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง⁽¹⁴⁾ จำนวน 1 ฉบับ โดยแบ่งออกเป็น 6 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 2 – 6 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับตัวแปรต่างๆ ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 10 ข้อคำถาม
2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 9 ข้อคำถาม
3. แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 8 ข้อคำถาม
4. แบบสอบถามการรับรู้ การควบคุมพฤติกรรม ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า

5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 11 ข้อคำถาม

การแปลผลระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม พิจารณาจากเกณฑ์การประเมินระดับ ตามแนวคิดของเบสท์⁽¹⁵⁾ โดยแบ่งระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.34-5.00 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.68-3.33 คะแนน

ระดับต่ำ หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.00-1.67 คะแนน

5. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบใช่ ไม่ใช่ จำนวน 16 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ การแปลผลระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พิจารณาจากเกณฑ์การประเมินระดับ ตามแนวคิดของบลูม⁽¹⁶⁾ โดยแบ่งระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวม อยู่ระหว่าง 13-16 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวม อยู่ระหว่าง 10-12 คะแนน

ระดับต่ำ หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวม อยู่ระหว่าง 0-9 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามการรับรู้ การควบคุมพฤติกรรม ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.850 0.930 0.968 และ 0.902 ตามลำดับ

ส่วนแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.734

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานและขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการเก็บข้อมูลเป็นความลับ สิทธิในการตอบและปฏิเสธในการตอบแบบสอบถามของผู้ถูกวิจัยในการตัดสินใจ เข้าร่วมการวิจัยร่วมกับใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายคำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดและชัดเจน

2. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม หากพบคำตอบขาดหายไป ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยความสมัครใจและสามารถปฏิเสธได้ หากไม่ประสงค์ที่จะตอบคำถาม

3. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้งแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความสัมพันธ์รายตัวแปร วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบ Stepwise Selection

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 10/2568 เลขที่โครงการ NAN REC 68 - 10 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2567 ในกระบวนการการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่า

ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยและตอบแบบสอบถาม และใช้ระบบ Anonymous Coding โดยแทนที่ชื่อผู้ป่วยด้วยรหัส P001-P300 ข้อมูลถูกเก็บในซองปิดผนึก 2 ชั้น และส่งต่อให้ผู้วิเคราะห์ข้อมูลที่ไม่ทราบรหัสผู้ป่วย ไฟล์ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ถูกเข้ารหัส บันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวที่มีรหัสป้องกันบุคคลอื่นไม่ให้สามารถเปิดได้ จะเก็บไฟล์ไว้ต่อเป็นเวลา 1 ปี หลังสิ้นสุดการวิจัย และจะทำลายข้อมูลด้วยวิธีการลบไฟล์ออกจากเครื่องในลักษณะที่ไม่สามารถกู้ข้อมูลกลับมาได้

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งหมดมีจำนวน 300 คน ไม่มีกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมงานวิจัย หรือตอบแบบสอบถามไม่ครบ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 54 เพศหญิง ร้อยละ 46 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 51.33 รองลงมา อายุระหว่าง 35-60 ปี ร้อยละ 46 ส่วนมากจบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 37.67 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 32 ส่วนมากป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 10-15 ปี ร้อยละ 40.67 รองลงมา 5 - 10 ปี ร้อยละ 32.67 และส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 84.67

ข้อมูลระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามปัจจัยต่างๆ พบว่าส่วนมากกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง (\bar{X} = 3.43, SD = 0.56) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ในระดับสูง (\bar{X} = 3.36, SD = 0.55) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ในระดับสูง (\bar{X} = 3.76 SD = 0.56) การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในระดับสูง (\bar{X} = 14.51, SD = 2.60) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระดับสูง (\bar{X} = 3.43, SD = 0.48) ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามปัจจัย (n = 300)

ปัจจัย	จำนวน (คน) (ร้อยละ)			Mean (SD)	แปลผล
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3 (1.00)	106 (35.33)	191 (63.67)	3.43 (0.56)	ระดับสูง
การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	1 (0.33)	128 (42.67)	171 (57.00)	3.36 (0.55)	ระดับสูง
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	1 (0.33)	54 (18.00)	245 (81.67)	3.76 (0.56)	ระดับสูง
การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	25 (8.33)	25 (8.33)	250 (83.34)	14.51 (2.60)	ระดับสูง
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	1 (0.33)	115 (38.33)	184 (61.33)	3.43 (0.48)	ระดับสูง

ปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเกี่ยวกับการกระจายตัวของตัวแปรพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง

ตัวแปรทุกค่ามีค่าต่ำกว่า 0.85 คือ ไม่พบปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity)⁽¹⁷⁾ โดยคู่ตัวแปรทำนายที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากที่สุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และตัวแปรพฤติกรรมการดูแลตนเอง (r=0.74) คู่ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์น้อยที่สุด ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (r = 0.21) จึงมีความเหมาะสมที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณต่อไป รายละเอียดแสดงตามตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย (n = 300)

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	X5
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (X1)	1.000	0.387**	0.439**	.364**	.488**
การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (X2)		1.000	0.344**	0.216**	0.744**
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (X3)			1.000	0.300**	0.479**
การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (X4)				1.000	0.321**
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (X5)					1.000

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง = 4.519 + 0.657(การสนับสนุนจากครอบครัว) + 0.140 (การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม) + 0.110 (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ) + 0.153 (การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง)

ผลการทดสอบตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) โดยใช้ค่า VIF พบว่าตัวแปรการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีค่า VIF เท่ากับ 1.234

1.327 1.432 และ 1.190 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กัน⁽¹⁰⁾ เมื่อนำตัวแปรที่ศึกษาวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise พบว่า ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ($\beta = 0.608$, p-value <0.001) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ($\beta = 0.182$, p-value <0.001) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = 0.142$, p-value = 0.001) การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = 0.083$, p-value = 0.031) โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง ที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน ได้ร้อยละ 63.9 ($R^2=0.639$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถสรุปรวมการทำงานพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน ในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ตั้ง ตาราง 3

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์ถดถอยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($n = 300$)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	P value	Multicollinearity Statistics VIF
(ค่าคงที่)	4.519	1.457		3.102*	0.002	
การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (X2)	0.657	0.042	0.608	15.585*	0.000	1.234
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (X3)	0.140	0.031	0.182	4.506*	0.000	1.327
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (X1)	0.110	0.032	0.142	3.377*	0.001	1.432
การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (X4)	0.153	0.070	0.083	2.173*	0.031	1.190

$r = 0.797$, $r^2 = 0.639$, Adjust $r^2 = 0.631$, $F = 128.722$, $p\text{-value} = 0.000$

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาร้อยละของจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง พบว่าส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูงเช่นกัน อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 10 -15 ปี อีกทั้งส่วนมากควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จึงส่งผลให้มีความสนใจเกี่ยวกับการศึกษาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดี ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับมาก (ระดับสูง) (18) ซึ่งข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ตัวแปรทั้งสี่ตัวแปร ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานของการวิจัยทุกข้อ และเมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายตัวแปรสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

การสนับสนุนจากครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.608$, $p\text{-value} < 0.001$) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวว่า เกิดจากการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรม ซึ่งในที่นี้คือพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และปัจจัยสภาพแวดล้อม แสดงให้เห็นถึงความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง เป้าหมาย และความตั้งใจ ปัจจัย

ดังกล่าวกำหนดลักษณะและทิศทางของพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คิด เชื่อ และรู้สึก และรู้สึกว่าตนได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและการรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.21, p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่า ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าครอบครัวที่ให้การสนับสนุนมักจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ให้คำแนะนำ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับโรคของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Luo และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังครอบครัวที่ทำหน้าที่สนับสนุนข้อมูล ช่วยเพิ่มความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในตนเองของผู้ป่วย ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.182, p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเป็นความรู้สึกของบุคคลว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรู้ว่าสามารถที่จะเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยสามารถควบคุมและจัดการกับอุปสรรคต่างๆ ได้ ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความตั้งใจและมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามมาได้ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05^(20,21)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.142, p\text{-value} = 0.001$) อธิบายจาก

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวถึงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยส่วนบุคคล คือความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนมีกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง และสภาพแวดล้อมคือการได้รับข้อมูลจากบุคลการสุขภาพ ปัจจัยดังกล่าวกำหนดลักษณะและทิศทางของพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คิด เชื่อ และรู้สึก และนำข้อมูลมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง จะทำให้เขาแสดงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นพลังความสามารถของบุคคลที่เข้าถึงข้อมูลที่หลากหลาย และมีความสามารถใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมา โดยไตร่ตรองตามหลักเหตุผลและตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ตลอดจนสามารถแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี จึงจำเป็นต้องใช้ทักษะดังกล่าวเพื่อเรียนรู้ในเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองด้านต่างๆ ซึ่งมีความจำเพาะ แตกต่างไปจากที่เคยปฏิบัติ ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้⁽²²⁾

การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.083, p\text{-value} = 0.031$) เป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา⁽¹²⁾ ที่กล่าวว่าเกิดจากการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และสภาพแวดล้อม แสดงให้เห็นถึงความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายและความตั้งใจ ปัจจัยดังกล่าวกำหนดลักษณะและทิศทางของพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คิด เชื่อ และรู้สึก และนำข้อมูลมาใช้ในการปฏิบัติ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง จะทำให้เขาแสดงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²³⁾

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย ($\beta = 0.608$) สูงกว่าปัจจัยอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่าสูงกว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = 0.083$) ถึง 7 เท่า ความแตกต่างนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยทางสังคมในบริบทวัฒนธรรมไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย สอดคล้องกับข้อเสนอของ Garcia-Huidobro และคณะ⁽²⁴⁾ ที่กล่าวถึงบริบทสังคมที่ให้ความสำคัญกับครอบครัว (family-oriented society) ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าความรู้หรือทัศนคติส่วนบุคคล เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพไม่ได้พัฒนาจากรู้เพียงอย่างเดียว แต่พัฒนาจากรวมกันของความสัมพันธ์ในครอบครัวที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ ผลการวิจัยนี้แตกต่างผลการวิจัยของ Warren-Findlow และคณะ⁽²⁵⁾ ที่ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาและพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีค่าสูงสุด ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้ด้วยความแตกต่างทางวัฒนธรรม โดยสังคมตะวันตกเน้นความเป็นปัจเจกนิยม ขณะที่สังคมไทยเน้นการพึ่งพาอาศัยกันในครอบครัวและชุมชน

ผลการวิจัยนี้มีนัยสำคัญต่อการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในบริบทไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ค่าอิทธิพลสูงของการสนับสนุนจากครอบครัว ($\beta = 0.608$) ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว การสร้าง

เครือข่ายครอบครัวผู้ป่วย หรือการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว นอกจากนี้ แม้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคจะมีค่าอิทธิพลต่ำ ($\beta = 0.083$) แต่ยังคงพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค เนื่องจากเป็นพื้นฐานสำคัญของการตัดสินใจทางสุขภาพ อย่างไรก็ตาม วิธีการให้ความรู้ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดสำคัญที่ควรพิจารณาในการตีความผลการวิจัย 1) การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ซึ่งไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรได้ 2) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษารักษาโรงพยาบาลเวียงสาเพียงแห่งเดียว อาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้ป่วยในบริบทอื่น 3) การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามที่ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง อาจมีอคติจากความทรงจำและความพึงพอใจทางสังคม อาจส่งผลต่อความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับ การศึกษาในอนาคตควรใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลายและติดตามผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ที่พบในการศึกษานี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. เน้นการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยในคลินิกและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ภายในปีงบประมาณ 2569 ได้แก่

1.1 จัดกิจกรรมที่เน้นการเสริมสร้างความรู้ เช่น คลินิกให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง จัดเป็นรอบเล็กๆ หรือรายบุคคล ซึ่งควรเชิญสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมาร่วมรับฟังด้วย โดยแพทย์หรือพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรค ความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิต วิธีการดูแลตนเอง และการสังเกตอาการผิดปกติ

1.2 กิจกรรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ การยกตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบ

ความสำเร็จ และอธิบายถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการดูแลตนเอง

2. ติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะยาว (ทุก 6 เดือน) เพื่อดูว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร และมีผลต่อการดูแลตนเองในระยะยาวอย่างไร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่ซับซ้อนและหลากหลายของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการรักษา เช่น ความเชื่อเรื่องยาสมุนไพร ความกลัวผลข้างเคียงของยาแผนปัจจุบัน หรือความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์

2. ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยที่มีอิทธิพลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามระยะเวลา เพื่อดูว่าปัจจัยได้มีการเปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมอย่างไรในระยะยาว

3. ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย หรือผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เพื่อทำความเข้าใจความต้องการและอุปสรรคที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. ภาณุวัฒน์ ปานเกต, จุรีพร คงประเสริฐ, นิตยา ภัทรกรรม, นงนุช ตันติธรรม, ศุภวรรณ มโนสุนทร และพัชริยา ยิงอินทร์. รายงานการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ; 2557.
2. องค์การอนามัยโลก. รายงานการปฏิบัติการกิจของคณะทำงานร่วมระหว่างหน่วยงานสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ณ ประเทศไทย. องค์การอนามัยโลก; 2561.
3. ณัฐฉิวรรณ พันธมุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, สราวุธรัตน์ ลัทธิต. ประเด็นสารณรงค้วินความดันโลหิตสูงโลกปี 2562. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/document/>; 2562.
4. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. เชียงใหม่: บริษัททริค ดิจิทัล จำกัด; 2562.

5. อัมภากร หาญณรงค์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;25(3):52-65.
6. Ma C. An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. Heart & Lung. 2018; 47(2): 136-11. doi: 10.1016/j.hrtlng.2017.12.001.
7. Sangsaikaew A, Pilayon B, Junsevg K, Inchaiya C, Dankasai C, Koontalay A. Factors Influencing Self-Care Behavior in Older Persons with Hypertension. International Journal of Nursing Education. 2021; 13(1): 40-46. doi: 10.37506/ijone.v13i1.13309
8. ศูนย์หัวใจโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. บำรุงราษฎร์เปิดตัว "ศูนย์ลิ้นหัวใจ" รับอนาคตประชากรไทยขยายตัวสู่สังคมผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.posttoday.com/economy/news/606499>.
9. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559-2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 21 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020> กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข
10. Bandura, A. Social Foundation of thought and action. A Social Cognitive Theory. Prentice-Hall; 1989.
11. Hair JF, Black WC, Babin GJ, Anderson RE, Tatham RL. Multivariate Data Analysis. 7th ed. Pearson Prentice Hall; 2010.
12. Polit DF. Statistics and Data Analysis for Nursing Research. 2th ed. Pearson Education Inc; 2010.
13. สายฝน โชคทรัพย์สุขกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่. วารสารสาธารณสุข แพร่ เพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2567]; 2:1-15. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/jpphd/article/download/12514/10374/20520>

14. นิพิฐพนธ์ แสงด้วง. การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง [รายงานการวิจัย]. แพ้: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่; 2566.
 15. Best J. Research in Education. 4th ed. Prentice-Hall International; 1981.
 16. Bloom BSJ, editor. Taxonomy of Education Objective, Hand Book 1: Cognitive Domain. David Mckay; 1975.
 17. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications; 2023.
 18. บุญย์ลิตา กิจสุดแสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอท่าเสา จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการและการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2567]; 3:34–53. เข้าถึงได้จาก: <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/jckr/article/view/140>.
 19. Luo ZN, Li K, Chen AQ, Qiu YC, Yang XX, Lin ZW, Liu JH, Wu YB, Chen JY. The influence of family health on self-efficacy in patients with chronic diseases: the mediating role of perceived social support and the moderating role of health literacy. BMC Public Health. 2024 Dec;24(1):1-5. doi.org/10.1186/s12889-024-20906-x
 20. จรรยาพร โสแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสายดงยาง อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร. ระบบเผยแพร่ผลงานวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://leave.ppho.go.th/open_access/web/uploads/file42_PCT44011907.pdf
 21. สิริภา ัญญผลพลากร, วนลดา ทองใบ, ปรียกมล รัชกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพาราในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2567]; 51:40-55 เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/270223/185448>.
 22. หทัยกานต์ ห่องกระจก, นฤมล ปทุมารักษ์, เหมารดี มาสิงบุญ. อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. วารสารแพทยนาวิ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]; 4:39-54. เข้าถึงได้จาก <https://research.kpru.ac.th/sac/fileconference/392018-05-03.pdf>.
1. นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ, รัชณีกานต์ กล่องพุดชา, วราภรณ์ สัตบุษ, วิภาวรรณ รัชมี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหนองบัว อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ สำหรับนักศึกษา ครั้งที่ 2 สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร;. วันที่ 15 มีนาคม 2565; ออนไลน์ผ่านโปรแกรม Microsoft Teams; 2565. หน้า 163-170. เข้าถึงได้จาก: <https://research.kpru.ac.th/sac/fileconference/392018-05-03.pdf>.
 2. Garcia-Huidobro D, Mendenhall T. Family oriented care: opportunities for health promotion and disease prevention. J Fam Med Dis Prev. 2015 Aug 31;1(009).
 3. Warren-Findlow J, Seymour RB, Brunner Huber LR. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. J Community Health. 2012;37(1):15–24. doi:10.1007/s10900-011-9410-6

โลหิตจางกับทุพโภชนาการ Anemia and Malnutrition

ยุตธนา มั่นดี^{1*}, สุรสิทธิ์ บุพชาติ² และ ปวเรศ ปัญญาใจ³

Yuttana Munde^{1*}, Surasit Bupachat² and Pawaret Panyajai³

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเนชั่น อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง^{1,2,3}

Faculty of Medical Technology, Nation University, Muang District, Lampang Province^{1,2,3}

¹Corresponding author E-mail: yuttana_mun@nation.ac.th

(Received: March 26, 2025; Revised: April 8, 2025; Accepted: July 1, 2025)

บทคัดย่อ

ภาวะโลหิตจาง (Anemia) และภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์กัน โดยภาวะโลหิตจางที่เกิดจากการขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง เช่น ธาตุเหล็ก วิตามินบี 12 และโฟเลต ซึ่งส่งผลให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงต่ำลง และเม็ดเลือดแดงมีความผิดปกติส่งผลให้การขนส่งออกซิเจนลดลง และเกิดอาการอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ในขณะที่ทุพโภชนาการยังส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ด้านอื่น ๆ รวมถึงระบบการสร้างเลือดด้วย สาเหตุหลักของภาวะโลหิตจางจากการขาดสารอาหาร คือ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยมักพบในเด็กและหญิงตั้งครรภ์ นอกจากนี้ การขาดวิตามินบี 12 และโฟเลต นั้นส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางแบบเม็ดเลือดแดงมีขนาดใหญ่หรือเม็กกาโลบลาสติคอินเมีย ในขณะที่การขาดโปรตีนและพลังงาน และโรคต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการดูดซึมสารอาหาร เช่น โรคติดเชื้อและภาวะการอักเสบในระบบทางเดินอาหาร ยังก่อให้เกิดภาวะโลหิตจางได้เช่นกัน มาตรการป้องกันและแก้ไขภาวะเหล่านี้ ได้แก่ การเสริมสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง ปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภค และให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ประชาชน ซึ่งเป็นแนวทางที่จะช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางจากทุพโภชนาการ และส่งเสริมสุขภาพประชากรได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โลหิตจาง, ทุพโภชนาการ, ธาตุเหล็ก, วิตามินบี 12.

ABSTRACT

Anemia and malnutrition are the related public health problems. Anemia caused by malnutrition, which results in a deficiency of nutrients necessary for red blood cell production, such as iron, vitamin B12, and folate, leads to low red blood cell production and abnormal red blood cells, reducing oxygen transport and causing fatigue and dizziness. Meanwhile, malnutrition impacts various systems in the body, including the blood producing system. The main cause of anemia from malnutrition is iron deficiency anemia (IDA), which is often found in children and pregnant women. In addition, vitamin B12 and folate deficiency can lead to megaloblastic anemia (MA). Furthermore, protein and energy deficiencies, as well as diseases that affect nutrient absorption, such as gastrointestinal inflammation and infection, can also cause anemia. Preventive and corrective measures for these conditions include supplementing essential nutrients for red blood cell production, improving eating behavior, and providing nutrition education to the public. These approaches will help decrease the incidence of anemia caused by malnutrition and promote sustainable population health.

Keywords: Anemia, Malnutrition, Iron, Vitamin B12.

บทนำ

ภาวะโลหิตจาง (Anemia) หรือภาวะเลือดจาง หรือภาวะซีด เป็นผลมาจากร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดงน้อยกว่าปกติ ทำให้ hemoglobin ที่บรรจุอยู่ในเม็ดเลือดแดง ซึ่งมีหน้าที่นำออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงเซลล์และเนื้อเยื่อในอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกายได้น้อยลง⁽¹⁾ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ หายใจลำบาก และอาจมีอาการเหลืองซีด ภาวะโลหิตจางเป็นได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ 1.) การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง ซึ่งเกิดได้จากการขาดธาตุเหล็ก วิตามินบี 12 กรดโฟลิก ไตวายเรื้อรัง ไชกระดูกฝ่อ มะเร็งในไขกระดูก และการติดเชื้อในไขกระดูก เป็นต้น 2.) มีการทำลายเม็ดเลือดแดงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเกิดใน โรคโลหิตจางทางพันธุกรรมธาลัสซีเมีย โรคเม็ดเลือดแดงแตกง่ายจากการขาดเอนไซม์ glucose-6-phosphate dehydrogenase (G-6-PD) โรคเม็ดเลือดแดงแตกง่ายจากภูมิคุ้มกันตนเอง และโรคติดเชื้อบางชนิด เช่น มาลาเรีย คลอสติเดียม และมัยโคพลาสมา เป็นต้น 3.) การเสียเลือดอย่างฉับพลัน เช่น การได้รับอุบัติเหตุ การตกเลือด หรือการเสียเลือดเรื้อรัง เช่น ประจำเดือนมากผิดปกติ มีพยาธิในลำไส้ ติดสุราเรื้อรัง เป็นต้น

ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) คือ ภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารหรือพลังงานไม่สมดุล หรือได้รับในปริมาณที่ไม่เหมาะสม⁽²⁾ อาจเป็นได้ทั้ง ภาวะโภชนาการต่ำ ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็นไม่เพียงพอ ทำให้มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติหรือรูสีก่อนอ่อนเพลียตลอดเวลา ส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และ ภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารในปริมาณที่มากเกินไป ทำให้มีน้ำหนักตัวมากเกินไปหรือมีภาวะอ้วน ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเมตาบอลิกซึ่งเป็นโรคที่ไม่ติดต่อ เช่น ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ดังนั้นภาวะทุพโภชนาการ จึงอาจส่งผลทั้งต่อ สภาพร่างกาย สภาพจิตใจ และการใช้ชีวิตประจำวัน

โลหิตจาง (Anemia) และทุพโภชนาการ (Malnutrition)

เป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิด โดยโลหิตจางมักเกิดจากการขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง⁽³⁾ เช่น ธาตุเหล็ก วิตามินบี 12 และโฟเลต ในขณะที่ทุพโภชนาการเป็นภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ รวมถึงระบบเลือด⁽⁴⁾ โลหิตจางกับทุพโภชนาการจึงเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิด ดังนี้

การขาดธาตุเหล็ก: ธาตุเหล็ก (Iron; Fe) เป็นองค์ประกอบสำคัญของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ซึ่งฮีโมโกลบินมีบทบาทในการลำเลียงออกซิเจนไปทั่วร่างกาย การขาดธาตุเหล็กในภาวะทุพโภชนาการ⁽⁵⁾ จากการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กต่ำหรือภาวะการดูดซึมที่บกพร่อง ทำให้ร่างกายสร้างเม็ดเลือดแดงได้ไม่เพียงพอ นำไปสู่ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron Deficiency Anemia; IDA) ซึ่งมีกลไกทางชีวเคมีคือ ธาตุเหล็กเป็นองค์ประกอบสำคัญของฮีโม (Heme) ในฮีโมโกลบิน⁽⁶⁾ เมื่อร่างกายขาดธาตุเหล็ก การสังเคราะห์ฮีโมโกลบินจะลดลง ทำให้ขนาดของเม็ดเลือดแดงเล็กลง (Microcytic Anemia) และมีสีซีด (Hypochromic) หรือก็คือเซลล์เม็ดเลือดแดงผิดปกติทั้งมีขนาดเล็กลงและมีสีซีด (Microcytic Hypochromic Anemia) และส่งผลให้ระดับของโปรตีนทรานส์เฟอร์ริน (Transferrin) ที่มีหน้าที่จับและขนส่งเหล็กเพิ่มขึ้นเพื่อพยายามดึงธาตุเหล็กจากแหล่งสำรอง แต่ระดับเฟอร์ริติน (Ferritin) ซึ่งเป็นแหล่งสะสมเหล็กในร่างกายในร่างกายจะลดลง เนื่องจากถูกดึงเอาเหล็กไปใช้งานมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีเอนไซม์หลายชนิดที่ใช้ธาตุเหล็กเป็นโคแฟกเตอร์ลดลง เช่น Cytochrome ในระบบการหายใจระดับเซลล์ เมื่อขาดเหล็กก็ทำให้เอนไซม์เหล่านี้ทำงานบกพร่องตามไปด้วย IDA เป็นภาวะโลหิตจางจากภาวะขาดสารอาหาร (Nutritional Anemia) ที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่ได้รับโภชนาการไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นปัญหาทางโภชนาการที่พบได้บ่อยทั่วโลก ก็คือภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กหรือ IDA นี้เอง เนื่องจากการได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอจากอาหาร⁽⁷⁾ การสูญเสียเลือดเรื้อรัง หรือการดูดซึมธาตุเหล็กที่บกพร่อง โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นเพื่อนำไปใช้สร้างเซลล์เม็ดเลือดแดงสำหรับทารกในครรภ์ และในเด็กเล็กก็ต้องการธาตุเหล็กอย่างมากเพื่อใช้ในการเจริญเติบโต หากไม่ได้รับเพียงพอ อาจส่งผลต่อพัฒนาการทั้งทางร่างกายและทางสติปัญญาหรือสมอง แนวทางการแก้ไขและป้องกัน IDA ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ปลา เบ็ด ไก่ ตับ ม้าม อาหารทะเล เนื้อสัตว์ ไข่แดง อาหารเข้าซีเรียล ผักใบ

เขียวเข้มทุกชนิด เช่น คენหว่า บรอกโคลี ผักปวยเล้ง ผักโขม ตำลึง และพริกหวาน รวมทั้ง ถั่วดำ ถั่วแดง ข้าวโอ๊ต ธัญพืช⁽⁸⁾ ร่วมกับการส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็ก โดยการรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำผลไม้ที่มีวิตามินซี (Vitamin C) สูง เช่น ส้ม ฝรั่ง มะเขือเทศ มะละกอ ผลไม้ตระกูลเบอร์รี่ อะโวคาโด มะม่วง หรือลูกพรุน จะสามารถช่วยเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็กจากพืช เมื่อรับประทานร่วมกับอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง แต่ต้องหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิดที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น แทนนินในชาและกาแฟ หรือแคลเซียมในผลิตภัณฑ์นม อาหารที่มีไฟเตต (Phytates) สูง เช่น พืชตระกูลถั่วบางชนิด ข้าวกล้องงา พืชที่กินใบอ่อน เช่น ผักหวาน โดยไม่ควรรับประทานพร้อมกันมีอาหารที่มีธาตุเหล็ก มีผลงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพพบว่า การบริโภคอาหารที่อุดมไปด้วยธาตุเหล็ก ช่วยลดอัตราการเกิด IDA ได้ แต่ในรายที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือมีอาการรุนแรง อาจจำเป็นต้องรับประทานธาตุเหล็กเสริม เช่น เฟอร์รัสซัลเฟต (Ferrous sulfate) โดยเฉพาะในเด็ก สตรีวัยเจริญพันธุ์ และหญิงตั้งครรภ์⁽⁹⁾ มาตรการเชิงป้องกันและลดความเสี่ยงของ IDA ทางสาธารณสุข ได้แก่ การเสริมธาตุเหล็กในประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ การปรับปรุงคุณภาพอาหารในชุมชน ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็กและวิตามิน การให้ความรู้และการรณรงค์ด้านสุขภาพ จัดทำโครงการให้ความรู้เรื่องโภชนาการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสามารถช่วยเพิ่มปริมาณธาตุเหล็กและวิตามินที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดงได้เป็นอย่างดี การป้องกันโรคที่เกี่ยวข้อง เช่น การควบคุมโรคพยาธิ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางจากการเสียเลือดเรื้อรัง การให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การตรวจสุขภาพเป็นระยะ และการเสริมธาตุเหล็กในประชากรกลุ่มเสี่ยงเป็นแนวทางสำคัญในการลดอัตราการเกิด IDA อย่างได้ผลชัดเจน⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายที่ต้องแก้ไข เช่น พฤติกรรมบริโภคและการดูดซึมสารอาหารที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการให้ความรู้ด้านโภชนาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงถือเป็นแนวทาง

สำคัญในการจัดการภาวะโลหิตจางในระยะยาว⁽¹¹⁾ โดยสรุป คือ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต การป้องกันและรักษาด้วยแนวทางที่เหมาะสม เช่น การเสริมธาตุเหล็กและโภชนาการที่ดี จึงถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคนี้ในชุมชน⁽¹²⁾

การขาดวิตามินบี 12 และโฟเลต:

วิตามินบี 12 (Vitamin B12 หรือ Cobalamin) และโฟเลต (Folate หรือ Vitamin B9) มีบทบาทสำคัญในการสร้างดีเอ็นเอและจำเป็นต่อการแบ่งตัวของเซลล์เม็ดเลือดแดง หากร่างกายขาดสารอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งหรือทั้งสองชนิดนี้ การสร้างเม็ดเลือดแดงก็จะลดลง การขาดวิตามินบี 12 (Vitamin B12 Deficiency Anemia หรือ Pernicious Anemia)⁽¹³⁾ จะมีผลต่อการสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดง โดยมักพบในผู้สูงอายุซึ่งมีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและอาจมีการดูดซึมสารอาหารลดลง ผู้ที่รับประทานอาหารมังสวิรัต ผู้ที่มีโรคที่ส่งผลต่อการดูดซึมสารอาหาร เช่น โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง และผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคไตเรื้อรัง หรือภาวะอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น การขาดโฟเลต (Folate Deficiency Anemia)⁽¹⁴⁾ จะมีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง มักพบในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ และผู้ที่ขาดการรับประทานผักใบเขียว การขาดวิตามินบี 12 และ/หรือโฟเลต โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กวัยเรียน หญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ ทำให้การสังเคราะห์ดีเอ็นเอและการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง แต่ทำให้เม็ดเลือดแดงมีขนาดใหญ่ผิดปกติ เรียกว่าภาวะโลหิตจางเมกะโกลบลาสติค (Megaloblastic Anemia; MA)^(15,16) การขาดวิตามินบี 12 เกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์ DNA และการทำงานของเอนไซม์ Methionine Synthase ทำให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดแดง (Erythroid Progenitors) มีการแบ่งตัวผิดปกติ และมีการสะสมของกรดเมทิลมาโลนิค (Methylmalonic Acid, MMA) ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ภาวะขาดวิตามินบี 12 ที่สามารถตรวจพบได้ในเลือด ส่งผลให้กระบวนการรีไซเคิลโฮโมซิสเทอีน (Homocysteine) ไปเป็นเมไทโอนีน (Methionine) ผิดปกติ นำไปสู่ภาวะเส้นประสาทเสื่อม ส่งผลให้เกิดความ

ผิดปกติทางระบบประสาทร่วมด้วย การขาดโฟเลต (Folate Deficiency Anemia)⁽¹⁴⁾ เกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์ DNA และ RNA ทำให้เกิดโลหิตจางแบบเม็ดเลือดแดงขนาดใหญ่ (MA) คล้ายกับการขาดวิตามินบี 12 พบความผิดปกติของการสร้างเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดแดง ส่งผลให้กระบวนการสังเคราะห์นิวคลีโอไทด์ (Nucleotides) ลดลง โดยเฉพาะไธมิดีน (Thymidine) และมีการสะสมของโฮโมซิสเทอีนในเลือด เช่นเดียวกันกับการขาดวิตามินบี 12 แนวทางการป้องกันและรักษา ได้แก่ การปรับปรุงโภชนาการ จากการรับประทานอาหารเสริมวิตามินบี 12⁽¹⁷⁾ เช่น เนื้อวัว ปลา ไข่ และนม และเสริมโฟเลต เช่น ผักใบเขียว ผลไม้ตระกูลส้ม และถั่ว รวมทั้งการบริโภคโปรตีนจากแหล่งที่หลากหลาย เช่น ถั่วเหลือง และเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน การบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและวิตามิน การได้รับสารอาหารเหล่านี้ อย่างเพียงพอ จะช่วยลดความเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของภาวะโลหิตจาง MA ได้ แต่ในรายที่มีอาการรุนแรงของภาวะขาดวิตามินบี 12 อาจจำเป็นต้องฉีดวิตามินบี 12 (Cyanocobalamin หรือ Hydroxocobalamin) ประกอบกับการเสริมด้วยอาหาร ประเภท ไข่ นม ปลา และในภาวะขาดโฟเลตจะช่วยบรรเทาอาการได้ โดยการให้รับประทานอาหารที่มีโฟเลตสูง⁽¹⁶⁾ เช่น ตับสัตว์ ผักใบเขียว ไข่ไก่ ถั่วแระ ส้ม กล้วย มะละกอ และอะโวคาโด การให้อาหารประเภทแป้งที่เสริมโฟเลตในรูปแบบของอาหารเสริมหรือการเพิ่มสารอาหารที่ขาด นอกจากนี้ การให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ประชาชน เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม สนับสนุนโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนและชุมชน เพื่อให้เด็กได้รับสารอาหารที่จำเป็น การตรวจสุขภาพและเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการ คัดกรองภาวะโลหิตจางและขาดสารอาหารในประชากรกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านโภชนาการที่มีคุณภาพ จะช่วยควบคุมและเฝ้าระวังปัญหาภาวะโลหิตจาง MA ในชุมชนได้ในระยะยาว⁽¹¹⁾

การขาดโปรตีนและพลังงาน:

ภาวะทุพโภชนาการจากการขาดโปรตีนและพลังงาน⁽¹⁸⁾ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของเอนไซม์และโครงสร้างของเซลล์เม็ดเลือดแดง ทำให้ประสิทธิภาพ

ของกระบวนการสร้างเม็ดเลือดลดลง เกิดภาวะโลหิตจางตามมา ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบเลือดในการขนส่งออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การได้รับโปรตีนและพลังงานไม่เพียงพอ อาจเป็นผลมาจาก การบริโภคโปรตีนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารที่ขาดความหลากหลาย หรือการดูดซึมสารอาหารลดลง เช่น ในโรค Celiac disease หรือภาวะอักเสบในระบบทางเดินอาหาร อาจเรียกชื่อภาวะนี้รวม ๆ ว่า ภาวะโลหิตจางจากการขาดสารอาหาร (Nutritional Anemia; NA)⁽³⁾ เป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ภาวะนี้เกิดจากการขาดสารอาหารจำพวกโปรตีนและพลังงาน ที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง ส่งผลให้เกิดภาวะซีด เหนื่อยง่าย และความสามารถในการขนส่งออกซิเจนลดลง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เวียนศีรษะ หายใจลำบาก ภูมิคุ้มกันอ่อนแอ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ การเจริญเติบโตล่าช้าในเด็ก สมรรถภาพทางกายและสติปัญญาลดลง อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ และสมาธิสั้น และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ เช่น คลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข รวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรโดยรวม ภาวะ NA นี้สามารถป้องกันและรักษาได้ โดยการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การเพิ่มอาหารที่อุดมด้วยสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดและตรวจหาระดับของสารอาหารที่สำคัญในเลือด เช่น Total Protein, Albumin, Globulin, Serum Iron, Total Iron Capacity, Ferritin, Vitamin B12 และ Folate เป็นต้น เพื่อเฝ้าระวังภาวะ NA^(19,20) รวมทั้งการให้ความรู้ด้านโภชนาการ การเสริมอาหาร การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้ประชากรในชุมชนมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นและลดอัตราการเกิดโลหิตจาง NA นี้ได้ในระยะยาว^(11, 21, 22)

โรคติดเชื้อที่ส่งผลต่อการดูดซึมสารอาหาร:

ผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการมักมีภูมิคุ้มกันต่ำ และเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อโรคในกลุ่ม Enterobacteria หรือ Enteric Bacteria⁽²³⁾ เช่น *Escherichia coli*, *Yersinia pestis*, *Hafnia*, *Klebsiella*, *Shigella*, *Salmonella*, *Proteus*, *Serratia* และ *Citrobacter* เป็นต้น หรือโรคท้องเสีย/ท้องเดิน เช่น อาหารเป็นพิษ โรคบิดมีตัว (*Entamoeba coli*) เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อการดูดซึมสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง ภาวะโลหิตจางและทุพโภชนาการจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด การขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดงเป็นสาเหตุหลักของภาวะโลหิตจาง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรในชุมชน การป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ต้องอาศัยแนวทางที่ครอบคลุมอย่างรอบด้าน

ภาวะลำไส้อักเสบ: เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อ การดูดซึมสารอาหาร (24) เช่น โรคเซลิแอค (Celiac Disease) หรือภาวะติดเชื้อเรื้อรังในระบบทางเดินอาหาร (Chronic Enteritis) อาจลดความสามารถของร่างกายในการสร้างเม็ดเลือดแดง มีกลไกการเกิดโรคเช่นเดียวกับกับโรคติดเชื้อ ดังกล่าว

การรับประทานอาหาร

ผู้ที่มีภาวะโลหิตจางจากภาวะทุพโภชนาการที่เกิดจากการขาดสารอาหาร ควรบริโภคอาหารดังต่อไปนี้

อาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ไข่ไก่ ค่ะน้า ตำลึง บล็อกโคลี ผลิตภัณฑ์อาหารที่เสริมธาตุเหล็ก ฯลฯ โดยจะเหมาะสำหรับผู้ที่ภาวะเลือดจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก (เมื่อเทียบกันแล้ว ธาตุเหล็กจากสัตว์จะถูกดูดซึมได้ดีกว่าธาตุเหล็กจากพืช)

อาหารที่มีวิตามินซีสูง เช่น ส้ม กีวี ฝรั่ง มะขามป้อม มะละกอสุก สตรอว์เบอร์รี่ บล็อกโคลี ฯลฯ เพราะจะมีส่วนช่วยเสริมการดูดซึมธาตุเหล็กที่มาจากพืชได้ โดยจะเหมาะสำหรับผู้ที่ภาวะเลือดจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็กเช่นกัน และแนะนำให้รับประทานไปพร้อมกับมื้ออาหาร

อาหารที่มีไฟเลตสูง เช่น ผักใบเขียว ส้ม สับปะรด มะละกอ ฝรั่ง ถั่วฝักยาว เนื้อสัตว์ ไข่ไก่ ถั่ว ข้าว ถั่ว กุ้ง ปลา โดยจะเหมาะสำหรับผู้ที่ภาวะเลือดจางที่เกิดจากการขาดไฟเลต

อาหารที่มีวิตามินบี 12 สูง เช่น ไข่ไก่ นมวัว เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ผลิตภัณฑ์อาหารที่เสริมวิตามินบี 12 ฯลฯ (วิตามินบี 12 จะพบได้ตามธรรมชาติในอาหารที่มาจากสัตว์เท่านั้น) โดยจะเหมาะสำหรับผู้ที่ภาวะเลือดจางที่เกิดจากการขาดวิตามินบี 12

แต่ ไม่ควรบริโภคอาหาร ในกลุ่มต่อไปนี้ อาหารที่มีไฟเลตสูง เช่น งาดำ ถั่วดำ ถั่วแดง วอลนัท ข้าวโอ๊ต โฮลวีท ฯลฯ อาหารที่มีออกซาเลตสูง เช่น ถั่วเหลือง อัลมอนต์ ผักโขม มันฝรั่ง ฯลฯ อาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นมวัว งาดำ ผลิตภัณฑ์อาหารที่เสริมแคลเซียม ฯลฯ และอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีแทนนิน เช่น ชาและกาแฟ เพราะอาหารในกลุ่มเหล่านี้ จะทำให้ดูดซึมธาตุเหล็กที่มาจากพืชได้ลดลง หากต้องการรับประทานหรือดื่ม ควรรับประทานหรือดื่มห่างจากมื้ออาหารอย่างน้อยหนึ่งชั่วโมง โดยเฉพาะในผู้ที่ได้รับธาตุเหล็กจากเนื้อสัตว์และเครื่องในสัตว์น้อย หรือผู้ที่เป็นมังสวิรัติ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ ฯลฯ เพราะแอลกอฮอล์จะมีผลรบกวนการดูดซึมไฟเลตและวิตามินบี 12 ซึ่งเป็นสารอาหารที่มีความสำคัญต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง นอกจากนี้แล้ว ไวน์ก็ยังมีสารบางชนิดที่ทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กลดลงได้ด้วย⁽²⁵⁾

บทสรุป

ผู้มีภาวะโลหิตจางจากทุกโภชนาการ มักมีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ และหายใจลำบาก ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการในเด็ก ลดประสิทธิภาพการทำงานและการเรียนรู้ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอ การป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจางจากทุกโภชนาการ ต้องอาศัยการปรับปรุงโภชนาการ การเสริมสารอาหาร และการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การบูรณาการแนวทางเหล่านี้ จะช่วยลดอัตราการเกิดโลหิตจางและส่งเสริมสุขภาพประชากรในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การ

ส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมภาวะโลหิตจาง ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองและตรวจวินิจฉัย การตรวจระดับฮีโมโกลบินและเฟอริตินในกลุ่มเสี่ยง การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็กและหญิงตั้งครรภ์ โลหิตจางเป็นปัญหาทางสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเสี่ยง การปรับปรุงโภชนาการและการดำเนินมาตรการทางสาธารณสุขอย่างเหมาะสมจะช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางนี้ได้ การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การเสริมสารอาหารที่จำเป็น และการคัดกรองเชิงรุกเป็นแนวทางสำคัญ ในการจัดการกับปัญหาโลหิตจางในระดับชุมชน แต่ยังคงมีความท้าทายในการจัดการภาวะโลหิตจางด้วยโภชนาการอยู่ เช่น ประชาชนในบางพื้นที่มีเศรษฐกิจฐานไม่ดี ขาดโอกาสในการเข้าถึงอาหารที่มีธาตุเหล็กหรือวิตามินที่จำเป็น หรือมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังนั้น แนวทางการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากภาวะทุพโภชนาการ จะทำได้ ประสพผลสำเร็จหรือไม่ จึงขึ้นอยู่กับปัจจัย ทางเศรษฐกิจ สังคม ชุมชน และจิตวิทยามวลชน เป็นหลัก ไม่อาจใช้วิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพเพียงอย่างเดียว ในการแก้ไขปัญหาให้กับชุมชน ดังนั้น การรวมพลังสร้างสรรค์จากทุกภาคส่วนในชุมชน ทั้งฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ฝ่ายท้องถิ่น และฝ่ายประชาชน อย่างใกล้ชิดและร่วมแรงร่วมใจ จึงจะสามารถป้องกันและควบคุมปัญหาภาวะโลหิตจางจากภาวะทุพโภชนาการได้อย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเนชั่น ที่ผลักดันและสนับสนุน ให้การจัดทำบทความทบทวนวิชาการชิ้นนี้ สำเร็จลงอย่างราบรื่นและเรียบร้อย

เอกสารอ้างอิง

- SEMed living care hospital. (2568). โลหิตจาง (Anemia). เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.07.30 เข้าถึงได้จาก <https://semed.co.th/anemia/>
- MYChannelNews. (2023). อาการ สาเหตุ รักษา ป้องกัน โรคขาดสารอาหาร มีอะไรบ้าง?. เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.07.30 เข้าถึงได้จาก <https://www.mychannelnews.com/health/malnutrition/>
- สุภานัน เลาสุริโยธิน. (2567). อาหารกับภาวะโลหิตจาง. เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.02.11 เข้าถึงได้จาก <https://tsh.or.th/Knowledge/Details/101>
- Sahin, S., Tasar, P. T., Simsek, H., Çicek, Z., Eskiizmirli, H., Aykar, F. S., Sahin, F., & Akcicek, F. (2016). Prevalence of anemia and malnutrition and their association in elderly nursing home residents. *Aging Clinical and Experimental Research*, 28, 857-862. <https://doi.org/10.1007/s40520-015-0490-5>
- ชาญชัย ไตรवार. (2562). ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.02.11 เข้าถึงได้จาก https://www.tsh.or.th/file_upload/files/03%20editorial%202019-1.pdf
- ประพันธ์ ปลั่งมภาพน ภัทร. (2567). ฮีโมโกลบิน Hemoglobin (Hb). เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.02.11 เข้าถึงได้จาก https://www.siamhealth.net/public_html/Health/zLab_interprete/hemoglobin.html
- ปิยธิดา ชุมนุสมศิริวัฒน์. (2564). ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia). เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.07.30 เข้าถึงได้จาก https://med.nu.ac.th/dpmed/fileKnowledge/262_2021-01-14.pdf
- Pompam. (2560). อาหารที่มีธาตุเหล็กสูง. เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.02.11 เข้าถึงได้จาก <https://healthgossip.co/high-iron-foods/>
- ชัยเจริญ ตันธเนศ. (2554). โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.02.11 เข้าถึงได้จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=850>
- da Silva Lopes, K., Yamaji, N., Rahman, M. O., Suto, M., Takemoto, Y., Garcia-Casal, M. N., & Ota, E. (2021). Nutrition-specific interventions for preventing and controlling anaemia throughout the life cycle: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD013092. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013092.pub2>
- Yang, W., Li, X., Li, Y., Zhang, S., Liu, L., Wang, X., & Li, W. (2012). Anemia, malnutrition and their correlations with socio-demographic characteristics and feeding practices among infants aged 0–18 months in rural areas of Shaanxi province in northwestern China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 12, 1127. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1127>
- กลุ่มควบคุมป้องกันด้านโภชนาการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). การดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.02.11 เข้าถึงได้จาก <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/anemia/download/?did=200493&id=60176>
- Chulalak. (2025). โรคโลหิตจางจากการขาดวิตามินบี 12 (Pernicious Anemia). เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.07.30 เข้าถึงได้จาก <https://chulalakpharmacy.com/pernicious-anemia/>
- ลลิตา นรเศรษฐ์ธาดา. (2567). โรคเลือดจางจากการขาดวิตามินโฟเลต. เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.02.11 เข้าถึงได้จาก <https://tsh.or.th/Knowledge/Details/63>
- SiamHealth. (2568). โลหิตจางชนิด megaloblastic anemia. เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.07.30 เข้าถึงได้จาก https://www.siamhealth.net/public_html/Disease/hemato/megalo.html
- BeyondIVF. (2568). 15 อาหารโฟลิกสูง ที่คุณแม่ควรทาน เพิ่มความแข็งแรงให้ลูกน้อย. เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.07.30 เข้าถึงได้จาก <https://www.beyondivf.com/articles/folic-acid-foods/>
- เมตไทย. (2563). 10 ประโยชน์ของวิตามินบี 12 (Cobalamin-โคบาลามิน). เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.02.11 เข้าถึงได้จาก <https://medthai.com/วิตามินบี12/>

18. จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์. (2564). Nutrition assessment. เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.02.11 เข้าถึงได้จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Nutrition%20assessment.pdf>
19. กิตติ ต่อจรัส และ พิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ. (2562). เวชปฏิบัติสำหรับการรักษาภาวะโลหิตจาง. เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.02.11 เข้าถึงได้จาก https://www.tsh.or.th/file_upload/files/Anemia.pdf
20. คณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2565-2567 และ คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565-2567. (2567). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การรักษาภาวะโลหิตจาง. เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.02.11 เข้าถึงได้จาก https://www.rtcog.or.th/files/1731378984_3eb288752c32a9c0e3c4.pdf
21. Chandra, J., & Kumar, P. (2023). Anemia in Severe Acute Malnutrition: Ten Steps of Management Need to be Fine-Tuned. *Indian Journal of Pediatrics*, 90, 1061-1064. <https://doi.org/10.1007/s12098-023-04742-2>
22. Rahman, M. S., Mushfiqee, M., Masud, M. S., & Howlader, T. (2019). Association between malnutrition and anemia in under-five children and women of reproductive age: Evidence from Bangladesh Demographic and Health Survey 2011. *PLoS One*, 14, e0219170. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219170>
23. Askmicro. (2019). Enteric Bacteria. เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.02.11 เข้าถึงได้จาก <https://askmicrobiology.com/enteric-bacteria/>
24. ปรียานุช มหายศนันท์. (2565). โรคลำไส้อักเสบ อาการรักษา และการวินิจฉัย. เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.02.11 เข้าถึงได้จาก <https://medthai.net/โรคลำไส้อักเสบ>
25. เอ็นเวย์ ศูนย์รวมยาสมุนไพร. (2567). เลือดจาง ควรกิน-ห้ามกินอะไร เผยเคล็ดลับบำรุงเลือดด้วยอาหาร. เอกสารออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2568.02.11 เข้าถึงได้จาก <https://www.enwegroup.co.th/บทความสุขภาพ/เลือดจาง-ควรกิน-ห้ามกิน/>

การพัฒนารูปแบบระบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1
Development of a model for Infectious Waste Management System in
Subdistrict Health Promoting Hospitals Transferred to Provincial
Administrative Organizations in Health Region 1

อิฐวรรุา สำแดงสุข^{1*}, นิราช นอรัตน์²

Ithawara Samdangasuk^{1*} Nirach Norrach²

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข^{1,2}

Regional Health Promotion Center 1 Chiangmai^{1,2}

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

(Received: February 3, 2025; Revised: March 3, 2025; Accepted: July 25, 2025)

บทคัดย่อ

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นประเด็นที่มีความสำคัญทั้งในมิติสุขภาพและสิ่งแวดล้อม จำเป็นต้องมีระบบการบริหารจัดการตามหลักวิชาการและข้อกำหนดตามกฎหมาย การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาสถานการณ์ ศึกษากระบวนการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในเขตสุขภาพที่ 1 รูปแบบการวิจัยประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ ใช้การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจแล้วจำนวน 232 แห่ง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ส่วนการศึกษาระบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานของ อบจ. จำนวน 32 คน ทำการเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่าเมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามกฎหมายพบว่ายังดำเนินการไม่ครอบคลุมในบางประเด็น โดยเฉพาะด้านบุคลากร ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่รับผิดชอบมีวุฒิการศึกษาไม่ตรงตามที่กฎหมายกำหนด ผู้ปฏิบัติงานได้รับการอบรมเพียงร้อยละ 54.3 นอกจากนี้ การเก็บรวบรวม ขนส่ง และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่ยังคงรูปแบบเดิม และมีข้อจำกัดด้านบุคลากร งบประมาณและทรัพยากร ส่งผลให้การดำเนินงานในบางพื้นที่ไม่สามารถเป็นไปตามมาตรฐานและกฎหมายที่กำหนดได้ โดยผู้วิจัยได้นำผลการศึกษามาพัฒนาเป็นแนวทางการบริหารจัดการได้ 4 รูปแบบ ได้แก่ (1) การจัดตั้งศูนย์กำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดย อบจ. พร้อมระบบขนส่งและกำจัดที่ได้มาตรฐาน (2) การสร้างที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อในระดับจังหวัดหรืออำเภอ แล้วจัดจ้างภาคเอกชนดำเนินการขนส่งและกำจัด (3) การว่าจ้างบริษัทเอกชนขนส่งและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยตรงจากรพ.สต. และ (4) การจัดการโดยให้ รพ.สต. นำมูลฝอยติดเชื้อไปฝากกำจัดร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดย อบจ. เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ การเลือกรูปแบบที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ ข้อเสนอแนะ อบจ. ควรมีรูปแบบการบริหารจัดการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการกำกับและติดตามอย่างเป็นระบบ การจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้เป็นไปตามมาตรฐาน และการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปตามหลักวิชาการและข้อกำหนดทางกฎหมาย เพื่อให้การบริหาร

จัดการมีประสิทธิภาพ ลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และป้องกันปัญหาสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว

คำสำคัญ: การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, องค์การบริหารส่วนจังหวัด, เขตสุขภาพที่ 1, แนวทางการบริหารจัดการ

Abstract

The management of infectious waste is a critical issue in both health and environmental dimensions, It is necessary to have a management system based on academic and legal requirements. This study aimed to examine the current situation and management systems in subdistrict health-promoting hospitals (SHPHs) whose responsibilities have been transferred to Provincial Administrative Organizations (PAOs) in Health Region 1. The research employed a mixed-methods approach. The quantitative component surveyed 232 SHPHs using structured questionnaires to assess the situation. The qualitative component involved in-depth interviews with 32 purposively selected executives and staff responsible, with data analyzed through content analysis. Findings indicated that compliance with legal standards remained partial-particularly in human resource qualifications, where most responsible personnel did not meet legal education requirements, and only 54.3% had received related training. Collection, transportation, and disposal processes largely followed traditional models and were constrained by personnel shortages, limited budgets, and insufficient resources. These challenges hindered effective implementation in some areas. The study proposed four models: (1) establishment of infectious waste disposal center with standardized systems; (2) development of centralized storage facilities with private sector engagement; (3) direct contracting of private companies for collection and disposal; and (4) collaborative disposal with Mid-Level Referral Hospital, with costs covered by the PAO. The selection of an appropriate model should align with local contexts. Recommendations include tailored management strategies, systematic oversight, adequate budgeting, capacity building, and procedural improvements in line with academic and legal standards to enhance efficiency, protect public health, and mitigate long-term environmental risks.

Keywords: Infectious waste management, Subdistrict health promotion hospital, Provincial Administrative Organization, Health Region 1, Management model

บทนำ

สถานการณ์ปัญหามูลฝอยล้นเมืองที่ปรากฏชัดเจนในช่วงปี พ.ศ. 2557-2558 เป็นผลมาจากปริมาณมูลฝอยเพิ่มมากขึ้นทุกปีจนเกิดการตกค้างสะสมมายาวนาน และการขาดระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหามลพิษต่อสิ่งแวดล้อม และผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน รวมไปถึงผู้ที่ปฏิบัติงาน และสัมผัสกับมูลฝอย

เหล่านั้น อีกทั้ง องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้ประเทศสมาชิกซึ่งรวมถึงประเทศไทยมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ Sustainable Development Goals (SDGs) สอดคล้องกับเป้าหมายที่ 6.3 การยกระดับคุณภาพน้ำ โดยลดมลพิษ ขจัดการทิ้งขยะ และลดการปล่อยสารเคมีและวัสดุอันตราย ซึ่งรัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงกำหนดให้การ

จัดการขยะมูลฝอยเป็นวาระแห่งชาติที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องประสานความร่วมมือกัน เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วนทั้งมูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อ และของเสียอันตรายจากชุมชน⁽¹⁾

สถานบริการสาธารณสุขเป็นแหล่งกำเนิดของเสียอันตรายรวมถึงมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งเกิดจากกระบวนการทางการแพทย์ ปัจจุบันยังพบปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ยังไม่ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด⁽²⁾ ในปี พ.ศ. 2564 ข้อมูลการสำรวจปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในประเทศไทยพบว่ามีจำนวน 90,009 ตัน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2563 ซึ่งมีจำนวน 47,962 ตัน คิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 87.0 โดยเกิดจากสถานพยาบาล จำนวนมากกว่า 37,000 แห่งที่มีการผลิตมูลฝอยติดเชื้อประมาณวันละ 65 ตัน ซึ่งเกิดขึ้นในส่วนภูมิภาคถึง 45 ตัน⁽³⁾ โดยระบบสุขภาพของประเทศไทยได้ขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับชุมชน มีการสร้างสถานอนามัยครอบคลุมในพื้นที่ ทั่วประเทศ และได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 9,891 แห่ง⁽³⁾ ซึ่งเป็นหน่วยบริการด่านหน้าของกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนมากที่สุด มีการยกระดับการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค ให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิอย่างครอบคลุมทุกช่วงวัย ทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มปกติ จัดบริการทั้งใน รพ.สต. และชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล การให้บริการดังกล่าวล้วนทำให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งเป็นมูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือความเข้มข้นมาก หากมีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถก่อให้เกิดโรคได้ ประกอบกับกิจกรรมการรักษาพยาบาลได้ขยายเข้าไปในระดับชุมชนมากขึ้น เช่น การเจาะเลือดเพื่อคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา การฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การล้างไตผ่านทางช่องท้อง เป็นต้น กิจกรรมดังกล่าว

ก่อให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนทั้งสิ้น ซึ่งต้องใช้ความระมัดระวังในการจัดการมากกว่า มูลฝอยทั่วไป และจำเป็นต้องมีการจัดการอย่างถูกต้อง หลั กวิ วิชาการ ตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้าย ขนส่ง และกำจัด เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน และสิ่งแวดล้อมโดยรอบ⁽⁴⁾

ในปัจจุบันมีการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทราชินี และ รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นหนึ่งในการดำเนินการที่สำคัญตามแผนการกระจายอำนาจ และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดระบบบริการสาธารณสุข และการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นให้เป็นไปอย่างทั่วถึง และถ่วงน้ำหนักยิ่งขึ้น ซึ่งได้ออกประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทราชินี และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 19 ตุลาคม 2564 เป็นต้นไป⁽⁵⁾

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย มีพื้นที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง ลำพูน พะเยา แพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอน มีจำนวน รพ.สต. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งสิ้น จำนวน 679 แห่ง ปัจจุบันมีการถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. แล้ว จำนวน 415 แห่ง⁽⁶⁾ และจะต้องถ่ายโอนภารกิจให้ครบ ภายในปี พ.ศ. 2568 สำหรับการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเขตสุขภาพที่ 1 ได้มีการดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการ

มูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สต. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นไปตามหลักวิชาการ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องมาอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่าหลังจากที่ รพ.สต. ได้ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. แล้ว ยังขาดการรวบรวมข้อมูลด้านการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และนำข้อมูลไปพัฒนาแนวทางเพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนทางด้านวิชาการแก่ผู้บริหาร เป็นแนวทางในการพัฒนาและยกระดับการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพ มีรูปแบบการบริหารจัดการที่เหมาะสม สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ให้เป็นไปตามหลักวิชาการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ในเขตสุขภาพที่ 1
2. เพื่อศึกษาระบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ในเขตสุขภาพที่ 1

3. เพื่อพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สต. ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ในเขตสุขภาพที่ 1

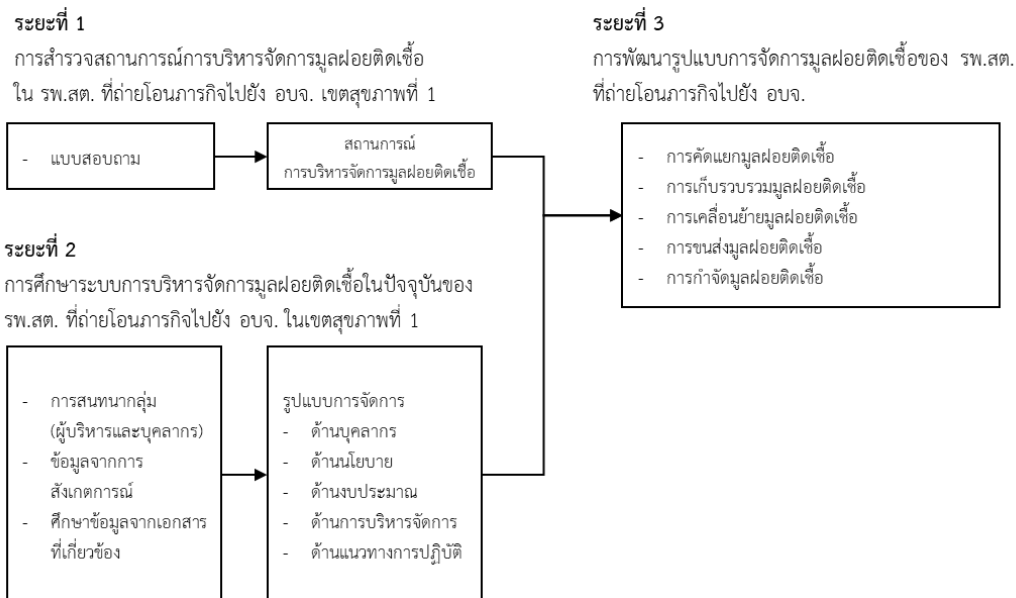
รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-method research) โดยใช้ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การสำรวจสถานการณ์การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ใน เขตสุขภาพที่ 1 ใช้การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research)

ระยะที่ 2 การศึกษาระบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อในปัจจุบันของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ในเขตสุขภาพที่ 1 ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ.



ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย : 9 กันยายน 2567 ถึง 30 พฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1: ประชากร คือ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 582 แห่ง ผู้ให้ข้อมูล คือ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่จัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สต. คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครจซี่ และมอร์แกน โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ร้อยละ 0.05 ค่าสัดส่วนของประชากรที่สนใจเท่ากับ 0.5 และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 232 แห่ง และใช้ตัวแทน รพ.สต. ละ 1 คน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งกลุ่มตัวอย่าง รพ.สต. ในแต่ละจังหวัดเป็นขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือก รพ.สต. แต่ละจังหวัดตามขนาดสัดส่วน (Proportional allocate)

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน

ระยะที่ 2: กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ นายกองคํการบริหารส่วนจังหวัด ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขหัวหน้ากลุ่มงานสิ่งแวดล้อม และผู้รับผิดชอบงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ อบจ. จำนวน 8 จังหวัด คัดเลือกจากคุณสมบัติ คือ มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ สามารถให้ข้อมูลได้ชัดเจน ผู้วิจัยทำการเลือกแบบเจาะจง โดยคัดเลือกตอบแบบสัมภาษณ์มาจังหวัดละ 4 คน รวมจำนวน 32 คน

ระยะที่ 3: ผู้วิจัยทบทวนงานวิจัยและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1: ผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหาของกฎหมาย หลักการ แนวคิดจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องออกแบบแบบสอบถาม เรื่อง การสำรวจสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ในเขตสุขภาพที่ 1 เป็นลักษณะคำถามแบบเลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งรวมจำนวน 65 ข้อ นำเครื่องมือเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมเพื่อหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงเครื่องมือได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ กับ รพ.สต. ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด โดยไม่ทำการเก็บซ้ำกับ รพ.สต. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่จับฉลากได้ และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ที่มีค่า (Cronbach's alpha) มากกว่า 0.75

ระยะที่ 2: ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์ เรื่อง การศึกษาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ในเขตสุขภาพที่ 1 มีแนวประเด็นคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นลักษณะข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 20 ข้อ โดยเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงเครื่องมือให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล

ระยะที่ 3: ผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหาของกฎหมายและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกับระยะที่ 1 และระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำโครงร่างการวิจัย สร้างเครื่องมือ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ 44/2567 ลงวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2567

2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่ผ่าน อบจ. เก็บข้อมูล 2 รูปแบบ ประกอบด้วย การเก็บแบบสอบถามโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยประสานกลุ่มเป้าหมายเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ ทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่ เข้าไปทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล จากนั้นจึงเข้าไปดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยขออนุญาตสัมภาษณ์เป็นกลุ่มประมาณ 60 นาที ขออนุญาตการบันทึกเสียง และการสังเกตสภาพแวดล้อมและการทำงาน

3. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมารวบรวม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ส่วนข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์วิเคราะห์โดยประมวลสรุปประเด็นสำคัญ แล้วจัดหมวดหมู่ตามคุณสมบัติและความคิดรวบยอด วิเคราะห์เนื้อหา ร่วมกับการนำผลสรุปจากแบบสอบถาม เป็นแนวทางในการยกร่างรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

4. สรุปผล และนำเสนอผลการวิเคราะห์แบบสถิติเชิงพรรณนา และอภิปรายผลนำเสนอรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ได้จากการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เข้าใจถึงสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งเปรียบเทียบการดำเนินงานกับกฎหมาย⁽⁷⁾ และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนา แสดงความถี่ ร้อยละ

ระยะที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา เพื่อให้ทราบรูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ในเขตสุขภาพที่ 1

ระยะที่ 3 นำข้อมูลจากระยะที่ 1 และ 2 มาวิเคราะห์ และพัฒนาเป็นแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และตามที่กฎหมายได้กำหนดไว้

ผลการวิจัย

สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ในเขตสุขภาพที่ 1 จากผลการวิจัยเมื่อเปรียบเทียบผลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องพบว่าส่วนใหญ่เป็นไปตามข้อกำหนดตามกฎหมาย แต่พบบางประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ ประกอบด้วย หมวด 1 ด้านบุคลากร พบว่ายังไม่ดำเนินการแต่งตั้ง

บุคลากรตามที่กฎหมายกำหนดถึงร้อยละ 39.2 หมวด 2 ด้านการเก็บมูลฝอยติดเชื้อ พบว่ามีอัตราการทิ้งมูลฝอยติดเชื้อมีคผลงในภาชนะที่ไม่ได้มาตรฐานร้อยละ 43.1 อัตราการทิ้งมูลฝอยติดเชื้อไม่มีคมในภาชนะที่ไม่ได้มาตรฐานร้อยละ 54.3 ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อไม่ได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่ กฎกระทรวงฯ กำหนดร้อยละ 45.7 ผู้ปฏิบัติงานไม่มีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ร้อยละ 9.15 มีอัตราการใช้รถเข็นเฉพาะสำหรับขนมูลฝอยติดเชื้อยังเพียงร้อยละ 25.7 โดยใช้วิธีการถือหรือหิ้วถุง ร้อยละ 74.3 แทนเนื่องจากปริมาณมูลฝอยติดเชื้อน้อย และหมวด 3 ด้านการขนมูลฝอยติดเชื้อ มีการใช้งานระบบ E-Manifest เพียงร้อยละ 77.6

การศึกษาระบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อขององค์การบริหารส่วนจังหวัด จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ของผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบงานมูลฝอยติดเชื้อของ อบจ. ในเขตสุขภาพที่ 1 พบว่ารูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ อบจ. เขตสุขภาพที่ 1 สามารถสรุปได้ ดังนี้

1) ด้านนโยบาย จากผลการวิจัยพบว่า อบจ. มีการกำหนดนโยบายที่ยังไม่ครอบคลุมกระบวนการคัดแยก รวบรวม เคลื่อนย้าย ขนส่ง และกำจัด หลายแห่งยังไม่มีนโยบายกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง เนื่องจากต้องใช้งบประมาณในการก่อสร้างสูง และมีข้อจำกัดด้านกำลังคนที่ไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการ แต่บางพื้นที่เริ่มมีแนวความคิดในการจัดการมูลฝอยแบบศูนย์รวม โดยอยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูลประกอบการพิจารณาความเป็นไปได้ และความคุ้มค่าในการดำเนินการ ขาดระบบการควบคุมกำกับหลายแห่งยังขาดบุคลากรที่มีความชำนาญ อบจ. บางแห่งขาดการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบในภาพรวม จังหวัด ปัจจุบัน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. บางพื้นที่ยังดำเนินการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ตามปกติ แต่บางพื้นที่ต้องดำเนินการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อเอง เพราะไม่สามารถบริหารจัดการได้ เกิดช่องว่างระหว่าง อบจ. สสจ. และโรงพยาบาลแม่ข่ายในการประสานงานช่วงการถ่าย

โอนภารกิจ บางแห่งไม่มีการกำหนดผู้ปฏิบัติงาน สำรองไว้ดำเนินการแทนทำให้เกิดปัญหาผลผลิต ติดเชื้อตกค้าง

2) **ด้านงบประมาณ** รพ.สต. ได้รับ งบประมาณจาก สป.สช. และจาก อบจ. บางส่วน พบว่า ยังไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยมีการจัดสรรในรูปแบบที่ต่างกันตามนโยบายของผู้บริหาร ประกอบด้วย (1) การจัดสรรตามมติที่ประชุม คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (คสพ.) ให้ สป.สช.จัดสรรไปยัง รพ.สต. โดยตรง และมอบหมาย ให้จัดทำแผนงานประจำปีเสนอไปยังที่ประชุมสภา พิจารณาตั้งเบิกในหมวดสาธารณสุข (2) เบิกจ่ายจาก เงินบำรุงของ รพ.สต. โดยได้รับงบประมาณจาก อบจ. ในหมวดเงินอุดหนุน และงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว (OPPP) ที่ได้รับมาจาก สป.สช. และ (3) เบิกจ่ายจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย นอกจากนี้ยังพบว่างบประมาณที่ได้รับจัดสรรก่อนถ่ายโอนภารกิจมีน้อยทำให้ต้อง บริหารจัดการการใช้วัสดุอุปกรณ์อย่างประหยัด

3) **รูปแบบการเก็บ ขน กำจัด มูลฝอย ติดเชื้อ และแนวทางปฏิบัติ** ส่วนใหญ่มีการรวบรวม เก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในรูปแบบเดิม คือ รพ.สต. รวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและฝากกำจัดที่ โรงพยาบาลแม่ข่าย มีเพียงบางแห่งที่ อบจ. จัดจ้าง บริษัทเอกชน ดำเนินการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากรพ.สต. ไปกำจัดยังสถานที่รับกำจัดโดยตรง โดยพบว่ายังไม่มีแนวทางการปฏิบัติในการเก็บ ขน กำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ชัดเจน และยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน บางส่วนล่าสมัย และยังไม่ถูกต้องตามที่กฎหมาย กำหนด ขาดระบบรวบรวมข้อมูล และแนวทางการ ควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผล บางแห่งภายหลัง การถ่ายโอนภารกิจขาดการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล แม่ข่าย ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ และ ไม่ได้รับการทบทวนฟื้นฟูแนวทางการปฏิบัติที่เป็น ปัจจุบัน

การพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการ มูลฝอยติดเชื้อขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้วิจัยได้นำผลที่ได้จากการวิจัยมาสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง มาพัฒนาเป็นแนวทางการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อให้ได้มาตรฐาน และถูกต้องตามกฎหมายแบ่ง ออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อแบบ ศูนย์รวม: อบจ. มีการจัดตั้งศูนย์กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ และพัฒนาระบบบริหารจัดการที่ได้มาตรฐาน โดยจัดให้มีรถขนมูลฝอยติดเชื้อที่มีมาตรฐาน พร้อมดำเนินการ เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อตามแนวทางปฏิบัติจากที่พักรวม ของ รพ.สต. ไปกำจัดยังสถานที่กำจัดของ อบจ.

รูปแบบที่ 2 อบจ. สร้างที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐานในพื้นที่ อบจ. พร้อมจัดให้มีรถขน มูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐานดำเนินการเก็บขนมูลฝอย ติดเชื้อตามแนวทางปฏิบัติจากรพ.สต. มาเก็บพักไว้ยัง ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อของ อบจ. จากนั้นมีการจัดจ้าง ให้บริษัทเอกชนขนไปกำจัดยังสถานที่รับกำจัดต่อไป

รูปแบบที่ 3 อบจ. จัดจ้างบริษัทเอกชน ดำเนินการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อด้วยรถขนมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐานจากรพ.สต. ไปกำจัดยังสถานที่รับ กำจัดโดยตรง

รูปแบบที่ 4 รพ.สต. แต่ละแห่ง ดำเนินการ เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อของตนไปฝากกำจัดร่วมกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย โดย อบจ. เป็นผู้รับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์สถานการณ์ การศึกษาระบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และ พัฒนาแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ในเขตสุขภาพที่ 1 ผลการวิจัยพบว่าการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ของ รพ.สต. เป็นไปตามกฎหมาย แต่ยังไม่ครอบคลุม ด้านการแต่งตั้งบุคลากรที่รับผิดชอบ การคัดแยก การบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ การอบรมเจ้าหน้าที่ และการ ใช้ระบบควบคุมการขนส่ง (E-Manifest) อย่างไรก็ตาม

นโยบายการบริหารจัดการของ อบจ. ยังขาดความต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร มีข้อจำกัดด้านบุคลากร งบประมาณ ทรัพยากร การปฏิบัติตามมาตรฐาน การกำกับดูแล และการติดตามผลที่ไม่เป็นระบบ ส่งผลให้บางพื้นที่เกิดปัญหามูลฝอยติดเชื้อตกค้าง และขาดกลไกการดำเนินงานที่ชัดเจน สำหรับการพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ อบจ. เพื่อเสนอเป็นรูปแบบในการบริหารจัดการตามบริบทของพื้นที่ได้ 4 รูปแบบ ประกอบด้วยรูปแบบที่ 1 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อแบบศูนย์รวมรูปแบบที่ 2 อบจ. สร้างที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน พร้อมจัดให้มีรถขนมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจาก รพ.สต. ไปเก็บที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อของ อบจ. จากนั้นมีการจัดจ้างให้บริษัทเอกชนขนไปกำจัดยังสถานที่รับกำจัดต่อไป รูปแบบที่ 3 อบจ. จัดจ้างบริษัทเอกชนดำเนินการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อด้วยรถขนมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐานจาก รพ.สต. ไปกำจัดยังสถานที่รับกำจัดโดยตรง และรูปแบบที่ 4 รพ.สต. แต่ละแห่งดำเนินการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อของตนไปฝากกำจัดร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดย อบจ. เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยผู้วิจัยได้มีการนำรูปแบบที่ 3 ไปขับเคลื่อนการดำเนินงาน ณ อบจ.ลำพูน และอบจ.ลำปาง เป็นพื้นที่นำร่อง พัฒนาระบบการตามรูปแบบ PROCESS ที่นำมาใช้เพิ่มศักยภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ประกอบด้วยการพัฒนากระบวนการวางแผนและการออกแบบกระบวนการปรับปรุงแก้ไข กระบวนการปฏิบัติตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2564 กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ กระบวนการสนับสนุน และกระบวนการนิเทศติดตาม

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ในเขตสุขภาพที่ 1 จากการเปรียบเทียบผลการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัด

มูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่พบว่ามีความสอดคล้องกับข้อกำหนดในหลายประเด็น อย่างไรก็ตาม ยังมีบางประเด็นที่ต้องได้รับการปรับปรุง โดยเฉพาะในด้านการแต่งตั้งบุคลากรและการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด โดยในหมวด 1 ด้านบุคลากรที่พบว่า รพ.สต. ยังไม่ดำเนินการตามกฎหมายถึงร้อยละ 39.2 ทั้งนี้ ควรมีการสำรวจบุคลากรและจัดสรรให้เกิดความถูกต้องตามกฎหมายและส่งเสริมการฝึกอบรมเพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอเพื่อยกระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อกำหนดและแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัย หมวด 2 ด้านการเก็บมูลฝอยติดเชื้อพบประเด็นที่น่ากังวลคือมีอัตราการทิ้งมูลฝอยติดเชื้อมีคмลงในภาชนะที่ไม่ได้มาตรฐานถึงร้อยละ 41.3 ซึ่งสูงกว่าที่กฎหมายกำหนด การปฏิบัติที่ยังไม่สอดคล้องนี้อาจเกิดจากความไม่เข้าใจในแนวทางปฏิบัติของบุคลากร หรือขาดแคลนอุปกรณ์ที่มีคุณภาพ และอัตราการทิ้งมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคмลงในถุงที่ไม่ได้มาตรฐานถึงร้อยละ 54.3 ซึ่งยังคงมีช่องว่างในการเพิ่มความเข้มงวดของมาตรการควบคุมกำกับ การปิดถุงไม่แน่นหนาหรือบรรจุขยะเกินปริมาณที่เหมาะสมอาจเพิ่มความเสี่ยงในการปนเปื้อน และแพร่กระจายของเชื้อโรค ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการปฏิบัติที่ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานอาจรวมถึงการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของการรวบรวมที่ไม่ถูกต้อง หรือข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ที่ใช้ในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ สำหรับการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ พบว่ามีผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กฎกระทรวงกำหนดถึงร้อยละ 45.7 ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมการฝึกอบรมให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด เนื่องจากการขาดความรู้และทักษะอาจเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ นอกจากนี้ พบว่าร้อยละ 90.9 ของผู้ปฏิบัติงานมีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดีและสอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัย อย่างไรก็ตาม อัตราการใช้รถเข็นเฉพาะสำหรับขนมูลฝอยติดเชื้อยังอยู่ในระดับต่ำ โดยมีเพียงร้อยละ 25.7 เท่านั้นที่ปฏิบัติตามมาตรฐาน ในขณะที่ร้อยละ 74.3 ใช้วิธีการถือหรือหิ้วถุงแทน

เนื่องจากมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อน้อย การปฏิบัติดังกล่าวอาจเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่กระจายของเชื้อโรคและไม่เป็นไปตามหลักปฏิบัติด้านความปลอดภัยหมวด 3 ด้านการขนมูลฝอยติดเชื้อที่พบว่าการเข้าใช้งานระบบ E-Manifest ยังมีอัตราการดำเนินงานเพียงร้อยละ 77.6 แม้ว่าระบบนี้จะมีศักยภาพในการช่วยติดตามและกำกับดูแลกระบวนการขนส่งให้เป็นไปตามมาตรฐาน แต่ระดับการใช้งานที่ยังไม่ถึงขั้นทำให้เห็นถึงอุปสรรคบางประการ เช่น ข้อจำกัดด้านทรัพยากร เทคโนโลยี หรือความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

โดยสรุป การจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน รพ.สต. ส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับข้อกำหนดทางกฎหมายแต่ไม่ครบถ้วนร้อยละ 100.0 ยังมีบางประเด็นที่ควรปรับปรุงเพิ่มเติม ซึ่งหากสามารถดำเนินการได้ตามที่กฎหมายได้กำหนดแนวทางไว้ จะสามารถลดความเสี่ยงจากอันตรายที่เกิดจากมูลฝอยติดเชื้อขณะปฏิบัติงานได้ สามารถยกระดับมาตรฐานด้านการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความปลอดภัยทั้งผู้ปฏิบัติงาน ประชาชน และสิ่งแวดล้อมโดยรอบต่อไป

2. การศึกษาระบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ.

1) **ด้านนโยบาย** ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงปัญหาเชิงระบบที่เกิดจากการกำหนด และการดำเนินการตามนโยบายที่ยังขาดความชัดเจนและไม่ครอบคลุมกระบวนการจัดการ การบริหารจัดการเชิงระบบในระดับจังหวัด ส่งผลให้เกิดช่องว่างในการสื่อสารรวมถึงขาดการเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติที่มีความชัดเจนและครอบคลุม ส่งผลให้เกิดการดำเนินการที่ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งจังหวัด นอกจากนี้ การขาดระบบการติดตามและการควบคุมที่มีประสิทธิภาพอาจส่งผลให้นโยบายบางอย่างไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม บุคลากรที่ขาดความเชี่ยวชาญอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินงาน ดังนั้น อบจ. ควรมีการสำรวจ และจัดทำฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จัดทำนโยบายที่มีความชัดเจน เป็นระบบ มีรูปแบบ

เดียวกันครอบคลุมทั้งจังหวัด โดยการนำข้อกำหนดตามกฎหมายมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้ครอบคลุมกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ สื่อสารให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบ และยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติ เน้นการใช้หลัก 3Rs ลดปริมาณการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ ส่งเสริมการคัดแยกที่ต้นทางเพื่อลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการขนส่งไปกำจัด พัฒนาการสื่อสารนโยบาย โดยจัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อสื่อสารไปยังระดับปฏิบัติ ส่งเสริมให้มีระบบการนิเทศติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงผลการดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรตระหนักในการดำเนินงาน รวมทั้งยังเป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของชลธิชา วิศาเครื่อง⁽⁸⁾ ที่พบว่าการสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการติดตามตรวจสอบผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้การดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีประสิทธิภาพ

2) **ด้านงบประมาณ** จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของรูปแบบการสนับสนุนงบประมาณที่แตกต่างกันไปตามนโยบายของผู้บริหาร และความท้าทายที่เกิดจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ สะท้อนถึงปัญหาที่ระบบการจัดสรรงบประมาณในระดับพื้นที่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงเปลี่ยนผ่านระหว่างการถ่ายโอนภารกิจ สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริลักษณ์ โกวิทยานนท์⁽⁹⁾ พบว่า รพ.สต. ต้องพึ่งพางบประมาณจากหลายแหล่ง และขาดความแน่นอนในการจัดสรรงบประมาณ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการทรัพยากร หากขาดการวางแผนการใช้งบประมาณที่มีประสิทธิภาพ ผลกระทบต่อระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออาจยิ่งรุนแรงขึ้น ดังนั้น อบจ. ควรพิจารณาจัดสรรงบประมาณให้มีความเพียงพอต่อความต้องการของพื้นที่ โดยเฉพาะวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในกระบวนการจัดเก็บ รวบรวม และเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่ได้มาตรฐาน การจัดทำที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ รถหรือค่า

น้ำมันที่ใช้ในการขนส่งที่ได้มาตรฐาน ส่งเสริมการวางแผนระยะยาวโดย อบจ. และ รพ.สต. ควรวางแผนการใช้งานงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ และการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น รวมทั้งการอบรมและสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและการใช้อุปกรณ์ที่ต้องให้แก่ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต.

3) รูปแบบการเก็บ ขน กำจัด มูลฝอยติดเชื้อ และแนวทางปฏิบัติ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของรูปแบบการเก็บ ขน กำจัด มูลฝอยติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงเปลี่ยนผ่านระหว่างการถ่ายโอนภารกิจที่มีแนวทางการปฏิบัติไม่ไปในทิศทางเดียวกันบางส่วนล้ำสมัย ไม่ได้ปรับปรุงให้สอดคล้องกับมาตรฐานและข้อกำหนดกฎหมายปฏิบัติที่ขาดแนวทางที่ชัดเจนอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน ประชาชน และสิ่งแวดล้อม การมีรูปแบบการเก็บ ขน กำจัด มูลฝอยติดเชื้อตามแนวทางการปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากล และการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนในระยะยาว ดังนั้น อบจ. ควรมีรูปแบบการเก็บ ขน กำจัด มูลฝอยติดเชื้อ และแนวทางปฏิบัติที่มีความชัดเจน ลดความสับสน ประกาศใช้ให้เป็นรูปแบบกันครอบคลุม รพ.สต. ทั้งจังหวัด และมีการปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติเป็นระยะเพื่อให้ทันสมัยและถูกต้องตามกฎหมาย ทั้งแนวทางปฏิบัติในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ แนวทางปฏิบัติในการบำบัดและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ และแนวทางในการเลือกหน่วยงานเอกชนดำเนินการเก็บ มูลฝอยติดเชื้อ⁽¹²⁾ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์วิชาการ สสจ. สสอ. รพ. เป็นต้น ควรร่วมกันพัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน สร้างคู่มือ/เอกสารแนวทางการปฏิบัติในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นปัจจุบัน มีความทันสมัยต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบได้ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้มีระบบการจัดการที่ดี เพื่อป้องกันผลกระทบต่างๆ ต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนและสิ่งแวดล้อมโดยรวม

3. การพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

ผู้วิจัยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับ อบจ. เพื่อให้การบริหารจัดการได้มาตรฐานทางวิชาการ และมีการดำเนินการถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด 4 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อแบบศูนย์รวม: อบจ. มีการจัดตั้งศูนย์กำจัดมูลฝอยติดเชื้อและพัฒนาระบบบริหารจัดการที่ได้มาตรฐาน โดยจัดให้มีรถขนมูลฝอยติดเชื้อที่มีมาตรฐาน พร้อมดำเนินการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อตามแนวทางปฏิบัติจากที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สต. ไปกำจัดยังสถานที่กำจัดของ อบจ. การดำเนินการในรูปแบบนี้ช่วยให้การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ มีการควบคุมมาตรฐาน และช่วยให้เกิดการจัดการที่เป็นระบบ การมีรถขนส่งที่ได้มาตรฐานช่วยให้การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อปลอดภัยมากขึ้น ลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรค นอกจากนี้ยังเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าเพราะเป็นการใช้งานร่วมกันของสถานพยาบาล และ อปท. ในพื้นที่ ประหยัดงบประมาณส่วนกลางทั้งในการลงทุนและการดูแลบำรุงรักษาระบบ สามารถพัฒนาบุคลากรเพียงชุดเดียวให้มีความพร้อม ความชำนาญและทักษะได้เต็มศักยภาพ ควบคุมกำกับดูแลผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการดำเนินงานของระบบได้ง่าย และเป็น การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550 อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและพิจารณาปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่⁽¹⁰⁾

รูปแบบที่ 2 อบจ. สร้างที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน พร้อมจัดให้มีรถขนมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐานดำเนินการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากรพ.สต. ไปเก็บพักไว้ยังที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อของ อบจ. จากนั้นมีการจัดจ้างให้บริษัทเอกชนขนไปกำจัดยังสถานที่รับกำจัดต่อไป การดำเนินการตามรูปแบบนี้

ช่วยลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการเก็บกักมูลฝอยติดเชื้อในแต่ละ รพ.สต. เป็นระยะเวลาอันยาวนานไป การสร้างที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐานช่วยเพิ่มความปลอดภัย และลดความซับซ้อนในกระบวนการจัดการ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มี รพ.สต. จำนวนมากและมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐาน การรวมศูนย์จัดเก็บและการใช้บริการจากภาคเอกชน ช่วยลดภาระด้านงบประมาณและบุคลากรของหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม การดำเนินการในรูปแบบนี้ต้องการการสนับสนุนจาก อบจ. ทั้งในด้านงบประมาณ โครงสร้างพื้นฐาน การควบคุมดูแลบริษัทเอกชน และยังมีข้อจำกัดในบางประการ เช่น การก่อสร้างและการบำรุงรักษาที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ รวมถึงการจัดซื้อรถขนมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน เป็นการดำเนินการที่ต้องใช้งบประมาณสูง การจ้างบริษัทเอกชนขนส่งและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อจำเป็นต้องมีระบบตรวจสอบที่เข้มงวดเพื่อป้องกันการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการใช้ระบบ E-Manifest เพื่อควบคุมการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการบริหารจัดการเครือข่าย การสร้างความร่วมมือระหว่าง รพ.สต., อบจ., และบริษัทเอกชนยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจากต้องการการสื่อสารและการวางแผนร่วมกัน และยังคงต้องการการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดำเนินงานมีความยั่งยืนและสอดคล้องกับมาตรฐานและกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่อไป

รูปแบบที่ 3 อบจ. จัดจ้างบริษัทเอกชน ดำเนินการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อด้วยรถขนมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐานจาก รพ.สต. ไปกำจัดยังสถานที่รับกำจัดโดยตรง การดำเนินการในรูปแบบนี้มีข้อดีในด้านของความสะดวกในการดำเนินงาน และลดภาระของ อบจ. เหมาะสมสำหรับ อบจ. ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรหรือบุคลากรในการจัดการระบบขนส่งและการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยตนเอง การใช้บริการจากบริษัทเอกชนที่มีความเชี่ยวชาญช่วยเสริมประสิทธิภาพในกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อทั้งในด้านความปลอดภัยและการปฏิบัติตามหลักวิชาการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างไรก็ตามยังมี

ข้อจำกัดที่ต้องพิจารณา เช่น ค่าใช้จ่ายในการจัดจ้างบริษัทเอกชนที่อาจสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบที่อบจ. ดำเนินการเอง และจำเป็นต้องมีการควบคุมมาตรฐานการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม การคัดเลือกหน่วยงานเอกชน⁽¹¹⁾ การควบคุมคุณภาพและการประเมินผลการดำเนินงานของบริษัทเอกชนเป็นสิ่งสำคัญที่อบจ. ต้องให้ความสำคัญเพื่อให้มั่นใจว่าการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อม

รูปแบบที่ 4 รพ.สต. แต่ละแห่ง ดำเนินการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อของตนไปฝากกำจัดร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดย อบจ. เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งหมด การดำเนินการตามรูปแบบที่ 4 มีข้อดีในด้านการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่แล้วอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีระบบและโครงสร้างพื้นฐานรองรับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่แล้ว การรวมมูลฝอยติดเชื้อในลักษณะนี้ช่วยลดความซับซ้อนของระบบจัดการในระดับ รพ.สต. และช่วยประหยัดทรัพยากรในระดับท้องถิ่น นอกจากนี้ยังรวมถึงการลดภาระของ อบจ. ในการบริหารจัดการกระบวนการขนส่งและการกำจัดด้วยตนเอง เนื่องจากบทบาทสำคัญของโรงพยาบาลแม่ข่ายในการเป็นศูนย์กลางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่พบในรูปแบบนี้คือความจำเป็นในการประสานงานระหว่าง อบจ. รพ.สต. และโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งอาจทำให้เกิดความล่าช้าในกระบวนการจัดการหากขาดการสื่อสาร และการวางแผนที่ดี การมีโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นศูนย์กลางช่วยเพิ่มความคล่องตัวในกระบวนการจัดการ และลดความเสี่ยงจากการที่ รพ.สต. แต่ละแห่งต้องจัดการด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม การนำรูปแบบนี้ไปใช้ต้องพิจารณาถึงปัจจัยแวดล้อม เช่น ความสามารถในการรองรับมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลแม่ข่าย การจัดการระบบการขนส่ง และการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้กระบวนการทั้งหมดดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

อย่างไรก็ตาม การจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสเพื่อลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน จากการวิจัยในครั้งนี้นอกจากการมีแนวทางการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่แล้วยังพบว่าการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยประกอบด้วย กฎหมายระเบียบ ข้อบังคับ ศักยภาพและความพร้อมของหน่วยบริการ แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ระบบการขนส่งและกำจัดที่ปลอดภัย และกลไกการจัดการโดยรวมที่เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ซึ่งมีความสัมพันธ์แบบบูรณาการ สะท้อนให้เห็นว่าการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมิใช่เป็นเพียงการดำเนินการที่มีจุดเริ่มต้นและสิ้นสุด แต่เป็นกระบวนการที่มีลักษณะต่อเนื่อง และจำเป็นต้องมีการประเมิน ปรับปรุง และพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 อบจ. ควรจัดให้มีระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อแบบศูนย์รวม โดยจัดสร้างศูนย์รับกำจัดมูลฝอยติดเชื้อจากสถานบริการสาธารณสุขและแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้ออื่นในพื้นที่ พร้อมระบบการขนส่งและกำจัดที่ได้มาตรฐานตามหลักสุขาภิบาลและที่กฎหมายกำหนด เพื่อให้เกิดการขนส่งที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งสามารถจัดทำบันทึกความร่วมมือในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ตามกฎกระทรวง การดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อร่วมกันระหว่างราชการส่วนท้องถิ่นกับราชการส่วนท้องถิ่นอื่นหรือหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2564 หรือการนำรูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้ออื่น ๆ ที่ได้จากการวิจัยไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

1.2 อบจ. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้เกิดความครอบคลุมมีการทบทวน ฟื้นฟูองค์ความรู้อย่างสม่ำเสมอ

ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการเก็บหรือขนมูลฝอยติดเชื้อ ผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อชุมชน เช่น ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver; CG) เป็นต้น

1.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งควรสนับสนุนด้านวิชาการแก่ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในทุกระดับ และติดตามการบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อโดยใช้โปรแกรมกำกับติดตามมูลฝอยติดเชื้อ และการใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

1.4 อบจ. ควรมีกระบวนการควบคุมกำกับดูแลการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยการนำระบบ E-Manifest เป็นเครื่องมือในการควบคุมกำกับ รวมทั้งมีการทวนสอบ รพ.สต. ให้ปฏิบัติงานได้ถูกต้องตามมาตรฐานและกฎหมาย ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

1.5 รพ.สต. ควรมีการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน กำหนดแผนงานหรือนโยบายในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ครอบคลุมแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน และสอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติของ อบจ.

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 กรมอนามัย ควรมีการสำรวจรูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องตามกฎหมาย

2.2 กรมอนามัย ควรมีการทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงให้มีความทันสมัย เหมาะสมในทางปฏิบัติภายใต้บริบทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ การกำหนดคุณสมบัติให้ผู้ที่มิวุฒิกการศึกษาพยาบาลศาสตร์สามารถได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการเก็บหรือขนมูลฝอยติดเชื้อ การกำหนดให้มีวันหยุดอายุสำหรับผู้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการทบทวน ฟื้นฟูองค์ความรู้อยู่เสมอ

2.3 สนับสนุนให้ อบจ. มีการดำเนินการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลแหล่งกำเนิดมลพิษลอยติดเชื้อในชุมชนรวมทั้งข้อมูลที่เป็นและเกี่ยวข้องในเขตพื้นที่รับผิดชอบให้ถูกต้องครบถ้วน ชัดเจน ใช้ประโยชน์ได้ เพื่อสนับสนุนและใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการบริหารจัดการมลพิษลอยติดเชื้อ จัดทำแผนงานโครงการเพื่อสนับสนุนด้านการจัดการบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการมลพิษลอยติดเชื้อให้เกิดความครอบคลุมและเพียงพอต่อการดำเนินการจัดการมลพิษลอยติดเชื้อ

2.4 สนับสนุนให้ อบจ. มีระบบการควบคุมกำกับ ติดตามผลการดำเนินงานการจัดการมลพิษลอยติดเชื้อใน รพ.สต. โดยบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) สร้างเครือข่ายความร่วมมือระดับพื้นที่ที่ชัดเจน และกระบวนการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจระดับชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เครือข่ายภารกิจเฉพาะ วัด โรงเรียน หน่วยงานราชการ ฯลฯ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและผลักดันการใช้มาตรฐาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) เป็นเครื่องมือในการประเมินผลการดำเนินงาน

2.5 รพ.สต. ควรจัดทำข้อเสนอเชิงสาธารณะหรือข้อเสนอเชิงนโยบาย และมาตรการเพื่อลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากมลพิษลอยติดเชื้อในพื้นที่ โดยสื่อสารเผยแพร่ให้ประชาชนในพื้นที่รับทราบ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนขับเคลื่อนการจัดการมลพิษลอยติดเชื้อ ระยะที่ 1 : 2565-2570 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 28 เมษายน 2567];1:4-5. เข้าถึงได้จาก URL: <https://env.anamai.moph.go.th/th/magazine/3904#wow-book>
2. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ แนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานด้านการจัดการมลพิษลอยติดเชื้อ (ฉบับปรับปรุง). [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 28 เมษายน 2567];2:4. เข้าถึงได้จาก URL: <https://e-manifest.anamai.moph.go.th/manual/คลังความรู้/คู่มือวิชาการเกี่ยวกับการจัดการมลพิษลอยติดเชื้อ/คู่มือมาตรฐานการจัดการมลพิษลอยติดเชื้อสำหรับสถานบริการสาธารณสุข.pdf>
3. สำราญ เจริญผล. การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการมลพิษลอยติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5 [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 28 เมษายน 2567];3:417-430. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/265682/181265>
4. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดการมลพิษลอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564
5. กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย (สจท.). รพ.สต. อบจ อีกหนึ่งก้าวอย่าง...กระจายอำนาจสู่ อปท. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 28 เมษายน 2567];1:18-23 เข้าถึงได้จาก: URL:<https://drive.google.com/file/d/1yskWI1UtXMKdgtEgrO0XRdLsNzAaQvc5/view>
6. รหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ. กลุ่มบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2567 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 21 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hcode.moph.go.th/dashboard/>

7. กองกฎหมาย กรมอนามัย. กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 25 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้ จาก: <https://laws.anamai.moph.go.th/th/ministry-rule/204273>
8. ชลธิชา วิษาเครือ, อุไรวรรณ อินทร์ม่วง. การพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเลย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 9. 2559;2:67-72.
9. ศิริลักษณ์ โกวิทยานนท์. สถานการณ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดพิษณุโลก ภายหลังกนโยบายยกระดับสถานีนีออนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปีที่ 4. 2561;1:117-136
10. กรมควบคุมมลพิษ. คู่มือการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบศูนย์รวมสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ส. พิจิตรการพิมพ์ จำกัด; 2553. หน้า 19.
11. สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. เอกสารด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่กรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2561. หน้า 31-32.
12. สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม. แนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานการจัดการขยะติดเชื้อ (ฉบับปรับปรุง). 2559; หน้า 1-4, 26, 24-29.

ผลการฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นทรายกับพื้นหญ้าต่อความสามารถการกระโดดสูงจากพื้น ของนักกีฬาบอลเลย์บอลระดับมัธยมศึกษา

Effect of Plyometric Training on Sand and Grass on the High Jumping Performance of Secondary School Volleyball Players.

ณัฐวัฒน์ ยิ้มสวัสดิ์^{1*} ภัทรพร สิทธิเลิศพิศาล²

Nattawat Yimsawat^{1*} Patraporn Silitertpisan²

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา วิทยาลัยพหุวิทยาการและสหวิทยาการ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่^{1*}, ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

Master of Science Program in Sports Science, Multidisciplinary and Interdisciplinary School

Chiang Mai University^{1*},

Department of Physical Therapy Faculty of Associated Medical Sciences Chiang Mai University²

¹Corresponding author, E-mail: Nattawat_y@cmu.ac.th

(Received: April 5, 2025; Revised: May 5, 2025; Accepted: July 29, 2025)

บทคัดย่อ

การพัฒนาความสามารถในการกระโดดมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการเล่นกีฬาบอลเลย์บอล โดยเฉพาะในเด็กนักกีฬาที่มีข้อจำกัดด้านรูปร่างที่ไม่สูงมากนัก ทำให้เสียเปรียบในการแข่งขัน การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นทรายกับพื้นหญ้าต่อความสามารถในการกระโดดสูงของนักกีฬาบอลเลย์บอลระดับมัธยมศึกษา การวิจัยใช้รูปแบบการทดลอง โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักกีฬาบอลเลย์บอลเพศชายในระดับมัธยมศึกษา อายุ 12-15 ปี จำนวน 20 คน จากโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาลำปาง เขต 3 อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลากแบ่งอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน ได้แก่ กลุ่มที่ฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นทราย และกลุ่มที่ฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นหญ้า ทั้งสองกลุ่มได้รับการฝึกด้วยโปรแกรมพลัยโอเมตริกเดียวกัน ประกอบด้วยท่า Multiple Box to Box Jump, Depth Jump, Jump and Reach และ Split Squat Jump โดยแบ่งการฝึกเป็น 2 ระยะเวลา ได้แก่ ระยะเวลาที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1-4) ฝึก 3 ชุดๆละ 10 ครั้ง และระยะเวลาที่ 2 (สัปดาห์ที่ 5-8) ฝึก 3 ชุดๆละ 15 ครั้ง โดยพักระหว่างชุด 2 นาที และพักระหว่างท่า 3 นาที ทำการฝึก 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ก่อนและหลังการทดลอง ทำการวัดความสามารถในการกระโดดสูงด้วยท่ากระโดดแบบย่อตัวก่อนกระโดด โดยใช้เครื่องมือ Vertec™ Vertical Jump Tester วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test และ Wilcoxon Signed Rank Test ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในด้านอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และประสบการณ์การเป็นนักกีฬาบอลเลย์บอลทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$) ความสามารถในการกระโดดสูงจากพื้นก่อนการฝึกของกลุ่มฝึกบนพื้นทรายและกลุ่มฝึกบนพื้นหญ้าไม่แตกต่างกันทางสถิติ (37.90 ± 11.37 และ 42.50 ± 6.55 เซนติเมตร ตามลำดับ, $p > 0.05$) และภายหลังการฝึก 8 สัปดาห์ ทั้งสองกลุ่มมีการพัฒนาในด้านระยะการกระโดดที่สูงขึ้น โดยความสามารถในการกระโดดสูงของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติเช่นกัน (39.00 ± 13.61 และ 42.10 ± 7.85 เซนติเมตร ตามลำดับ, $p > 0.05$) การเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการกระโดดสูงหลังการฝึกระหว่างกลุ่มฝึกบนพื้นทรายและกลุ่มฝึกบนพื้นหญ้าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.10 ± 3.11 และ 0.04 ± 2.67 เซนติเมตร ตามลำดับ, $p = 0.280$) ผลการศึกษาสรุปได้ว่า การฝึกพลัยโอเมตริกเป็น

เวลา 8 สัปดาห์ ทั้งบนพื้นทรายและพื้นหญ้าสามารถช่วยพัฒนาความสามารถในการกระโดดสูงของนักกีฬาได้ โดยไม่ส่งผลต่อความสามารถในการกระโดดสูงที่แตกต่างกันในนักกีฬาวอลเลย์บอลระดับมัธยมศึกษา ดังนั้น ผู้ฝึกสอนสามารถเลือกใช้พื้นผิวได้ตามความเหมาะสมและบริบทที่มี โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาความสามารถในการกระโดดสูงของนักกีฬา

คำสำคัญ: พลัยโอเมตริก, พื้นทราย, พื้นหญ้า, ความสามารถในการกระโดดสูง, นักกีฬาวอลเลย์บอล

ABSTRACT

Developing jumping ability is important for volleyball performance, especially for young athletes who have limited physical size, which puts them at a disadvantage in competition. This research aimed to compare the effectiveness of plyometric training on sand versus grass surfaces on vertical jump performance in secondary school volleyball players. The study employed an experimental design with a sample of 20 male volleyball players aged 12-15 years from schools under the Lamphang Primary Educational Service Area Office 3, Wang Nuea District, Lamphang Province. Participants were simple randomly sampling by lottery into two equal groups of 10 players each: a sand-surface plyometric training group and a grass-surface plyometric training group. Both groups followed identical plyometric training programs comprising Multiple Box to Box Jump, Depth Jump, Jump and Reach, and Split Squat Jump exercises. The training program was divided into two phases: Phase 1 (1st -4th weeks) with 3 sets of 10 repetitions per exercise, and Phase 2 (5th -8th weeks) with 3 sets of 15 repetitions per exercise, with 2-minute rest periods between sets and 3-minute rest periods between exercises. Training sessions were conducted three times per week for 8 weeks. Vertical jump ability was measured by the Counter Movement Jump technique using a Vertec™ Vertical Jump Tester before and after the 8-week training program. Data were analyzed using Mann-Whitney U Test and Wilcoxon Signed Rank Test. Results showed no statistically significant differences between the two groups in baseline characteristics including age, weight, height, body mass index, and volleyball experience ($p > 0.05$). Pre-training vertical jump heights for the sand and grass training groups were not statistically different (37.90 ± 11.37 and 42.50 ± 6.55 centimeters, respectively, $p > 0.05$). After 8 weeks of training, both groups showed improvements in jump height, but there was no statistically significant difference between the groups (39.00 ± 13.61 and 42.10 ± 7.85 centimeters, respectively, $p > 0.05$). The changes in vertical jump ability following training did not differ significantly between the sand and grass training groups (1.10 ± 3.11 and 0.04 ± 2.67 centimeters, respectively, $p = 0.280$). The study concludes that 8 weeks of plyometric training on either sand or grass surfaces can improve vertical jump performance in volleyball players, with no significant difference between the two training surfaces. Therefore, coaches can select the training surface based on availability and contextual suitability without compromising the development of vertical jump ability in secondary school volleyball players.

Keywords: Plyometric training, Sand surface, Grass surface, Vertical Jumping Performance, Volleyball players, Secondary school students

บทนำ

กีฬาวอลเลย์บอลเป็นกีฬาอดนินิยมที่มีการแข่งขันทั้งในระดับภูมิภาค ระดับชาติและนานาชาติ โดยเฉพาะที่มวอลเลย์บอลหญิงของประเทศไทยที่ประสบความสำเร็จและเป็นที่ยอมรับในระดับโลก ส่งผลให้กีฬาวอลเลย์บอลได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในทุกเพศทุกวัย จนถูกบรรจุเข้าในหลักสูตรการเรียนการสอนของหลายโรงเรียน การพัฒนาสมรรถภาพทางกายของนักกีฬาวอลเลย์บอลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการเสริมสร้างระบบความแข็งแรง กำลัง และความอดทนของกล้ามเนื้อ ในปัจจุบัน เมื่อนักกีฬาวอลเลย์บอลระดับภูมิภาคเข้าร่วมการแข่งขันระดับประเทศหรือกีฬามหาวิทยาลัย มักจะประสบปัญหาด้านการฝึกซ้อมที่ขาดรูปแบบชัดเจนในการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย อีกทั้งยังเสียเปรียบในด้านรูปร่างและความสามารถในการกระโดด ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในกีฬาวอลเลย์บอล ทั้งในการเสิร์ฟ การสกัดกั้น และการตบ⁽⁴⁾ ดังนั้น การพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการกระโดดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การฝึกพลัยโอเมตริก (Plyometric Training) เป็นรูปแบบการฝึกที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความสามารถในการกระโดด โดยอาศัยหลักการของวงจรการยืดและการหดตัวของกล้ามเนื้อที่เรียกว่า Stretch-Shortening Cycle (SSC)^(1,5,6) ซึ่งช่วยเพิ่มการตอบสนองของระบบประสาทและกล้ามเนื้อให้เกิดการทำงานได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ⁽²⁾ การฝึกพลัยโอเมตริกสามารถทำได้ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน เช่น บนพื้นซีเมนต์ พื้นหญ้า หรือพื้นทราย ซึ่งแต่ละพื้นผิวจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการฝึกและความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่แตกต่างกัน

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นทรายและพื้นหญ้าสามารถพัฒนาความสามารถในการกระโดดของนักกีฬาได้ โดยที่การ

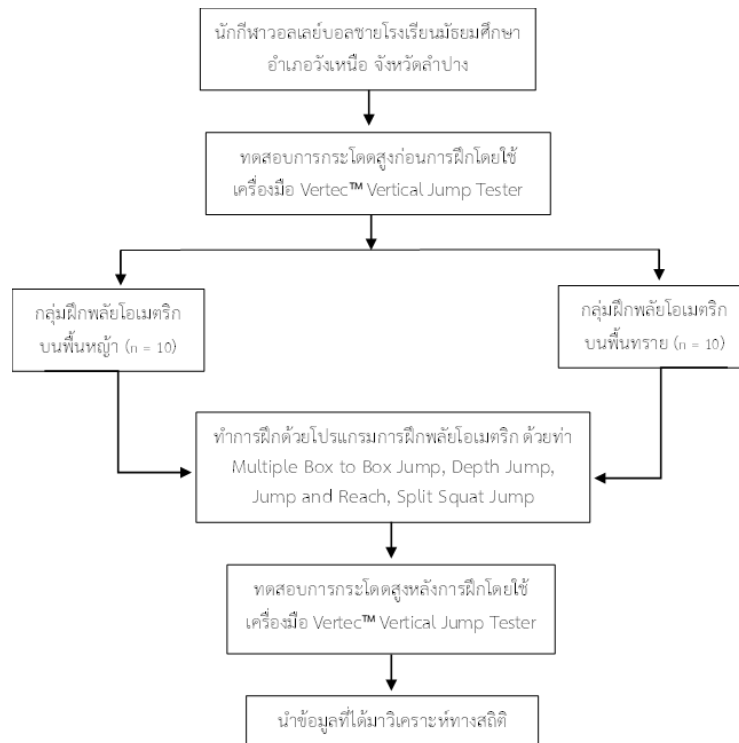
ฝึกบนพื้นทรายมักจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและความเจ็บปวดหลังการฝึกได้ดีกว่า⁽³⁾ อย่างไรก็ตาม ยังมีความต้องการในการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลของการฝึกบนพื้นที่แตกต่างกันในกลุ่มนักกีฬาวอลเลย์บอล โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านรูปร่างและความสูง

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในฐานะผู้ฝึกสอนนักกีฬาวอลเลย์บอลของสถานศึกษา ซึ่งในทีมมีนักกีฬาที่เป็นชาวไทยภูเขาหลากหลายชนเผ่าที่มีรูปร่างไม่สูงมากนัก ทำให้เสียเปรียบคู่แข่งที่มีรูปร่างสูงใหญ่กว่า ซึ่งผลของการทดสอบสมรรถภาพด้านพลัง (Explosive Power) ของกล้ามเนื้อขาด้วยวิธีการยืนกระโดดไกลตามแบบทดสอบและเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายสำหรับเด็กไทยอายุ 7- 18 ปี⁽⁸⁾ พบว่านักกีฬาส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการทดสอบ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้นักกีฬาวอลเลย์บอลไม่ประสบความสำเร็จในการแข่งขันระดับภูมิภาคและระดับชาติ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นศึกษาผลของการฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นทรายเปรียบเทียบกับพื้นหญ้าต่อความสามารถในการกระโดดของนักกีฬาวอลเลย์บอลชาย เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาความสามารถในการกระโดด ซึ่งเป็นทักษะสำคัญที่จะช่วยลดข้อเสียเปรียบด้านรูปร่างและความสูง โดยการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนโปรแกรมการฝึกซ้อมที่มีประสิทธิภาพสำหรับนักกีฬาวอลเลย์บอลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของการฝึกพลัยโอเมตริกต่อการกระโดดสูงจากพื้นระหว่างกลุ่มที่ฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นทรายกับพื้นหญ้า

รูปภาพกรอบแนวคิดการศึกษา



สมมติฐาน

กลุ่มที่ฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นทรายและพื้นหญ้ามีความสามารถในการกระโดดสูงแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลของการฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นผิวทรายและพื้นผิวหญ้าที่มีต่อพลังกล้ามเนื้อขาในนักกีฬา วอลเลย์บอลชาย ระดับมัธยมศึกษา อายุ 12-15 ปี จำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน กลุ่มแรกฝึกบนพื้นทราย และกลุ่มที่สองฝึกบนพื้นหญ้า ทั้งสองกลุ่มฝึกด้วยโปรแกรมพลัยโอเมตริกเดียวกันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วัดผลด้วยการทดสอบความสามารถในการกระโดดแนวตั้ง (Counter Movement Jump) ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มด้วย t-test หรือ non-parametric test ตามความเหมาะสมที่ระดับนัยสำคัญ .05

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือนักกีฬา วอลเลย์บอลชายในระดัมัธยมศึกษา อายุ 12-15 ปี จากสถานศึกษาในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ลำปาง เขต 3 พื้นที่อำเภอวังเหนือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้มาจกประชากรทั้งหมด แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยกลุ่มแรกฝึกบนพื้นทรายและกลุ่มที่สองฝึกบนพื้นหญ้า (การศึกษาเป็นการค้นคว้าอิสระจึงกำหนดจำนวนผู้ร่วมวิจัยตามความเหมาะสม และศึกษาเฉพาะเพศชายเนื่องจากปัจจัยทางเพศอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของการฝึกพลัยโอเมตริก)

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นนักกีฬา วอลเลย์บอลชาย ระดับมัธยมศึกษาที่มีการซ้อมประจำกับทีมวอลเลย์บอลของสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ลำปาง เขต 3

2. นักกีฬามีความสม่ำเสมอในการฝึกซ้อมอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

3. นักกีฬามีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสำหรับเพศชายช่วงอายุ 12-15 ปี คือระหว่าง 17.28-23.80 กิโลกรัม/ตารางเมตร (ตามเกณฑ์ของกรมพลศึกษา 2562)⁽⁷⁾

เกณฑ์คัดออก

1. นักกีฬามีอาการบาดเจ็บบริเวณร่างกายส่วนล่าง เช่น กล้ามเนื้อขา ฝ่าเท้า หรือนิ้วเท้า

2. มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายแบบเข้มข้น เช่น โรคหัวใจ ภาวะหอบหืด ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวานชนิดที่ 1

3. เกณฑ์การระงับการฝึก/การทดสอบ เพื่อความปลอดภัยของผู้ร่วมวิจัยในระหว่างการฝึกพลัยโอเมตริก เช่น มีอาการเจ็บบริเวณเส้นเอ็นสะบ้าเข่า ซีฟจรเต้นเร็วผิดปกติ หรือเหนื่อยหอบมากกว่าระดับที่กำหนดไว้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะเทคนิคการแพทย์ งานบริหารงานวิจัยและวิเทศสัมพันธ์ (หน่วยจริยธรรมการวิจัย) รหัสโครงการวิจัย AMSEC-66EX-040 อนุมัติวันที่ 2 ตุลาคม 2566 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และผู้ปกครองทราบเพื่อตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการฝึกพลัยโอเมตริก

1. โปรแกรมการฝึกเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม แต่ต่างกันที่พื้นผิวในการฝึก (พื้นทรายและพื้นหญ้า)

2. ท่าฝึก 4 ท่า ได้แก่ Multiple Box to Box Jump, Depth Jump, Jump and Reach, และ Split Squat Jump ซึ่งได้รับการประเมินตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว

3. ระยะเวลาการฝึก 8 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ช่วง (Initial และ Progression)

4. ความถี่ในการฝึก 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (วันจันทร์ วันพุธและวันศุกร์)

ส่วนที่ 2 Vertec™ Vertical Jump Tester

1. เครื่องวัดความสามารถในการกระโดดสูงในแนวดิ่ง

2. ใช้วัดผลการกระโดดในท่า Counter movement Jump

3. ทดสอบก่อนและหลังการฝึก 8 สัปดาห์

4. ทำการทดสอบ 3 ครั้ง แต่ละครั้งพัก 2 นาที และใช้ค่าที่ดีที่สุด

ส่วนที่ 3 อุปกรณ์ประกอบการฝึก

1. กล่องไม้ขนาด 30×50×30 เซนติเมตร สำหรับท่า Box Jump

2. สนามทรายขนาด 10×10 เมตร ความหนาของทราย 40-50 เซนติเมตร ทรายที่ใช้เป็นทรายแม่น้ำชนิดละเอียด เม็ดกลมสม่ำเสมอที่ผ่านการทำความสะอาดแล้ว

3. สนามหญ้าขนาด 10×10 เมตร ความหนาแน่นของหญ้าประมาณ 4,000-6,000 ต้น/ตารางเมตร หญ้าที่ใช้เป็นหญ้าพันธุ์เบอร์มิวด้า (Bermuda Grass) ที่เหมาะกับสภาพอากาศร้อน

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูล

1. บันทึกข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัคร (อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และประสบการณ์การเป็นนักกีฬา)

2. บันทึกผลการทดสอบความสามารถในการกระโดด (ระยะการยืนเหยียดแขน ระยะกระโดดสูงสุด และความสามารถในการกระโดด)

ส่วนที่ 5 โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. โปรแกรม IBM SPSS สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

2. ใช้สถิติทดสอบการแจกแจงแบบปกติโดย Shapiro-Wilk Test

3. ใช้สถิติ Pair Sample t-test หรือ Wilcoxon Signed Rank Test (กรณีข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ) สำหรับการวิเคราะห์ภายในกลุ่ม

4. ใช้สถิติ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test (กรณีข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ) สำหรับการวิเคราะห์ระหว่างกลุ่ม

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

ความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของเครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ เครื่อง Vertec™ Vertical Jump Tester สำหรับการทดสอบความสูงการกระโดดแนวตั้ง และการคำนวณพลังระเบิด (Explosive Power) ศึกษาในนักกีฬาโอลิมปิกเพศชายจำนวน 20 คน ทำการทดสอบ (Vertical Jump Test ด้วยเครื่อง Vertec™) 2 ครั้ง ห่างกัน 48 ชั่วโมง เป็นวิธีการทดสอบแล้วทดสอบซ้ำ (Test and retest method) โดยข้อมูลทั่วไป

ของนักกีฬาพบว่า อายุเฉลี่ยเท่ากับ 12.85 ± 3.23 ปี น้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 58.30 ± 8.75 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ยเท่ากับ 168.20 ± 6.82 เซนติเมตร และ BMI เฉลี่ยเท่ากับ 20.58 ± 2.15 กิโลกรัม/เมตร² ประสิทธิภาพการเป็นนักกีฬาโอลิมปิกเฉลี่ย 3.45 ± 1.28 ปี นำข้อมูลค่าความสูงการกระโดดแนวตั้ง (Vertical Jump) และค่าพลังระเบิด (Explosive Power) ของการทดสอบซ้ำมาหาค่าความน่าเชื่อถือด้วย Intraclass Correlation Coefficient (ICC) คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป แบบ Two-way mixed effects model (ICC3,1) แสดงผลการวิเคราะห์ ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความน่าเชื่อถือ ของความสูงการกระโดดแนวตั้งและพลังระเบิดจากการทดสอบ Vertec™ Vertical Jump Test (n=20)

การทดสอบเครื่องมือ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)		ICC (95% CI)	P-value
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2		
ความสูงการกระโดดแนวตั้ง (เซนติเมตร)	52.85 ± 6.42	53.10 ± 6.38	0.892 (0.742-0.956)	0.001
พลังระเบิด (วัตต์/กิโลกรัม)	58.75 ± 8.20	59.12 ± 8.45	0.915 (0.798-0.967)	0.001

จากตาราง 1 พบว่า ความสูงการกระโดดแนวตั้งจากเครื่อง Vertec™ มีค่าความน่าเชื่อถือ ICC 0.892 (95%CI 0.742-0.956, $p < 0.001$) มีความน่าเชื่อถือในระดับดีเยี่ยม โดยมี Standard Error of Measurement (SEM) เท่ากับ 2.15 เซนติเมตร และ Coefficient of Variation (CV) เท่ากับ 4.2% สำหรับค่าพลังระเบิดที่คำนวณจากความสูงการกระโดดและน้ำหนักตัว มีค่าความน่าเชื่อถือ ICC 0.915 (95%CI 0.798-0.967, $p < 0.001$) มีความน่าเชื่อถือในระดับดีเยี่ยม

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ดำเนินการยื่นโครงการเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ประชาสัมพันธ์ และประกาศรับสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัยผ่านบอร์ดประชาสัมพันธ์สถานศึกษา และช่องทางออนไลน์
3. จัดการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ และระยะเวลาในการทดลอง โดยขอ

ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครองของผู้ร่วมวิจัยทุกราย

4. ทดสอบความสามารถในการกระโดดแนวตั้งของผู้ร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มก่อนเริ่มโปรแกรมการฝึก โดยใช้ท่ากระโดดแบบย่อตัวก่อนกระโดด (Counter Movement Jump) โดยใช้เครื่องมือวัด Vertec™ Vertical Jump Tester ทำการทดสอบ 3 ครั้ง พักระหว่างการทดสอบแต่ละครั้ง 2 นาที และบันทึกค่าที่ดีที่สุด

5. ให้ผู้ร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มฝึกตามโปรแกรมพลัยโอเมตริกที่กำหนด โดยแยกพื้นที่การฝึกตามกลุ่มทดลอง นอกเหนือจากการฝึกซ้อมวอลเลย์บอลตามปกติ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน ในวันจันทร์ วันพุธและวันศุกร์ ช่วงเวลา 15.00-16.00 น. โดยมีรายละเอียดการฝึกดังนี้

โปรแกรมการฝึก

ช่วงที่ 1 : สัปดาห์ที่ 1 - 4 (ขั้นเริ่มต้น)

การฝึกประกอบด้วยท่าต่อไปนี้

- Multiple Box to Box Jump

- Depth Jump
- Jump and Reach
- Split Squat Jump

รูปแบบการฝึก : ปฏิบัติท่าละ 3 ชุด ชุดละ 10 ครั้ง พักระหว่างชุด 2 นาที และพักระหว่างเปลี่ยนท่า 3 นาที รวมปริมาณการฝึกทั้ง 4 ท่า เท่ากับ 120 ครั้งต่อครั้งการฝึก ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ฝึกในระดับกลางที่มีประสบการณ์บ้างแล้ว

ช่วงที่ 2 : สัปดาห์ที่ 5 - 8 (ขั้นพัฒนา)

ใช้ท่าการฝึกเดิมแต่เพิ่มความหนักโดยปรับเป็น : ปฏิบัติท่าละ 3 ชุด ชุดละ 15 ครั้ง พักระหว่างชุด 2 นาที และพักระหว่างเปลี่ยนท่า 3 นาที รวมปริมาณการฝึกทั้ง 4 ท่า เท่ากับ 180 ครั้งต่อครั้งการฝึก ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ฝึกระดับก้าวหน้า (การศึกษาของ Myer & Chu ได้ให้คำแนะนำสำหรับนักกีฬาอายุน้อยไม่ควรฝึกเกิน 200 ครั้งต่อการฝึกหนึ่งครั้ง)⁽¹¹⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. คำนวณค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการกระโดดสูงแนวตั้งก่อนและหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่ม

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลภายในกลุ่มเดียวกัน (ก่อน-หลังการทดลอง) โดยตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยการทดสอบ Shapiro-Wilk พบว่าข้อมูลไม่เป็นการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติไม่อิงพารามิเตอร์คือ Wilcoxon Signed-Rank test

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองทั้งสอง โดยตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยการทดสอบ Shapiro-Wilk พบว่าข้อมูลไม่เป็นการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติไม่อิงพารามิเตอร์คือ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

ผลการฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นทรายกับพื้นหญ้าต่อความสามารถในการกระโดดสูงจากพื้นของนักกีฬาวอลเลย์บอลระดับมัธยมศึกษา จากการฝึกระยะเวลา 8 สัปดาห์ผลลัพธ์การวิเคราะห์แสดงดังนี้

ข้อมูลภูมิหลังของอาสาสมัคร

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกายและประสบการณ์การเป็นนักกีฬาวอลเลย์บอลของกลุ่มที่ได้รับการฝึกบนพื้นผิวทรายและหญ้า แสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปแสดงค่าเฉลี่ยทางสถิติและค่าความแปรปรวนมาตรฐานของอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย และพื้นฐานด้านกีฬาวอลเลย์บอลของกลุ่มทดลองที่ฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นทรายและพื้นหญ้า

กลุ่ม	กลุ่มฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นทราย (n=10) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)	กลุ่มฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นหญ้า (n=10) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)
อายุ (ปี)	13.80±1.14	13.70±0.82
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	54.66±7.57	48.29±6.25
ส่วนสูง (เมตร)	1.67±0.05	1.62±0.09
ดัชนีมวลกาย(กิโลกรัม/เมตร)	19.44±2.00	18.41±1.20
ประสบการณ์นักกีฬา (ปี)	3.60±1.17	3.2±1.03

ค่าเฉลี่ยและค่าการกระจายตัวของข้อมูล อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และประสบการณ์การเป็นนักกีฬาวอลเลย์บอลของกลุ่มทดลองที่ฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นทรายและพื้นหญ้า วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้สถิติ Independent พบว่า อายุ ส่วนสูง

และพื้นฐานด้านกีฬาวอลเลย์บอลของผลการวิเคราะห์ไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทั้งสอง ($p > 0.05$)

ผลการวิเคราะห์สมรรถนะด้านการกระโดดเปรียบเทียบระหว่างช่วงเริ่มต้นและสิ้นสุดการฝึกพลัยโอเมตริก 8 สัปดาห์

ความสามารถในการกระโดดสูงจากพื้นเป็นผลต่างของระยะความสูงเมื่อยืนเหยียดแขนกับการกระโดดในแนวตั้งที่วิเคราะห์การกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้การทดสอบ Shapiro-Wilk Test ผลการทดสอบพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ ($p < 0.05$) จึงเลือกใช้สถิติแบบ Non-parametric statistic โดยใช้ Mann-Whitney U Test เพื่อเปรียบเทียบความสามารถการกระโดดสูงจากพื้นระหว่างกลุ่ม

อาสาสมัครทั้งสองของกลุ่มที่ได้รับการฝึกบนพื้นผิวทรายและหญ้า และ Willcoxon signed-Rank Test เปรียบเทียบผลของการกระโดดสูงก่อนและหลังการฝึกพลัยโอเมตริก ผลการวิเคราะห์แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ก่อนและหลังการฝึกแสดงในตาราง 3 ผลการศึกษาพบว่าความสามารถการกระโดดสูงจากพื้นระหว่างกลุ่มที่ฝึกบนพื้นทรายและกลุ่มที่ฝึกบนพื้นหญ้า ไม่มีความแตกต่างทั้งในระยะก่อนและภายหลังการฝึก

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของประสิทธิภาพการกระโดดในแนวตั้งของกลุ่มที่ได้รับการฝึกบนพื้นผิวทรายและหญ้า ก่อนและหลังการฝึก 8 สัปดาห์

ตัวแปร	กลุ่มฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้น	กลุ่มฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้น	p-value ระหว่างกลุ่ม (Mann-Whitney U test)
	ทราย (n=10) Median (IQR)	หญ้า (n=10) Median (IQR)	
ระยะของการยืนเหยียดแขน (เซนติเมตร)			
ก่อนการฝึก	218.50 (214.25-221.00)	215.50 (200.75-218.25)	0.105
หลังการฝึก	221.50 (216.50-226.25)	217.45 (205.50-222.75)	0.180
p-value ภายในกลุ่ม*	0.028	0.042	
ระยะของการกระโดดที่ได้สูงสุด (เซนติเมตร)			
ก่อนการฝึก	259.50 (247.25-265.75)	258.00 (240.50-265.25)	0.912
หลังการฝึก	263.00 (251.75-269.50)	261.00 (243.25-268.75)	0.796
p-value ภายในกลุ่ม*	0.025	0.038	
ความสามารถของการกระโดดสูง (เซนติเมตร)			
ก่อนการฝึก	41.00 (29.25-46.25)	45.00 (38.75-47.25)	0.315
หลังการฝึก	43.00 (27.75-48.50)	46.50 (37.50-48.25)	0.529
p-value ภายในกลุ่ม*	0.686	0.892	

* significant difference $p < 0.05$ with Mann-Whitney U-test * significant difference $p < 0.05$ with Willcoxon Signed-rank test

เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการฝึก 8 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test พบว่า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกบน

พื้นผิวทรายและหญ้า ผลที่ได้จากการทดลองกลุ่มทดลองทั้งสองไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p > 0.05$)

ตาราง 4 เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะการกระโดดเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นทรายและพื้นหญ้า หลังการฝึกระยะเวลา 8 สัปดาห์

ตัวแปร	กลุ่มฝึกพลัยโอเมตริกบน	กลุ่มฝึกพลัยโอเมตริกบน	p-value
	พื้นทราย (n=10)	พื้นหญ้า (n=10)	
	Median (IQR)	Median (IQR)	(Mann-Whitney U test)
การเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการกระโดดได้สูงสุด หลังการฝึกพลัยโอเมตริก (เซนติเมตร)	2.00 (-1.25 - 4.75)	0.00 (-2.50 - 2.25)	0.280

สรุปผลการวิจัย

การฝึกพลัยโอเมตริกทั้งบนพื้นทรายและพื้นหญ้าสามารถพัฒนาความสามารถในการกระโดดสูงของนักกีฬาวอลเลย์บอลได้ โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการฝึกบนพื้นผิวทั้งสองประเภท ผลการวิจัยนี้มีประโยชน์ต่อผู้ฝึกสอนในการวางแผนโปรแกรมการฝึกซ้อมที่เหมาะสม โดยสามารถเลือกใช้พื้นผิวในการฝึกได้ตามความพร้อมของสถานที่และสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับโรงเรียนที่มีข้อจำกัดด้านสถานที่ฝึกซ้อม

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของการฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นทรายเปรียบเทียบกับพื้นหญ้าต่อความสามารถในการกระโดดสูงของนักกีฬาวอลเลย์บอลระดับมัธยมศึกษา จำนวน 20 คน อายุเฉลี่ย 12-15 ปี สุ่มเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน แบ่งเป็นกลุ่มฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นหญ้า และกลุ่มฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นทราย ดำเนินโปรแกรมการฝึก 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครอบคลุมระยะเวลา 8 สัปดาห์ จากการศึกษาพบว่า ตัวแปรควบคุม ซึ่งประกอบด้วย อายุของผู้เข้าร่วม น้ำหนักตัว ระดับความสูง และค่าดัชนีมวลกาย และประสบการณ์ ไม่ปรากฏความแตกต่างที่มีนัยสำคัญเชิงสถิติ ยิ่งไปกว่านั้น ความสามารถในการกระโดดสูงก่อนและหลังการฝึกของทั้งสองกลุ่มก็ไม่ปรากฏค่าความแตกต่างที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ผลลัพธ์ข้างต้นชี้ให้เห็นว่ากลุ่มทั้งสองมีคุณลักษณะเบื้องต้นที่มีความใกล้เคียงกัน ส่งผลให้ผล

การศึกษานี้ช่วยลดอคติที่อาจเกิดจากความแตกต่างของกลุ่มอาสาสมัครได้

นักกีฬาวอลเลย์บอลระดับมัธยมศึกษาที่เข้าร่วมการฝึกพลัยโอเมตริกทั้งบนพื้นทรายและพื้นหญ้าได้รับการฝึกด้วยเทคนิค Multiple Box to Box Jump, Depth Jump, Jump and Reach และ Split Squat Jump⁽¹³⁾ โดยแบ่งช่วงการฝึกออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1-4): นักกีฬาได้รับการฝึกจำนวน 3 ชุด ชุดละ 10 ครั้ง โดยมีระยะเวลาพักระหว่างชุด 2 นาที และระยะเวลาพักระหว่างท่า 3 นาที ระดับความหนักในโปรแกรมฝึก (Volume) รวมทั้งหมด 4 ท่า จำนวน 3 ชุด ชุดละ 10 ครั้ง รวมเป็น 120 ครั้ง ซึ่งจัดอยู่ในระดับการฝึกสำหรับผู้ที่มีประสบการณ์ในการฝึกมาบ้างแล้ว (Intermediate)

2. ระยะที่ 2 (สัปดาห์ที่ 5-8): นักกีฬาได้รับการปรับเพิ่มความถี่เป็น 3 ชุด ชุดละ 15 ครั้ง โดยยังคงระยะเวลาพักระหว่างชุดและระหว่างท่าเช่นเดิม ความหนัก (Volume) ของการฝึกรวมทั้งหมด 4 ท่า จำนวน 4 ชุด ชุดละ 10 ครั้ง รวมเป็น 180 ครั้ง ซึ่งเป็นโปรแกรมการฝึกสำหรับผู้ที่มีพื้นฐานการฝึกมาแล้ว (Advanced) โดยไม่เกิน 200 ครั้งต่อการฝึก⁽¹¹⁾

ทั้งนี้ การออกแบบโปรแกรมการฝึกในการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับหลักการพื้นฐานการฝึกพลัยโอเมตริกสำหรับกลุ่มผู้ฝึกที่มีอายุระหว่าง 12-15 ปี ตามแนวทางของ Myer GD & Chu ผลการศึกษาพบว่า ผลต่างระหว่างก่อนและหลังการทดสอบความสามารถในการกระโดดสูง ซึ่งวัดด้วยเครื่องมือ Vertec™ Vertical Jump Tester ของกลุ่มที่ได้รับการฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นผิวทรายและหญ้า

ไม่ปรากฏความต่างที่มีนัยสำคัญในการวิเคราะห์ทางสถิติ⁽¹⁶⁾ ซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐานที่กำหนดไว้ในการศึกษาว่า กลุ่มทดลองที่ฝึกซ้อมพลัยโอเมตริกบนพื้นผิวทรายและหญ้ามีความสามารถในการกระโดดสูงที่แตกต่างกัน

จากผลลัพธ์การวิจัยที่บ่งชี้ว่าโปรแกรมพลัยโอเมตริกบนพื้นทรายและพื้นหญ้าไม่ปรากฏความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในเชิงสถิติ สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. ระยะเวลาและรูปแบบการฝึก (Training Duration and Protocol)

การศึกษานี้กำหนดระยะเวลาการฝึก 8 สัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Vassil & Bazanovk ซึ่งบ่งชี้ว่าการฝึกพลัยโอเมตริกควรใช้ระยะเวลา 16 สัปดาห์จึงจะเห็นผลการพัฒนาที่ชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาที่มีพื้นฐานด้านกีฬา 3.2-3.6 ปี⁽¹⁵⁾ ซึ่งอาจต้องการระยะเวลาการฝึกที่นานขึ้นเพื่อส่งผลให้เกิดความแตกต่างที่มีความหมายทางสถิติ

2. ระดับความเข้มของการฝึกซ้อม (Training Intensity)

โปรแกรมการฝึกซ้อมถูกจัดทำขึ้นตามหลักการของ Myer & Chu โดยกำหนดปริมาณการฝึก (Volume) ในช่วง Initial phase (สัปดาห์ที่ 1-4) ที่ 120 ครั้งต่อการฝึก และเพิ่มเป็น 180 ครั้งในช่วง Progression phase (สัปดาห์ที่ 5-8) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับนักกีฬาเยาวชนที่ไม่ควรเกิน 200 ครั้งต่อการฝึก⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตาม ความเข้มข้นดังกล่าวอาจไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่ความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม

3. พัฒนาการทางกายภาพของผู้เข้าร่วมการวิจัย (Physical Development)

กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 12-15 ปี ซึ่งจากการศึกษาจากแหล่งข้อมูลหลายแห่งพบว่าเป็นช่วงที่มีความแปรปรวนของการตอบสนองต่อการฝึกระหว่างเด็กในช่วงก่อนวัยเจริญพันธุ์และวัยเจริญพันธุ์ เป็นไปในแนวทางเดียวกับข้อสรุปจากงานของ Malina et al. ที่พบว่าการเติบโตและพัฒนาร่างกาย

ร่างกายที่แปรผันในช่วงอายุดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการพัฒนาความสามารถในการกระโดด⁽¹⁴⁾ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความแตกต่างของผลการฝึกระหว่างกลุ่ม

ปัจจัยทั้งสามประการนี้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและอาจเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผลการฝึกระหว่างกลุ่มไม่พบนัยสำคัญทางสถิติที่บ่งชี้ถึงความแตกต่าง การพิจารณาปรับปรุงโปรแกรมการฝึกในอนาคตควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการพัฒนาความสามารถของนักกีฬา

อย่างไรก็ดี การทดลองครั้งนี้เผยให้เห็นผลกระทบของโปรแกรมพลัยโอเมตริกบนพื้นผิวทรายและหญ้าที่มีผลต่อความสามารถในการกระโดดสูงของนักกีฬา ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพลัยโอเมตริกเมื่อสิ้นสุดช่วง 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาชี้ว่าทั้งสองกลุ่มมีการพัฒนาในด้านระยะการกระโดดที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ramirez-Campillo et al. ที่แสดงผลของโปรแกรมพลัยโอเมตริกในนักกีฬาฟุตบอลเยาวชน โดยมีการติดตามผลหลังจากการฝึก 2 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และพบการพัฒนาที่มีนัยสำคัญในด้านความสามารถในการกระโดด⁽¹⁷⁾ และมีระยะของการเหยียดแขนที่เพิ่มขึ้นเช่นกันซึ่งเป็นไปในทิศทางการศึกษาของ Ramirez-Campillo R et al.⁽¹⁸⁾ ด้วยเหตุนี้ เมื่อคำนวณความสามารถในการกระโดดสูงจากผลต่างระหว่างระยะกระโดดกับระยะเหยียดแขนไม่ปรากฏความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทั้งสองกลุ่ม

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้รับข้อมูลที่ชี้ให้เห็นว่าการฝึกพลัยโอเมตริกทั้งบนพื้นทรายและพื้นหญ้าสามารถพัฒนาความสามารถในการกระโดดสูงของนักกีฬาได้ โดยการศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ว่าทั้งสองกลุ่มแสดงการพัฒนาการกระโดดที่สูงขึ้นหลังการฝึก 8 สัปดาห์ สะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกพลัยโอเมตริกในการพัฒนาพลังของกล้ามเนื้อขาและ

ความสามารถในการกระโดด ซึ่งเป็นทักษะสำคัญสำหรับนักกีฬาบอลเลย์บอล

2. ผู้ฝึกสอนสามารถเลือกใช้พื้นผิวในการฝึกได้ตามความเหมาะสมและบริบทที่มีหญ้าและทราย โดยไม่มีผลต่อสัมฤทธิ์ผลของการฝึก ทำให้มีความยืดหยุ่นสำหรับการวางแผนรูปแบบการฝึกซ้อม⁽⁹⁾ สามารถยืดหยุ่นในเรื่องสถานที่ขึ้นอยู่กับความพร้อมใช้ของพื้นที่และสภาพภูมิอากาศโดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านสนามฝึกซ้อม เช่น โรงเรียนในชนบทที่อาจไม่มีสนามหญ้าที่ได้มาตรฐาน แต่สามารถใช้พื้นทรายในการฝึกทดแทนได้

3. สามารถนำข้อสรุปจากการศึกษามาบูรณาการในการจัดทำโปรแกรมฝึกซ้อมสำหรับนักกีฬาบอลเลย์บอลระดับมัธยมศึกษา โดยสามารถกำหนดรูปแบบการฝึกพลัยโอเมตริกที่เหมาะสมตามแนวทางของ Myer & Chu คือ เริ่มจากความหนักกระดับ Intermediate (120 ครั้งต่อการฝึก) ในช่วง 4 สัปดาห์แรก และเพิ่มเป็นระดับ Advanced (180 ครั้งต่อการฝึก) ในช่วง 4 สัปดาห์หลัง โดยไม่เกิน 200 ครั้งต่อการฝึก⁽¹¹⁾ เพื่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพสูงสุดในการพัฒนาความสามารถของนักกีฬา

4. เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการฝึกที่หลากหลายเพื่อลดความเบื่อหน่ายและเพิ่มแรงจูงใจในการฝึกซ้อม โดยสามารถสลับพื้นผิวในการฝึกระหว่างพื้นทรายและพื้นหญ้าในช่วงต่างๆ ของฤดูกาลแข่งขันหรือตามวัตถุประสงค์ของการฝึก เช่น อาจเลือกใช้พื้นทรายในช่วงฟื้นฟูหลังการแข่งขันเพื่อลดแรงกระแทกและการบาดเจ็บ และใช้พื้นหญ้าในช่วงเตรียมความพร้อมก่อนการแข่งขันเพื่อเพิ่มความคุ้นเคยกับพื้นผิวที่ใกล้เคียงกับสนามแข่งขัน⁽¹²⁾

5. ช่วยแก้ไขปัญหาคาราคาชอกคลอนอุปกรณ์สำหรับการฝึกที่มีราคาแพง เนื่องจากการฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นทรายหรือพื้นหญ้าสามารถทำได้โดยใช้อุปกรณ์พื้นฐาน

ข้อจำกัดในการศึกษาและข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในนักกีฬาที่มีช่วงอายุ 12-15 ปี ซึ่งมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วพบช่วงหลังการฝึก 8 สัปดาห์ มีการเพิ่มขึ้นของระยะช่วงแขน ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อความสามารถของการกระโดดสูงที่คำนวณจากความแตกต่างของระยะช่วงแขนและระยะกระโดดรวมถึงไม่ได้ควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหารทำให้ส่งผลกระทบต่อน้ำหนักและความสูงซึ่งอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่กระทบต่อผลการศึกษได้ การติดตามและบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างละเอียดอาจช่วยให้เข้าใจผลกระทบของการเจริญเติบโตต่อประสิทธิภาพการฝึกได้ดียิ่งขึ้น

2. ข้อจำกัดเกี่ยวกับวิธีการสุ่มกลุ่มอาสาสมัครแบบแบ่งกลุ่มอย่างง่าย⁽¹⁰⁾ พบว่ากลุ่มที่ฝึกปฏิบัติพลัยโอเมตริกบนพื้นหญ้ามีแนวโน้มที่จะมีค่าความสามารถในการทดสอบก่อนการฝึกที่สูงกว่าแม้ว่าการวิเคราะห์ทางสถิติจะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในครั้งถัดไปควรพิจารณาการใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีเงื่อนไข เพื่อให้เกิดการกระจายความสามารถของนักกีฬาอย่างเท่าเทียมกันระหว่างกลุ่ม อาจพิจารณาใช้การจับคู่ (matched-pair design) โดยคำนึงถึงความสามารถเริ่มต้นของนักกีฬาแต่ละคน

3. การศึกษานี้ไม่ได้มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นการศึกษานำร่องสำหรับการค้นคว้าอิสระและกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กรวมถึงศึกษาเฉพาะในกลุ่มเพศชาย การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งนักกีฬาชายและหญิง เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กว้างขวางมากขึ้น

4. การจัดการอุปสรรคทางด้านระยะเวลาและสภาพสิ่งแวดล้อมเนื่องจากกลุ่มอาสาสมัครเป็นผู้เรียนในช่วงวัยมัธยมศึกษา จึงส่งผลให้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการบริหารเวลาและการเรียงลำดับกิจกรรมต่างๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลต่อการดำเนินการวิจัยและการจัดการเรียนการสอนอื่นๆ นอกจากนี้ องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมเช่น ช่วงเวลา สภาพอากาศ และอุณหภูมิที่อยู่นอกเหนือการควบคุม อาจ

เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างระหว่างกลุ่มฝึกสองกลุ่มและมีผลกระทบต่อผลการทดลองได้ ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรจัดการวางแผนและเชื่อมโยงการทำงานอย่างรัดกุมกับทางโรงเรียนและผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการ เพื่อลดผลกระทบต่อการเรียนการสอนปกติ และอาจพิจารณาการใช้สถานที่ฝึกซ้อมที่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อมได้มากขึ้น เช่น โรงยิมที่มีการควบคุมอุณหภูมิ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาต่อยอดในประชากรกลุ่มที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และอาจพิจารณาระยะเวลาการฝึกที่นานขึ้น
2. ควรมี การควบคุมปัจจัยด้านการเจริญเติบโตในการศึกษากับนักกีฬาวัยรุ่น เช่น การแบ่งกลุ่มตามระยะการเจริญเติบโต
3. อาจพิจารณาเพิ่มการประเมินผลในด้านอื่นๆ เช่น การบาดเจ็บ ความเมื่อยล้า หรือความพึงพอใจของนักกีฬา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น
4. สำหรับการนำไปประยุกต์ใช้ ผู้ฝึกสอนสามารถเลือกใช้พื้นผิวทั้งสองแบบในการฝึกได้ตามความเหมาะสมและบริบทที่มี โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและการป้องกันการบาดเจ็บเป็นสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

1. เจริญ กระจวนรัตน์. การพัฒนาขีดความสามารถของนักกีฬาและการจัดทำแผนการฝึกซ้อม. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ การกีฬา. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
2. อารีย์ อินสุวรรณ์. ผลของการใช้โปรแกรมการฝึกแบบผสมผสานที่มีต่อความคล่องแคล่วว่องไวของนักกีฬาโอลิมปิกบอลหญิง. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
3. อดิษฐ์ อดิษฐ์. ผลการฝึกพลัยโอเมตริกบนพื้นทรายกับพื้นหญ้าต่อความสามารถในการกระโดดและความเจ็บปวดในนักกีฬาโอลิมปิกบอลชายหาดระดับมัธยมศึกษา. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2559.
4. รังสรรค์ พิพัฒน์ชลธิ. เอกสารประกอบการเรียนรายวิชาโอลิมปิกบอล. ปทุมธานี: โรงเรียนปทุมวิไล; 2552.
5. อดิษฐ์ อดิษฐ์. สรีรวิทยาการออกกำลังกาย. กรุงเทพฯ: ตีรณสาร; 2534.
6. สนธยา สีละมอด. หลักของการสอนทักษะกีฬา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
7. กรมพลศึกษา. คู่มือแบบทดสอบและเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายของเด็ก เยาวชน และประชาชนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักวิทยาศาสตร์ กรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา; 2562.
8. สำนักวิทยาศาสตร์ การกีฬา กรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. แบบทดสอบและเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายสำหรับเด็กไทยอายุ 7-18 ปี. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สัมปชัญญะ; 2555.
9. Brown H, Dawson B, Binnie MU, Pinnington H, Sim M, Clemons TD, et al. Sand training: Exercise-induced muscle damage and inflammatory responses to matched-intensity exercise. *Eur J Sport Sci.* 2017; 17(6): 741–7. doi:10.1080/17461391.2017.1304998.
10. Turner AN, Comfort P, McMahon J, Bishop C, Chavda S, Read P, et al. Developing powerful athletes, Part 1: mechanical underpinnings. *Strength Cond J.* 2020;42(3):30-9. doi:10.1519/SSC.0000000000000543.
11. Myer GD, Chu DA. Volume and recovery guidelines for young athletes. [Internet]. Champaign (IL): Human Kinetics; [cited 2023 Jun 1]. Available from: <https://us.humankinetics.com>.

12. Larkin D. The Benefits of Running On Grass. 2015 [cited 2023 Jun 1]. Available from: <https://www.triathlete.com/training/the-benefits-of-running-on-grass>.
13. Verkhoshanski Y. Depth jumping in the training of jumpers. *Track Technique*. 1973; 51: 1618-9.
14. Malina RM, Rogol AD, Cumming SP, Coelho e Silva MJ, Figueiredo AJ. Biological maturation of youth athletes: assessment and implications. *Br J Sports Med*. 2015;49(13). doi:10.1136/bjsports-2015-094623. PMID: 26084525.
15. Vassil K, Bazanovk B. The effect of plyometric training program on young volley/ball players in their usual training period. *J Hum Sport Exerc*. 2012;7(1): 35-40.
16. Myer GD, Chu DA. Plyometric training in children and adolescents. *Curr Sports Med Rep*. 2013; 12(6): 332-42.
17. Ramírez-Campillo R, Álvarez C, García-Hermoso A, Ramírez-Vélez R, Gentil P, Asadi A, et al. Effects of plyometric jump training on jump and sprint performance in young male soccer players: a randomized controlled trial. *J Strength Cond Res*. 2018;32(7):1975-84.
18. Ramírez-Campillo R, González-Jurado JA, Martínez C, Nakamura FY, Peñailillo L, Meylan CM, et al. Effects of plyometric training and creatine supplementation on maximal-intensity exercise and endurance in female soccer players. *J Sci Med Sport*. 2016;19(8):682-7

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอพระราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
Factors Associated with Stroke Prevention Behaviors Among Hypertensive
Patients in Maharaj District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

นิตี ชะบํารุง¹, วัฒนรัตน์ คุณาพันธ์^{2*}

Niti Chabamrung¹, Wanyarat Kunapan^{2*}

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิทเพียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา¹,
มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ^{2*}

Phitphian Subdistrict Health Promoting Hospital¹,
Sisaket Rajabhat University^{2*}

²Corresponding author, E-mail: wanyarat.k@sskru.ac.th

(Received: January 20, 2025; Revised: January 31, 2025; Accepted: July 2, 2025)

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกและสาเหตุการเสียชีวิตที่สูง โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจ โดยสาเหตุหลักของโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุหลักมาจากโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดังกล่าวในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอพระราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 380 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้แบ่งเป็นแบบสอบถาม 5 ส่วน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่นเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73-0.76 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson Correlation

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก โดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean= 9.82, SD = 0.72) ด้านข้อมูลการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.75, SD = 0.36) ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.82, SD = 0.47) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 3.27, SD = 0.70) ตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากมากไปน้อย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ ($r=0.491$, $p\text{-value} < 0.001$) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($r=0.407$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ($r=0.371$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้อุปสรรค ($r=0.346$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับข้อมูลจากครอบครัว ($r=0.238$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรง ($r=0.216$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r=0.212$, $p\text{-value} < 0.001$) และการรับข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุข ($r=0.138$, $p\text{-value} < 0.001$) ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r= -0.109$, $p\text{-value} = 0.035$)

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

Stroke is a major global public health concern and a leading cause of mortality, particularly among older adults. It significantly affects quality of life and imposes economic burdens. Hypertension is the primary risk factor contributing to stroke incidence. This cross-sectional descriptive study aimed to examine personal factors, knowledge, perception, social support, and stroke preventive behaviors among patients with hypertension. It also explored factors associated with these preventive behaviors in hypertensive patients residing in Maha Rat District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. A total of 380 hypertensive patients aged 35 years and above were selected using multi-stage sampling. The research instrument consisted of five-part questionnaires covering: personal factors, stroke knowledge, perception, social support, and preventive behaviors. The reliability of the instruments ranged from 0.73 to 0.76. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The study found that participants had a high level of stroke knowledge (Mean = 9.82, SD = 0.72), overall perceived information (Mean = 3.75, SD = 0.36), and social support (Mean = 3.82, SD = 0.47), while stroke prevention behaviors were at a moderate level (Mean = 3.27, SD = 0.70). At the 0.05 significance level, knowledge, perception, and social support were significantly correlated with prevention behaviors among patients with hypertension. Correlations in descending order were: perceived benefits ($r = 0.491$, p -value < 0.001), cues to action ($r = 0.407$, p -value < 0.001), information from media ($r = 0.371$, p -value < 0.001), perceived barriers ($r = 0.346$, p -value < 0.001), information from family ($r = 0.238$, p -value < 0.001), perceived severity ($r = 0.216$, p -value < 0.001), perceived susceptibility ($r = 0.212$, p -value < 0.001), and information from healthcare personnel ($r = 0.138$, p -value < 0.001). Stroke knowledge showed a significant negative correlation with prevention behaviors ($r = -0.109$, p -value = 0.035).

Keywords: Associated Factors, Stroke Prevention Behavior, Hypertensive Patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่ง ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทำให้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization) ได้รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง โรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิต 5.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้นถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดยในจำนวนนี้ 1 ใน 4 เป็นผู้ที่อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไปและร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁽¹⁾ นอกจากนี้ ยังประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกในปี 2562 พบว่าทุก ๆ 4 คน จะมี 1 คนที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คาดการณ์ว่าในปี 2573 จำนวน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 80 ล้านคน⁽²⁾ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ การป้องกันภาวะหลอดเลือดสมองนั้นสำคัญที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ดังนั้นควรตรวจรักษาและควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้เพื่อลดโอกาสของการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง⁽³⁾ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง อาจนำไปสู่การเสียชีวิต หรือการรอดชีวิตก่อให้เกิดความพิการระยะยาว ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดชีวิตส่งผลให้เกิดความสูญเสีย ด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁴⁾

จากรายงานสถานการณ์การเจ็บป่วยจากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลงทะเบียนเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2564 มีผู้ป่วยลงทะเบียน

มากกว่า 10 ล้านคน เป็นโรคความดันโลหิตสูง 7.2 ล้านคน โรคหลอดเลือดสมอง 0.3 ล้านคน โรคหัวใจ และหลอดเลือด 0.2 ล้านคน ไชมันในเลือด 0.2 ล้านคน ในส่วนของโรคเรื้อรังที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดสมองที่สนใจ ทำการศึกษาครั้งนี้ คือโรคความดันโลหิตสูง ที่จะส่งผลถึงโรคหลอดเลือดสมอง ในส่วนของจังหวัด พระนครศรีอยุธยา ย้อนหลัง 3 ปี ได้แก่ ปี 2564 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 109,170 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.77 ปี 2565 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 111,350 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.64 และ ปี 2566 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 113,710 รายคิดเป็นร้อยละ 17.14⁽⁵⁾ เมื่อพิจารณาสถานการณ์ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภอมหาราช พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ย้อนหลัง 3 ปี เรียงลำดับดังนี้ ปี 2564 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3,378 รายคิดเป็นร้อยละ 18.15 ปี 2565 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3,385 รายคิดเป็นร้อยละ 18.58 และปี 2566 พบ 3,339 รายคิดเป็นร้อยละ 19.20⁽⁵⁾

จากสถานการณ์ที่พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอมหาราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญใน

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง งานวิจัยนี้มุ่งศึกษา ปัจจัย ความรู้ การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าวในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ข้อมูลที่ได้จะช่วยส่งเสริมการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย พร้อมทั้งยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้น

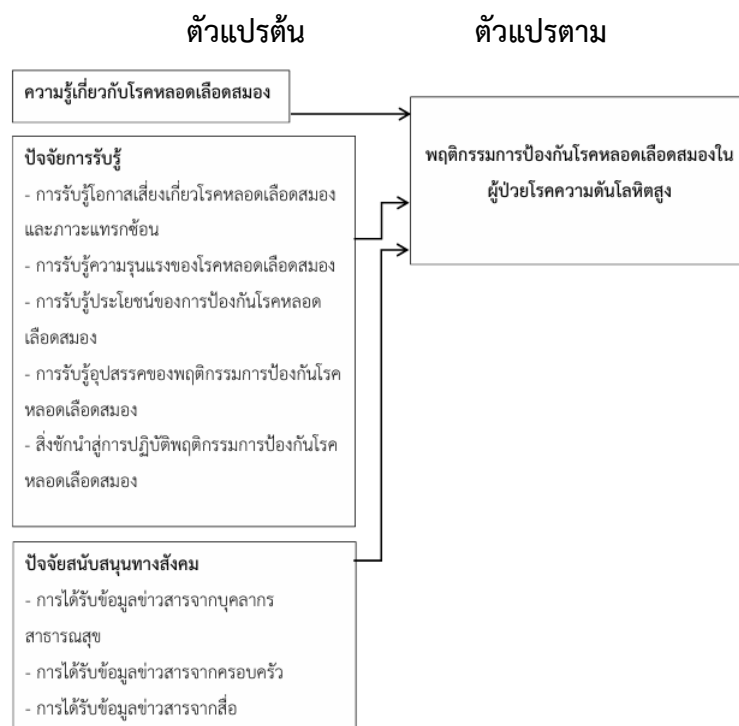
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษา ความรู้ การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอมหาราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอำเภอมหาราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัย ความรู้ การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอมหาราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลในอำเภอเมืองราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 3,363 คน จากจำนวน 12 ตำบล⁽⁶⁾

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ในกรณีนี้ผู้วิจัยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง⁽⁷⁾ ซึ่งได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 380 คน โดยมีรายละเอียด

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

โดยกำหนดให้

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05) χ^2 = Chi-square ที่ Degree of Freedom (df) เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95%, Chi-square = 3.841

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5) แทนค่าได้ดังนี้

$$n = \frac{3.841 (3363 \times 0.5) (1 - 0.5)}{(0.05)^2(3363-1)+3.841(0.5)(1-0.5)}$$

$n \approx 344.82 = 345$ คน เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ มากขึ้นผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 ของจำนวน n ดังนั้น $n+n(10/100)$ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = $345+345(0.1) = 380$ คน

การสุ่มขนาดตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จำแนกประชากรตามพื้นที่หรือหน่วยงาน โดยในกรณีนี้คือการแยกตามตำบลต่างๆ รวม

ทั้งหมด 12 ตำบล (มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)) ซึ่งมีจำนวนประชากรทั้งหมด 3,363 คน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดและสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 380 คน ผู้วิจัยได้คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบลตาม สัดส่วนประชากรจริง โดยใช้วิธี การสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional Stratified Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรในแต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสม ลดความเอนเอียงของข้อมูลจากทั้งหมด 12 ตำบลในอำเภอเมืองราช ได้สุ่มเลือก 4 ตำบลที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการ ได้แก่ ตำบลกะทุมโรงช้าง พิตเพียน และบ้านนา แล้วคำนวณสัดส่วนประชากรเปรียบเทียบกับประชากรรวมของทั้ง 4 ตำบล เพื่อแจกแจงขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตำบลกะทุม ประชากร 197 คน (13%) ได้กลุ่มตัวอย่าง 59 คน ตำบลโรงช้าง ประชากร 275 คน (19.4%) ได้กลุ่มตัวอย่าง 83 คน ตำบลพิตเพียน ประชากร 321 คน (23.3%) ได้กลุ่มตัวอย่าง 97 คน และตำบลบ้านนา ประชากร 470 คน (34.3%) ได้กลุ่มตัวอย่าง 141 คน ได้กลุ่มตัวอย่างที่สอดคล้องกับสัดส่วนประชากรจริงในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 3 ใช้ การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในการเลือกรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางเลขสุ่ม (Random Number Table) เป็นเครื่องมือในการสุ่มจากบัญชีรายชื่อในทะเบียนประวัติผู้ป่วยของ รพ.สต. ทั้ง 4 แห่ง คือ รพ.สต.กะทุม โรงช้าง พิตเพียน และบ้านนา สุ่มจนได้จำนวนครบตามเป้าหมาย รวมทั้งสิ้น 380 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) มีอายุ 35 ปีขึ้นไป 2) พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภอเมืองราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) สามารถสื่อสารด้วยการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 4) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ตอบแบบสอบถามจนจบ

เกณฑ์การคัดออกอาสาสมัครจากโครงการ (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนไว้กับหน่วยงานอื่น

2) อาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยแต่ตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อ หรือขอยกเลิกตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมเป็นแบบสอบถามที่ทำการปรับปรุงมาจากการศึกษาและทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาตำบลที่อาศัย อาชีพ รายได้ ระยะเวลาป่วยและโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ⁽⁸⁾ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (ใช่/ไม่ใช่) เกณฑ์คะแนนถูกต้อง เป็น 1 คะแนน ผิด เป็น 0 คะแนน การแปลผลคะแนน⁽⁹⁾ (เต็ม 10 คะแนน) คือ 8.00 คะแนนขึ้นไป ($\geq 80\%$) ระดับสูง 6.00–7.99 คะแนน (60–79.99%) ระดับปานกลาง ต่ำกว่า 6.00 คะแนน ($< 60\%$) ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้แบบสอบถามประเมินการรับรู้ใน 5 ด้าน⁽⁸⁾ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรค และสิ่งชักนำที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 30 ข้อ แต่ละด้านมี 6 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ใช้มาตราส่วนลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยมากที่สุด” (5 คะแนน) ถึง “ไม่เห็นด้วย” (1 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนจาก 5 ถึง 1 และข้อเชิงลบให้คะแนนในทิศทางกลับกัน

การแปลผลใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของเบสท์⁽¹⁰⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (3.68–5.00) ระดับปานกลาง (2.34–3.67) และระดับน้อย (1.00–2.33)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใน 3 ด้าน ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากร ทางสาธารณสุข

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อรวมทั้งสิ้น 15 ข้อ แต่ละด้านมี 5 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์จากงานวิจัย⁽¹¹⁾ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ใช้มาตราส่วนลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยมากที่สุด” (5 คะแนน) ถึง “ไม่เห็นด้วย” (1 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนจาก 5 คะแนน โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนจาก 5 ถึง 1 และข้อเชิงลบให้คะแนนในทิศทางกลับกัน

การแปลผลใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของเบสท์⁽¹⁰⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (3.68–5.00) ระดับปานกลาง (2.34–3.67) และระดับน้อย (1.00–2.33)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยประยุกต์จากงานวิจัย⁽¹²⁾ มีพฤติกรรม ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยา จำนวน 4 ข้อ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ พฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 3 ข้อ พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง จำนวน 4 ข้อ และพฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ใช้มาตราส่วนลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยมากที่สุด” (5 คะแนน) ถึง “ไม่เห็นด้วย” (1 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนจาก 5 ถึง 1 และข้อเชิงลบให้คะแนนในทิศทางกลับกัน

การแปลผลใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของเบสท์⁽¹⁰⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (3.68–5.00) ระดับปานกลาง (2.34–3.67) และระดับน้อย (1.00–2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วถูกนำไป

1. การหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC)⁽¹³⁾ ผู้วิจัยได้ดำเนินการนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษา โดยมีค่าดัชนี IOC

คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ซึ่งต้องไม่น้อยกว่า 0.5 ผลการประเมินพบว่า แบบสอบถามในส่วนที่ 1 (ปัจจัยส่วนบุคคล) มีค่า IOC เท่ากับ 0.95 ส่วนที่ 2 (ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง) มีค่า 0.93 ส่วนที่ 3 (การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง) มีค่า 0.93 ส่วนที่ 4 (แรงสนับสนุนทางสังคม) มีค่า 0.98 และส่วนที่ 5 (พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) มีค่า 0.93 ซึ่งค่าความสอดคล้องของแบบสอบถามในแต่ละส่วนที่มีค่าดัชนีสูงตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (Try-Out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลักชัย อำเภอลาดบัวหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน เพื่อดูการใช้ภาษาที่สื่อความหมายกับกลุ่มตัวอย่างและนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ โดยในการทดสอบค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้สูตร KR-20 ของ Kuder Richardson มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 ในส่วนของแบบสอบถามส่วนที่ 3 ที่ 4 และ 5 มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดย ส่วนที่ 3 คือแบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ด้านต่างๆ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 และส่วนที่ 5 คือแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-administrative Questionnaire) โดยมีขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. ขออนุญาตสาธารณสุขอำเภอมหาราชเพื่อเข้าศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 4 แห่ง

3. เมื่อได้รับอนุมัติ เข้าพบผู้อำนวยการ รพ.สต. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และขอวันเก็บข้อมูลจากคลินิกความดันโลหิตสูง

4. เข้าพบกลุ่มตัวอย่างตาม ลำดับเลข 0-9 ตามรายชื่อทะเบียนผู้ป่วย โดย แนะนำตัว อธิบายการศึกษา และขอความยินยอมโดยสมัครใจ ไม่มีค่าตอบแทน ไม่กระทบสิทธิในการรักษา พร้อมแจ้งการรักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคลและเวชระเบียนเมื่อได้รับความยินยอม แจกแบบสัมภาษณ์และอยู่ใกล้เพื่อช่วยตอบข้อสงสัย

5. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ก่อนวิเคราะห์ และ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 380 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบตาราง พร้อมทั้งใช้การวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product's Moment Correlation) เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบมีทิศทางโดยใช้เกณฑ์ของปัทมา สุวรรณกุล⁽¹⁴⁾

การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ลำดับโครงการคือ 31/2567 ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 30 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 37.1 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.9 มีอายุ > 65 ปี ร้อยละ 57.1 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.09 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.14 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 75.8 ยังพบว่า ร้อยละ 35.5 ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้ระหว่าง 1,000 – 5,000 บาทต่อเดือน มากถึง ร้อยละ 55.5 ระยะเวลาป่วยเป็นความดันโลหิตสูง 6 – 10 ปี มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 48.7

การมีโรคประจำตัวอื่น โดยพบไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย ร้อยละ 56.6 มีโรคประจำตัวคือโรคไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย ร้อยละ 17.4 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 15.0 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 98.7 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.5 และน้อยที่สุด คือ ระดับน้อย ร้อยละ 0.8 มีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 9.82, SD = 0.72$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (n = 380)

ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (8 คะแนนขึ้นไป)	375	98.7
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	2	0.5
ระดับน้อย (น้อยกว่า 6 คะแนน)	3	0.8

$\bar{X} = 9.82, SD = 0.72, \text{min} = 5, \text{max} = 10$

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.1 ระดับของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.3 ระดับของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.4 ระดับของ

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.1 และมีระดับของสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.5 ข้อมูลระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.75, SD = 0.36$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (n = 380)

ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
มาก (3.68 – 5.00 คะแนน)	251	66.1
ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	129	33.9
น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	0	0.0
$\bar{X} = 3.82, SD = 0.31$		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง		
มาก (3.68 – 5.00 คะแนน)	267	70.3
ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	113	29.7
น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	0	0.0
$\bar{X} = 3.84, SD = 0.35$		
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		
มาก (3.68 – 5.00 คะแนน)	142	37.4
ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	237	62.3
น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	1	0.3
$\bar{X} = 3.58, SD = 0.39$		

ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		
มาก (3.68 – 5.00 คะแนน)	57	15.0
ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	255	67.1
น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	68	17.9
$\bar{X} = 2.70, SD = 0.55$		
สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		
มาก (3.68– 5.00 คะแนน)	175	46.1
ปานกลาง (2.34– 3.67 คะแนน)	192	50.5
น้อย (1.00– 2.33 คะแนน)	13	3.4
$\bar{X} = 3.54, SD = 0.54$		
$\bar{X} = 3.75, SD = 0.36$ รวม		
ส่วนที่ 4 ข้อมูลสนับสนุนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	ร้อยละ 85.3 ระดับของการข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว อยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 64.1 รองลงมาคือระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.4 ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมทุกตัวแปร โดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.82, SD = 0.47$) ดังตาราง 3	
พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.3 รองลงมาระดับของได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก		
ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำแนกตาม การได้รับข้อมูลข่าวสารสนับสนุนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 380)		
การได้รับข้อมูลข่าวสารสนับสนุนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข		
มาก (3.68– 5.00 คะแนน)	324	85.3
ปานกลาง (2.34– 3.67 คะแนน)	56	14.7
น้อย (1.00– 2.33 คะแนน)	0	0.0
$\bar{X} = 4.18, SD = 0.48$		
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว		
มาก (3.68– 5.00 คะแนน)	244	64.2
ปานกลาง (2.34– 3.67 คะแนน)	135	35.5
น้อย (1.00– 2.33 คะแนน)	1	0.3
$\bar{X} = 3.76, SD = 0.39$		
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ		
มาก (3.68– 5.00 คะแนน)	179	47.1
ปานกลาง (2.34– 3.67 คะแนน)	199	52.4
น้อย (1.00– 2.33 คะแนน)	2	0.5
$\bar{X} = 3.51, SD = 0.53$		
$\bar{X} = 3.82, SD = 0.47$ รวม		

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง มากถึงร้อยละ 85.3 รองลงมา คือ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 14.2 ข้อมูลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.27, SD = 0.70$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจำแนกเป็นรายข้อ (n = 380)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (3.68– 5.00 คะแนน)	54	14.2
ปานกลาง (2.34– 3.67 คะแนน)	324	85.3
น้อย (1.00– 2.33 คะแนน)	2	0.5

$\bar{X} = 3.27, SD = 0.70$

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่า การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเดียว โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่าง ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้โรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงผกผัน (เมื่อค่าของความรู้โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงลดลง) ในระดับต่ำ ($r = -0.109, p = 0.035$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.212,$

$p < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ($r = 0.216, p < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง ($r = 0.491, p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง ($r = 0.346, p < 0.001$) สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.407, p < 0.001$) การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ($r = 0.138, p < 0.001$) การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.238, p < 0.001$) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง ($r = 0.371, p < 0.001$) ดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	
	r	p-value
ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง	-0.109*	0.035
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	0.212**	< 0.001
การรับรู้ในความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0.216**	< 0.001

ตัวแปร	พฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง	
	r	p-value
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.491**	< 0.001
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.346**	< 0.001
สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.407**	< 0.001
การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข	0.138**	< 0.001
การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว	0.238**	< 0.001
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	0.371**	< 0.001

* p < 0.05, ** p < 0.01

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษา ความรู้ การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 98.7 การรับรู้ ทุกตัวแปร โดยรวมอยู่ในมาก ($\bar{x} = 3.75, SD = 0.36$) การสนับสนุนทางสังคมทุกตัวแปร โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.82, SD = 0.47$) และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.27, S.D. = 0.70$) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริณีย์ อินทรหนองไผ่ และคณะ (2561)⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับกฤษฎา จอดนอก และณิตชาธร ภาโนมัย (2563)⁽¹⁶⁾ และยังสอดคล้องกับเมตตา สุริยะ (2566)⁽¹⁷⁾ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดวงธิดา โสตาพรหม (2563)⁽¹⁸⁾ พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.29, S.D. = 0.19$) สามารถอธิบายได้จากการศึกษาของ เมตตา สุริยะ (2566)⁽¹⁷⁾ พบว่าการปรับปรุงการแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงนั้นเข้าใจว่าตนเองมีความตระหนัก และใส่ใจสุขภาพตนเองดีอยู่แล้ว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 8 ปี ($\bar{X} = 8.22$) ถึงแม้กลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก (ร้อยละ 98.70) แต่พฤติกรรมการป้องกันโรคยังอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของณิชากัทธ วัตบุญเลี้ยง (2561)⁽¹⁹⁾ ดังนั้นสามารถอธิบายได้ว่าได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มผู้ป่วยมีความรู้มากแต่อาจเกิดจากมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งจากการของศุภณัฐกรณ์ มูลฟู (2565)⁽²⁰⁾ พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างทักษะการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยจะมีผลต่อพฤติกรรมและขัดแย้งกับ จุลลดา เหมโส⁽²¹⁾ พบว่าภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับน้อยและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อยและเมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย และระยะเวลาป่วยใกล้เคียงกัน จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุทั้งที่ได้รับความรู้และได้รับการอบรม

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของ ความรู้โรค หลอดเลือดสมอง การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าปัจจัยที่มีสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอมหาราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบทั้งหมด 9 ตัวแปร ซึ่งเรียงลำดับปัจจัยที่มีสัมพันธ์จากมากไปหาน้อย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่เพิ่มขึ้นความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับกัญจนดิชา เรื่องชัยวิสุขและคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นถึงแม้ว่าจะมีความสัมพันธ์ต่ำแต่ก็มีทิศทางเดียวกัน

2. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่เพิ่มขึ้นความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Janz และ Becker (1984)⁽²³⁾ ซึ่งระบุว่าสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cue to action) อาจมาจากปัจจัยภายใน เช่น อาการหรือความเจ็บป่วย และร่วมกับปัจจัยภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชน ญาติ หรือบุคลากรทางการแพทย์ แสดงให้เห็นถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากขึ้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นถึงแม้ว่าจะมีความสัมพันธ์ต่ำแต่ก็มีทิศทางเดียวกัน

3. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นนทรี สัจจารธรรม (2565)⁽²⁴⁾ ที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยความรู้สุขภาพ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองความสัมพันธ์ระดับต่ำ คือ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะอัมพฤกษ์ของบุคลากร แสดงให้เห็นว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นถึงแม้ว่าจะมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ แต่ก็มีทิศทางเดียวกัน

4. การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Maiman และ Becker⁽²⁵⁾ ซึ่งอธิบายว่าการรับรู้อุปสรรค เช่น ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายสูง หรือความรู้สึกละอาย อาจส่งผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ โดยบุคคลจะชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อเสีย และเลือกปฏิบัติในสิ่งที่คาดว่าจะมีผลดีต่อสุขภาพมากกว่าผลเสีย

5. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว ที่เพิ่มขึ้นความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) โดยแสดงให้เห็นว่าการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา หรือบิดามารดา มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำต่อพฤติกรรมดังกล่าว ทั้งนี้ สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Janz และ Becker (1984)⁽²³⁾ ซึ่งระบุว่าสิ่งเร้าภายนอก เช่น คำแนะนำจากครอบครัวหรือสื่อมวลชน มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค นอกจากนี้ ยังสนับสนุนทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ Pender (1996)⁽²⁶⁾ ที่ชี้ว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารช่วยให้บุคคลเข้าใจวิถีการปฏิบัติที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง

6. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ที่เพิ่มขึ้นความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Maiman และ Becker (1974)⁽²⁵⁾ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญ บุคคลที่รับรู้ว่ามีโรคมีความรุนแรงต่อสุขภาพและชีวิตจะมีแนวโน้มปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม แม้การตระหนักถึงความเสี่ยงของโรคจะเกิดขึ้น แต่หากไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง อาจยังไม่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกัน การรับรู้ความรุนแรงนี้ยังสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและการป้องกันโรคได้ โดยผลกระทบต่อด้านลบส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางจิตวิทยา เช่น ความกลัวหรือความวิตกกังวลที่มากหรือน้อยเกินไป

7. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่เพิ่มขึ้นความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แต่ที่สนับสนุนแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Maiman และ Becker (1974)⁽²⁵⁾ ซึ่งระบุว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อโรคของบุคคลมีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย Hochbaum (1958)⁽²⁷⁾ ยังชี้ให้เห็นว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ ในการกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงจะให้ความสำคัญกับสุขภาพและมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

8. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสาธารณสุข ที่เพิ่มขึ้นความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Janz และ Becker (1984)⁽²³⁾ โดยสิ่งเร้าภายนอก เช่น คำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อมวลชน สมาชิก

ในครอบครัว หรือบุคคลที่เป็นที่รัก มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติด้านสุขภาพ ทั้งนี้ สิ่งชักนำดังกล่าวร่วมกับปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยงและประโยชน์ของการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

9. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงลบ แสดงให้เห็นว่า ความรู้โรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงผกผันเล็กน้อย (เมื่อค่าของความรู้โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงลดลง) สอดคล้องกับการศึกษา Supawong และ Phuphaibul, (2020)⁽²⁸⁾ พบว่า แม่ผู้สูงอายุมีความรู้ระดับปานกลางถึงสูงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แต่กลับมีพฤติกรรมการป้องกันในระดับต่ำ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมากกว่าความรู้ คือความสามารถในการควบคุมตนเองและแรงสนับสนุนจากครอบครัว และสอดคล้องกับผลการศึกษาลดดา เหมโส⁽²¹⁾ พบว่า ทักษะความรู้ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการได้รับการอบรมเรื่องการดูแลสุขภาพสุขภาพตนเอง ร้อยละ 85.3 และมี อายุเฉลี่ยเป็นกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป และระยะเวลาเจ็บป่วยยาวนานจัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าในการศึกษาหรือทำการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุ ต้องมีกลวิธีและแนวทางอื่น เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากขึ้น ผู้วิจัยสะท้อนแนวคิดเกี่ยวกับ “ปัจจัยกำกับพฤติกรรมสุขภาพ” อย่างชัดเจน โดยสามารถอธิบายเชิงทฤษฎีได้ โดยอิงจากทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพหลายทฤษฎี เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974)⁽²⁹⁾ Health Belief Model (HBM), ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior (TPB)) ของ Ajzen (1991)⁽³⁰⁾ และ ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคม (Social Cognitive Theory (SCT))

ของ Bandura (2004)⁽³¹⁾ ซึ่งต่างชี้ให้เห็นว่า ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ หากไม่มีปัจจัยอื่น ๆ มาร่วมด้วย เช่นเดียวกับ Bandura (2004)⁽³¹⁾ เสนอว่า self-efficacy คือหัวใจสำคัญในการเปลี่ยนพฤติกรรม หากบุคคลไม่เชื่อว่าตนเองทำได้ เขาก็จะไม่ลงมือทำ แม้จะมีความรู้เต็มเปี่ยมก็ตาม สอดคล้องกับ Ajzen (1991)⁽³⁰⁾ ระบุว่าเจตนาธรรมณ์ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้รับอิทธิพลจาก ทศนคติ (attitude) บรรทัดฐานทางสังคม (subjective norms) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control)

ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถเป็นตัวกลางระหว่างความรู้กับพฤติกรรมได้ ดังนั้น แม้บุคคลจะมีความรู้มาก หาก “ไม่มั่นใจว่าสามารถควบคุมตนเองได้” เขาก็อาจไม่เปลี่ยนพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านความรู้มาก แต่มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับน้อย แสดงว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ทั้งนี้การรับรู้และการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงปัจจัยทั้ง 9 ตัวแปร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคดังกล่าว

ดังนั้น การศึกษาควรเชื่อมโยงความรู้สู่พฤติกรรมผ่านแรงจูงใจ การตระหนักถึงประโยชน์ และแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคที่ยั่งยืน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นให้ผู้ป่วยเห็น "ประโยชน์ที่ชัดเจน" จาก การป้องกันโรค เช่น การควบคุมความดันอย่างสม่ำเสมอจะลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร และ ใช้สื่อสุขภาพหรือกิจกรรมกลุ่มที่ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จเพื่อเสริมสร้างแรงบันดาลใจ

1.2 ส่งเสริมบทบาทของครอบครัว และบุคลากรสุขภาพในการกระตุ้น เตือน และติดตาม

พฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อาจจัดอบรมให้ครอบครัวมีความเข้าใจในการสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันโรค และสร้างสายสัมพันธ์ร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ทราบสาเหตุที่แท้จริงมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคม เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการนำผลการวิจัยในรูปแบบ R&D มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาหาสาเหตุของการมีความรู้แต่เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองน้อย ควรเพิ่มแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) โดยนำไปพัฒนาต่อไป และขยายการศึกษาให้กว้างขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Up again after stroke. Retrieved January 16, 2009, [online]. [cited 2024 May 15]. Available from : https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2017_online.pdf
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. E6รายงานประจำปี 2563. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://anyflip.com/txugp/bhhr>
3. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. สธ.เผยปี 67 อัตราเสียชีวิตโรคหลอดเลือดในสมอง. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2024/07/31149>
4. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความ

- ตระหนักถึงเกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน.[ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29284&deptcode=>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (HDC). กลุ่มรายงานมาตรฐานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ.[ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://aya.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
 6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (HDC). กลุ่มรายงานมาตรฐานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ.[ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://aya.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=e46c73b57c9eeb2f07759a9e9bc50fb3
 7. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3), 607-610
 8. สายสุนี เจริญศิลป์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). พิษณุโลก:มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
 9. Bloom, Benjamin S., et al. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971
 10. Best, J. Research in education. New Jersey: Prentice Hall; 1977
 11. ปรรณนา วิชาญรักษ์, และอัจฉรา กลับกลาย. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(1), 217-233.
 12. บุษราคัม อินเต็ง, และสุพัฒนา คำสอน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย 2562; 19(1), 122-134.
 13. รัตนะ บัวสนธ์. การประเมินผลโครงการและการวิจัยเชิงประเมิน. กรุงเทพฯ : ต้นอ่อนแถมมี; 2540
 14. ปัทมา สุวรรณกุล. สถิติประยุกต์ สำหรับงานวิจัยด้านสาธารณสุข. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2567
 15. ศิราณี อิศรหนองไผ่, วิณา จำเริญบุญ, จิราภรณ์ ฉัตรศุภกุล, และธัญชนก กองทอง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอตาลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย 2561; 14(1), 573-582.
 16. กฤษณา จอดนอก, และณิตชาธร ภาโนมัย. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2563; 13(2), 38-55.
 17. เมตตา สุริยะ. การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลท่าคันโท อำเภอ ท่าคันโทจังหวัดกาฬสิน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16(3), 141-155
 18. ดวงธิดา โสตาพรหม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก (วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563

19. นิชาภัทร วัตบุญเลี้ยง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอพะเยา หะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). พิษณุโลก:มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2561
20. ศุภณัฐภรณ์ มูลฟู. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี 2566; 31 (1) (2022): 68-78
21. จุลลดา เหมโส. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสถภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2567; 9(1), 144-152
22. กัญจนัญญา เรื่องชัยวิสุข อภิญญา วงศ์พิริยโยธา และนริชสา วงศ์พนารักษ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2564; 14 (1) (2021): 213-225
23. Janz, N. K., & Becker, M. H. The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly* 1984; 11(1), 1-47.
24. นนทรี สัจจารธรรม. ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพฤกษ์ ของบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดนนทบุรี. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://research.rpu.ac.th/>
25. Maiman, L. A., & Becker, M. H. The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs* 1974; 2(4), 336-353.
26. Pender, N. J. *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, Conn:Appleton & Lange; 1966
27. Hochbaum G: Public Participation in Medical Screening Programs: A Sociopsychological Study. *Public Health Serv Publ*, No. 572; 1958 [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://books.google.co.th/books?id=7O44ljhQkrsC&printsec=frontcover&hl=th&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
28. Supawong T, Phuphaibul R. Knowledge and preventive behaviors regarding stroke among older adults in rural communities. *J Gerontol Nurs*. 2020;46(5):45-52. doi:10.3928/00989134-20200414-02
29. Becker, M. H. The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs* 1974; 2(4), 324-508.
30. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50(2):179-211.
31. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*. 2004;31(2):143-64.
32. Ross, L. An exploration of the relationships between health promoting behaviors and stroke in african americans. Retrieved December 11, 2013[Online]. [cited 2024 May 15]. Available from <http://searchproquest.Com/jp>

ประสิทธิผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วย
หายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน
Effectiveness of Promoting the Clinical Nursing Guidelines for Prevention of
Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) in Medical Intensive Care Unit 3,
Lamphun Hospital

กิตติกาญจน์ ปัญญาวัฒน์

Kittikarn Panyawattano

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน

Intensive Care Unit, Lamphun Hospital

Corresponding author, E-mail: kittikarn03032515@gmail.com

(Received: April 18, 2025; Revised: April 21, 2025; Accepted: August 8, 2025)

บทคัดย่อ

ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นปัญหาอันดับต้นของการติดเชื้อในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ ทักษะการปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ และเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 16 คน ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ กลุ่มละ 40 ราย เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล แบบบันทึกอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Fisher's exact probability test, Independent Samples Test และ Paired Samples t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ พยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มจาก 12.62 (SD=3.22) คะแนน เป็น 17.62 (SD=2.18) คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทักษะการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยรวมสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.0 เป็นร้อยละ 97.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจลดลงจาก 5.32 เป็น 3.02 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และไม่พบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ สรุปการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ ช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะของพยาบาลวิชาชีพ และช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ

คำสำคัญ: หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม, เครื่องช่วยหายใจ, ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

Abstract

Ventilator-associated pneumonia (VAP) is the leading problem of infections in hospitals and patients on mechanical ventilation. This quasi - experimental research aims to evaluate the knowledge and skills of nurses in nursing practice before and after the promotion of the promoting of the Guidelines and compare the incidence of VAP in patients with internal medicine critical care before and after the promoting of the Guidelines. The sample group was 16 nurses. Patients admitted to the medical intensive care unit 3 of Lamphun Hospital between February 1 to March 31, 2025 were divided into 2 groups. 40 cases per group. The tools for conducting the research include clinical nursing guidelines for prevention of VAP. The data collection tools include the patient personal data record form, the nurse personal data record form, the Incidence record form for VAP and the nurse knowledge and practice assessment form. The data were analyzed with descriptive statistics, including frequency, percentage, mean and standard deviations and inferential statistics include: Fisher's exact probability test, Independent Samples Test and Paired Samples t-test

The results of the study showed that after promoting the use of the Guidelines, Nurses had an increase in average knowledge score from 12.62 (SD=3.22) to 17.62 (SD=2.18). (Score out of 20) statistically significant. ($p < 0.05$). The overall correct nursing skills for the prevention of VAP increased from 85.0% to 97.0% statistically significant ($P < 0.05$). The mean number of days intubated decreased from 5.32 to 3.02 statistically significant ($P < 0.05$). There was no rate of VAP. In conclusion, the promotion of the use of the guidelines helps to improve the knowledge and skills of nurses, reduce the incidence of VAP and shorten the duration of use the **mechanical ventilation**.

Keywords: Medical Intensive Care Unit, **Mechanical Ventilation**, Ventilator-Associated Pneumonia

บทนำ

ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated Pneumonia; VAP) เป็น การ ติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะใน ผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว ที่ต้อง ใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อช่วยพยุงชีวิตจากระบบ ทางเดินหายใจล้มเหลว⁽¹⁾ เป็นภาวะแทรกซ้อน สำคัญที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต⁽²⁾ และปอด อักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มักพบภายหลัง จากใส่ท่อช่วยหายใจมากกว่า 2 วันปฏิทินขึ้นไป หรือภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ 1 วันปฏิทินส่วน ใหญ่พบในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและหอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม⁽³⁾ ที่นับวันจะมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น เรื่อย ๆ จากการศึกษาของสมาคมควบคุมการติด เชื้อในโรงพยาบาลนานาชาติ ในปีค.ศ.2021 ทำการศึกษาในกลุ่มประเทศละตินอเมริกา ยุโรป เม็กซิโกระเนี่ยนตะวันออก เอเชียตะวันออกเฉียง ใต้ และแปซิฟิกตะวันตก รวมจำนวน 45 ประเทศ พบอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วย

หายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม คิดเป็น 11.47 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ⁽⁴⁾ ใน ประเทศไทย จากข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน โรงพยาบาลทั่วประเทศ พบอุบัติการณ์ปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจในปี พ.ศ. 2563 คิด เป็น 3.26 ครั้ง ต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ⁽⁵⁾ และการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบ อุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2560 คิดเป็น 5.68 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ⁽⁶⁾ นอกจากนี้ในการศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่ง หนึ่งในปี พ.ศ. 2562 พบอุบัติการณ์ปอดอักเสบ จากการ ใช้เครื่องช่วยหายใจในแผนกอายุรกรรม คิดเป็น 6.80 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วย หายใจ⁽⁷⁾

ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาลอย่าง มากมายเนื่องจากการติดเชื้อที่มีความซับซ้อน และจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน หาก

เกิดความล่าช้าอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ โดยจากการศึกษาในประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตจากปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ร้อยละ 35.80⁽⁷⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลหัวหิน พบอัตราการเสียชีวิตจากปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 53.13⁽⁸⁾ อีกทั้งยังส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น จากรายงานการติดเชื้อของสมาคมควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลนานาชาติ พบผู้ป่วยปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น 21 วัน และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น⁽³⁾

สาเหตุการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมีหลายประการ เช่น การสำลักเชื้อ จุลชีพ ซึ่งอยู่บริเวณช่องปากและลำคอผ่านหลอดลมเข้าไปในทางเดินหายใจ การหายใจเอาละอองที่มีเชื้อจุลินทรีย์เข้าไปในทางเดินหายใจส่วนล่าง อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ อาจจะมีเชื้อปนเปื้อนอยู่ เนื่องจากไม่ได้ผ่านขบวนการทำให้ปราศจากเชื้อที่เหมาะสม จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ⁽¹⁾

อย่างไรก็ตามการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสามารถป้องกันได้ โดยการปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลได้แก่ การจัดทำนอนและการพลิกตัว การทำความสะอาดภายในช่องปากและฟัน การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง และการดูแลท่อช่วยหายใจ และส่วนประกอบของเครื่องช่วยหายใจ^(9, 10) ทั้งนี้การป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจนั้น ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเท่านั้น จะต้องปฏิบัติทุกกิจกรรมอย่างเคร่งครัด พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากเป็นผู้ที่ให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากที่สุด^(5, 9)

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน ให้การดูแลผู้ป่วยหนักอายุรกรรมทุกเพศที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เป็นผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจออกซิเจนแรงดันสูง ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน และผู้ป่วยที่ต้องการการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง จากสถิติของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 พบว่ามีผู้ป่วยหนักอายุรกรรมที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยประมาณ 50 รายต่อเดือน และมีอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ส่งผลให้จำนวนวันนอนของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังกรณีในปี 2564 – 2567 มีอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เท่ากับ 4.33, 7.36 5.11 และ 6.05 ต่อ 1000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามลำดับ⁽¹¹⁾ ซึ่งสูงกว่าตัวชี้วัดของโรงพยาบาลลำพูน ที่กำหนดไว้คือ น้อยกว่า 3.5 ต่อ 1000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ และจากการสนทนากลุ่มภายในหน่วยงาน พบว่าในหน่วยงานพยาบาลมีความต้องการพัฒนาความรู้และทักษะการให้กิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะที่แม่นยำในการปฏิบัติงาน ช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาล และช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอด

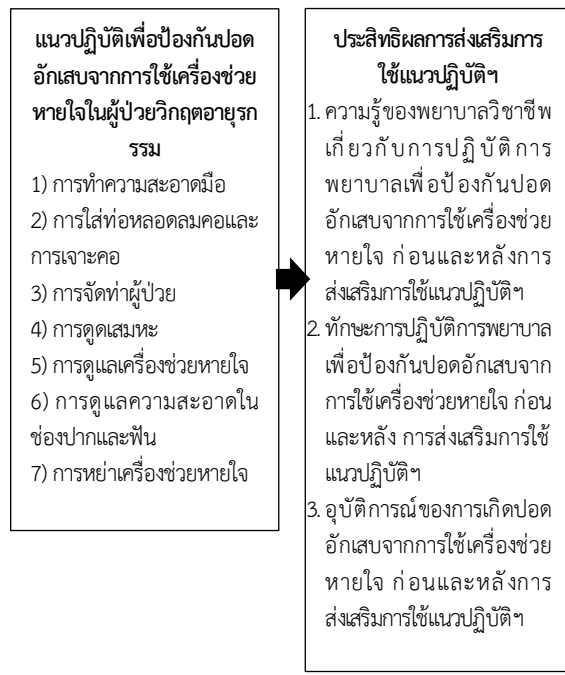
อีกเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน

2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน

3. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน ประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา⁽¹⁾ และสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ โดยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 16 คน และผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน admit ICU ระหว่างวันที่ 1-28 กุมภาพันธ์ 2568 มีจำนวนทั้งสิ้น 90 ราย และ admit ICU ระหว่างวันที่ 1-31 มีนาคม 2568 มีจำนวนทั้งสิ้น 121 ราย

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงกับพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน ทุกคนจำนวนทั้งสิ้น 16 คน และผู้ป่วย admit ICU ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2568 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2568 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยใช้โปรแกรม Power Analysis for Sample Size กำหนดอำนาจการทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญที่ .05 พบว่าต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย กลุ่มละ 37 คน และเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าโค้งปกติ และมีขนาดใหญ่พอในการทำวิจัย⁽¹²⁾ ผู้วิจัยจึงปรับเป็นกลุ่มละ 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ 1 (ก่อนใช้แนวปฏิบัติ) admit ICU ระหว่างวันที่ 1-28 กุมภาพันธ์ 2568 และกลุ่มที่ 2 (หลังใช้แนวปฏิบัติ) admit ICU ระหว่างวันที่ 1-31 มีนาคม 2568 โดยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวปฏิบัติจนครบก่อน หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันข้อมูลปนเปื้อนกัน และได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ใช้ท่อช่วยหายใจทางปากมากกว่า 48 ชั่วโมง 3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบมาก่อน การเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ 4) ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่เคยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น

(Post arrest) 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (immunodeficiency) และได้รับยากดภูมิต้านทาน (Immunosuppressant) และ 3) ผู้ป่วยที่วิกฤติและอาการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดลงและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา⁽⁹⁾ และสถาบันบาราศนรา ดุร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) การทำความสะอาดมือ 2) การใส่ท่อหลอดลมคอและการเจาะคอ 3) การจัดทำผู้ป่วย 4) การดูแลเสมหะ 5) การดูแลเครื่องช่วยหายใจ 6) การดูแลความสะอาดในช่องปากและฟัน และ 7) การหย่าเครื่องช่วยหายใจ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล แบบบันทึกปฏิบัติการของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม พัฒนาจากแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา⁽⁹⁾ และสถาบันบาราศนรา ดุร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ มีจำนวน 20 ข้อคำถาม ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน การกำหนดคะแนนความรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ/น้อย (0-7 คะแนน) มีความรู้ในระดับปานกลาง (8-14 คะแนน) และมีความรู้ในระดับสูง/มาก (15-20 คะแนน) และแบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พัฒนาจากแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา⁽⁹⁾ และสถาบันบาราศ

นรา ดุร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) การทำความสะอาดมือ 2) การใส่ท่อหลอดลมคอและการเจาะคอ 3) การจัดทำผู้ป่วย 4) การดูแลเสมหะ 5) การดูแลเครื่องช่วยหายใจ 6) การดูแลความสะอาดในช่องปากและฟัน และ 7) การหย่าเครื่องช่วยหายใจ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมิน คือ ปฏิบัติได้ถูกต้อง/ครบถ้วน ให้ 1 คะแนน และปฏิบัติไม่ครบถ้วน/ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence) ของแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและเครื่องมือรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดกับผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 ท่าน มีค่า IOC โดยรวมเท่ากับ 0.98 และดำเนินการทดสอบความเชื่อมั่น ของแบบประเมินความรู้ และแบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กับกลุ่มทดลองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ระยะก่อนทดลอง เป็นการดำเนินการวางแผนและกำหนดแนวทางการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมาใช้ในหน่วยงาน ระหว่างวันที่ 5 - 31 มกราคม พ.ศ. 2568 ดังนี้

1.1 ดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยในหน่วยงานกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน

รวมถึงดำเนินการด้านการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม ในกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ทบทวนอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ปัญหาและอุปสรรคการพยาบาล กำหนดผลลัพธ์ของการดูแลจากการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ เลือกลงแนวปฏิบัติฯ และนำมาปรับสาระสำคัญในแนวปฏิบัติฯ ให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบท และทรัพยากรของหน่วยงาน

1.3 นำร่างแนวปฏิบัติฯ เสนอผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาให้เหมาะสม และนำมาปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

1.4 ประเมินความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ

2. ระยะทดลอง แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2568 ดังนี้

2.1 ก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ วางแผนการพยาบาลตามปกติในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ บันทึกและติดตามการให้พยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล พร้อมกับสังเกตและบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

2.2 ระยะการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ เพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

2.2.1 ผู้วิจัยจัดประชุมย่อยภายในหน่วยงาน เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่พยาบาลวิชาชีพตามแผนงานการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยที่กำหนดไว้

2.2.2 ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ร่วมวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามแผนที่กำหนดไว้

2.2.3 มีการติดตาม ตรวจสอบนิเทศทางการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ หน่วยงาน 5 นาที/เตียง/ครั้ง ขณะ Quick round ผู้ป่วยในเวรเช้าทุกวันตลอดระยะเวลาที่ศึกษาวิจัย

2.2.4 ทบทวนความรู้และสะท้อนข้อมูลกลับในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เกิดทักษะ และความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง

3. ระยะหลังทดลอง เป็นการรวบรวมข้อมูลและติดตามประเมินผลลัพธ์ของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ 2) ประเมินทักษะของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ และ 3) อุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และจำนวนวันของการใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ อุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การประเมินความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ ด้วยสถิติ Fisher's exact probability test เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ ใน ด้วยสถิติ Paired Samples t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ ด้วยสถิติ Independent Samples Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณผู้วิจัยเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว การปกปิดความลับของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ หรือปฏิเสธ ซึ่งจะไม่มีการรักษาพยาบาล หรือการปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลแต่อย่างใด ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน

เอกสารจริยธรรม เลขที่ 005/2568 รับรองวันที่ 2 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 16 คน พบว่า ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.0 มีอายุเฉลี่ย 37.06 ปี (SD=7.87) ทั้งหมดจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.0 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 เฉลี่ยอยู่ที่ 8.57 ปี (SD=5.72) และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรม/สัมมนาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 81.2 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ (n=16)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	16	100.0
อายุ		
ไม่เกิน 30 ปี	6	37.5
31 – 40 ปี	6	37.5
41 – 50 ปี	4	25.0
$\bar{X} \pm SD$		37.06 ± 7.87
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	16	100.0
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 3		
1 – 5 ปี	12	75.0
6 – 10 ปี	2	12.5
มากกว่า 10 ปี	6	37.5
$\bar{X} \pm SD$		8.57 ± 5.72
การได้เข้าร่วมอบรม/สัมมนาเกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา		
เคย	3	18.8
ไม่เคย	13	81.2

2. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ x ของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยค่าสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนความรู้ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนว

ปฏิบัติฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -12.566$, $Sig. = 0.000$) โดยก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.62$,

$SD = 3.22$) และหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 17.62$, $SD = 2.18$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ ของพยาบาลวิชาชีพ

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพยาบาล เพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	N	Mean	SD	t	Sig. (2-tailed)
ก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ	16	12.62	3.22	-12.566	.000*
หลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ	16	17.62	2.18		

* $p < 0.05$

3. ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบร้อยละของการปฏิบัติที่ถูกต้องในกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ ใน 7 กิจกรรมหลัก ก่อนและหลัง

การส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า ภายหลังจากส่งเสริมการปฏิบัติฯ ของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.0 เป็นร้อยละ 97.0 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยทุกหมวดกิจกรรมสามารถปฏิบัติเพิ่มขึ้น ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบร้อยละของการปฏิบัติที่ถูกต้องในกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ ใน 7 กิจกรรมหลัก ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ

กิจกรรมการพยาบาล	ก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ		หลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ		ร้อยละของการปฏิบัติที่ถูกต้อง	p-value	
	จำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง	จำนวนครั้งที่สังเกต	จำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง	จำนวนครั้งที่สังเกต			
การทำความสะอาดมือ	19	32	59.4	29	32	90.6	0.000*
การใส่ท่อหลอดลมคอและการเจาะคอ	38	48	79.2	47	48	97.9	0.000*
การจัดทำผู้ป่วย	38	48	79.2	46	48	95.8	0.000*
การดูแลเสมหะ	315	368	85.6	356	368	96.7	0.000*
การดูแลเครื่องช่วยหายใจ	108	128	84.4	125	128	97.7	0.000*
การดูแลความสะอาดในช่องปากและฟัน	84	96	87.5	94	96	97.9	0.000*
การหย่าเครื่องช่วยหายใจ	28	32	87.5	32	32	100.0	0.000*
รวม	639	752	85.0	639	752	97.0	0.000*

* $p < 0.05$

4. อุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า ก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.5 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 59.82 ($SD = 10.06$)ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 40.0 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.5 หลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.0 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 60.72 ($SD = 10.29$)ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อย

ละ 45.0 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.5 และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ

ด้วยสถิติ Fisher's exact probability test พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 4

ตาราง 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ

ข้อมูลส่วนบุคคล	ก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ (n=40)		หลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ (n=40)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.822
ชาย	23	57.5	22	55.0	
หญิง	17	42.5	18	45.0	
อายุ					0.204
41 – 50 ปี	6	15.0	6	15.0	
50 – 60 ปี	7	17.5	11	27.5	
มากกว่า 60 ปี	27	67.5	23	57.5	
$\bar{X} \pm SD$	59.82±10.06		60.72±10.29		
การวินิจฉัยโรค					0.288
ระบบทางเดินหายใจ	16	40.0	18	45.0	
ระบบสมอง	10	25.0	12	30.0	
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	10	25.0	7	17.5	
ระบบทางเดินอาหาร	4	10.0	3	7.5	
โรคประจำตัว					0.367
มีโรคประจำตัว	25	62.5	21	52.5	
ไม่มีโรคประจำตัว	15	37.5	19	47.5	

ด้านจำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ ด้วยค่าสถิติ Independent Samples Test พบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ในกลุ่มตัวอย่างก่อน

การส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเท่ากับ 5.32 (SD=6.19) และค่าเฉลี่ยของจำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจในกลุ่มตัวอย่างหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเท่ากับ 3.02 (SD=1.73) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 5

ตาราง 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ

รายการ	ก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ (n=40)		หลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ (n=40)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
จำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ	5.32	6.19	3.02	1.73	1.965	0.000*

*P<0.05

ด้านอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ พบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเท่ากับ 9.39 ครั้ง/1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ ไม่พบการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังตาราง 6

ตาราง 6 อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ	หลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ
	(n=40) ร้อยละ	(n=40) ร้อยละ
อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	9.39	0

หมายเหตุ: อัตราการเกิด VAP คำนวณโดยจำนวนครั้งของการเกิด VAP ในระยะเวลาการศึกษาคุณ 1000 และหารด้วยจำนวนวันรวมของการใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะเวลาการศึกษา^(5, 9)

สรุปผลการวิจัย

การส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน ช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันและลดอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และลดระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ จึงกล่าวได้ว่าแนวปฏิบัติฯ นี้ เป็นเรื่องที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยหนัก และพยาบาลมีบทบาทโดยตรงในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงควรมีการสร้างความรู้ความตระหนัก สร้างแรงจูงใจและสนับสนุนให้ให้มีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน

อภิปรายผล

จากการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน ค้นพบว่าหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้ทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) เนื่องด้วยการส่งเสริม

การใช้แนวปฏิบัติฯ ผู้วิจัยได้มุ่งดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนงานที่กำหนดไว้ครบทุกกิจกรรม พร้อมทั้งมีการติดตามทบทวนความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยทุกระยะ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ที่ถูกต้องในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับผลการศึกษากการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร์ พบว่าหลังการส่งเสริมการปฏิบัติฯ พยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนความรู้ในป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้นจาก 17.84 คะแนน เป็น 18.89 คะแนน⁽¹³⁾ ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในพยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มมากขึ้นจาก 13.00 คะแนน เป็น 18.00 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁽¹⁴⁾

ด้านทักษะการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ ในภาพรวม 7 กิจกรรมหลัก สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.0 เป็นร้อยละ 97.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยทุกหมวดกิจกรรมสามารถปฏิบัติเพิ่มขึ้น เนื่องด้วยการดำเนินการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ ได้ให้ความสำคัญกับการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เพื่อกำหนดแนวปฏิบัติฯ ที่สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรของหน่วยงาน และทุกกิจกรรมมีการ

ติดตามการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดทักษะในการพยาบาลผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ⁽¹⁵⁾ และหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน⁽¹⁶⁾ ที่มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การจัดท่านอนและการพลิกตัว การทำความสะอาดภายในช่องปากและฟัน การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง และการดูแลท่อช่วยหายใจและส่วนประกอบของเครื่องช่วยหายใจ โดยส่งเสริมให้มีการปฏิบัติทุกกิจกรรมอย่างเคร่งครัด และส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเกิดทักษะในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่อย่างไรก็ตามหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก มีการพัฒนาและมีนวัตกรรมใหม่ๆ ที่นำมาประยุกต์ใช้และเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและหลากหลาย จำเป็นอย่างดีที่ต้องมีการทบทวนปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติให้เหมาะสมทันสมัยอยู่เสมอ อันถือเป็นการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ตลอดจนด้านอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ค้นพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ มีค่าเท่ากับ 5.32 และหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ มีค่าเท่ากับ 3.02 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ มีค่าเท่ากับ 9.39 ครั้ง/1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และหลัง

การส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ ไม่พบการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เนื่องด้วยการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มุ่งส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติทุกกิจกรรมการพยาบาลอย่างเคร่งครัด มีการติดตามการปฏิบัติกิจกรรมทุกขั้นตอนกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ดังนั้นจึงเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจลดลงจาก 5.40 เป็น 2.89 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ไม่พบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและไม่พบอัตราการเสียชีวิต⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพอย่างเคร่งครัดทุกกิจกรรม อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงก็ตาม แต่ก็ยังไม่เป็นศูนย์ ดังกรณีการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล ของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่าอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 12.26 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็น 2.68 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ⁽¹⁵⁾ จากผลการศึกษาข้างต้นนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการติดตามทบทวนแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องพร้อมกับศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเฉพาะปัจจัยทางด้านผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ และมีโรคร่วม เป็นต้น เพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผลการศึกษานี้ควรนำไปใช้ในการกำหนดให้มีแผนงาน โครงการ นิเทศทางการพยาบาล หรือจัดกิจกรรมอบรมฝึก

ทักษะการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลย้อนกลับในการนำมาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัย ควรศึกษาผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติต่อความรู้ การปฏิบัติ และอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะเวลาที่นานขึ้น โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบวัดซ้ำในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อทดสอบและติดตามตามความยั่งยืนของการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล และแนวโน้มของอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนจบมีการศึกษาเชิงวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหนัก เพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- Center for Disease Control and Prevention. Pneumonia (Ventilator-associated [VAP] and non-ventilator associated Pneumonia [PNEU]) Event. [Internet]. 2024 . [cited 2024 November 8] Available from: <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/6pscvapcurrent.pdf>
- ขวัญฤทัย พันธุ์. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
- Rosenthal VD, Chaparro GJ, Servolo-Medeiros EA, Souza-Fram D, Escudero D, Gualtero-Trujillo SM, Morfin-Otero R. (2021). An eight-year multicenter study on short-term peripheral intravenous catheter-related bloodstream infection rates in 100 intensive care units of 9 countries in Latin America: Argentina, Brazil, Colombia, Costa Rica, Dominican Republic, Ecuador, Mexico,

- Panama, and Venezuela. Findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC). *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2021; 42(9): 1098-1104.
- International Nosocomial Infection Control Consortium. National Nosocomial Infections Surveillance System report. [Internet]. 2020 . [cited 2024 November 8] Available from: https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/datastat/nnis_2020.pdf
 - สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิก แอนด์ดีไซน์; 2563.
 - นริลักษณ์ สุวรรณโบล. สถานการณ์การติดเชื้อ การดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*. 2565; 24(2): 78-95.
 - ธนิตดา เลิศลอยกุลชัย. อุบัติการณ์และสาเหตุของปอดอักเสบติดเชื้อในโรงพยาบาลและปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*. 2564; 46(2): 121-130.
 - พรเพ็ญ คงงาม และเผ่าพิมล เหลือเอก. การศึกษาอุบัติการณ์และผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลหัวหิน. *วารสารวิชาการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเขต 4*. 2560; 18(1): 22-39.
 - Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. Guideline for prevention health-care associated pneumonia. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2021; 53(2): 1-36.

10. American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med.* 2023; 15(4): 388-416.
11. หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน. อุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน. ลำพูน: หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำพูน; 2566.
12. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principles and methods. (9thed.). Philadelphia, PA: Lippincott; 2012.
13. ดวงมัลย์ คำหม่อม. ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่.* 2564; 30(1): 15-31.
14. รุธิมา เกษสิมมา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม. *วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;* 2566.
15. กิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์, ลภิสรา สวัสดิ์รักษ์, พรนิภา ลีละธนาฤกษ์, นรินทร พันสา, ศันสนีย์ ชัยบุตร. ผลการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. *ชัยภูมิเวชสาร.* 2562; 37(2): 15-21.
16. จุฑาทิพย์ หานิพัฒน์ และวิไลรัตน์ มะโนราช. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน. *รายงานการวิจัย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน;* 2567.

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย
ต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลลำพูน
The effect of Discharge Planning Program on
Total Knee Arthroplasty Patient Rehabilitation, Lamphun Hospital

อังคณา คำฟู

Angkana Khumfoo

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลลำพูน

Orthopedic Patient Nursing Group, Lamphun Hospital

Corresponding author, E-mail: khumfoo@gmail.com

(Received: May 13, 2025; Revised: May 23, 2025; Accepted: September 1, 2025)

บทคัดย่อ

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลที่สำคัญในการส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัย ช่วยฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่โรงพยาบาลลำพูน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ แบบประเมินความรู้การดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียมของผู้ป่วย แบบบันทึกระดับความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วย แบบบันทึกความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่าหลังผ่าตัด แบบบันทึกความสามารถในการเดินพื้นราบในระยะ 10 เมตร และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสถิติ Fisher Exact probability test และค่าสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนความรู้การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียมที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มีคะแนนความปวดที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) สามารถฟื้นฟูสภาพทั้งการเคลื่อนไหวข้อเข่าหลังผ่าตัด และสามารถเดินพื้นราบในระยะ 10 เมตร ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ตลอดจนกลุ่มทดลองมีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล ที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ช่วยฟื้นฟูสภาพ เพิ่มความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียมของผู้ป่วย ตลอดจนช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย, การฟื้นฟูสภาพ, ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Abstract

The discharge planning for total knee arthroplasty patient is an important nursing care process for promoting safety, helps to restore postoperative conditions and improve the quality of life for patients. The purpose of this quasi-experimental research was to compare the knowledge scores, postoperative rehabilitation and complications of patients after knee arthroplasty between the group that received the discharge planning program and the group that received regular care. The sample group is patient osteoarthritis of knee underwent knee arthroplasty at Lamphun Hospital the participants were divided into a control group of 25 people and an experimental group. 25 people. The tools used in conducting the trial include a discharge planning program of total knee arthroplasty patient. The tools used to collect data include personal data and health records, self-care knowledge assessments, and post-knee arthroplasty behavior assessments, pain score record form, knee mobility record form, 10-meter flat walking ability record form, and postoperative complications recording form. Data analysis statistics were used, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics, including: fisher exact probability test and independent t-test.

The results of the study showed that the experimental group that received the discharge planning had higher scores on self-care knowledge and post-knee arthroplasty behavior than the control group with was statistically significant ($p < 0.001$) Pain score was statistically significantly lower than that of the control group ($p < 0.001$). It was statistically significant that both knee and flat ground movements were restored at a distance of 10 meters better than the control group, which was statistically significant ($p < 0.001$). No postoperative complications. The experimental group also had a statistically significant decrease in the length of hospital stay less than the control group ($p < 0.001$)

Conclusion, the discharge planning program helps patients rehabilitate themselves, improves their knowledge of self-care and post-operative behavior after total knee arthroplasty and effectively prevents post-operative complications.

Keywords: discharge planning program, rehabilitation, total knee arthroplasty patient

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม พบมากในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2568 พบว่ามีผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อมากกว่า 6 ล้านคน เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี⁽¹⁾ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่มีการเสื่อมของกระดูกอ่อน และเนื้อเยื่อรอบๆ ข้อ พยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อมจึงดำเนินไปอย่างช้าๆ และเพิ่มความรุนแรงของโรคตามเวลาที่ผ่านมา อาการทางคลินิก ได้แก่ อาการปวดข้อ ข้อฝืด แข็ง กล้ามเนื้อรอบข้อเข่าอ่อนแรง โครงสร้างของข้อเปลี่ยนแปลง ข้อผิดรูปจนทำให้ไม่สามารถเดินได้ตามปกติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา มีคุณภาพชีวิตลดลง⁽²⁾

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม โดยวิธีการผ่าตัด เป็นทางเลือกของแพทย์ลำดับสุดท้ายเมื่อรักษาด้วยวิธีอื่นไม่ได้ผล การผ่าตัดรักษาจะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ช่วยให้ผู้ป่วยหายปวดและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ดีขึ้น⁽³⁾ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Clinical pathway for total knee arthroplasty-TKA) คือ การผ่าตัดผิวข้อส่วนที่เสื่อมออก แล้วใส่วัสดุโลหะสังเคราะห์ทดแทน บริเวณผิวข้อกระดูกต้นขา กระดูกหน้าแข้งและกระดูกลูกสะบ้า บริเวณข้อต่อระหว่างกระดูกต้นขาและกระดูกหน้าแข้ง โดยที่เอ็นเยื่อหุ้มข้อ และกล้ามเนื้อยังอยู่เหมือนเดิมถึงแม้วิธีการผ่าตัดจะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด แต่มีความเสี่ยงในเรื่องของการติดเชื้อ ข้อเข่าติดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหลังการผ่าตัด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะข้อฝืด/ติดแข็ง แผลผ่าตัด

ติดเชื้อ ส่งผลให้มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานกว่าปกติ⁽⁴⁾ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถป้องกันได้จากการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนจำหน่าย^(5, 6, 7)

อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีความพร้อมด้านความรู้ในการฟื้นฟูสภาพและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง เหมาะสม^(2, 5) ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ที่มุ่งส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยและเพิ่มคุณภาพชีวิต^(8, 9) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ จะมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายมากกว่าวัยอื่นๆ เพราะมีความเสื่อมของสภาพร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับภาวะโรคร่วมในผู้สูงอายุ⁽⁷⁾ ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จะทำให้การฟื้นตัวการทำหน้าที่ทางกายได้มากขึ้น ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด⁽²⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการให้ผู้ป่วยเริ่มฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ควรเริ่มออกกำลังกายที่ผู้ป่วยต้องทำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การกระดกข้อเท้า เกร็งกล้ามเนื้อก้น น่อง และต้นขา รวมถึงการฝึกเหยียดขาตรง โดยเร็วภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จะส่งผลดีทั้งในเรื่องการเคลื่อนไหวข้อเข่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเดิน ความสมดุล ในการทรงตัว และช่วยลดความปวดได้ดี^(2, 10) การประคบเย็นร่วมกับการออกกำลังกายสามารถลดปวดและเพิ่มประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้⁽¹⁰⁾ และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยมีการติดตามและให้ข้อมูลการปฏิบัติตนทั้งในรูปแบบสื่อที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดได้เร็วขึ้น^(6, 10, 11) ดังนั้นการวางแผนจำหน่าย

ผู้ป่วยจึงมีความสำคัญและจำเป็นต่อพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่าจะได้รับการดูแลต่อเนื่อง ได้รับการช่วยเหลือเมื่อเจ็บปวด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสมทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน

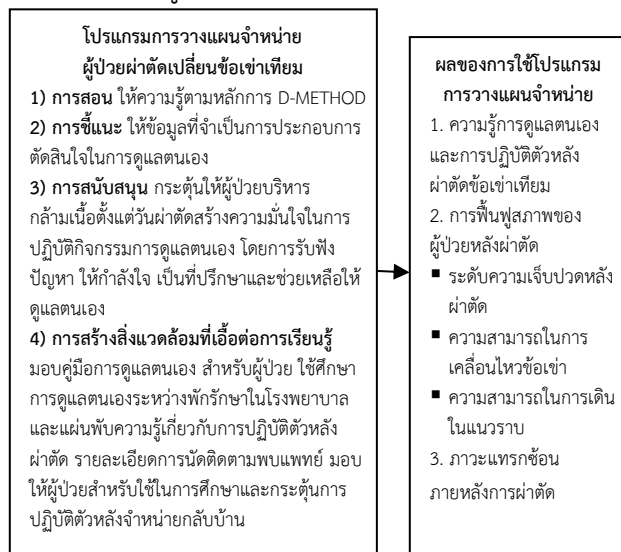
จากสถิติที่ผ่านมาของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลลำพูน ในปี พ.ศ. 2565 - 2567 จำนวน 2,635 ราย 3,570 ราย และ 4,635 ราย และเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 392 ราย 445 ราย และ 441 ราย⁽¹²⁾ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพิ่มมากขึ้น และพบปัญหาการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด และการดูแลตนเองหลังจำหน่ายของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เช่น ในปี 2567 ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตนในการฟื้นฟูสภาพตนเองได้ ส่งผลให้เกิดอาการข้อฝืด/ข้อยึด ร้อยละ 8.16 ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 2.72 และเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มที่บ้าน ร้อยละ 1.81⁽¹²⁾ และจากการทบทวนแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ของกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ พบว่ายังไม่มียูนิฟอร์มหรือกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายและการติดตามต่อเนื่องที่บ้านอย่างเป็นรูปแบบ โดยเฉพาะการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดต่อเนื่องที่บ้าน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทางผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการนำทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม⁽¹³⁾ (Orem) ร่วมกับการแนวคิดการวางแผนจำหน่ายตามหลักการ D-METHOD ของ กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁴⁾ ในการกำหนดโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้มีความเชื่อมั่นว่าได้รับข้อมูลและการดูแลที่ต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายได้รวดเร็ว สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ รวมถึงลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ได้นำทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม⁽¹³⁾ (Orem) ร่วมกับการแนวคิดการวางแผนจำหน่ายตามหลักการ D-METHOD ของ กองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁴⁾ ในการกำหนดโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และนำมาใช้ในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่โรงพยาบาลลำพูน โดยกำหนดกรอบแนวคิดดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลังการทดลอง (Quasi experimental research pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่โรงพยาบาลลำพูน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ชนิดปฐมภูมิที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่โรงพยาบาลลำพูน ระหว่างวันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2568 ถึงวันที่ 30 เดือนเมษายน 2568

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 กำหนด effect size เท่ากับ 0.8 α err prob เท่ากับ 0.05 Power 1- β err prob เท่ากับ 0.8⁽¹⁵⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน เพื่อป้องกันการเกิด drop out ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 20% รวมเป็น 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลปกติ จำนวน 25 คน และกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 25 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อายุ 50 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะสุดท้ายและต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพียงข้างเดียวครั้งแรก 3) สามารถสื่อสารโดยการพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) สมัยครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีประวัติปวดเรื้อรังที่ไม่เกี่ยวกับบอวัยวะที่ได้รับการผ่าตัด 2) เคยได้รับการผ่าตัดกระดูกบริเวณข้อเข่าข้างที่ทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 3) เป็นโรค Rheumatoid Arthritis 4) มีแผลเปิดบริเวณเข่า 5) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามกำหนด และ 6) มีระดับความเจ็บปวดมากกว่า 7 เกิน 24 ชั่วโมง เนื่องจากจะไม่สามารถเริ่มทำกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม⁽¹³⁾ ร่วมกับการแนวคิดการวางแผนจำหน่ายตามหลักการ D-METHOD ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁴⁾ ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง โรคข้อเข่าเสื่อม การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและการดูแลตนเอง ตั้งแต่ระยะก่อนและหลังผ่าตัด และคู่มือการดูแลตนเอง และฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด โปรแกรมมีจำนวน 7 ครั้ง ได้แก่ 1) กิจกรรมที่ 1: ก่อนผ่าตัด วันนอนโรงพยาบาลก่อนวันผ่าตัด 2) กิจกรรมที่ 2: ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด Day 0 ฟื้นฟูสภาพ ณ วันผ่าตัด 3) กิจกรรมที่ 3: Day 1 หลังผ่าตัด 4) กิจกรรมที่ 4: Day 2 หลังผ่าตัด 5) กิจกรรมที่ 5: Day 3 หลังผ่าตัด 6) กิจกรรมที่ 6: วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน Day 4 หลังผ่าตัด และ 7) กิจกรรมที่ 7: นัดติดตามอาการ 1 เดือนหลังผ่าตัด (วันมาพบแพทย์ตามนัด)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ 2) แบบประเมินความรู้การดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากกรอบทฤษฎีการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก/ผิดจำนวน 21 ข้อ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน กำหนดช่วงระดับความรู้ ออกเป็น 3 ระดับ มีความรู้ในระดับต่ำ/น้อย (0-7 คะแนน) มีความรู้ในระดับปานกลาง (8-14 คะแนน) มีความรู้ในระดับสูง/มาก (15-21 คะแนน) 3) แบบบันทึกระดับความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วย (Pain score) ประเมินโดยใช้มาตรวัดความปวดเป็นตัวเลข (Numerical Rating Scale : NRS) ซึ่งมีคะแนนระดับความปวดตั้งแต่ 0 - 10 ให้คะแนนความปวด 0 (ไม่ปวดเลย) - 10 คะแนน (ปวดมากที่สุด) รายงานผลด้วย

ค่าเฉลี่ยของความปวด 4) แบบบันทึกความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่า ประเมินโดยใช้เครื่องวัดมุม (Goniometer) ยี่ห้อ ACX-2008 รุ่น TH-5203-G วัดพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ มีหน่วยวัดเป็นองศา และรายงานผลด้วยค่าเฉลี่ยขององศาการงอเข่า 5) แบบบันทึกความสามารถในการเดินพื้นราบในระยะ 10 เมตร บันทึกระยะทางที่ผู้ป่วยเดินได้ รายงานผลด้วยค่าเฉลี่ยของระยะทางหน่วยเป็นเมตร 6) แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งประเมินหลังผ่าตัดภายใน 6 ชั่วโมง วันจำหน่าย (ระยะสั้น) และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ (ระยะยาว) ตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลลำพูน ถ้าพบอย่างน้อย 1 อาการ เท่ากับ 1 และไม่พบภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ และแบบประเมินความรู้กับผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ แพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 2 ท่าน ผลการทดสอบค่า CVI ของโปรแกรมเท่ากับ 0.96 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพเท่ากับ 1.00 แบบประเมินความรู้เท่ากับ 0.94 นอกจากนี้ได้ทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบประเมินความรู้ ด้วยสูตร KR-20 โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มทดลองที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 10 ราย ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือโดยรวมเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ใช้สถานที่ในการดำเนินการวิจัย หลังจากนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา เปลี่ยนข้อเข่าเทียม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้าพักในหอผู้ป่วย ศึกษาแฟ้มประวัติ เพื่อให้ทราบถึงแผนการรักษา ข้อมูลเบื้องต้น เพื่อทำความเข้าใจในการสร้าง

สัมพันธ์ภาพ จากนั้นเริ่มเก็บรวบรวมในกลุ่มควบคุม ก่อนกลุ่มทดลอง โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของโครงการ ประโยชน์ที่จะได้รับ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการวิจัย หากผู้ป่วยตกลงยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในยินยอม (consent form) เข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการหลังจากนั้นดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1: ก่อนผ่าตัด วันนอนโรงพยาบาล ก่อนวันผ่าตัด

1. กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีพยาบาลหรือผู้ป่วยแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

2. กลุ่มทดลอง (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที) ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ และแนะนำตนเอง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา และเริ่มโปรแกรมตามหลักการ D-METHOD ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เก็บข้อมูลผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและการดูแลตนเอง ตั้งแต่ระยะก่อนและหลังผ่าตัด และมอบคู่มือการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยใช้ศึกษาการดูแลตนเองระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 2: ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด Day 0 ฟื้นฟูสภาพ ณ วันผ่าตัด

1. กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการตรวจเยี่ยมหลังผ่าตัดสอบถามอาการผิดปกติหลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน การระงับปวด ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพกับนักกายภาพบำบัดสอนและกระตุ้นผู้ป่วยให้ลุกนั่งบนเตียง ฝึกเกร็งกล้ามเนื้อขา ฝึกการยกขา

2. กลุ่มทดลอง (ใช้เวลาประมาณ 50 นาที) ได้รับกิจกรรม ดังนี้

2.1 เริ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อบนเตียง โดยนอนหงายขาเหยียดตรง

กระดกข้อเท้าขึ้น-ลง ทำท่าละ 20 ครั้ง/รอบ อย่างน้อย 3 รอบ/วัน ได้แก่ เวลา 09.00 น., 13.00 น. และ 17.00น. นอนราบบนเตียงแล้วใช้หมอนหรือผ้าหนุนใต้ข้อพับข้างที่ผ่าตัดให้เข่างอ 30-45 องศาแล้วเหยียดเข้าให้ตรง และประเมินว่าผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ โดยการให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ

2.2 ประคบเย็น 20 นาที ทุก 2 ชั่วโมง (จนถึงเวลา 22.00 น.) รอบข้อ

กิจกรรมที่ 3: Day 1 หลังผ่าตัด

1. กลุ่มควบคุมได้รับกระตุ้นให้มีการกระดกข้อเท้า ลุกนั่งบนเตียง

2. กลุ่มทดลอง (ใช้เวลาประมาณ 60 นาที) ถ้าหากผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า 7 ได้รับกิจกรรม ดังนี้

2.1 ฝึกให้ผู้ป่วยทำท่าบริหารเช่นเดิม เริ่มปรับหัวเตียงสูงขึ้น 30-90 องศา และเมื่อมีอาการดีขึ้น ไม่มีหน้ามืด ให้เริ่มลุกนั่งข้างเตียงวันละ 2-3 ครั้ง ได้แก่เวลา 09.00 น. 13.00 น.และ 17.00 น. โดยมีพยาบาลหรือญาติดูแลอย่างใกล้ชิด

2.2 ฝึกบริหารกล้ามเนื้อขาอย่างต่อเนื่อง ทั้งท่านอนบนเตียง นั่งข้างเตียง และประเมินว่าผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ โดยการให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ

2.3 ประคบเย็น 20 นาที ทุก 2 ชั่วโมง (จนถึงเวลา 22.00 น.) รอบข้อเข่า

กิจกรรมที่ 4: Day 2 หลังผ่าตัด

1. กลุ่มควบคุม ได้รับกระตุ้นให้มีการกระดกข้อเท้า ลุกนั่งบนเตียง

2. กลุ่มทดลอง (ใช้เวลาประมาณ 50 นาที) ได้รับกิจกรรม ดังนี้

2.1 ฝึกเดินด้วย walker โดยอาศัยผู้ช่วยประคองน้อยลงเพิ่มระยะทางเป็น 10-20 เมตร ต่อครั้ง วันละ 3-4 รอบ ได้แก่ ช่วงระยะเวลา 09.00 น., 13.00 น. และ 17.00 น.

2.2 ฝึกการเข้าห้องน้ำ และประเมินว่าผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ โดยการให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับประเมินภาวะแทรกซ้อนและประเมินการงอเข่า

2.3 ประคบเย็น 20 นาที ทุก 2 ชั่วโมง (จนถึงเวลา 22.00 น.) รอบข้อเข่า

กิจกรรมที่ 5: Day 3 หลังผ่าตัด

1. กลุ่มควบคุม ได้รับการฝึกการเข้าห้องน้ำ (แบบมีคนประคอง) เดินในระยะสั้น บริหารข้อเข่า ประเมินภาวะแทรกซ้อนและประเมินการงอเข่า

2. กลุ่มทดลอง (ใช้เวลาประมาณ 50 นาที) ได้รับกิจกรรมดังนี้

2.1 ฝึกเดินด้วย walker โดยไม่ต้องอาศัยผู้ช่วยประคอง

2.2 ก้าวเดินต่างระดับ ก้าวลงบันได เพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อกลับบ้าน และประเมินว่าผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ โดยการให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ

2.3 ประคบเย็น 20 นาที ทุก 2 ชั่วโมง (จนถึงเวลา 22.00 น.) รอบข้อเข่า

กิจกรรมที่ 6: วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน Day 4 หลังผ่าตัด

1. กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ประเมินความรู้การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียม และประเมินการฟื้นฟูสภาพ

2. กลุ่มทดลอง (ใช้เวลาประมาณ 50 นาที) ถ้าหากผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์การจำหน่ายจะดำเนินกิจกรรมเหมือน Day 3 และถ้าหากเข้าเกณฑ์จำหน่ายผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนจำหน่ายตามหลักการ D-METHOD มอบแผ่นพับความรู้ รวมถึงรายละเอียดการนัดติดตามพบแพทย์ ประเมินภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัด ประเมินความรู้ และประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

กิจกรรมที่ 7: นัดติดตามอาการ 1 เดือนหลังผ่าตัด (วันมาพบแพทย์ตามนัด)

1. กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ และสอบถามอาการผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลภาวะแทรกซ้อน ประเมินความรู้ ประเมินการฟื้นฟูสภาพ และชี้แจงเสร็จสิ้นการดำเนินการศึกษาวิจัยตามแผนกิจกรรม

2. กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรม (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที) ดังนี้ 1) สอบถามอาการผู้ป่วย และพูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหาที่พบเจอ และให้กำลังใจ 2) เก็บข้อมูลภาวะแทรกซ้อน ประเมินความรู้ และประเมินการฟื้นฟูสภาพ และ 3) ชี้แจงการเสร็จสิ้นการดำเนินการศึกษาวิจัยตามแผนกิจกรรม

ระยะที่ 3 หลังทดลอง บันทึกและรวบรวมข้อมูลจากการทดลองในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) คะแนนความรู้ 2) ความสามารถในการฟื้นฟูสภาพ และ 3) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ คะแนนความรู้ ความสามารถในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อน

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสถิติ Fisher Exact probability test เปรียบเทียบข้อมูลของผู้ป่วยและสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง และค่าสถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความสามารถในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการพิจารณาทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน เอกสารจริยธรรม เลขที่ Ethic LPN 009/2568 อนุมัติวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2568 หลังจากได้รับจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้คัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างตาม

คุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลเป็นความลับ การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.64 สถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 92.0 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.0 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 84.0 ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 23.30 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.0 ทั้งหมดมีประวัติการใช้ยาแก้ปวด และเดินด้วย

วอล์คเกอร์ ด้านการวินิจฉัยพบว่าส่วนใหญ่ OA Right Knee และผ่าตัด TKA / TKR Right ร้อยละ 52.0 ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.0 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.88 สถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 80.0 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.0 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 76.0 ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.96 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.0 ทั้งหมดมีประวัติการใช้ยาแก้ปวด และเดินด้วยวอล์คเกอร์ ด้านการวินิจฉัยพบว่าส่วนใหญ่ OA Right Knee และผ่าตัด TKA / TKR Right ร้อยละ 60.0

เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ	กลุ่มควบคุม(n=25)		กลุ่มทดลอง(n=25)		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
เพศ					0.538
ชาย	9	36.0	6	24.0	
หญิง	16	64.0	19	76.0	
อายุ (ปี)					0.551
น้อยกว่า 60 ปี	10	40.0	7	28.0	
60 ปีขึ้นไป	15	60.0	18	72.0	
Mean±SD	68.64±5.52		66.88±5.43		
สถานภาพสมรส					0.501
โสด	1	4.0	3	12.0	
คู่/สมรส	23	92.0	20	80.0	
หม้าย/แยกกันอยู่/หย่าร้าง	1	4.0	2	8.0	
ระดับการศึกษา					0.121
ประถมศึกษา	12	48.0	17	68.0	
มัธยมศึกษา	11	44.0	5	20.0	
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	1	4.0	-	-	

ข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ	กลุ่มควบคุม(n=25)		กลุ่มทดลอง(n=25)		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	4.0	3	12.0	
อาชีพ					0.692
รับจ้างทั่วไป	21	84.0	19	76.0	
เกษตรกร	1	4.0	2	8.0	
รับราชการ	1	4.0	3	12.0	
ค้าขาย	2	8.0	1	4.0	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²)					0.335
18.5 – 22.9	14	56.0	13	52.0	
23 – 24.9	3	12.0	2	8.0	
25 – 29.9	5	20.0	7	28.0	
มากกว่า 30	3	12.0	3	12.0	
Mean±SD	23.30±3.06		24.96±2.86		
โรคประจำตัว					0.496
ไม่มีโรคประจำตัว	4	16.0	7	28.0	
มีโรคประจำตัว	21	84.0	18	72.0	
ประวัติการใช้ยาแก้ปวด					-
เคย	25	100.0	25	100.0	
ลักษณะการเดิน					-
วอล์คเกอร์	25	100.0	25	100.0	
การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)					0.571
OA Left Knee	12	48.0	15	60.0	
OA Right Knee	13	52.0	10	40.0	
การผ่าตัด (Operating site)					0.571
TKA / TKR Left	12	48.0	15	60.0	
TKA / TKR Right	13	52.0	10	40.0	

2. คะแนนความรู้การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียม

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ($t=-6.218, P<0.001$) และวันที่มาพบแพทย์ตามนัด ($t=-6.705, P<0.001$) พบว่าคะแนน

เฉลี่ยความรู้การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียม ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียมที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตาราง 2

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

คะแนนความรู้การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD.		
วันจำหน่าย	15.88	3.27	10.96	2.22	-6.218	<.001**
วันที่มาพบแพทย์ตามนัด	21.28	3.29	15.68	2.57	-6.705	<.001**

**P<0.001

3. การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

3.1 คะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด พบว่า Day 0 วันผ่าตัด (ภายใน 6 ชั่วโมง หลังผ่าตัด) คะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม

ทดลอง ไม่แตกต่างกัน (t=-0.137, p-value=0.892) ขณะเดียวกันพบว่า วันที่จำหน่าย (t=-4.018, P<0.001) และวันที่มาพบแพทย์ตามนัด (t=2.257, P<0.05) คะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน และวันที่มาพบแพทย์ตามนัดมีคะแนนความปวดที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังตาราง 3

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนความปวดหลังผ่าตัด (Pain score)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD.		
Day 0 วันผ่าตัด (ภายใน 6 ชั่วโมง หลังผ่าตัด)	7.84	2.02	7.80	2.04	-0.137	0.892
วันจำหน่าย	3.72	1.83	4.96	2.24	4.018	<.001**
วันที่มาพบแพทย์ตามนัด	2.12	0.72	2.56	1.65	2.257	0.029*

*P<0.05, **P<0.001

3.2 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่า พบว่า วันที่จำหน่าย (t=-6.059, P<0.001) และวันที่มาพบแพทย์ตามนัด (t=-6.694, P<0.001) ความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่า ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม

ทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่าที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ดังตาราง 4

ตาราง 4 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่า	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD.		
วันจำหน่าย	97.88	4.19	89.28	5.09	-6.059	<.001**
วันที่มาพบแพทย์ตามนัด	120.84	7.55	98.48	8.13	-6.694	<.001**

**P<0.001

3.3 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเดินพื้นราบในระยะ 10 เมตร พบว่า วันที่จำหน่าย ($t=-4.116$, $P<0.001$) และวันที่มาพบแพทย์ตามนัด หรือหลังผ่าตัดครบ 1 เดือน ($t=-10.522$, $P<0.001$) ความสามารถในการเดินพื้นราบในระยะ 10 เมตร ระหว่างกลุ่มควบคุม

และกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการเดินพื้นที่ในระยะที่ไกลกว่ากลุ่มควบคุม ดังตาราง 5

ตาราง 5 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเดินพื้นราบในระยะ 10 เมตร ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความสามารถในการเดินพื้นราบ ในระยะ 10 เมตร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD.		
วันจำหน่าย	4.78	0.94	3.25	1.81	-4.116	<.001**
วันที่มาพบแพทย์ตามนัด	9.52	2.66	6.42	2.32	-10.522	<.001**

** $P<0.001$

4. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

อัตราส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ พบว่าไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มควบคุมพบภาวะแทรกซ้อน

ร้อยละ 12.0 ได้แก่ ข้อฝืด ร้อยละ 8.0 และแผลผ่าตัดบวมแดง ร้อยละ 4.0 ขณะเดียวกันในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังตาราง 6

ตาราง 6 อัตราส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม(n=25)		กลุ่มทดลอง(n=25)		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
ไม่พบ	22	88.0	25	100.0	0.235
พบ	3	12.0	0	0	
-ข้อฝืด	2	8.0			
-แผลผ่าตัดบวมแดง	1	4.0			

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล ที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังตาราง 7

ตาราง 7 เปรียบเทียบระยะเวลาอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระยะเวลาอนโรงพยาบาล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD.		
	3.80	1.22	4.72	1.74	2.158	0.036*

* $P<0.05$

สรุปผลการวิจัย

ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ด้วยระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับหลักการ D-METHOD ช่วยเพิ่มความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และช่วยในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลลำพูน ค้นพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียมที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องด้วยโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ที่พัฒนาขึ้นนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม⁽¹³⁾ ด้วยระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับการแนวคิดการวางแผนจำหน่าย (D-METHOD) ของ กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁴⁾ ด้วยการสอนให้ความรู้ตามหลักการ D-METHOD ตั้งแต่แรก รับจนจำหน่าย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและการดูแลตนเอง ตั้งแต่ระยะก่อนและหลังผ่าตัด โดยใช้คู่มือในการสอน หลังจากให้ผู้วิจัยสอนผู้ป่วยเสร็จจะนำคู่มือทิ้งไว้ให้ผู้ป่วย เพื่อให้ทบทวนศึกษาด้วยตนเองระหว่างพักฟื้นอยู่ที่โรงพยาบาล รายละเอียด ได้แก่ ความหมายของโรคข้อเข่าเสื่อม สาเหตุที่ทำให้เขาเสียสภาพ สัญญาณและอาการของภาวะข้อเข่าเสื่อม การวินิจฉัยภาวะข้อเข่าเสื่อม การรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน ด้วยคู่มือที่ให้ความรู้อย่างครบถ้วนข้างต้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้การดูแลตนเองและการปฏิบัติ

ตัวหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียมได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม (D-M-E-T-H-O-D) ของมัลลิวีร์ สมบุตร และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตนที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม และโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (D-METHOD) ของ จารุวรรณ โต้วัชรกุล⁽¹¹⁾ พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p < 0.01$)

ด้านการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ค้นพบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน และวันที่มาพบแพทย์ตามนัด มีคะแนนความปวดที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่าหลังผ่าตัด พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่าที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน และวันที่มาพบแพทย์ตามนัด ตลอดจนความสามารถในการเดินพื้นราบในระยะ 10 เมตร พบว่าในกลุ่มทดลอง มีความสามารถในการเดินพื้นที่ในระยะที่ไกลกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน และวันที่มาพบแพทย์ตามนัด เนื่องด้วยโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้มุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งการเตรียมตัว ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด Day 0 ฟื้นฟูสภาพ ณ วันผ่าตัด ด้วยกิจกรรมกระตุ้นการบริหารกล้ามเนื้อบนเตียง และการประคบเย็น Day 1 หลังผ่าตัด ฝึกให้ผู้ป่วยทำท่าบริหารกล้ามเนื้อ ฝึกการทรงตัว ฝึกเดินโดยใช้ walker และการประคบเย็น Day 2 หลังผ่าตัด ฝึกเดินด้วย walker ฝึกการเข้าห้องน้ำ และการประคบเย็น Day 3 หลังผ่าตัด ฝึกเดินด้วย walker การก้าวเดินและการประคบเย็น Day 4 หลัง

ผ่าตัด ถ้าหากผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์การจำหน่ายจะดำเนินกิจกรรมเหมือน Day 3 และถ้าหากเข้าเกณฑ์จำหน่ายผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนจำหน่ายตามหลักการ D-METHOD มอบแผนพับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดข้อเข้าเทียม รวมถึงรายละเอียดการนัดติดตามพบแพทย์ มอบให้ผู้ป่วยสำหรับใช้ในการศึกษาและกระตุ้นการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายกลับบ้าน เป็นต้น ด้วยกิจกรรมข้างต้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีขึ้น สอดคล้องกับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม ของ พรพนา พลฤกษ์ธรากรูโรง⁽⁶⁾ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีค่าคะแนนเฉลี่ยในการฟื้นฟูสภาพมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข้าเทียม (D-METHOD) ของ มัลลวีร์ สมบุตร และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่องศาการเหยียด องศาการงอและระดับอาการปวดที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

นอกจากนี้ผลการศึกษาภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่าในกลุ่มควบคุมพบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 12.0 ได้แก่ ข้อฝืด ร้อยละ 8.0 และแผลผ่าตัดบวมแดง ร้อยละ 4.0 ขณะเดียวกันในกลุ่มทดลองไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมถึงในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องด้วยโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีกิจกรรมที่มีการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดพร้อมกับสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดข้อเข้าเทียม อีกทั้งผู้วิจัยมีการติดตาม ดูแลหลังจำหน่ายจนครบ 1 เดือนหลังผ่าตัด ด้วยกิจกรรมข้างต้น จึงช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ไม่

พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย สอดคล้องกับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม (D-METHOD) ของ จารุวรรณ ไตรวัชรกุล⁽¹¹⁾ พบว่าไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในกลุ่มทดลอง

กล่าวได้ว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายนี้ช่วยในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม และเพิ่มความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดกลับบ้านให้แก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรขับเคลื่อนผลักดันให้มีการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม ที่บูรณาการทฤษฎีทางการพยาบาลร่วมกับแนวคิดการวางแผนจำหน่ายตามหลักการ D-METHOD ไปใช้ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ เพื่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงกำหนดให้มีกิจกรรมการนิเทศทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะการพยาบาล เพื่อการวางแผนจำหน่ายเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพการพยาบาลทั้งต่อหน่วยงาน และผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม ที่บูรณาการองค์ความรู้ใหม่ๆ เช่น โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียมด้วยกิจกรรมสื่อการสอนออนไลน์ผ่านมือถือ ระบบแอปพลิเคชันหรือระบบการให้บริการการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ที่เปิดโอกาสให้ทั้งผู้ป่วยและญาติ ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/15/586>
2. สุวรรณีย์ สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภณทิรชา เพ็ญทอง, ผุสดี สระทอง. การพยาบาลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2563; 33(2): 197-210.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2560.
4. ธวัช ประสาทฤทธา. โรคข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เรือนปัญญา; 2563.
5. ญัฐกฤต สว่างเนตร. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลบุคคลที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2562.
6. พรธนา พฤกษ์ธรากร. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2563; 3(1): 59-75.
7. Crotty M, Whitehead CH, Gray S & Finucane PM. Early discharge and home rehabilitation after hip fracture achieves functional improvements: a randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2020; 16: 406-13.
8. Bauer M, Fitzgerald L, Haesler E & Manfrin M. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. J Clin Nurs. 2019; 18(18): 2539-46.
9. Rodríguez-Merchán EC. Total knee arthroplasty using hinge joints: Indications and results. EFORT open reviews. 2019; 4(4): 121-32.
10. มัลวีร์ สมบุตร, อรทัย วงศ์จันทร์ และพิมวรา หนองแส. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมโรงพยาบาลแพร์. วารสารโรงพยาบาลแพร์. 2563; 28(1): 107-120.
11. จารุวรรณ โตวัชรกุล. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสำนักงานสาธารณสุขเชียงราย. 2567; 1(2): 32-49.
12. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลลำพูน. รายงานสถิติผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลลำพูนในปี พ.ศ. 2565 – 2567. ลำพูน: โรงพยาบาลลำพูน; 2567.
13. Orem DE. Nursing concept of practice. 6thed. St. Louis MO: Mosby; 2001.
14. กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.
15. Polit DF & Beck CT. Nursing research principles and methods. (7thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในการป้องกันการเกิด
โรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในเขตชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงใหม่
Health Literacy and Health Promoting Behaviors Regarding Stroke Prevention
among People in A Semi-Urban Community, Chiang Mai

จตุพงษ์ พันธุ์วิไล¹, ธารินทร์ คุณยศยิ่ง², ปวีณวีริศา ทาใจ³, ปุรินทร์ ศรีศศลักษณ์⁴ และ อัญญาพัชญ์ วิวัฒน์กมลชัย^{5*}
Jatupong Panwilai¹, Tharin Kunyodying², Paweenisa Thajai³, Purin Srisasaluk⁴, and Aunypat
Wiwatkamonchai^{5*}

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่^{1,2}, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าข่อยเหนือ³,
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก⁴,
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสยามใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก^{5*}
Chiang Mai Neurological Hospital^{1,2}, Sanphisua Health Promotion Hospital³, Boromarajonani College of
nursing Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute⁴,
Boromarajonani College of nursing Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute^{5*}

⁵Corresponding author, E-mail: aunypat@bcnc.ac.th

(Received: April 20, 2025; Revised: May 5, 2025; Accepted: September 3, 2025)

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความรุนแรงและคุกคามชีวิต แต่สามารถป้องกันได้ หากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ก็จะลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชน กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าข่อยเหนือ ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงตุลาคม 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวนทั้งสิ้น 405 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ก่อนการนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 45 ปี) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.14 และ 68.89 ตามลำดับ) โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 6 ทักษะ อยู่ในระดับปานกลาง ดังนี้ ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (ร้อยละ 72.35) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล และบริการด้านสุขภาพ (ร้อยละ 55.80) ทักษะการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพ (ร้อยละ 61.23) ทักษะการจัดการตนเอง (ร้อยละ 61.98) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (ร้อยละ 76.79) และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (ร้อยละ 50.12) และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ (ร้อยละ 53.58)

ด้านกิจกรรมทางกาย (ร้อยละ 52.10) ด้านโภชนาการ (ร้อยละ 83.70) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (ร้อยละ 53.33) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (ร้อยละ 55.31) และด้านการจัดการกับความเครียด (ร้อยละ 60.99)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งยังไม่เพียงพอที่จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรม หรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น ประชาชนกลุ่มนี้ควรได้รับการสนับสนุนในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง และเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

Stroke is a severe and life-threatening disease that can be prevented, if people have sufficient health literacy and consistently adopt health-promoting behaviors regarding stroke prevention. The chance of stroke occurrence can be minimized. This cross-sectional descriptive research aimed to explore the health literacy and health promoting behaviors regarding stroke prevention among people who attended services at Ban Pa Khoi Nuea Tambon Health Promotion Hospital, Sanphisua Subdistrict, Mueang, Chiang Mai from July to October, 2024. The sample was purposively selected and consisted of 405 subjects. Research instruments, the demographic data record form, the Stroke Health Literacy Questionnaire, and the Health Promoting Behaviors Among Persons at Risk of Stroke's Questionnaire, were reviewed and approved by five experts for content validity and tested for reliability prior to data collection. Data analysis using descriptive statistics.

The study results indicate that most participants were middle-aged and older adults (aged over 45 years). Overall, their stroke health literacy and health-promoting behaviors for stroke prevention were found to be at a moderate level, at 69.14% and 68.89%, respectively. The six health literacy skills related to stroke are also at a moderate level, including cognitive skill (72.35%), access to health information and services skill (55.80%), communication skill (61.23%), self-management skill (61.98%), media literacy (76.79%), and decision skill (50.12%). Similarly, health-promoting behaviors for stroke prevention in all six subscales are also at a moderate level: health responsibility (53.58%), physical activity (52.10%), nutrition (83.70%), spiritual growth (53.33%), interpersonal relationships (55.31%), and stress management (60.99%).

This research findings demonstrate that the majority of the participants have a moderate level of health literacy and health-promoting behaviors for stroke prevention which is considered insufficient for adopting or maintaining appropriate behaviors to effectively prevent stroke. Therefore, this people group should be supported in enhancing their stroke health literacy for enabling them to engage in proper and appropriate health-promoting behaviors for stroke prevention.

Keywords: Health Literacy, Health Promoting Behaviors, Stroke Prevention

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง เป็นสาเหตุสำคัญของอัตราการเสียชีวิต และความพิการของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ทั่วโลก 12.2 ล้านคน เป็นผลให้มีผู้เสียชีวิตสูงถึง 6.55 ล้านคน และปัจจุบันมีผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองรวม 101 ล้านคน โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป⁽¹⁾ และจากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 795,000 คน เป็นผู้ป่วยใหม่ 610,000 คน โดยเฉลี่ยทุก 40 วินาที จะมีคนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน และเฉลี่ยทุก 3 นาที 14 วินาที จะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่สองรองจากโรคมะเร็ง โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 – 2562 พบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร เท่ากับ 467.46, 506.20 และ 542.54 ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 52.97, 52.80 และ 55.53 ตามลำดับ⁽³⁾ จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และคาดการณ์ไว้ว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และรวดเร็วในอนาคตอันใกล้หากไม่มีระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ

มาตรการหลักในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1) การส่งเสริม และคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำวัน รวมถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม หยุดหรือเลิกสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับปานกลาง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนัก และค่าดัชนีมวลกาย^(4,5) และ 2) การป้องกัน และรักษาโรคเฉพาะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การประเมิน หรือคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค

หลอดเลือดสมอง และปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรม และการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเส้นเลือดสูง เป็นต้น^(6,7,8) ทั้งนี้จะเห็นว่าประมาณร้อยละ 74 ของปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัว และมากกว่าร้อยละ 90 ของปัจจัยเสี่ยงทั้งหมดเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้⁽⁹⁾ ดังนั้น การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อที่จะสามารถควบคุม และลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผ่านการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็น

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ความรอบรู้ และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลที่จะประเมิน กลั่นกรอง ตัดสินใจเลือกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเลือกใช้บริการ หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างเหมาะสม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ประกอบด้วย 2 ทักษะ คือ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive Health Literacy) ประกอบด้วย 2 ทักษะ คือการสื่อสารข้อมูล และการจัดการตนเอง และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health literacy) ประกอบด้วย 2 ทักษะ คือการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ โดยความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยสะท้อน และใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพได้^(10,11) บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดี ก็จะมีการปฏิบัติมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งการส่งเสริมและป้องกันโรค⁽¹⁰⁾

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior)⁽¹²⁾ เป็นกิจกรรมที่บุคคลดำเนินการเพื่อพัฒนาและเสริมสร้างระดับสุขภาพให้ดีขึ้น โดยไม่ได้เกิดจากการตอบสนองต่ออาการป่วยหรือภาวะเสี่ยงต่อโรคเฉพาะ แต่เป็นการกระทำเชิงรุกเพื่อสร้างเสริมศักยภาพสูงสุดของสุขภาพ

ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีลักษณะเป็นการกระทำที่ต่อเนื่อง มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) และเสริมสร้างคุณภาพชีวิต ไม่ใช่เพียงแค่การหลีกเลี่ยงโรคที่มุ่งเน้นการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง จะมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ สามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และการเข้ารับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมปัญหาสุขภาพ ทำให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

สำหรับประเทศไทยได้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเสริมเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน จึงได้มีการดำเนินการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ โดยกำหนดให้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และดำเนินการต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน รวมถึงกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนปฏิบัติการกรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ได้จัดทำแผนโครงการสร้างเสริมให้ประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ด้านสุขภาพตามบริบทกรมการแพทย์ ซึ่งเป็นหนึ่งในโครงการหลักของการบริการทางการแพทย์ ด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง (High Technology Medical Services) โดยที่ผ่านมามีการพยายามใช้ช่องทางต่าง ๆ ในการสื่อสารที่หลากหลาย ทั้งการสื่อสารมวลชน การใช้สื่อสิ่งพิมพ์ การใช้สื่อบุคคล ผ่านกระบวนการต่าง ๆ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน ทั้งในระดับประเทศ และระดับเขตสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการยกระดับความรู้ด้าน

สุขภาพให้แก่ประชาชน เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้อย่างเหมาะสม และยั่งยืน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ระดับของความรู้ด้านสุขภาพมีตั้งแต่ระดับต่ำ^(13,14) พอใช้ หรือปานกลาง^(15,16,17) และระดับสูง^(18,19) โดยเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง^(15,19) กลุ่มผู้สูงอายุ^(13,16,18) ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง^(14,17) ในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีค่อนข้างจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งการศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะในเขตเมือง หรือชุมชนกึ่งเมืองยังมีน้อย และผลการศึกษารายงานส่วนใหญ่พบว่าระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่พฤติกรรมรายด้านมีความแตกต่างกัน โดยพบว่าพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง^(20,21,22) ด้านการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง^(20,21) ในขณะที่ด้านการเจริญเติบโตทางจิตวิญญาณ การจัดการด้านความเครียด และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาดังกล่าว มีความหลากหลาย

จากรายงานรายงานผลการดำเนินงานตามแผนตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1 /2566 เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ อัตราป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และได้มีข้อเสนอแนะควรมีการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้ ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ถือเป็นพื้นที่ชุมชนกึ่งเมืองที่มีการขยายตัวของชุมชนรวดเร็ว ประชากรมีวิถีชีวิตและการประกอบอาชีพที่หลากหลาย⁽²³⁾ ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูง แต่อย่างไรก็ตาม ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของประชาชนในพื้นที่ชุมชนกึ่งเมือง ซึ่งมีความแตกต่างจากประชากรในบริบทพื้นที่เมืองหรือชนบท ดังนั้น ผู้วิจัยหลักซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพในสังกัดกรมการแพทย์ ที่ให้บริการวิชาการแก่ประชาชนในพื้นที่เป็นประจำทุกปี จึงสนใจศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่เฉพาะเจาะจง ในการประเมินกระบวนการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในเขตชุมชนกึ่งเมือง ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในเขตตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในเขตตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในเขตชุมชนกึ่งเมือง ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ใช้กรอบแนวคิด

ความรู้ด้านสุขภาพตามแนวทางของนัทปีม⁽¹⁰⁾ ซึ่งจำแนกความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ (6 ทักษะ) คือ ระดับที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการด้านสุขภาพ ระดับที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการสื่อสารข้อมูล และทักษะการจัดการตนเอง และระดับที่ 3 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจาร์ณญาณ ได้แก่ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ ร่วมกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽¹²⁾ ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 5) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด และศึกษาตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 405 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะสามารถออกแบบโปรแกรมสร้างความรู้และส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในเขตชุมชนกึ่งเมือง ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ประชากร

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จากรายงานข้อมูลตำบลสันผีเสื้อ ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 8,531 คน⁽²⁰⁾

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านป่าข่อยเหนือ ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงตุลาคม 2567 โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของเครซี และมอร์แกน⁽²⁴⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง 368 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้รวมทั้งหมด 405 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ไม่เคยมีประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว เป็นต้น
2. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Nutbeam⁽¹⁰⁾ ร่วมกับการทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 46 ข้อ แบ่งเป็น 6 ทักษะ ดังนี้ ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (7 ข้อ) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล และบริการด้านสุขภาพ (10 ข้อ) ทักษะการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพ (6 ข้อ) ทักษะการจัดการตนเอง (8 ข้อ) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ (8 ข้อ) และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (7 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ตัวเลือก ที่วัดระดับที่ตรงกับความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยมี

เกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่ 1-5 ตามลำดับ การคิดคะแนนรวมอยู่ในช่วง 46-230 คะแนน ระดับของความรู้ด้านสุขภาพจะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามอันตรายภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย⁽²²⁾ และแปลความหมายระดับของความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ คือ ระดับสูง (ตั้งแต่ 168.67-230 คะแนน) ระดับปานกลาง (107.34 – 168.66 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่า 107.33 คะแนน)

แบบประเมินนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) 0.96 และนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.95

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของจุดพงษ์ พันธิวิไล, ประทุม สร้อยวงค์ และมยุลี สำราญญาติ⁽²¹⁾ ที่ได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ Pender⁽¹²⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย คำถาม 54 ข้อ โดยแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับมือกับสุขภาพ 11 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกาย 7 ข้อ ด้านโภชนาการ 11 ข้อ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 8 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 9 ข้อ และด้านการจัดการกับความเครียด 8 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ที่วัดการปฏิบัติ ตั้งแต่ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/ทุกครั้ง 4 คะแนน ปฏิบัติเกือบทุกวัน/เกือบทุกครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติบางวันหรือนาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย 1 คะแนน โดยข้อคำถามมีทั้งคำถามทางบวก และทางลบ โดยได้กลับคะแนนจากข้อคำถามทางลบก่อน แล้วจึงนำมาคำนวณการพิจารณาระดับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ใช้วิธีคำนวณหาอันตรายภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย⁽²⁵⁾ แปลความหมายพฤติกรรมสร้าง

เสริมสุขภาพ 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0 – 54 คะแนน) ระดับปานกลาง (55 – 108 คะแนน) และระดับสูง (109 – 162 คะแนน)

แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเครื่องมือที่ยืมใช้จากการศึกษา⁽²¹⁾ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน มีค่า CV เท่ากับ 0.96 จึงไม่ได้ตรวจซ้ำอีกครั้ง อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ทดสอบซ้ำ (test – retest) ห่างกัน 2 สัปดาห์ จากนั้น นำมาหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินค่า ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในเขตชุมชนกึ่งเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ทีมผู้วิจัยนำเสนอโครงการงานวิจัย ต่อคณะกรรมการงานวิจัยโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาความเหมาะสม และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของกรมการ

2) เสนอโครงการที่ปรับปรุงต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พิจารณาแล้ว คณะผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของกรมการ จนผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ EC016/67 เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2567

3) ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ถึง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่

4) คณะผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และทำการติดต่อกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยวิจัยดำเนินการตามกระบวนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการรักษา หรือการรับบริการสุขภาพ ผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและผลการวิจัยมีการนำเสนอรายงานเป็นภาพรวม พร้อมทั้ง ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

5) ผู้วิจัยแจกแบบประเมินแก่กลุ่มตัวอย่าง รับคืนด้วยตนเอง และตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้จากการเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.93) ช่วงอายุ 46-60 ปี และ 61-75 ปี มีมากที่สุด (ร้อยละ 35.06 และ 35.31 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี และผู้ที่อายุมากกว่า 75 ปี มีน้อย (ร้อยละ 8.40 และ 3.70 ตามลำดับ) โดยอายุเฉลี่ย 54.19 (SD. 14.12, min-max 19-84) มากกว่าครึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54.81) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 20.25) และปริญญาตรี (ร้อยละ 16.05) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.01) ที่เหลือนับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 0.99) มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 53.33)

และหนึ่งในสี่มีสถานะโสด (ร้อยละ 25.19) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.64) ไม่เคยได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หรือความรู้ด้านสุขภาพมาก่อน โดยน้อยกว่าหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 22.47) และส่วนน้อยมากที่เคยได้รับความรู้ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 8.89) และกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 45.68) โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 34.07) รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง เบาหวาน โรคหัวใจ และโรคอื่น ๆ (เก๊าท์ ภูมิแพ้ โรคปอด) (ร้อยละ 19.26, 12.59, 2.22, และ 7.41 ตามลำดับ)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับความรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.14) และความรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 6 ทักษะ อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ดังนี้ ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (ร้อยละ 72.35) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ (ร้อยละ 55.80) ทักษะการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพ (ร้อยละ 61.23) ทักษะการจัดการตนเอง (ร้อยละ 61.98) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (ร้อยละ 76.79) และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (ร้อยละ 69.14) ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง (n=405)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับของความรู้ด้านสุขภาพ n (ร้อยละ)		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	71 (17.53)	293 (72.35)	41 (10.12)
การเข้าถึงข้อมูล และบริการด้านสุขภาพ	26 (6.42)	226 (55.80)	153 (37.78)
การสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพ	44 (10.87)	248 (61.23)	113 (27.90)
การจัดการตนเอง	31 (7.65)	251 (61.98)	123 (30.37)
การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ	7 (1.73)	311 (76.79)	87 (21.48)
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	22 (5.43)	203 (50.12)	180 (44.45)
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	21 (5.18)	280 (69.14)	104 (25.68)

3. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.89) และมีคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับ

ปานกลางเช่นเดียวกัน ประกอบด้วย ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ (ร้อยละ 53.58) ด้านกิจกรรมทางกาย (ร้อยละ 52.10) ด้านโภชนาการ (ร้อยละ 83.70) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (ร้อยละ 53.33) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (ร้อยละ 55.31) และด้านการจัดการกับความเครียด (ร้อยละ 60.99) ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n=405)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ n (ร้อยละ)		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ	42 (10.37)	217 (53.58)	146 (36.05)
ด้านกิจกรรมทางกาย	81 (20.00)	211 (52.10)	113 (27.90)
ด้านโภชนาการ	29 (7.16)	339 (83.70)	37 (9.14)
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	39 (9.63)	216 (53.33)	150 (37.04)
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	35 (8.64)	224 (55.31)	146 (36.05)
ด้านการจัดการกับความเครียด	25 (6.17)	247 (60.99)	133 (32.84)
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม	9 (2.22)	279 (68.89)	117 (28.89)

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในเขตชุมชนกึ่งเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.14) และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 6 ทักษะ อยู่ในระดับปานกลาง โดยทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพมีค่าต่ำที่สุด (ร้อยละ 55.80) รองลงมาคือ ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (ร้อยละ 69.14) และทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีค่าสูงสุด (ร้อยละ 76.79) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.89) โดยพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายมีค่าต่ำที่สุด (ร้อยละ 52.10) ในขณะที่พฤติกรรมด้านโภชนาการมีระดับสูงที่สุด (ร้อยละ 83.70)

การอภิปรายผลงานวิจัย จากผลการวิจัย คณะผู้วิจัย อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง

การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม และรายด้าน ทั้ง 6 ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ให้ผลเช่นเดียวกับ

การศึกษาของ นิชมน หล้ารอด และคณะ⁽¹⁵⁾, สุชาติ ธงชาย⁽¹⁶⁾, และ ฤกษ์ เชียงหริ่ง และพรชัย จุลเมตต์⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับพอใช้หรือปานกลาง โดยอาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54.81) และร้อยละ 40 เป็นผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เนื่องจากคนที่มีการศึกษาน้อยทำให้ขาดทักษะในการอ่าน เขียน การเข้าใจข้อมูล และขาดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งขาดทักษะในการคิดวิเคราะห์ อย่างมีวิจารณญาณ จึงทำให้ความสามารถในการหาความรู้ได้จำกัด และอาจเกิดความเข้าใจที่ผิดได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของชัยญา อนุเคราะห์ และคณะ⁽²⁶⁾ ที่รายงานไว้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษามีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษานุปริญญาขึ้นไป 0.3 เท่า และการศึกษาของกรรณิการ์ การีสรรพ และคณะ⁽²⁷⁾ ที่พบว่าการศึกษาต่ำอาจส่งผลต่อความไม่คุ้นเคยกับภาษาทางการแพทย์ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ โดยเฉพาะข้อมูลที่มีความซับซ้อน

นอกจากนี้จากภาวะสูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามวัย เช่น ความเสื่อมของอวัยวะ การได้ยิน และการมองเห็นลดลง ทำให้ทักษะการอ่านออกเขียนได้จำกัด ส่งผลให้ผู้สูงอายุ ประสบความยากลำบากในการเข้าถึงและทำความเข้าใจ

เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบกับความสามารถในการรับรู้ จดจำ และประมวลผลข้อมูลที่ลดถอยลงตามวัย ทำให้การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เป็นไปได้ยาก⁽¹⁰⁾ ข้อจำกัดด้านการเดินทางและการใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุบางส่วน ก็เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอีกด้วย เพราะความเสื่อมของอวัยวะในผู้สูงอายุ เป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ⁽²⁸⁾ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของชัยญา อนุเคราะห์ และคณะ⁽²⁶⁾ ที่พบว่าช่วงอายุ 25-45 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าคนอายุ 60 ปีขึ้นไป ถึง 6.4 เท่า ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำกว่าวัยอื่น จากการเสื่อมของสมรรถภาพทางปัญญาและข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ⁽²⁹⁾ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของ สุพรรณิการ์ สิงห์จูล และคณะ⁽¹⁹⁾ กลับพบว่า ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุในบางพื้นที่ของประเทศไทย สามารถมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงได้ หากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และการส่งเสริมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคม ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ และบริการสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ทั้งนี้ ผลการวิจัยพบประเด็นที่สำคัญว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.64) ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก่อน โดยการที่บุคคลได้รับความรู้ที่เหมาะสมสามารถช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 74 เนื่องจาก ปัจจัยเสี่ยงหลักส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ สอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาศึกษาของชัยญา อนุเคราะห์ และคณะ⁽²⁶⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยตรวจสุขภาพ มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยตรวจและได้รับการวินิจฉัยโรค 0.5 เท่า แสดงให้เห็นว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพ และการได้รับข้อมูลความรู้มีผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านพบว่าทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีค่าร้อยละต่ำที่สุด (ร้อยละ 50.12) สะท้อนถึงข้อจำกัดในการเปลี่ยนความรู้ หรือข้อมูลด้านสุขภาพให้กลายเป็นการปฏิบัติจริงอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดด้านการศึกษาและอายุของกลุ่มตัวอย่าง ที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพได้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 55.80) โดยเฉพาะกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านการศึกษาและทักษะการใช้เทคโนโลยี เพราะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ⁽²⁹⁾ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประชาชนมีความรู้พื้นฐาน หรือเข้าถึงข้อมูลได้บ้าง แต่บางส่วนยังพบว่ามีความรอบรู้ด้านทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติต่ำได้ เนื่องจากทักษะในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ต้องอาศัยกระบวนการคิดเชิงวิเคราะห์ การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล และการวิเคราะห์ผลกระทบของทางเลือกพร้อมด้วย ซึ่งหากประชาชนขาดทักษะเหล่านี้ ก็จะไม่สามารถแปลงข้อมูลนั้นไปสู่การกระทำ หรือพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง⁽³⁰⁾ จึงควรมีการพัฒนากระบวนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนกึ่งเมือง ร่วมกับการจัดกิจกรรมที่สามารถพัฒนาทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความสอดคล้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ที่อธิบายว่าเกี่ยวกับ การที่บุคคลมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคที่เหมาะสมเป็นผลมาจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี⁽¹⁰⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ruangschaithaweek et al.⁽³¹⁾ ที่พบว่า ประชาชนกลุ่ม

เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมด้านที่มีค่าต่ำที่สุด (ร้อยละ 52.10) คือ ด้านกิจกรรมทางกาย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคนและผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดด้านสภาพร่างกาย และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 45.68) โดยพบโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน (ร้อยละ 34.07, 19.26 และ 12.59 ตามลำดับ) ซึ่งอธิบายว่าผู้สูงอายุร้อยละ 70 มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ส่งผลต่อความสามารถในการมีกิจกรรมทางกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Intolo⁽⁶⁾ ที่พบว่าการขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองในประชากรไทย อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้สูงอายุในบางพื้นที่มีอัตราการออกกำลังกายที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ เนื่องจากการสนับสนุนจากชุมชนและมีการจัดกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม เช่น การเดินแอโรบิกในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยแวดล้อมทางสังคมมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ⁽³⁰⁾

อีกประเด็นที่น่าสนใจ คือ พฤติกรรมด้านโภชนาการที่มีค่าสูงที่สุด (ร้อยละ 83.70) แม้จะอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับด้านอื่น ๆ อาจเนื่องมาจากบริบทของสังคมไทยที่ให้ความสำคัญกับอาหารและวัฒนธรรมการกิน รวมถึง การที่กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ทำให้มีแนวโน้มได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการจากบุคลากรสาธารณสุขมากกว่าด้านอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการรณรงค์ด้านอาหารและโภชนาการที่มีมาอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย นอกจากนี้ สถานภาพสมรสอาจเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 53.33) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่สมรส/อยู่ด้วยกันมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ 1.9 เท่า สะท้อนให้เห็นว่าการมี

คู่สมรสอาจช่วยสนับสนุนการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี⁽²⁶⁾

โดยสรุป การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ถือว่ายังไม่เพียงพอกับการที่จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรม หรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam^(10,11) ที่อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้น ประชาชนกลุ่มนี้ ควรได้รับการสนับสนุนในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะความรอบรู้ด้านทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ด้านสุขภาพซึ่งมีค่าต่ำที่สุด จึงต้องเสริมสร้างทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล และการวิเคราะห์ผลกระทบของทางเลือก ซึ่งเป็นกระบวนการที่นำไปสู่การพัฒนาทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้านสุขภาพให้กับประชาชน ทั้งนี้ ยังต้องส่งเสริมความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพร่วมด้วย เพื่อเป็นข้อมูลความรู้พื้นฐานสำหรับการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกาย ซึ่งปัจจัยด้านอายุและระดับการศึกษาของกลุ่มเป้าหมายมีส่งผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ หรือการออกแบบโปรแกรมที่สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ควรคำนึงถึงปัจจัยรอบด้าน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล บริบทของพื้นที่ และความต้องการของประชาชนในชุมชนกึ่งเมือง ซึ่งจะช่วยป้องกันความเสี่ยง และลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมกับประชาชนในชุมชนกึ่งเมือง โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้มีการศึกษาน้อย โดยปรับใช้สื่อและภาษาที่เข้าใจง่าย มีช่องทางสื่อสารและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่หลากหลาย

2. ส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว และจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชน

3. บูรณาการความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบดูแลสุขภาพเชิงรุก มุ่งเน้นสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการเสริมพลังแก่ อสม. ให้มีความรู้ทักษะในการสื่อสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันแก่ชุมชน จัดตั้งระบบคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในบริบทชุมชนที่หลากหลาย ศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในกลุ่มต่างๆ และงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติ อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในชุมชนกึ่งเมือง เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงกับแต่ละบริบท

2. พัฒนา และทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. *Annual report 2022* [Internet]. Geneva: World Stroke Organization; 2023 [cited 2025 Feb 16]. Available from: <https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO Annual Report 2022 - online.pdf>

2. Tsao CW, Aday AW, Almarazooq ZI, Anderson CAM, Arora P, Avery CL, et al. Heart disease and stroke statistics-2023 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2023;147(8):e93–621. doi:10.1161/ CIR.0000000000001123
3. กองโรคไม่ติดต่อ. *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]*. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission3>
4. Diener HC, Hankey GJ. Primary and secondary prevention of ischemic stroke and cerebral hemorrhage: JACC focus seminar. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Apr 21;75(15):1804–18. doi:10.1016/j.jacc.2019.12.072
5. Yahya T, Jilani MH, Khan SU, Mszar R, Hassan SZ, Blaha MJ, et al. Stroke in young adults: current trends, opportunities for prevention and pathways forward. *Am J Prev Cardiol*. 2020 Sep;3:100085. doi:10.1016/j.ajpc.2020.100085
6. Intolo S. The integrated stroke preventive care services for older persons. *Royal Thai Navy Med J*. 2020;47(3):687–703.
7. Caprio FZ, Sorond FA. Cerebrovascular disease: primary and secondary stroke prevention. *Med Clin North Am*. 2019 Mar;103(2):295–308. doi:10.1016/j.mcna.2018.10.001
8. Thananuwsak R, Hamchaipibulkul S, Worakijthamrongchai T. The primary prevention of stroke. *Thai Stroke Soc*. 2019;18(2):29–39.
9. Feigin VL, Norving B, George MG, Foltz JL, Roth GA, Mensah GA. Prevention of stroke: a strategic global imperative. *Nat Rev Neurol*. 2016 Sep;12(9):501–12. doi:10.1038/nrneuro.2016.107
10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008 Dec;67(12):2072–8. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050
11. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000 Sep;15(3):259–67. doi:10.1093/heapro/15.3.259

12. Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Stamford, Conn: Appleton and Lange; 1996.
13. วนิตา ศรีพรหมษา, รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์, ณัฐรญา เนตรภักดิ์, ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. *วารสารเกื้อการุณย์*. 2566;30(2):179-96.
14. พรธิรา บุญฉวี. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2566.
15. ณิชมน หล้ารอด, เอนกพงศ์ อ้อยคำ, วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ, เสน่ห์ คล้ายบัว, ธนะวัฒน์ รวมศุก. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอายุ 35 ปีขึ้นไปในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 2566;16(2):28-39.
16. สุชาดา ธงชาย. ปัจจัยทำนายความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
17. หฤษฎ์ เชียงหวีอง, พรชัย จุลเมตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.
18. ลิลิต ศิริทรัพย์จันทน์, ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี. *ราชวาทิตสาร*. 2566;13(1):95-110.
19. สุพรรณิการ์ สิงห์จู่, วราภรณ์ บุญเชียง, ลีนิภา ชาติระการ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2566.
20. จตุพงษ์ พันธุ์วิไล, นิรมัย มณีรัตน์, พัชรมธุรมน, สุพัตรา ปวนไผ่, จิราภรณ์ ภักดิ์, รุ่งนภา จอมธรรม. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*. 2566;10(2):80-93.
21. จตุพงษ์ พันธุ์วิไล, ประทุม สร้อยวงค์, มยุลี สำราญญาติ. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. *พยาบาลสาร*. 2561;45(2):14-27.
22. ภารณี วสุเสถียร. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 6. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*. 2561;14(1):42-53.
23. กรมสนับสนุนบริการระบบสุขภาพ. *รายงานข้อมูลตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่* [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_village...
24. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970;30(3):607-10.
25. อรุณ จิรวัดน์กุล. *สถิติในงานวิจัยเลือกใช้* อย่างไรให้เหมาะสม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2557.
26. ชัญญา อนุเคราะห์, ปัญชลิกา นาคคงคำ, นุสรีย์ ศิริพัฒน์. สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 1. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*. 2564;11(1):1-14.

27. กรรณิการ์ การีสรรพ, พรทิพย์ มาลาธรรม, นุชนาฏ สุทธิ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *รามาริบัติพยาบาลสาร*. 2562;25(3):280-95.
28. เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, เพ็ญจมาศ คำธนะ, นงนภัทร รุ่งเนย. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 2562;6(ฉพ):129-41.
29. ประพันธ์ เข้มแก้ว, นิกรณรัตน์ ภักดีวิวัฒน์. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*. 2564;2(2):32-42.
30. Rüegg R. Decision-making ability: a missing link between health literacy, contextual factors, and health. *HLRP Health Lit Res Pract*. 2022;6(3):e213-e223.
31. Ruangchaitaweek S, Aungwattana S, Thumma N. Health literacy and stroke preventive behaviors among high-risk populations in Thailand. *J Health Res*. 2021;35(3):278-87.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้และการมีส่วนร่วม
ในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 1
Factors related to perception and participation in age-friendly community
operations in Health Region 1

พัชรี รำไพ^{1*}, วริษฐา พุ่มทอง²

Patcharee Ramphai^{1*}, Varittha Poomtong²

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่^{1,2}

Reginal Health Promotion Centre 1 Chiangmai.^{1,2}

¹Corresponding author, E-mail: olderadults68@gmail.com

(Received: May 6, 2025; Revised: May 14, 2025; Accepted: September 8, 2025)

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 1 ผู้สูงอายุมิแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเผชิญปัญหาทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และการอยู่ลำพัง การสร้างเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามแนวทางองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) จึงเป็นแนวทางสำคัญเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงนี้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 1 กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 424 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ระดับการรับรู้ และ (3) การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ทุกข้อและ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงกรกฎาคม พ.ศ.2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ (58.3%) และการมีส่วนร่วม (44.1%) อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการรับรู้ ได้แก่ เพศ ($p = 0.001$) อายุ ($p = 0.011$) จังหวัดที่อาศัย ($p = 0.041$) รายได้ครัวเรือนต่อเดือน ($p = 0.048$) ตำแหน่งหรือบทบาทในชุมชน ($p = 0.001$) และรูปแบบการปกครองท้องถิ่น ($p = 0.035$) ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p < 0.001$) การเป็นสมาชิกชมรม ($p = 0.005$) ตำแหน่งหรือบทบาทในชุมชน ($p < 0.001$) และการเป็นคณะกรรมการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ / ผู้พิการ ($p = 0.002$) พบว่าระดับการรับรู้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สูงมีแนวโน้มมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนถึงร้อยละ 65.3

ดังนั้น การสนับสนุนบทบาทผู้สูงอายุ และการส่งเสริมการรับรู้ผ่านช่องทางที่เข้าถึงง่าย (เช่น สื่อประชาสัมพันธ์ กิจกรรมให้ความรู้) จะช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมกันนี้ควรพัฒนานโยบายและโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการสร้างชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ, เขตสุขภาพที่ 1, ผู้สูงอายุ, การรับรู้, การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

Thailand is rapidly transitioning into a super-aged society, particularly in Health Region 1, where the elderly population is increasing and facing challenges related to health, economic hardship, and social isolation. Developing age-friendly cities and communities in accordance with World Health Organization (WHO) guidelines is therefore a crucial strategy to support this demographic shift in a quality and sustainable manner. This cross-sectional study aimed to examine older adults' perception and participation levels, and factors associated with age-friendly community implementation in Health Region 1. Selected via convenience sampling. A questionnaire covering (1) demographic data, (2) perception level, and (3) participation in age-friendly community. The content validity of all items was verified with a score of 0.50 or higher, and the reliability of the questionnaire was confirmed with a Cronbach's Alpha Coefficient of 0.97. Data were collected from January to July 2024 and analyzed using chi-square tests with statistical significance at $p < 0.05$.

Results found that most participants had moderate levels of perception (58.3%) and participation (44.1%). Factors significantly associated with perception included gender ($p = 0.001$), age ($p = 0.011$), province of residence ($p = 0.041$), monthly household income ($p = 0.048$), community role ($p = 0.001$), and local Administrative Organization structure ($p = 0.035$). Participation levels were linked to education ($p < 0.001$), membership in senior clubs ($p = 0.005$), community role ($p < 0.001$), and committees' membership in age and disability-friendly community ($p = 0.002$). In addition, the high perception levels correlated with greater participation ($p < 0.001$), with 65.3% of highly perceptive individuals actively engaged.

Therefore, supporting the roles of older adults, as well as promoting awareness via accessible channels (e.g., public relations media and educational activities), can effectively enhance their participation. In parallel, it is essential to develop policies and infrastructure that facilitate the creation of age-friendly communities in a sustainable manner.

KEYWORDS: Age - friendly communities, Health Region 1, Elderly, Perception, Participation

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรนับเป็นความท้าทายสำคัญที่ทั่วโลกกำลังเผชิญ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) คาดว่า ระหว่าง ปีพ.ศ. 2558-2593 สัดส่วนประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ที่กำลังเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว⁽¹⁾

สำหรับประเทศไทยพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากรายงานทางสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า

ประชากรในประเทศจำนวนทั้งหมด 67 ล้านคน มีประชากรจำนวน 12 ล้านคนเป็นผู้สูงอายุ และจากการศึกษารายงานของกรมกิจการผู้สูงอายุยังพบว่าสถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทยในช่วงปี พ.ศ. 2564 – 2566 มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 18.80 และ 18.94 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.08 ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวทำให้ประเทศไทยถูกจัดให้อยู่ในหมวดสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นไปจนถึงร้อยละ 28 ส่งผลให้ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) และเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super

Aged Society) ในปี พ.ศ. 2574 และจากการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติประชากรผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 1 ประจำปี 2566 พบว่า มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 24.73 ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยเมื่อพิจารณาในระดับจังหวัดพบว่า จังหวัดลำปางมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 28.01 ตามมาด้วยจังหวัดแพร่และลำพูนที่มีสัดส่วนใกล้เคียงกันที่ร้อยละ 27.46 และ 27.37 ตามลำดับ ที่น่าสนใจคือทั้งสามจังหวัดนี้ไม่เพียงมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 1 เท่านั้น แต่ยังติดอันดับสามจังหวัดแรกที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดในระดับประเทศ⁽²⁾ อีกทั้งข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติยังพบว่าผู้สูงอายุประสบปัญหาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และการอยู่ลำพังโดยผู้สูงอายุจำนวนมากอาศัยลำพังหรืออยู่กับครอบครัวที่ไม่ใช่คู่สมรส และผู้สูงอายุยังมีเงินออมต่ำต้องพึ่งพาบุตรหลานทางการเงิน สะท้อนความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ ส่วนในด้านสุขภาพพบปัญหาหลักจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย⁽³⁾ และเมื่อศึกษาข้อมูลการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.17 อยู่ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 2.91 เป็นกลุ่มติดบ้าน และร้อยละ 0.92 เป็นกลุ่มติดเตียง⁽⁴⁾ จากสภาพปัญหาดังกล่าวควรพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม พร้อมทั้งส่งเสริมการรับรู้และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสังคม การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งมีแนวโน้มจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged Society)

ในปี ค.ศ. 2005 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้มีแนวคิดสร้างเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งสร้างความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิต โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและบริการต่าง ๆ ในเมืองและ

ชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ⁽⁵⁾ ในส่วนของประเทศไทยรัฐบาลได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ ภายใต้วิสัยทัศน์ "ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม" เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย จากทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่าผู้สูงอายุรับรู้เมืองเป็นมิตรในระดับมาก ด้านที่มีคะแนนระดับสูงที่สุดคือบริการชุมชนและสุขภาพซึ่งอยู่ในระดับมากแต่รับรู้ด้านการคมนาคมขนส่งและการสัญจรมีระดับต่ำที่สุดแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงหน่วยบริการดูแลสุขภาพในชุมชนได้ทั่วถึง แต่การให้บริการระบบขนส่งสาธารณะไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุ⁽⁶⁾ อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่ามีการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุในด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ การศึกษา สังคม และสิ่งแวดล้อม และพบว่าความสามารถของชุมชนในการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วม เพราะมีรูปแบบในการพัฒนาโดยดึงศักยภาพของชุมชนให้มีส่วนร่วมในการร่วมวางแผน ดำเนินการและประเมินผลเป็นความต้องการของชุมชนโดยแท้จริง ด้านที่อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ ด้านการเดินทางและด้านสารสนเทศ⁽⁷⁾ ส่วนในเขตสุขภาพที่ 1 มีการศึกษารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เขตบ้านคู อำเภอมือง จังหวัดเชียงราย พบว่าชุมชนมีการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุในด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ และการศึกษา ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การจัดสภาพแวดล้อมสู่เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ความสามารถการจัดการของชุมชนอยู่ในระดับมาก อีกทั้งมีการประยุกต์รูปแบบการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับ

ผู้สูงอายุตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งมีชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นพลังในการขับเคลื่อน⁽⁸⁾

อย่างไรก็ตามแม้จะมีนโยบายส่งเสริมชุมชนรองรับสังคมผู้สูงอายุจากทั้งรัฐบาลและองค์การอนามัยโลก (WHO) มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ยังคงประสบกับปัญหาในหลายมิติ โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และปัญหาการอยู่อาศัยโดยลำพัง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อวงกว้างต่อสังคมและระบบเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 1 เนื่องจากพื้นที่นี้กำลังเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงสำคัญเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged Society) หมายถึงสังคมที่มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงนี้จึงต้องการเตรียมความพร้อมและการปรับตัวของทุกภาคส่วนในสังคมอย่างเร่งด่วน และเมื่อพิจารณาถึงการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอดีต แม้จะมีรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในระดับชาติที่จัดทำขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงขาดการศึกษาที่ความครอบคลุมเกี่ยวกับการรับรู้และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 1

ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ จำเป็นต้องได้รับรู้ข้อมูลสิทธิประโยชน์ บทบาท และทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับตน รวมถึงมีโอกาสแสดงบทบาทในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของแนวคิด “ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” การศึกษาระดับการรับรู้และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การศึกษาครั้งนี้จะช่วยสะท้อนให้เห็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและพัฒนากิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 1 ครอบคลุมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย และแม่ฮ่องสอน

ประชากร

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย และแม่ฮ่องสอน จำนวน 1,167,140 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วย เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย และแม่ฮ่องสอน จำนวน 424 คน ตามสูตรประมาณค่าสัดส่วนของ Wayne W.D. (1995)⁽⁹⁾

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 385 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลผู้ศึกษาวางแผนปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 424 คนแยกเป็นรายจังหวัดตามสัดส่วนประชากร ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก (Convenience Sampling) โดยมีการกำหนดจำนวน

กลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดตามสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป สื่อสาร ฟัง พูด ภาษาไทยได้ และมีความยินดีเข้าร่วมในการศึกษาด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย คือไม่สามารถตอบคำถามได้ด้วยตนเอง หรือไม่สามารถสื่อสารเพื่อทำแบบสอบถามได้ ไม่สามารถตอบคำถามได้ด้วยตนเองหรือไม่สามารถสื่อสารเพื่อทำแบบสอบถามได้, ไม่สะดวกในการทำแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่รหัสโครงการวิจัย 10/2567 อนุมัติวันที่ 26 มกราคม 2567 - 26 มกราคม 2567

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ระดับการรับรู้ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยส่วนที่ 1 และ 3 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ส่วนที่ 2 ใช้เกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ซึ่งผ่านการปรับปรุงพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 8 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก 2) ระบบขนส่งและยานพาหนะ 3) ที่อยู่อาศัย 4) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 5) การให้ความเคารพและการยอมรับ 6) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน 7) การสื่อสารและการให้ข้อมูล 8) การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ รวมทั้งหมดจำนวน 67 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยผู้ตอบแสดงความคิดเห็นได้ 3 ระดับ คือ ระดับ

การรับรู้มาก ระดับการรับรู้ปานกลาง ระดับการรับรู้ น้อย โดยให้เลือกตอบตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็น ในคำถามที่ผู้ตอบเลือกเพียงข้อเดียว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พัฒนาแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นได้ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยให้เลือกตอบตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นในคำถามที่ผู้ตอบเลือกเพียงข้อเดียว

จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้เพื่อให้เกิดความถูกต้องเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ผลการตรวจสอบพบว่ามีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ≥ 0.5 ทุกข้อ

จากนั้นหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษารั้งนี้จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุ และข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้และการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 1 โดยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 357 คน คิดเป็นร้อยละ 84.2 อายุเฉลี่ย 65 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 86 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 67.7 ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 53.1 และไม่มี ความพิการร้อยละ 96.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 43.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป จำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 61.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 81.6 ทั้งนี้ ในส่วนของการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วม ร้อยละ 53.1 ส่วนการดำรงตำแหน่งทางสังคมส่วนใหญ่เป็นผู้มีตำแหน่งทางด้านสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.), ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) มากที่สุดร้อยละ 61.3 และส่วนใหญ่ไม่ได้ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการเมืองหรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุร้อยละ 68.2 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลร้อยละ 61.8

1. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และคะแนน ระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้ต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับปานกลาง (2.03 ± 0.65) องค์กรประกอบที่ผู้สูงอายุรับรู้ในระดับสูงที่สุด คือองค์กรประกอบที่ 8 การเข้าถึงบริการชุมชนและบริการสุขภาพ (2.12 ± 0.04) องค์กรประกอบที่ผู้สูงอายุรับรู้ในระดับต่ำที่สุด คือ องค์กรประกอบที่ 6 การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (1.86 ± 0.04)

2. จำนวน ร้อยละ ระดับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่าโดยรวมผู้สูงอายุมีระดับการมีส่วนร่วมต่อชุมชนในระดับปานกลาง (2.14 ± 0.74) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (2.11 ± 0.75) รองลงมาด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (2.16 ± 0.79) และด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (2.03 ± 0.76)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศ ($p = 0.001$) อายุ ($p = 0.011$) ปัจจัยด้านจังหวัด ($p = 0.041$) ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ($p = 0.048$) ส่วนปัจจัยด้านตำแหน่งหรือการปฏิบัติหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และปัจจัยด้านรูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่นที่อาศัยอยู่ ($p = 0.035$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบไคสแควร์ (Chi-Square) (n = 424)

ปัจจัย	ระดับการรับรู้						Chi-Square	p-value
	น้อย		ปานกลาง		มาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ								
- ชาย	24	35.8	30	44.8	13	19.4	14.0	0.001*
- หญิง	58	16.2	217	60.8	82	23.0		
2. อายุ								
- 60-69 ปี	62	17.1	223	61.4	78	21.5	13.1	0.011*
- 70-79 ปี	17	31.5	21	38.9	16	29.6		
- 80 ปีขึ้นไป	3	42.9	3	42.9	1	14.3		
3. จังหวัด								
- เชียงใหม่	23	20.0	67	58.3	25	21.7	24.4	0.041*
- ลำปาง	12	19.0	44	69.8	7	11.1		
- ลำพูน	7	19.4	25	59.4	4	11.1		
- เชียงราย	15	17.2	43	49.4	29	33.3		
- พะเยา	12	31.6	17	44.7	9	23.7		
- แพร่	3	8.1	25	67.6	9	24.3		
- น่าน	9	25.09	17	47.2	10	27.8		
- แม่ฮ่องสอน	1	8.3	9	75.0	2	16.7		
4. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)								
- น้อยกว่า 20,000	62	17.9	212	61.3	72	20.8	9.6	0.048*
- 20,000 - 40,000	16	30.2	23	43.4	14	26.4		
- มากกว่า 40,000	4	16.0	12	48.0	9	360.0		
5. ตำแหน่ง หรือการปฏิบัติหน้าที่								
- ตำแหน่งทางการเมือง	2	18.2	5	45.5	4	36.4	25.3	0.000**
- คณะกรรมการผู้สูงอายุ	15	21.1	32	45.1	24	33.8		
- ตำแหน่งทางสาธารณสุข	37	14.2	168	64.6	55	21.2		
- ไม่ดำรงตำแหน่งใด	28	34.1	42	51.2	12	14.6		
6. รูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่นที่อาศัยอยู่								
- อบต.	32	24.6	63	50.0	32	28.2	13.6	0.035*
- เทศบาลตำบล	45	17.2	167	63.7	50	19.1		
- เทศบาลเมือง	4	13.3	15	50.0	11	36.7		
- เทศบาลนคร	2	33.3	2	33.3	2	33.3		

*p < 0.05, ** p-value < 0.001

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยด้านระดับการศึกษาสูงสุดมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) และปัจจัยด้านการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ ($p = 0.005$) ทั้งนี้ยังพบว่าผู้มีตำแหน่งหรือปฏิบัติ

หน้าที่มีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยดำรงตำแหน่งทางการเมือง เป็นคณะกรรมการผู้สูงอายุและมีตำแหน่งทางสาธารณสุขมีส่วนร่วมในระดับมากกว่าผู้ที่ไม่ดำรงตำแหน่ง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นคณะกรรมการเมืองหรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบไคสแควร์ (Chi-Square) ($n = 424$)

ปัจจัย	ระดับการมีส่วนร่วม						Chi-Square	p-value
	น้อย		ปานกลาง		มาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ระดับการศึกษาสูงสุด								
- ไม่ได้รับการศึกษา	2	28.6	1	14.3	4	57.1	30.5	0.001*
- ปฐมศึกษา	54	29.0	87	46.8	45	24.2		
- มัธยมศึกษา / ปวช.	23	14.2	82	46.3	70	39.5		
- อนุปริญญา ปวส.	2	10.5	2	47.4	2	42.1		
- ปริญญาตรีขึ้นไป	8	16.0	15	30.0	27	54.0		
2. เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ / โรงเรียนผู้สูงอายุ (คน)								
- ไม่เข้าร่วม	57	25.3	104	46.2	64	28.4	10.6	0.005*
- เข้าร่วม	32	16.1	83	41.7	84	42.2		
3. ตำแหน่ง หรือการปฏิบัติหน้าที่								
- ตำแหน่งทางการเมือง	1	9.1	4	36.4	6	54.5	19.3	0.000**
- คณะกรรมการผู้สูงอายุ	6	8.5	25	35.2	40	56.3		
- ตำแหน่งทางสาธารณสุข	57	21.9	116	44.6	87	33.5		
- ไม่ดำรงตำแหน่งใด	24	30.8	40	51.3	14	17.9		
4. เป็นคณะกรรมการเมืองหรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ								
- เป็น	17	12.6	57	42.2	61	45.2	12.8	0.002*
- ไม่เป็น	72	24.9	130	45.0	87	30.1		

* $p < 0.05$, ** $p\text{-value} < 0.001$

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 1 การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมี

ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้มาก จะมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 65.3 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้ต่ำ มีระดับ

การมีส่วนร่วมในระดับน้อยร้อยละ 45.7
กลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้ปานกลาง มีระดับ

การมีส่วนร่วมในระดับปานกลางร้อยละ 53.6
ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเขต
สุขภาพที่ 1 (n = 424)

ระดับการรับรู้	ระดับการมีส่วนร่วม						Chi-Square	p-value
	น้อย		ปานกลาง		มาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับน้อย	37	45.7	28	34.6	16	19.8	79.3	0.000**
ระดับปานกลาง	45	18.1	133	53.6	70	28.2		
ระดับมาก	7	7.4	26	27.4	62	65.3		

*p < 0.05 , ** p-value < 0.001

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเรียงองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบด้านการให้บริการชุมชนและบริการสุขภาพ มีระดับการรับรู้มากที่สุด ในขณะที่องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงานมีระดับการรับรู้ต่ำสุด ในส่วนของการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนกิจกรรมมีระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์มีระดับการมีส่วนร่วมต่ำสุด ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการรับรู้ พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ, อายุ, จังหวัด, รายได้ของครอบครัวต่อเดือน, ตำแหน่งหรือการปฏิบัติหน้าที่ และรูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ระดับการศึกษาสูงสุด, การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ, ตำแหน่งหรือการปฏิบัติหน้าที่, และการเป็นคณะกรรมการเมืองหรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระดับการรับรู้กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้มาก มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 1 อภิปรายผลการศึกษา ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1) ระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ผลพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลหรือการประชาสัมพันธ์ที่ยังไม่ครอบคลุม สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ของมนุษย์ที่ระบุว่า การรับรู้เป็นผลลัพธ์จากปัจจัยด้านสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์เดิม และระดับความสนใจของบุคคล^(10,11) ดังนั้นผู้สูงอายุที่ขาดการรวมกิจกรรมของชุมชน ไม่ได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง อาจมีระดับการรับรู้ต่ำ^(12,13) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson ที่เน้นว่าการรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเรียงองค์ประกอบพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้สูงในด้านการเข้าถึงบริการชุมชนและบริการสุขภาพมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงหน่วยบริการดูแลสุขภาพในชุมชนได้ทั่วถึง ในทาง

ตรงกันข้ามการรับรู้ในด้านการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงานอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ อายุ รวมถึงการรับรู้ของผู้สูงอายุเองว่าบทบาทเหล่านี้ไม่เหมาะสมกับตน สอดคล้องกับทฤษฎีการถอนตัว (Disengagement Theory) ที่อธิบายว่าผู้สูงอายุมีกลดบทบาททางสังคมลงตามวัย อีกทั้งยังอาจได้รับผลกระทบจากการขาดความเชื่อมั่นในตนเอง⁽¹⁵⁾ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานการศึกษาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5⁽⁶⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุรับรู้บทบาทของเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับมาก โดยเฉพาะในด้านบริการสุขภาพ แต่กลับมีระดับการรับรู้ต่ำในด้านคมนาคมขนส่ง เนื่องจากข้อจำกัดด้านรายได้ รวมถึงการเข้าถึงโอกาสทางเศรษฐกิจที่จำกัดสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและไม่ได้มองว่าตนควรกลับไปเข้าสู่ตลาดแรงงาน ทั้งนี้แม้ว่าผู้สูงอายุจะให้ความสำคัญกับบริการด้านสุขภาพและตระหนักถึงประโยชน์ของบริการชุมชน แต่ยังมีข้อจำกัดด้านส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ

2) ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุผลการศึกษาพบว่าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้สูงอายุมีส่วนร่วมมากที่สุดในด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนกิจกรรม ซึ่งสะท้อนถึงความพร้อมของผู้สูงอายุในการมีบทบาทในการกำหนดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับตนเอง อย่างไรก็ตามด้านที่มีการมีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการรับผล ประโยชน์ซึ่งอาจแสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงทรัพยากรหรือบริการที่มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา รุ่งโยธิน⁽¹⁶⁾ ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนในเทศบาลตำบลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี พบว่าระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการประเมินผล รองลงมาคือการตัดสินใจ ซึ่งอยู่ในระดับมากเช่นกัน ขณะที่การรับผลประโยชน์

และการปฏิบัติการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปัญหาดังกล่าวอาจเป็นพบได้ทั่วไปในบริบทของประเทศไทย ซึ่งต่างจากการศึกษาของนาถิสินี ชัยแก้วและ มยุรี บุญทัด⁽⁷⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งพบว่า ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ร่วมมือในการเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพและการศึกษา ความสามารถของชุมชนในการจัดสภาพแวดล้อมสู่เมืองที่เป็นมิตรของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด อาจเกิดจากปัจจัยด้านการเตรียมความพร้อมและบริบทที่ต่างกันอีกทั้งบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการบริหารจัดการแตกต่างกัน

3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์แยกรายด้าน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ จังหวัด รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ตำแหน่งหรือการปฏิบัติหน้าที่ และรูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่นที่อาศัยอยู่ แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงความแตกต่างด้านเพศ อายุ ภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ บทบาทในชุมชน และระบบปกครองท้องถิ่น เพื่อออกแบบการสื่อสารและกิจกรรมให้เข้าถึงทุกกลุ่ม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wong และคณะ⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในฮ่องกง พบว่าเพศ อายุ และรายได้มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมักมีระดับการรับรู้ที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Park และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อชุมชนในเกาหลีใต้ พบว่าอายุและรูปแบบการปกครองท้องถิ่นมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ที่มีการบริหารจัดการที่ดีมักมีระดับการรับรู้ที่ดีกว่า

4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์แยกรายด้าน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ระดับการศึกษา การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ ตำแหน่ง หรือการปฏิบัติหน้าที่ และการเป็นคณะกรรมการเมืองหรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์รายด้านแสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาสูงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงมักมีทักษะการสื่อสารที่ดี มีความมั่นใจในการแสดงความคิดเห็น และมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิและโอกาสในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ วิบุรณกุล และปิยากร หวังมหาพร⁽¹⁹⁾ ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่ามักมีความสามารถในการตัดสินใจและเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากกว่าเนื่องจากมีความเข้าใจถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วม อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาเลยก็สามารถมีส่วนร่วมในระดับสูงได้เช่นกัน สะท้อนถึงปัจจัยอื่น ๆ เช่น ประสบการณ์ชีวิต หรือบทบาทในชุมชนที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วม ส่วนปัจจัยด้านการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยอาศัยกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในสังคม ส่วนปัจจัยด้านตำแหน่ง หรือการปฏิบัติหน้าที่ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการเมืองหรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าการมีตำแหน่งทางสังคมสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกับชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วียะดา รัตนสุวรรณ และคณะ⁽²⁰⁾ พบว่าบทบาทผู้นำชุมชนถือเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ได้รับบทบาทเป็นผู้นำหรือมีตำแหน่งในองค์กรชุมชนจะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพลติพลัง มีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนมากขึ้น

5) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 1 พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้มาก จะมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้ต่ำ จะมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับน้อย แสดงให้เห็นว่า ระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุมีผลโดยตรงต่อระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสังคมสามารถช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของภริดา ชัยรัตน์⁽²²⁾ ที่พบว่า การรับรู้ของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมและมีความสัมพันธ์กับความต้องการของประชาชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ นำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการขับเคลื่อนการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับเขตสุขภาพ ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานแรงงาน ส่วนราชการต่าง ๆ ในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพ สังคม และสวัสดิการ ดังนี้

1) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณะ โดยส่งเสริมโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสม

สำหรับผู้สูงอายุ การจัดทำทางเดิน ทางลาดสำหรับรถเข็น และการปรับปรุงระบบขนส่งสาธารณะที่เอื้อต่อการใช้งานของผู้สูงอายุ รวมถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุกที่เข้าถึงได้ง่าย สอดคล้องกับแนวคิดของ Lawton & Nahemow ที่ว่า ว ล ถึง ก ร อ อ ก แ บ บ บ สภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับศักยภาพของผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽²¹⁾

2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในชมรมและโรงเรียนผู้สูงอายุ การจัดการฝึกอบรมที่เหมาะสมพร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในชุมชนหรือมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาชุมชนสอดคล้องกับแนวคิดแนวคิด พ ล ฒ พ ล ัง (Active Ageing) ขององค์การอนามัยโลก ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ⁽¹⁵⁾

3) การพัฒนาเศรษฐกิจและโอกาสการจ้างงานของผู้สูงอายุ โดยการเสนอแนะให้สร้างโอกาสการจ้างงานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุทั้งในภาครัฐและเอกชน เช่นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในโครงการสร้างรายได้ในชุมชน เช่น งานหัตถกรรมและเกษตรกรรมสอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีคุณค่า (Productive Aging) โดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีบทบาทสร้างคุณค่าทางเศรษฐกิจและสังคม⁽¹²⁾

4) ภาครัฐและท้องถิ่นสนับสนุนนโยบายเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ จัดตั้งคณะกรรมการประสานงานด้านผู้สูงอายุเพื่อบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงาน รวมถึงสนับสนุนงบประมาณและจัดตั้งกองทุนสนับสนุนกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยอาศัยแนวคิดการกระจายอำนาจ ที่มุ่งให้องค์กรปกครองท้องถิ่นมีอิสระในการกำหนดนโยบายตามบริบทของตน

5) การสร้างความตระหนั ก และ การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ การจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุแห่งชาติ และการกระตุ้นให้ภาคเอกชนเข้ามา มีบทบาทในการพัฒนาสินค้าและบริการที่รองรับความต้องการของผู้สูงอายุ รวมถึงการสนับสนุนโครงการสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ความรอบรู้ด้าน

สุขภาพที่มุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและนำไปใช้ได้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษารูปแบบการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จ โดยเน้นการวิเคราะห์แนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควบคู่ไปกับการวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตวิทยา สังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อการรับรู้และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ รวมถึงการระบุอุปสรรคและแรงจูงใจที่เกี่ยวข้อง

2) ควรศึกษาวิจัยแบบผสมผสานระหว่างเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจประเด็นเชิงลึก โดยเฉพาะการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่จะช่วยสะท้อนมุมมองของผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องได้อย่างชัดเจน

3) พัฒนาแนวทางเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชุมชน ในรูปแบบของโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ออกแบบเฉพาะบริบท ซึ่งสามารถเสริมสร้างบทบาทของผู้สูงอายุในกระบวนการพัฒนาท้องถิ่นอย่างยั่งยืน และสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ต.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/1>
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567 [cited 2025 Aug 7]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf

4. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. ระบบรายงานข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธ.ค. 22]. เข้าถึงได้จาก: https://lookerstudio.google.com/reporting/35d29ac5-04e4-4ca1-b4ab-fa6d03d44858/page/p_etrijlz7id
5. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการประจำปีงบประมาณ 2567.
6. เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, เพ็ญจมาศ คำชนะ, จิรียา อินทนา, ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง, ลักคณา บุญมี, สุภาภรณ์ วรอรุณ. การศึกษาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารพยาบาลทหารบก. 2566;24(2):446-55.
7. นาฏสินี ชัยแก้ว และมยุรี บุญทัต. การพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2024;18(1):366-79. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/266544>
8. เพ็ญจมาศ เมืองเกษม. รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านคู อำเภอมือง จังหวัดเชียงราย. วารสาร มจรมนุษยศาสตร์ปริทรรศน์. 2021;7(1):239-54.
9. Wayne WD. Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995. p. 180.
10. Goldstein EB. Sensation and perception. 10th ed. Boston: Cengage Learning; 2017.
11. Gregory RL. Perceptions as hypotheses. Philosophical Transactions of the Royal Society B. 1980;290(1038):181-197.
12. Kosslyn SM, Thompson WL. When is early visual cortex activated during visual mental imagery? Psychological Bulletin. 2003;129(5):723-746.
13. Reed SK. Cognition: theories and applications. 9th ed. Boston: Wadsworth; 2013.
14. Gibson JJ. The ecological approach to visual perception. Boston: Houghton Mifflin; 1979.
15. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO; 2002.
16. วนิตา รุ่งโยธิน. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนของเทศบาลตำบลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. งานนิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต, คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
17. Wong, M., Yu, R., & Woo, J. Perceptions of neighborhood environment and sense of community among older adults in Hong Kong. Journal of Aging and Health, 30(5) ; 2018. P. 817-835.
18. Park, S., Lee, S., & Kim, Y. (2020). Factors influencing the perception of age-friendly communities among older adults in South Korea. Journal of Aging Studies, 52, 100834. ; 2020.
19. เสาวลักษณ์ วิบุรณ์กาล, ปิยากร หวังมหาพร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารมนุษยสังคมปริทัศน์. 2564;23(2):171-185
20. วิยะดา รัตนสุวรรณ, วรทยา กุลนิธิชัย, วิมลทิพย์ พวงเข็ม. บทบาทผู้นำชุมชนกับการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ (Journal of Nursing and Health Research). 2023;24(1):135-46.
21. Lawton M.P., Nahemow L. Ecology and the aging process. In: Eisdorfer C, Lawton MP, editors. Psychology of adult development and aging. Washington (DC): American Psychological Association; 1973. p. 619-74.doi:10.1037/ 10044-020.
22. ภริดา ชัยรัตน์. การรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเชิงพื้นที่ชุมชนตรอกวังหลัง เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. MCU SSR [อินเทอร์เน็ต]. 2022 ธ.ค. 7 [อ้างถึง 17 มีนาคม 2568];11(6):168-181. เข้าถึงได้จาก: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jssr/article/view/259091>

ความสัมพันธ์ระหว่าง อุณหภูมิ/ปริมาณฝน กับ จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก โรคพิษจากเห็ด โรคmelioidosis และโรคฉี่หนูในจังหวัดเพชรบูรณ์

Relationship between Temperature/Rainfall and Number of Patients with Hand-foot-mouth disease, Mushroom poisoning, Melioidosis and Leptospirosis in Phetchabun Province

ฉัตรสิริ ฉัตรภูติ¹, กาญจนา อาชีพ^{2*} และ วadhana ชยธวัช³

Chatsiri Chatphuti¹, Kanjana Arechep^{2*} and Vadhana Jayathavaj³

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์²

และ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี³

Faculty of Nursing, Shinawatra University¹, Faculty of Nursing, Rajapruck University^{2*},

Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University³

¹Corresponding author, E-mail: Kanchana.ar@western.ac.th

(Received: December 16, 2024; Revised: February 26, 2025; Accepted: September 19, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกต แบบ ecological time-series analysis มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอัตราการอุบัติการณ์ของจำนวนผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวข้องจากปัจจัยอุณหภูมิและปริมาณฝนในจังหวัดเพชรบูรณ์ ใช้ข้อมูลอนุกรมเวลารายเดือนมีขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 เดือน ตั้งแต่มกราคม 2564 – สิงหาคม 2567 ข้อมูลอุณหภูมิต่ำสุดและสูงสุดรายวันเฉลี่ย ปริมาณฝนรวมรายเดือน และรายวันเฉลี่ยรวบรวมจากส่วนสารสนเทศอุตุนิยมวิทยา ศูนย์อุตุนิยมวิทยาภาคเหนือ ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก โรคพิษจากเห็ด โรคmelioidosis และโรคฉี่หนู รวบรวมจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสหสัมพันธ์เพียร์สันและตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป ประมวลผลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สถิติจาโมวี โมดูล GLAMj ผลการศึกษาพบว่า 1) จำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคมือเท้าปากมีตัวแบบที่สอดคล้องกับข้อมูลคือ ตัวแบบการถดถอยควอไซปัวซง (Quasi-Poisson regression) มีปริมาณฝนรวมเป็นตัวแปรต้น มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.35 สัมประสิทธิ์การกำหนดเท่ากับ 0.22 และอัตราการอุบัติการณ์เมื่อปริมาณฝนเพิ่มขึ้น 1 มิลลิเมตร จะมีจำนวนผู้ป่วยมือเท้าปากเพิ่มขึ้น 1.01 เท่า 2) จำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคพิษจากเห็ดมีตัวแบบที่สอดคล้องกับข้อมูลคือ ตัวแบบการถดถอยควอไซปัวซง โดยมีอุณหภูมิต่ำสุดเป็นตัวแปรต้น มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ 0.43 สัมประสิทธิ์การกำหนดเท่ากับ 0.40 และอัตราการอุบัติการณ์เมื่ออุณหภูมิต่ำสุดเพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียส จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคพิษจากเห็ดเพิ่มขึ้น 1.95 เท่าจากค่าเฉลี่ย 3) ส่วนโรคmelioidosisไม่มีตัวแบบที่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ 4) โรคฉี่หนูมีจำนวนผู้ป่วยในรอบ 44 เดือนเพียง 17 คนจึงไม่พิจารณาตัวแบบ ข้อมูลการพยากรณ์ปริมาณฝนและอุณหภูมิต่ำสุดล่วงหน้าสามารถใช้เป็นปัจจัยนำเพื่อประเมินจำนวนผู้ป่วยจากโรคมือเท้าปากและโรคพิษจากเห็ดซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่นำไปกำหนดมาตรการการเฝ้าระวังที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: อุณหภูมิ, ปริมาณฝน, โรคมือเท้าปาก, โรคพิษจากเห็ด, โรคmelioidosis, โรคฉี่หนู, อัตราอุบัติการณ์

ABSTRACT

This observational study in ecological time-series analysis aimed to examine the correlations and Incidence Rate Ratio (IRR) of the number of patients related to temperature and rainfall factors in Phetchabun province, using the monthly time series data with the sample size of 44 months from 2021 to August 2024. The minimum and maximum daily average temperatures and monthly and average daily rainfall volumes were collected from the Meteorological Information Division, Northern Meteorological Center. The number of monthly patients with hand-foot-mouth disease (HFMD), mushroom poisoning, melioidosis, and leptospirosis were collected from the Disease Surveillance Reporting System 506, Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. The data were analyzed using Pearson's correlation and the generalized linear model, processed with the jamovi statistical analysis program, GLAMj module. The results showed that 1) the number of monthly patients with HFMD was a Quasi-Poisson regression model, the total rainfall was the independent variable, the Pearson's correlation coefficient equaled 0.35, the coefficient of determination was 0.22, and the IRR when the rainfall increased by 1 millimeter was 1.01 times from average. 2) The number of monthly patients with mushroom poisoning was a Quasi-Poisson regression model, the average minimum temperature as the independent variable. The Pearson's correlation coefficient equaled 0.43, the coefficient of determination was 0.40, and the IRR when the average minimum temperature increased by 1 degree Celsius was 1.95 times from the average. 3) the number of monthly patients with melioidosis did not have a statistically significant model. And 4) leptospirosis had only 17 cases over a 44-month period, so no suitable model was considered. Advance rainfall and minimum temperature forecast data can be used as a leading factor to estimate the number of patients from HFMD and mushroom poisoning, which can be used by local public health agencies to determine appropriate surveillance measures.

KEYWORDS: Temperature, Rain volume, Hand-foot-mouth disease, Mushroom poisoning, Melioidosis, Leptospirosis, Incidence rate ratio

บทนำ

โรคมือเท้าปาก โรคเมลิออยโดสิส โรคฉี่หนู เป็นโรคติดต่อที่สามารถติดต่อจากการสัมผัสบริเวณที่สะสมโรค และโรคพิษจากเห็ดเป็นโรคที่เกิดจากการบริโภคเห็ดที่มีพิษในฤดูกาลที่มีเห็ดในอุดมภูมิและความชื้นที่เหมาะสม โรคเหล่านี้เกี่ยวข้องกับปัจจัยอุณหภูมิและปริมาณฝนในแต่ละพื้นที่

โรคมือเท้าปากเป็นโรคติดต่อที่พบบ่อยในเด็กโดยเฉพาะเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มักมีการระบาดช่วงฤดูฝน สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสกลุ่มเอนเทอโรไวรัส มีหลายสายพันธุ์ ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง กรณีที่มีสมองอักเสบร่วมด้วย มักเกิดจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 หรือ อีวี 71 มีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้ เชื้อไวรัสแพร่ผ่านทางระบบทางเดิน

อาหารและการหายใจ สามารถติดต่อโดยตรงจากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย และอุจจาระของผู้ป่วย สามารถติดต่อโดยอ้อมจากการสัมผัสผ่านของเล่น มือผู้เลี้ยงดู น้ำและอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อ โรคมือเท้าปากมักระบาดในโรงเรียน ชั้นอนุบาลเด็กเล็กหรือสถานรับเลี้ยงเด็ก โรคมีระยะฟักตัวประมาณ 1 สัปดาห์ จึงสามารถติดต่อกันได้โดยที่ยังไม่แสดงอาการ⁽¹⁾ การศึกษาเชิงปริมาณจำนวน 51 บทความก่อนปี พ.ศ. 2561 ระบุว่าปัจจัยทางอุตุนิยมวิทยา 8 ประการ ได้แก่ อุณหภูมิเฉลี่ย อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย ปริมาณน้ำฝน ความชื้นสัมพัทธ์ และจำนวนชั่วโมงแสงแดด ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก⁽²⁾

โรคพิษจากเห็ด สภาพดินฟ้าอากาศในประเทศไทยเหมาะกับการเจริญเติบโตของเห็ด ดังนั้นจึงมีเห็ดชุกชุมโดยเฉพาะในฤดูฝนทุกภาค⁽³⁾ มีทั้งเห็ดชนิดที่รับประทานได้และรับประทานไม่ได้ เห็ดพิษในประเทศไทย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ทำให้เกิดภาวะตับอักเสบ กลุ่มที่ทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออักเสบ และ กลุ่มที่ทำให้เกิดความผิดปกติต่อระบบทางเดินอาหาร การบริโภคต้องทราบถึงชนิดของเห็ดอย่างแน่ชัด⁽⁴⁾ การศึกษาจำนวนผู้ป่วยโรคพิษจากเห็ดและปัจจัยอตุณิยมิวิทยาในมณฑลกุ้ยโจวในปี พ.ศ. 2566 จำนวนผู้ป่วยโรคพิษจากเห็ดในมณฑลนี้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยทางอตุณิยมิวิทยา ได้แก่ อุณหภูมิพื้นดินที่ 15 ซม. เฉลี่ยรายวัน ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยรายวัน ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ยรายวัน และระยะเวลาแสงแดดเฉลี่ยรายวัน⁽⁵⁾

โรคเมลิออยโดสิส (Meloidosis) เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Burkholderia pseudomallei* ที่พบได้ทั่วไปในดิน น้ำ โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ของประเทศไทย พบการติดเชื้อได้บ่อยในผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคธาลัสซีเมีย โรคปอด โรคไต ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน โรคเมลิออยโดสิสติดได้ทางการรับเชื้อผ่านบาดแผลที่ผิวหนัง การป้องกันโดยหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำหรือการรับประทานอาหารที่มีเชื้อปนเปื้อน การสูดหายใจรับฝุ่นละอองที่มีเชื้อปนเปื้อน หลีกเลี่ยงการเดินทางลุยน้ำ ยาโคลน หรือสัมผัสดินและน้ำโดยตรง หากจำเป็นต้องสวมรองเท้าบูท ถุงมือยาง กางเกงขายาวหรือชุดลุยน้ำ หากมีบาดแผลที่ผิวหนัง ควรรีบทำความสะอาดแผล และหลีกเลี่ยงการสัมผัสดินและน้ำจนกว่าแผลนั้นจะแห้งสนิท รับประทานอาหารปรุงสุก ดื่มน้ำสะอาด หลีกเลี่ยงการอยู่ที่โล่งแจ้งหรือลงไร่นา ในขณะที่มีพายุฝนหรือสภาพอากาศแปรปรวน⁽⁶⁾ การกระจายตัวเชิงพื้นที่ของการเกิดโรคเมลิออยโดสิสในจังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2561 พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปริมาณน้ำฝน อุณหภูมิสูงสุด และอุณหภูมิต่ำสุด⁽⁷⁾

โรคฉี่หนูเป็นโรคของสัตว์ที่สามารถติดต่อมาสู่คนเชื้อถูกปล่อยออกมากับปัสสาวะของสัตว์ที่

ติดเชื้อ และปนเปื้อนอยู่ในน้ำ ดินที่เปียกชื้น หรือพืช ผัก เชื้อสามารถไชเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังตามรอยแผลและรอยขีดข่วน และเย็บปาก ตา จมูก นอกจากนี้ยังสามารถไชเข้าทางผิวหนังปกติที่อ่อนนุ่มเนื่องจากแช่น้ำอยู่นาน คนมักติดเชื้อโดยอ้อมขณะย่ำดินโคลน แช่น้ำท่วมหรือว่ายน้ำ หรืออาจติดโรคโดยตรงจากการสัมผัสเชื้อในปัสสาวะ สัตว์หรือเนื้อสัตว์ที่ปนเปื้อนเชื้อ ระยะฟักตัวโดยเฉลี่ยประมาณ 10 วัน หรืออยู่ในช่วง 4-19 วัน (อาจเร็วภายใน 2 วัน หรือนานถึง 26 วัน)⁽⁸⁾ การศึกษาอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคฉี่หนูที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเมืองซิลวาตอร์ ประเทศบราซิล โดยใช้ข้อมูลเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2558 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปริมาณน้ำฝนที่เพิ่มขึ้น⁽⁹⁾

จังหวัดเพชรบูรณ์ มีประชากรรวม 962,370 คน มีอายุระหว่าง 1 ถึง 5 ปี จำนวน 38,922 และ อายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 210,257 คน (ข้อมูลเดือน ณ สิงหาคม พ.ศ. 2567)⁽¹⁰⁾ ตั้งอยู่ภาคเหนือตอนล่าง มีทิวเขาล้อมรอบ ฤดูกาลของจังหวัดแบ่งเป็น 3 ฤดู ฤดูร้อนเริ่มประมาณกลางเดือนกุมภาพันธ์ถึงกลางเดือนพฤษภาคมมีอากาศร้อนอบอ้าวทั่วไป โดยเฉพาะในเดือนเมษายนเป็นเดือนที่มีอากาศร้อนอบอ้าวมากที่สุดในรอบปี ฤดูฝนเริ่มประมาณกลางเดือนพฤษภาคมถึงกลางเดือนตุลาคม ซึ่งเป็นระยะที่มรสุมตะวันตกเฉียงใต้พัดเข้าสู่ประเทศไทย อากาศจะเริ่มชุ่มชื้นและมีฝนตกชุก เดือนที่มีฝนตกมากที่สุดคือเดือนกันยายน ฤดูหนาวเริ่มประมาณกลางเดือนตุลาคมถึงกลางเดือนกุมภาพันธ์ อากาศโดยทั่วไปจะหนาวเย็นและแห้ง เดือนที่มีอากาศหนาวที่สุดคือเดือนมกราคม อุณหภูมิร้อนอบอ้าวในฤดูร้อน อุณหภูมิเฉลี่ยทั้งปี 27.4 องศาเซลเซียส อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย 33.8 องศาเซลเซียส โดยมีอากาศร้อนที่สุดอยู่ในเดือนเมษายน ฤดูหนาวมีอากาศหนาวเย็น อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย 22.5 องศาเซลเซียส โดยมีอากาศหนาวที่สุดในเดือนธันวาคมและมกราคม จังหวัดเพชรบูรณ์มีฝนตกอยู่ในเกณฑ์น้อย พื้นที่ทางตอนกลางของจังหวัดบริเวณอำเภอชนแดน อำเภอหนองไผ่ อำเภอวังโป่ง และทาง

ตอนล่างบริเวณอำเภอเวียงชัยบุรี มีปริมาณฝนสูงเฉลี่ย 1,200 – 1,300 มิลลิเมตร ส่วนพื้นที่บริเวณอื่น ๆ มีฝน 1,000 – 1,200 มิลลิเมตร ยกเว้นทางตอนบนสุด บริเวณอำเภอน้ำหนาวและทางตอนล่างสุดบริเวณ อำเภอศรีเทพมีปริมาณฝนเฉลี่ยต่ำกว่า 1,000 มิลลิเมตร บริเวณอำเภอเมืองมีปริมาณฝนตลอดปี 1,144.8 มิลลิเมตร และมีฝนตก 121 วัน เดือนที่มีฝนตกมากที่สุดในจังหวัดนี้คือเดือนสิงหาคม มีปริมาณฝนเฉลี่ย 211.5 มิลลิเมตร⁽¹¹⁾

ข้อมูลของจังหวัดเพชรบูรณ์มาจาก แหล่งข้อมูลที่สำคัญจากสองหน่วยงาน คือ ส่วน สारสนเทศศุตุนิยมวิทยา ศูนย์อุตุนิยมวิทยา ภาคเหนือเผยแพร่ข้อมูลอุณหภูมิสูงสุด-ต่ำสุด และ ปริมาณฝนของภาคเหนือ (รายวัน) .พ.ศ. 2560 ถึง 2567⁽¹²⁾ ข้อมูลจำนวนผู้ป่วย - เสียชีวิตรายเดือน แยกรายจังหวัดจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2546 ถึง 2567⁽¹³⁾ การศึกษาจำนวนผู้ป่วยโรคที่ สัมพันธ์กับปริมาณฝนและอุณหภูมิจะสามารถ พยากรณ์ความเสี่ยงการเกิดโรคที่จะเพิ่มขึ้นหรือ ลดลง จากรายงานลักษณะอุณหภูมิและปริมาณฝน ที่กับจำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อในจังหวัดเพชรบูรณ์ที่ มีการผันแปรในรอบปี ผลการศึกษาความสัมพันธ์ และความเสี่ยงสามารถใช้ในการวางแผนงาน ควบคุมการเกิดโรคในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอุณหภูมิ/ ปริมาณฝนกับจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก โรคพิษ จากเห็ด โรคเมลิออยโดสิส และโรคฉี่หนูในจังหวัด เพชรบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็น การศึกษาเชิงสังเกต (observational study) แบบ ecological time-series analysis วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลรายเดือน เกี่ยวกับอุณหภูมิและปริมาณฝนกับจำนวนผู้ป่วยโรค มือเท้าปาก โรคเมลิออยโดสิส โรคฉี่หนู และโรคพิษ จากเห็ด ในจังหวัดเพชรบูรณ์

ประชากร

ข้อมูลของจังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย อุณหภูมิต่ำสุดรายวันเฉลี่ย อุณหภูมิสูงสุดรายวัน เฉลี่ย ปริมาณฝนรายวันเฉลี่ยเป็นข้อมูลรายเดือน⁽¹²⁾ และจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคมือเท้าปาก โรคเมลิ ออยโดสิส โรคฉี่หนู และโรคพิษจากเห็ด⁽¹³⁾

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นข้อมูลจากประชากรจำนวน 44 เดือนตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567 เป็นช่วงเวลาตั้งแต่การปรับตัวเรื่องการทำความ สะอาดมือและการใช้หน้ากากอนามัยในช่วงสถานการณ์ โควิด-19 จนเกิดการผ่อนคลายแล้ว^(14,15)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลอุณหภูมิสูงสุด-ต่ำสุด (องศาเซลเซียส) และปริมาณฝน (มิลลิเมตร) ของภาคเหนือ (รายวัน) รวบรวมจากส่วนสารสนเทศศุตุนิยมวิทยา ศูนย์ อุตุนิยมวิทยาภาคเหนือ⁽¹²⁾ และจำนวนผู้ป่วยโดยรวม รายเดือนโรคที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยอุณหภูมิและ ปริมาณฝน รวบรวมจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค⁽¹³⁾ ที่เปิดให้ บุคคลทั่วไปเข้าถึงได้ เป็นข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2564 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือ อุปกรณ์

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเป็นตาราง บันทึกรายเดือนในแต่ละแถว (row) คือ 1 เดือน ส่วนในแนวสดมภ์ (column) ประกอบด้วยตัวแปร คือ เดือนที่ อุณหภูมิต่ำสุดรายวันเฉลี่ย อุณหภูมิสูงสุด รายวันเฉลี่ย ปริมาณฝนรายวันเฉลี่ยเป็นข้อมูลราย เดือนของเดือนในแต่ละแถว และจำนวนผู้ป่วยราย เดือนโรคมือเท้าปาก โรคเมลิออยโดสิส โรคฉี่หนู และ โรคพิษจากเห็ด โดยบันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูปใน รูปแบบตาราง (Excel)

ประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โปรแกรม วิเคราะห์สถิติ jamovi 2.3.28^(16,17) (jamovi will always be free and open) โมดูล GLAM⁽¹⁸⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

การเลือกใช้สหสัมพันธ์เพียร์สันเพื่อดูขนาดความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของสองตัวแปร แม้ว่าถ้าข้อมูลไม่มีการแจกแจงปกติซึ่งควรจะไปใช้สหสัมพันธ์สเปียร์แมนก็ตาม ความหมายของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน⁽¹⁹⁾ เป็นดังนี้ ถ้ามีค่าเข้าใกล้ ± 1 แสดงถึงสหสัมพันธ์โดยสมบูรณ์เมื่อตัวแปรหนึ่งเพิ่มขึ้นอีกตัวแปรหนึ่งก็จะเพิ่มขึ้นหรือลดลงตาม การพิจารณาจากค่าสัมบูรณ์ ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.50 ถึง 1 มีความสัมพันธ์กันสูง ระหว่าง 0.30 ถึง 0.49 ก็มีความสัมพันธ์กันปานกลาง 0 ถึง 0.29 จัดว่ามีความสัมพันธ์กันต่ำ และถ้าเข้าใกล้ศูนย์แสดงถึงการไม่มีความสัมพันธ์ต่อกัน

ตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (Generalized linear model)

ตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไปใช้กับตัวแปรตามที่เป็นการนับจำนวนที่เป็นจำนวนเต็ม ไม่ติดลบใช้รูปแบบการกระจายของตัวแปรตามที่มีการแจกแจงปัวซอง (Poisson distribution) หรือการแจกแจงทวินามลบ (negative binomial distribution) ที่มีความแปรปรวนมากกว่าค่าเฉลี่ย (overdispersion)^(20,21)

เมื่อค่าเฉลี่ยของตัวแปรตาม $E[Y] = \mu$

ฟังก์ชันเชื่อมโยงล็อก (The log link)

$$g(\mu) = \log(\mu) = X\beta$$

$$\mu = \exp(X\beta)$$

เมื่อ Y เป็น เวกเตอร์ของตัวแปรตาม

$E[Y]$ เป็น ค่าคาดหวัง (Expectation) ของ Y

X เป็น เมทริกซ์ของตัวแปรต้น

β เป็น เวกเตอร์สัมประสิทธิ์ของ X

ค่า $\exp(\beta)$ คือ อัตราอุบัติการณ์ (Incident Rate Ratio - IRR) เป็นอัตราการเปลี่ยนแปลงของตัวแปร

ตาม เมื่อตัวแปรต้นเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย ถ้าเท่ากับ 1.05 ค่าคาดหวังของตัวแปรตามก็จะเปลี่ยนไป 1.05 เท่า แต่ถ้าน้อยกว่า 1 เช่น 0.85 ก็จะหมายความว่าตัวแปรต้นเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ค่าคาดหวังตัวแปรตามลง เหลือ 0.85 เท่า⁽¹⁸⁾

ระดับนัยสำคัญทางสถิติในบทความนี้ กำหนดที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

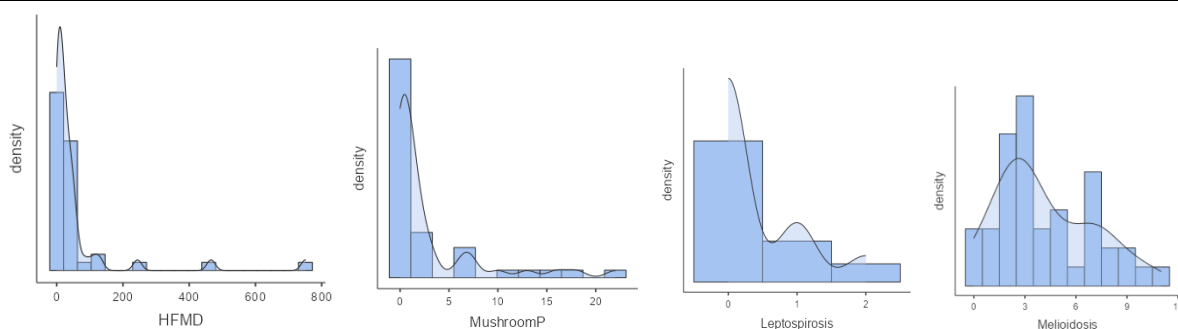
ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวข้องจากปัจจัยอุณหภูมิและปริมาณฝน คือ โรคมือเท้าปาก โรคเมลิออยโดสิส โรคฉี่หนู และโรคพิษจากเห็ดรวบรวมจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 ซึ่งเป็นข้อมูลเปิดเผยสาธารณะโดยสำนักระบาดวิทยา⁽¹³⁾ เป็นจำนวนข้อมูลผู้ป่วยรวมรายเดือนที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงผู้ป่วยรายบุคคลใด ๆ ได้ จึงไม่เข้าข่ายงานวิจัยในคน ตามประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง แนวปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ไม่เข้าข่ายการวิจัยในคน พ.ศ. 2565⁽²²⁾ และการประเมินตามแบบประเมินว่าโครงการวิจัยเข้าข่ายการวิจัยในคนหรือไม่⁽²³⁾

ผลการวิจัย

จังหวัดเพชรบูรณ์มีสถิติรายเดือนเกี่ยวกับอุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย ปริมาณฝนรวม และปริมาณฝนเฉลี่ยแสดงในตาราง 1 และจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคที่เกี่ยวข้องจากปัจจัยอุณหภูมิและปริมาณฝนในจังหวัดเพชรบูรณ์ดังแสดงในตาราง 2 โรคฉี่หนูมีผู้ป่วยเพียง 17 คนในรอบ 44 เดือน จำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคมือเท้าปาก โรคพิษจากเห็ด และโรคเมลิออยโดสิส มีลักษณะความแปรปรวนมากกว่าค่าเฉลี่ย (overdispersion) และมีการแจกแจงที่แตกต่างไปจากการแจกแจงปกติ (ไม่ใช่โค้งระฆังคว่ำ) ดังแสดงในภาพ 1

ตาราง 1 สถิติพรรณนาปริมาณฝนเฉลี่ยและอุณหภูมิเฉลี่ยของจังหวัดเพชรบูรณ์ 44 เดือน (มกราคม 2564–สิงหาคม 2567)

ค่าสถิติ	อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย	อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย	ปริมาณฝนรวม	ปริมาณฝนเฉลี่ย
ค่าเฉลี่ย	23.10	34.50	86.10	2.82
มัธยฐาน	24.10	33.80	61.10	1.98
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.55	2.48	92.80	3.06
ค่าต่ำสุด	16.90	31.00	0.00	0.00
ค่าสูงสุด	26.00	43.50	363.00	12.10
Shapiro-Wilk W	0.866	0.897	0.855	0.853
Shapiro-Wilk p-value	< .001	< .001	< .001	< .001



ภาพ 1 แสดงการแจกแจงจำนวนผู้ป่วยรายเดือนของโรคมือเท้าปาก และโรคพิษจากเห็ด โรคเมลิออยโดสิส และโรคฉี่หนู ในจังหวัดเพชรบูรณ์ ในช่วง 44 เดือน (มกราคม 2564–สิงหาคม 2567)

ตาราง 2 สถิติพรรณนาจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคทั้งสี่ของจังหวัดเพชรบูรณ์ 44 เดือน (มกราคม 2564–สิงหาคม 2567)

ค่าสถิติ	โรคมือเท้าปาก	โรคพิษจากเห็ด	โรคเมลิออยโดสิส	โรคฉี่หนู
ค่าเฉลี่ย	57	3	4	0
มัธยฐาน	18	1	3	0
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	133	5	3	1
ความแปรปรวน	17641	27	8	0
ค่าต่ำสุด	0	0	0	0
ค่าสูงสุด	751	22	11	2
Shapiro-Wilk W	0.429	0.629	0.931	0.62
Shapiro-Wilk p-value	< .001	< .001	0.012	< .001

ค่าสหสัมพันธ์รายคู่ระหว่างอุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย ปริมาณฝนรวม และปริมาณฝนเฉลี่ย พบว่า ปริมาณฝนรวมกับอุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ 0.55 และกับปริมาณฝนเฉลี่ยกับอุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 3-1

จำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคมือเท้าปากมีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคพิษจากเห็ด โรคเมลิออยโดสิส และโรคฉี่หนู โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.38, 0.39, และ 0.55 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 3-2

จำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคมือเท้าปากกับ ปริมาณฝนรวมมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.35 จำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคพิษจากเห็ด กับอุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.43 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ขณะที่จำนวน

ผู้ป่วยรายเดือนโรคเมลิออยโดสิส และจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคฉี่หนูมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน กับตัวแปรต้นคืออุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย ปริมาณฝนรวม และปริมาณฝนเฉลี่ย อย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติแต่อย่างใด ดังแสดงในตาราง 3-3

ตาราง 3-1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างปัจจัยภูมิอากาศของจังหวัดเพชรบูรณ์ 44 เดือน (มกราคม 2564–สิงหาคม 2567)

ปริมาณฝนและอุณหภูมิ	ปริมาณฝนรวม	ปริมาณฝนเฉลี่ย	อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย
	1.00		
ปริมาณฝนเฉลี่ย	[1.00, 1.00]		
	< .001		
	0.55	0.55	
อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย	[0.31, 0.73]	[0.20, 0.73]	
	< .001	< .001	
	-0.16	-0.16	0.35
อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย	[-0.44, 0.14]	[-0.44, 0.14]	[0.06, 0.59]
	0.293	0.297	0.019

หมายเหตุ ตัวเลขบน คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ตัวเลขตรงกลาง คือ [95% C.I. Lower, 95% C.I. Upper] ตัวเลขล่าง คือ p-value

ตาราง 3-2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างระหว่างจำนวนผู้ป่วยรายเดือน (ราย) ของจังหวัดเพชรบูรณ์ 44 เดือน (มกราคม 2564–สิงหาคม 2567)

โรคทั้ง 4	โรคมือเท้าปาก	โรคพิษจากเห็ด	โรคเมลิออยโดสิส
	0.38		
โรคพิษจากเห็ด	[0.09, 0.61]		
	0.011		
	0.39	-0.01	
โรคเมลิออยโดสิส	[0.10, 0.62]	[-0.30, 0.29]	
	0.009	0.958	
	0.55	0.28	0.29
โรคฉี่หนู	[0.30, 0.73]	[-0.02, 0.53]	[-0.01, 0.54]
	< .001	0.069	0.058

ตาราง 3-3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างจำนวนผู้ป่วยรายเดือน (ราย) กับ ปัจจัยภูมิอากาศของจังหวัดเพชรบูรณ์ 44 เดือน (มกราคม 2564–สิงหาคม 2567)

ปัจจัยภูมิอากาศ	โรคมือเท้าปาก	โรคพิษจากเห็ด	โรคเมลิออยโดสิส	โรคฉี่หนู
	0.35	0.38	0.11	0.28
ปริมาณฝนรวม	[-0.59, 0.06]	[0.09, 0.61]	[-0.19, 0.40]	[-0.02, 0.53]
	0.019	0.012	0.475	0.07
	0.35	0.37	0.11	0.27
ปริมาณฝนเฉลี่ย	[0.06, 0.58]	[0.09, 0.60]	[-0.19, 0.40]	[-0.03, 0.52]
	0.021	0.013	0.466	0.077



ปัจจัยภูมิอากาศ	โรคมือเท้าปาก	โรคพิษจากเห็ด	โรคเมลิออยโดสิส	โรคฉี่หนู
อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย	0.17 [-0.14, 0.44]	0.43 [0.15, 0.64]	-0.20 [-0.47, 0.11]	0.27 [-0.03, 0.53]
อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย	0.273 [-0.17, 0.13]	0.004 [-0.37, 0.25]	0.198 [-0.46, 0.12]	0.072 [-0.33, 0.26]
	0.267	0.618	0.223	0.797

หมายเหตุ ตัวเลขบน คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ตัวเลขตรงกลาง คือ [95% C.I. Lower, 95% C.I. Upper] ตัวเลขล่าง คือ p-value

ตัวแบบตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป

จังหวัดเพชรบูรณ์ในช่วงระยะเวลา 44 เดือน ระหว่างมกราคม พ.ศ. 2564 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567 โรคมือเท้าปาก, โรคพิษจากเห็ด, โรคเมลิออยโดสิส, และโรคฉี่หนู มีผู้ป่วยเฉลี่ยรายเดือนเดือนละ 57, 4, 0, และ 3 รายตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยรายเดือนโรคมือเท้าปากและจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยรายเดือนโรคพิษจากเห็ดที่สามารถสร้างตัวแบบที่เหมาะสมคือ ตัวแบบถดถอยควอไซปัวซง (Quasi-Poisson) การสร้างตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไปผู้ป่วยเฉลี่ยรายเดือนโรคเมลิออยโดสิสไม่มีตัวแปรต้นที่สอดคล้องกับข้อมูลแต่อย่างใด แม้ว่าจะมีผู้ป่วยโดยเฉลี่ยเดือนละ 4 รายกรณีโรคฉี่หนูมีผู้ป่วยรวมเพียง 17 ราย เท่ากับ

0.39 รายต่อเดือน เมื่อปิดเศษทศนิยม 0 ตำแหน่ง จึงมีค่าเฉลี่ยรายเดือนเป็น 0 ราย

ตัวแบบถดถอยควอไซปัวซง เป็นตัวแบบที่สอดคล้องกับข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคมือเท้าปาก) มีปริมาณฝนรวมเป็นตัวแปรต้น และจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคพิษจากเห็ดมีอุณหภูมิต่ำสุดเป็นตัวแปรต้น ค่าอัตราอุบัติการณ์ (exp(B1)) เมื่อปริมาณฝนรวมรายเดือนเพิ่มขึ้น 1 มิลลิเมตรแล้ว จำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคมือเท้าปากจะเพิ่มเป็น 1.01 เท่าจากค่าเฉลี่ย เมื่ออุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียสแล้ว จำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคพิษจากเห็ดจะเพิ่มเป็น 1.95 เท่าจากค่าเฉลี่ย ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป

ตัวแปรตาม	โรคมือเท้าปาก	โรคพิษจากเห็ด
ตัวแปรต้น	ปริมาณฝนรวม	อุณหภูมิต่ำสุด
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	0.35	0.43
p-value	0.019	0.004
ตัวแบบ GLM	Quasi-Poisson	Quasi-Poisson
R-squared	0.221	0.399
Loglikelihood ratio tests		
χ^2	12.80	22.40
df	1	1
p-value	< .001	<.001
สมการ GLM		
(Intercept)	3.825	0.292
Independent variable		
exp(B0)	45.82	1.34
95%CI	21.76-82.38	0.56-2.68
z	11.42	0.69

ตัวแปรตาม	โรคมือเท้าปาก	โรคพิษจากเห็ด
ตัวแปรต้น	ปริมาณฝนรวม	อุณหภูมิต่ำสุด
p-value	< .001	0.400
exp(B1)	1.01	1.95
95%CI	1.00-1.01	1.39-3.085
z	2.71	3.82
p-value	0.01	.002

สรุปผลการวิจัย

สำหรับจังหวัดเพชรบูรณ์ ข้อมูลตัวแปรต้น ปริมาณฝนรวมรายเดือนมีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากรายเดือน และ อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคพิษจากเห็ดที่สามารถประเมินอัตราการอุบัติการณ์เมื่อตัวแปรต้นเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วยจะส่งผลต่อจำนวนผู้ป่วยรายเดือนตามวิธีการของตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป

การอภิปรายผลการวิจัย

จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากรายเดือนมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันกับปริมาณฝนรวม ปริมาณฝนเฉลี่ย และ อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย เท่ากับ 0.35, 0.35 และ 0.17 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงอภิมานที่อุตุนิยมวิทยา 8 ประการ ได้แก่ อุณหภูมิเฉลี่ย อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย ปริมาณน้ำฝน ความชื้นสัมพัทธ์ และ จำนวนชั่วโมงแสงแดด ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก⁽²⁾ แต่ในการศึกษานี้ จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากรายเดือนมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันกับอุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย -0.17 ซึ่งเป็นไปในทางตรงกันข้าม ส่วนตัวแบบควอไซปัวซง จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากรายเดือน โดยมีอัตราอุบัติการณ์ 1.01 กับปริมาณฝนรวม เมื่อเทียบกับการศึกษาของ Yang et al.⁽²⁴⁾ ซึ่งมีอัตราอุบัติการณ์ 1.08, 2.05 และ 1.25 สำหรับปริมาณฝนน้อย, มาก และรุนแรงตามลำดับแล้ว อัตราอุบัติการณ์ของจังหวัดเพชรบูรณ์ก็จะต่ำกว่ามาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภูมิอากาศที่แตกต่างกัน

การศึกษาของ Xiong et al.⁽⁵⁾ จำนวนผู้ป่วยโรคพิษจากเห็ดในมณฑลกุ้ยโจวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยทางอุตุนิยมวิทยา ได้แก่ อุณหภูมิพื้นดินที่ 15 ซม. เฉลี่ยรายวัน ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยรายวัน ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ยรายวัน และระยะเวลาแสงแดดเฉลี่ยรายวัน และเมื่อปัจจัยอุตุนิยมวิทยาใดๆใด คู่หนึ่งเพิ่มขึ้น ก็จะมีผู้ป่วยโรคพิษจากเห็ดเพิ่มขึ้น แต่ในการศึกษาของจังหวัดเพชรบูรณ์มีเพียงปัจจัยอุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียส จะมีผู้ป่วยโรคพิษจากเห็ดรายเดือนเพิ่มขึ้นถึง 1.95 เท่า

การศึกษาจำนวนผู้ป่วยโรคเมลิออยสิสในประเทศสิงคโปร์พบอัตราเสี่ยง เมื่อปริมาณฝน, ความชื้น และอุณหภูมิเพิ่มขึ้น เท่ากับ 1.20, 1.01 และ 1.01 ตามลำดับ Liu et al.⁽²⁴⁾ ขณะที่ในการศึกษารั้งนี้ ไม่พบตัวแบบสมการถดถอยที่สอดคล้องกับข้อมูล

การศึกษาจำนวนผู้ป่วยโรคฉี่หนูในประเทศบราซิลของ Hacker et al.⁽²⁵⁾ พบว่าโรคฉี่หนูมักเกิดขึ้นพร้อมกับฝนตกหนักและเหตุการณ์น้ำท่วมในบราซิล ขณะที่ในการศึกษารั้งนี้ไม่พบตัวแบบสมการถดถอยที่สอดคล้องกับข้อมูล อาจเป็นเพราะปริมาณฝนรวมรายเดือนมีค่าเฉลี่ยเพียง 82 มิลลิเมตร (2.82 มิลลิเมตรต่อวัน) และลักษณะภูมิประเทศที่เป็นภูเขา ระบายน้ำได้ดี และเมื่อตรวจสอบเดือนที่มีปริมาณฝนรวมมากกว่า 100 มิลลิเมตร จำนวน 15 เดือน ก็พบว่ามีผู้ป่วยโรคฉี่หนูเดือนละ 0 ถึง 2 ราย รวมจำนวน 11 รายขณะที่เดือนที่มีปริมาณฝนรวมต่ำกว่า 100 มิลลิเมตร จำนวน 29 เดือน มีผู้ป่วยเดือนละ 1 คน จำนวน 6 เดือนเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม การวิจัยความสัมพันธ์เชิงพื้นที่มีลักษณะเฉพาะของพื้นที่ซึ่งการวิจัยในท้องถิ่นแห่งหนึ่งไม่แนะนำให้นำไปใช้กับอีกท้องถิ่นหนึ่ง⁽²⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำตัวแบบเชิงเส้นนี้ไปเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคมือเท้าปากที่มีปริมาณฝนรวมเป็นตัวแปรต้น และ โรคพิษจากเห็ดที่มีอุณหภูมิต่ำสุดเป็นตัวแปรต้นนี้ หน่วยงานบริหารงานสาธารณสุขในพื้นที่และเครือข่ายสามารถนำไปใช้ในการวางแผนดำเนินการเฝ้าระวังต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาข้อมูลรายวันและข้อมูลรายวันของตัวแปรต้นวันก่อนหน้า (Lag) ตามจำนวนวันที่จะแสดงอาการเมื่อได้รับเชื้อ (การดำเนินโรค) เพื่อพัฒนาตัวแบบที่เหมาะสมต่อไป

การทบทวนมาตรการเฝ้าระวังโรคมือเท้าปาก โรคฉี่หนู โรคเมลิออยซิส และโรคพิษจากเห็ดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อปริมาณฝนรวมรายเดือนมากกว่า 100 มิลลิเมตร เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยในเดือนดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นกว่าเดือนที่มีปริมาณฝนรวมรายเดือนน้อยกว่า 100 มิลลิเมตร

จำนวนผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสมีจำนวนผู้ป่วยรายเดือนที่ไม่สัมพันธ์กับอุณหภูมิและปริมาณฝน จึงควรทำการศึกษาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากปัจจัยอุณหภูมิและปริมาณฝน

เอกสารอ้างอิง

1. พรเทพ สนวนดอก. โรคมือเท้าปาก. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย; ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.pidst.or.th/A297.html>
2. Duan C, Zhang X, Jin H, Cheng X, Wang D, Bao C, Zhou M, Ahmad T, Min J. Meteorological factors and its association with hand, foot and mouth disease in Southeast and East Asia areas: a meta-analysis. *Epidemiol Infect.* 2018;147:e50. doi:10.1017/S0950268818003035
3. กลุ่มงานวิชาการ สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 13(แพร่). เทคนิคการสำรวจความหลากหลายของเห็ดในพื้นที่ป่าอนุรักษ์ จังหวัดน่าน รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานวิชาการ สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 13(แพร่); ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://readcard.dnp.go.th/km/docs/tech.pdf>
4. สหภูมิ ศรีสุเมะ. ระวัง "เห็ดพิษ" ช่วงฤดูฝน เสี่ยงรับประทานอาจถึงชีวิต. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: งานสื่อสารองค์กร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.ramamahidolac.th/ramachannel/article/ระวังเห็ดพิษช่วงฤดูฝน/>
5. Xiong S, Wu A, Weng L, Zhang K, Wu M, Li H, Zhang L, Wu M, Li H, Zuo P, Zhu S, Li J, Guo H, Long T. Study on the correlation between the number of mushroom poisoning cases and meteorological factors based on the generalized additive model in Guizhou Province, 2023. *BMC Public Health* 2024; 24: 2628. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20050-6>
6. สุวัชรินทร์ โรจน์ชีวพันธ์. โรคเมลิออยด์พบบ่อยในฤดูฝน. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/โรคเมลิออยด์พบบ่อยในฤดู/>
7. Wongbutdee J, Saengnill W, Jittimane J, Panomket P, Saenwang P. The association between the mapping distribution of melioidosis incidences and meteorological factors in an endemic area: Ubon Ratchathani, Thailand (2009–2018). *Natural and Life Sciences Communications* 2021; 20(4): e2021083. DOI : <https://doi.org/10.12982/CMUJNS.2021.083>

8. กรมควบคุมโรค. รายละเอียดโรค เลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis, Weil Disease). [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2562. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=16
9. Hacker KP, Sacramento GA, Cruz JS, de Oliveira D, Nery N Jr, Lindow JC, Carvalho M, Hagan J, Diggle PJ, Begon M, Reis MG, Wunder EA Jr, Ko AI, Costa F. Influence of rainfall on leptospira infection and disease in a tropical urban setting, Brazil. *Emerg Infect Dis.* 2020 Feb;26(2):311-314. doi: 10.3201/eid2602
10. สำนักบริการการทะเบียน กรมการปกครอง. สถิติประชากรทางทะเบียนราษฎร (รายเดือน) จำนวนประชากรรายอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักบริการการทะเบียน; 2567. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage>
11. ศูนย์ภูมิภาค กองพัฒนาอุตุนิยมวิทยา กรมอุตุนิยมวิทยา. ภูมิภาคจังหวัดเพชรบูรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์ภูมิภาค; 2566. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <http://climate.tmd.go.th/data/province/เหนือ/ภูมิภาคเพชรบูรณ์.pdf>
12. ส่วนสารสนเทศอุตุนิยมวิทยา ศูนย์อุตุนิยมวิทยาภาคเหนือ. ข้อมูลอุณหภูมิสูงสุด-ต่ำสุด และปริมาณฝน ของภาคเหนือ (รายวัน). อุตุนิยมวิทยา. ภูมิภาคจังหวัดเพชรบูรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ส่วนสารสนเทศอุตุนิยมวิทยา; 2567. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก http://www.cmmet.tmd.go.th/forecast/pt/Max_Min_Rainfall.php
13. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. 2567. ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักระบาดวิทยา; 2567. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <http://doe.moph.go.th/surdata/>
14. งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ. สถานการณ์โรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
15. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา ตอนพิเศษ 223 ง เล่มที่ 139 (ลงวันที่ 20 กันยายน 2565).
16. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. (Version 4.1) [Computer software]. 2021 [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01).
17. The jamovi project. jamovi. (Version 2.3) [Computer Software]. 2022 [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://www.jamovi.org>.
18. Gallucci M. GAMLj: General analyses for linear models. [jamovi module]. 2019 [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://gamlj.github.io/>.
19. Statistics solutions. Pearson's correlation coefficient: a comprehensive overview [Internet]. 2022. [cited 2024 Sep 2]. Available from: <https://www.statistics-solutions.com/free-resources/directory-of-statistical-analyses/pearsons-correlation-coefficient/>
20. Walker JA. Statistics for the experimental biologist a guide to best (and Worst) practices. Chapter 2.0 Generalized linear models I: count data [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 28]. Available from: https://www.middleprofessor.com/files/applied-biostatistics_bookdown/_book/generalized-linear-models-i-count-data.html

21. พงษ์เดช สารการ, ภูลกร จำปาหวาย. ความครอบคลุมและยืดหยุ่น : ประเด็นที่ควรถูกพิจารณาสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไปในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 3(2): 144-158.
22. มหาวิทยาลัยมหิดล. ประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง แนวปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ไม่เข้าข่ายการวิจัยในคน. เพชรบูรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://sp.mahidol.ac.th/th/LAW/policy/2565-MU-Non-Human.pdf>
23. ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. แบบประเมินว่าโครงการวิจัยของท่านเข้าข่ายการวิจัยในคนหรือไม่. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://sp.mahidol.ac.th/ethics-human/forms/checklist/2022+Human%20Research%20Checklist-researcher.pdf>
24. Liu X, Pang L, Sim SH, Goh KT, Ravikumar S, Win MS, Tan G, Cook AR, Fisher D, Chai LY. Association of melioidosis incidence with rainfall and humidity, Singapore, 2003-2012. *Emerg Infect Dis.* 2015; 21(1): 159-62. doi: 10.3201/eid2101.140042.
25. Hacker KP, Sacramento GA, Cruz JS, de Oliveira D, Nery N Jr, Lindow JC, Carvalho M, Hagan J, Diggle PJ, Begon M, Reis MG, Wunder EA Jr, Ko AI, Costa F. Influence of Rainfall on *Leptospira* Infection and Disease in a Tropical Urban Setting, Brazil. *Emerg Infect Dis.* 2020; 26(2): 311-314. doi: 10.3201/eid2602.190102.
26. Yang F, Ma Y, Liu F, Zhao X, Fan C, Hu Y, Hu K, Chang Z, Xiao X. Short-term effects of rainfall on childhood hand, foot and mouth disease and related spatial heterogeneity: evidence from 143 cities in mainland China. *BMC Public Health* 2020; 20(1): 1528. doi: 10.1186/s12889-020-09633-1.

ผลของโปรแกรมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล ความปวด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด
ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช
โรงพยาบาลลำพูน

The Effects of Self-Regulation Program on Anxiety, Pain and Postoperative
Self-Practice of Patients with Abdominal Hysterectomy, Nursing Work Group
for Obstetrics and Gynecology patients Lamphun Hospital

ชญ์วรัตน์ อินทรจักร์

Tunwarut Intarajak

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลลำพูน

Nursing Work Group for Obstetrics and Gynecology patients Lamphun Hospital

Corresponding author, E-mail: Tunwarut14@gmail.com

(Received: May 7, 2025; Revised: May 13, 2025; Accepted: September 29, 2025)

บทคัดย่อ

การตัดมดลูกมีผลกระทบต่อสตรีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเพศสัมพันธ์ ดังนั้นการที่สตรีตัดมดลูกจะสามารถยอมรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการทั้งของตนเองและสังคม ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล คะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพผิดปกติที่มดลูก และต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลลำพูน ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 30 เมษายน 2568 จำนวน 60 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random sampling) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการปรับตนเอง 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา 3) แบบประเมินความวิตกกังวล 4) แบบประเมินความปวด และ 5) แบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Fisher's exact probability test และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการปรับตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัด พบว่า เมื่อครบ 24 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อครบ 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตนหลังผ่าตัดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ กล่าวได้ว่าโปรแกรมการปรับตนเองนี้ ช่วยลดความวิตกกังวล ความปวด และเสริมสร้างการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่ดีให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การปรับตนเอง, ความวิตกกังวล, ความปวด, การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด, การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง

Abstract

Hysterectomy affects women physically, mentally, and sexually. Therefore, to accept the situation, a woman must adapt and find ways to meet her and society's needs for a better quality of life. This quasi-experimental research aimed to compare mean anxiety scores, mean pain scores, and mean self-management scores between an experimental group receiving a self-regulation program and a control group receiving standard nursing care. The sample is patients who have been diagnosed with an abnormal pathology of the uterus and need to be treated by abdominal hysterectomy, Nursing Work Group for Obstetrics and Gynecology patients Lamphun Hospital. Between January 1 and April 30, 2025, 60 subjects were simple random sampling and divided into an experimental group of 30 subjects and a control group of 30 subjects. The research tools used were: 1) self-regulation program 2) personal data recording and treatment forms 3) anxiety assessments 4) pain assessments and 5) postoperative behavior assessments. The data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics, including Fisher's exact probability test and independent t-test.

The results showed that after receiving the self-regulation program, the experimental group had statistically significantly lower mean anxiety scores than the control group at the level of $p < 0.001$. Mean postoperative pain score showed that at 24 hours, there was no difference in mean postoperative pain score between the experimental group and the control group. However, at 48 hours and 72 hours, the experimental group had a statistically significantly lower mean pain score than the control group at a level of $p < 0.001$. Postoperative behavior was found to be statistically significantly better than the control group at a level of $p < 0.001$. In summary, this self-adjustment program effectively reduces anxiety, pain, and strengthens good postoperative behavior for patients undergoing abdominal hysterectomy.

Keywords: Self-Regulation, Anxiety Pain, Postoperative Self-Practice, Abdominal Hysterectomy

บทนำ

การผ่าตัดมดลูก (Hysterectomy) นับว่าเป็นการผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุดในทางนรีเวชวิทยา ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูก แบ่งได้เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก 2) เลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก 3) เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่หรือเนื้องอกรังไข่ชนิดธรรมดา 4) อวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อน และ 5) มะเร็งหรือรอยโรคก่อนมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ตามลำดับ และการผ่าตัดมดลูกสามารถทำผ่าน 3 ช่องทางหลัก ได้แก่ การผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง (Abdominal hysterectomy) การผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอด (Vaginal hysterectomy) และการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง (Laparoscopic hysterectomy)⁽¹⁾ ในประเทศไทย พบว่ามีการผ่าตัดมดลูก ประมาณ 32,000 รายต่อปี ซึ่งการผ่าตัดจะเลือกใช้วิธีใดนั้น แพทย์จะพิจารณาจากสภาวะของผู้ป่วยและความร้ายแรงของโรคที่เป็น ซึ่งการผ่าตัด

มดลูกทางหน้าท้อง เป็นการผ่าตัดทางนรีเวชวิทยาที่พบบ่อยในประเทศไทย⁽²⁾ โดยในบริบทของโรงพยาบาลลำพูน พบว่ามีผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับการรักษาดด้วยวิธีการผ่าตัดมดลูกเพิ่มขึ้นทุกปี ดังข้อมูลรายงานปี 2565 – 2567 พบว่า มีจำนวน 184 ราย, 157 ราย และ 179 ราย ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง จำนวน 72 ราย, 82 ราย และ 86 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 39.13, 52.22 และ 48.04 ตามลำดับ⁽³⁾

การตัดมดลูกและรังไข่เป็นการผ่าตัดใหญ่ ที่มีผลกระทบต่อสตรีทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะสตรีที่ตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้าง พบอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดสูงเนื่องจากสตรีกลุ่มนี้มีระยะเวลาที่ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งสร้างโดยรังไข่ยาวนานกว่าปกติรวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด เช่น การตกเลือด การบาดเจ็บของกระเพาะ

ปัสสาวะ ลำไส้ ระบบสืบพันธุ์และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น⁽⁴⁾

นอกจากนี้ การตัดมดลูกและรังไข่ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคม เนื่องจากมดลูกและรังไข่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการสืบพันธุ์ของสตรีโดยตรง รวมทั้งการสร้างฮอร์โมนเพศในสตรีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ เมื่อถูกตัดมดลูกจึงมีผลทำให้สตรีรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ในการเจริญพันธุ์ สูญเสียบทบาทการเป็นมารดา นอกจากนี้ยังรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศ สูญเสียภาพลักษณ์ในตนเอง เกิดความรู้สึกว่าตนไร้คุณค่า อีกทั้งมีความวิตกกังวลสูง เนื่องจากเกรงว่าตนจะมีความผิดปกติทางเพศภายหลังการผ่าตัด ความต้องการทางเพศลดลง กลัวการทำให้ความสุขทางเพศลดลง ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ^(5,6)

กล่าวได้ว่า การตัดมดลูกมีผลกระทบต่อสตรีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเพศสัมพันธ์ ดังนั้นการที่สตรีตัดมดลูกจะสามารถยอมรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ทางที่จะตอบสนองความต้องการทั้งของตนเอง และสังคม การปรับตัวเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของสิ่งมีชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สิ่งมีชีวิตตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ที่จะก่อให้เกิดอันตรายได้อย่างเหมาะสม⁽⁷⁾ สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัว (Self-regulation theory) ของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson) มองว่าการที่บุคคลจะสามารถปรับตัวได้อย่างสมดุลกับภาวะของโรคและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ทีมสุขภาพ ควรมีกิจกรรมการพยาบาลด้วยวิธีการให้ข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล (Procedure information) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ต้องประสบ (Sensory information) ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับภาวะของโรค (Behavioral information) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (Coping information) ซึ่งวิธีการส่งเสริมการปรับตัวข้างต้น จะช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยให้มีความร่วมมือในการปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับภาวะของโรค และช่วยคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วย⁽⁸⁾

จากการทบทวนกิจกรรมและรูปแบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช ยังไม่มีกิจกรรมที่เป็นแบบแผนเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพนำมาส่งเสริม และดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งในปัจจุบันมีการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรค และการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง โดยไม่ได้มีการติดตาม การดูแลที่มุ่งเน้นเสริมสร้างการปรับตัวของผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวล ความปวด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ไม่มีการใช้สื่อการสอน เช่น สื่อวิดีโอ และคู่มือ เป็นต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการจัดทำโปรแกรมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล ความปวด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลลำพูน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัว (Self-regulation theory) ของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson)⁽⁸⁾ มาใช้ในการสร้างโปรแกรมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล ความปวด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมความพร้อมต่าง ๆ ก่อนรักษา หรือผ่าตัด อันส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ความวิตกกังวล การรับรู้ระดับความเจ็บปวดลดลง และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวต่อเหตุการณ์คุกคามที่เผชิญหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพผิดปกติที่มดลูกและมีการรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย สูติรีเวชกรรม ปี พ.ศ. 2567 มีจำนวน 179 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพผิดปกติที่มดลูกและมีการรักษา โดยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย สูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2568 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบ (t-test for independent means) และดำเนินการรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในระยะสั้น 4 เดือน จึงกำหนดค่า Effect size เท่ากับ 0.8 ค่า α err prob เท่ากับ 0.05 และค่า Power (1- β) เท่ากับ 0.80⁽⁹⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 ราย และเพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้นหรือได้รับโปรแกรมไม่ครบ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพผิดปกติที่มดลูกและมีการรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง 3) รู้สึกตัวดี มีการมองเห็นและการได้ยินปกติ เข้าใจภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรคอื่น ๆ ขณะเข้าร่วมการวิจัย เช่น ภาวะติดเชื้อในร่างกาย จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เป็นต้น 2) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีอาการหนัก และใส่ท่อช่วยหายใจ และ 3) เข้าร่วม

กิจกรรมไม่ครบทั้ง 3 ครั้ง และ 4) ขอลอนตัวออกจาก การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง พัฒนาจากทฤษฎีการปรับตัวของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson)⁽⁸⁾ เพื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วย ได้แก่ 1) ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอน หรือรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามลำดับเวลา (Procedural information) 2) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในเหตุการณ์ (Sensory information) 3) ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral information) และ 4) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด (Coping skills information) ด้วยสื่อการสอน ได้แก่ วิดีโอออนไลน์ และคู่มือการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิด บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องของ ศุภธิตา จันท์บุรี⁽¹⁰⁾ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย (1 คะแนน), นานๆ ครั้ง (2 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), บ่อยครั้ง (4 คะแนน), และประจำ (5 คะแนน) 3) แบบประเมินความปวดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย⁽¹¹⁾ (Numeric Rating scales; NRS) มีลักษณะเป็นการประเมินความปวดโดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลขจาก 0 คะแนนไม่ปวด ไปยัง 10 คะแนนปวดมากที่สุด และ 4) แบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดบทบาทของพยาบาลในการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ของ สุปานี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช⁽¹²⁾ และอรรรรณ พานดอกไม้⁽¹³⁾ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ได้แก่ ไม่เคย (1 คะแนน), นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), บ่อยครั้ง (4 คะแนน) และประจำ (5 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการปรับตนเอง 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา 3) แบบประเมินความวิตกกังวล และ 4) แบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด กับผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.96, 0.94, 0.92 และ 0.92 ตามลำดับ และดำเนินการทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความปวด และแบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91, 0.94 และ 0.89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ระยะเวลาเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของงานวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ร่วมกับขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการใช้โปรแกรมการปรับตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง

2. ระยะเวลาทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ได้แก่ วันก่อนผ่าตัด เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยมีการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพ แจกวัสดุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่ม

ตัวอย่างรับทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างโดยยึดหลักของการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมแล้วผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความปวด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินเสร็จแล้ว นำฝากไว้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนผ่าตัด 1 วัน (ใช้ระยะเวลา 20 – 30 นาที) มีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยมีการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพ แจกวัสดุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ป่วยรับทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างโดยยึดหลักของการพิทักษ์สิทธิ์ 2) บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความวิตกกังวลก่อนได้รับโปรแกรม 3) ดำเนินการใช้โปรแกรมการปรับตัว โดยผู้วิจัยสอนและให้ข้อมูล เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วย และลดความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ประกอบด้วย ข้อมูลการเตรียมพร้อมในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ อาการและความเจ็บป่วย การวินิจฉัย การผ่าตัด ผลของการผ่าตัดต่อร่างกาย ความรู้เรื่องฮอร์โมนเพศ ยาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมด้านร่างกาย การเตรียมผิวหนังและทางเดินอาหาร เป็นต้น ข้อมูลเตรียมความพร้อมระยะหลังผ่าตัด เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แผลผ่าตัด การสวนคาสาสายสวน ปัสสาวะ การปวดแผลและการจัดการความปวด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การทำกิจกรรมบนเตียง การควบคุมความปวดและเผชิญความเครียด การดูแลแผลผ่าตัด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพศสัมพันธ์ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสามีหรือคู่นอน และการมาตรวจตามนัด และ 4) ให้คู่มือเรื่อง การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้ารับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และคว

อาร์คีดสแกนควิดีโอออนไลน์ เรื่อง การผ่าตัดตมตลูกทางหน้าท้องและการปฏิบัติตัว

ครั้งที่ 2 วันผ่าตัด (ใช้ระยะเวลา 10 – 20 นาที) มีขั้นตอนดังนี้ 1) ก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อทบทวนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเข้ารับการผ่าตัดตมตลูกทางหน้าท้องและการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด 2) สอนและสาธิตการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเกี่ยวกับการจัดการความปวด การเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติเมื่อเจอกับเหตุการณ์จริงภายหลังผ่าตัด 3) เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุย ระบายความวิตกกังวลที่เผชิญ ผู้วิจัยให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และกล่าวสนับสนุน เพื่อสร้างความมั่นใจ และประทับใจต่อการปฏิบัติตัวให้กำลังใจ เพื่อเผชิญความวิตกกังวล และพร้อมเข้ารับการผ่าตัดตมตลูกทางหน้าท้อง

ครั้งที่ 3 หลังผ่าตัด (ใช้ระยะเวลา 10 – 20 นาที) 1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เมื่อครบ 24, 48, 72 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัดตมตลูกทางหน้าท้อง เพื่อประเมินความปวด 2) ในวันที่ 3 (ครบ 72 ชั่วโมง) ภายหลังผ่าตัดผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวหลังได้รับโปรแกรมการปรับตัวในผู้ป่วยผ่าตัดตมตลูกทางหน้าท้อง และ 3) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่างศึกษาคู่มือ และวิดีโอ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง เหมาะสมต่อเรื่องที่บ้าน

3. ระยะเวลาหลังทดลอง ตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลและสรุปผลการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการรักษา วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถิติการรักษา

ประสบการณ์การผ่าตัดทางหน้าท้อง ที่ไม่ใช้การผ่าตัดตมตลูก และข้อมูลการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ชนิดของยาระงับความรู้สึก และลักษณะของแผลผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Fisher's exact probability test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent Samples Test โดยข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการพิจารณาทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน เอกสารจริยธรรม เลขที่ Ethic LPN 055/2567 อนุมัติวันที่ 2 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตมตลูกทางหน้าท้อง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 53.3 หรือมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 38.60 ปี (SD=5.95) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.3 จบการศึกษาในระดับปวช./ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 33.3 ใช้สิทธิในการรักษา ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 70.0 และไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดทางหน้าท้อง ที่ไม่ใช้การผ่าตัดตมตลูกมาก่อน ร้อยละ 96.7

กลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 66.7 หรือมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 48.23 ปี (SD=4.99) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90.0 จบการศึกษาในระดับมัธยม ร้อยละ 33.3 ใช้สิทธิในการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 73.3 และไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดทางหน้าท้อง ที่ไม่ใช้การผ่าตัดตมตลูกมาก่อน ร้อยละ 100.0 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					0.945
น้อยกว่า 40 ปี	3	10.0	1	3.3	
41 – 50 ปี	16	53.3	20	66.7	
51 ปีขึ้นไป	11	36.7	9	30.0	
Mean ± SD	38.60±5.95		48.23±4.99		
สถานภาพสมรส					0.584
โสด	3	10.0	1	3.3	
คู่/สมรส	25	83.3	27	90.0	
หม้าย/แยกกันอยู่/หย่าร้าง	2	6.7	2	6.7	
ระดับการศึกษา					0.448
ประถมศึกษา	2	6.7	3	10.0	
มัธยมศึกษา	11	36.7	10	33.3	
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	10	33.3	8	26.7	
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	23.3	9	30.0	
สิทธิการรักษา					0.426
เบิกตรง/ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	16.7	2	6.7	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	21	70.0	22	73.3	
ประกันสังคม	4	13.9	6	20.0	
ประสบการณ์การผ่าตัดทางหน้าท้อง ที่ไม่ใช้การผ่าตัดมดลูก					1.000
ไม่เคย	29	96.7	30	100.0	
เคย	1	3.3	0	0	

*p-value < 0.01, Fisher's exact probability test

2. ข้อมูลการรักษา พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก ร้อยละ 60.0 ได้รับการผ่าตัดมดลูก ร้อยละ 56.7 ทั้งหมดใช้วิธีการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ร้อยละ 100.0 และมีลักษณะแผลผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นแบบแนวขวางด้านล่าง ร้อยละ 86.7 กลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็น

เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก ร้อยละ 50.0 ได้รับการผ่าตัดมดลูก ร้อยละ 70.0 ทั้งหมดใช้วิธีการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ร้อยละ 100.0 และมีลักษณะแผลผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นแบบแนวขวางด้านล่าง ร้อยละ 93.3 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการรักษาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลการรักษาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ข้อมูลการรักษา	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
การวินิจฉัยโรค					0.389
เนื้องอกกล้ามเนื้อตลก	18	60.0	15	50.0	
เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่	9	30.0	10	33.3	
มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก	2	6.7	2	6.7	
อวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อย	-	-	2	6.7	
เนื้องอกที่รังไข่	1	3.3	1	3.3	
ชนิดของการผ่าตัด					0.422
การผ่าตัดมดลูก	17	56.7	21	70.0	
การผ่าตัดมดลูกและปีกมดลูก 2 ข้าง	13	43.3	9	30.0	
ชนิดของยาระงับความรู้สึก					
การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย	30	100.0	30	100.0	
ลักษณะของแผลผ่าตัด					0.671
แนวขวางด้านล่าง	26	86.7	28	93.3	
แนวกลาง	4	13.3	2	6.7	

*p-value < 0.01, Fisher's exact probability test

3. คะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนทดลองคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) และหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่ม

ทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	กลุ่ม	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	กลุ่มควบคุม	4.08	0.22	-0.201	0.841
	กลุ่มทดลอง	4.03	0.21		
หลังทดลอง	กลุ่มควบคุม	3.43	0.22	-6.052	< 0.001**
	กลุ่มทดลอง	2.74	0.26		

p<0.001**

4. คะแนนความปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า เมื่อครบ 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่

แตกต่างกัน ($p>0.05$) ขณะเดียวกันเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด พบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังได้รับโปรแกรม

การปรับตนเอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความปวดหลังผ่าตัด เมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมง น้อย

กว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคะแนนความปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ช่วงเวลา	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
เมื่อครบ 24 ชั่วโมง	8.16	0.98	7.76	0.97	-1.504	0.138
เมื่อครบ 48 ชั่วโมง	5.50	0.77	4.23	0.43	-7.813	< 0.001**
เมื่อครบ 72 ชั่วโมง	3.16	0.37	1.40	0.91	-8.305	< 0.001**

$p < 0.001^{**}$

5. การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่าการ

ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) ดังตาราง 5

ตาราง 5 การเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มควบคุม	3.17	0.59	7.627	< 0.001**
กลุ่มทดลอง	4.14	0.34		

$p < 0.001^{**}$

สรุปผลการวิจัย

หลังได้รับโปรแกรมการปรับตนเองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลที่ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $p < 0.001$ ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัด พบว่า เมื่อครบ 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $p < 0.001$ และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด พบว่ากลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตนหลังผ่าตัดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการปรับตนเองนี้มุ่งให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ช่วยลดความวิตกกังวล ความปวด และเสริมสร้างการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี อันส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล ความปวด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลลำพูน ค้นพบว่า จากการนำมาใช้ในการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อม แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพผิดปกติที่มดลูก และต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในการปรับตัวทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทั้งในด้านความวิตกกังวล พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $p < 0.001$ เนื่องด้วยกระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ ลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson)⁽⁸⁾ โดยมีการให้ข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ 1) ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอน หรือรายละเอียดของ

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามลำดับเวลา (Procedural information) 2) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในเหตุการณ์ (Sensory information) 3) ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral information) และ 4) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด (Coping skills information) ด้วยสื่อการสอน ได้แก่ วิดีโอออนไลน์ และคู่มือการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง อีกทั้งดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อให้ข้อมูลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ดังนั้นจึงส่งผลให้ช่วยลดความวิตกกังวลได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับโปรแกรมการปรับตนเอง ของ ศุภจิตา จันทรบุรี และคณะ⁽⁷⁾ ใช้ทฤษฎีการปรับตนเอง ของ Leventhal and Johnson มาใช้เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ส่งผลให้ช่วยลดความวิตกกังวลลดความปวด และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง เหมาะสม และโปรแกรมการเตรียมความพร้อมร่วมกับการปรับตัวเองเพื่อลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยผ่าตัด ของนงนิตย์ ทองพันธ์⁽¹⁴⁾ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการโปรแกรมการเตรียมความพร้อมร่วมกับการปรับตัวเอง ช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ด้านคะแนนความปวดหลังผ่าตัด เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง พบว่า เมื่อครบ 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง คะแนนความปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ขณะเดียวกันพบว่า เมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง คะแนนความปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องด้วยโปรแกรมการปรับตนเอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ ได้สอนและให้ข้อมูล เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแก่ผู้ป่วย ทั้งข้อมูลการเตรียมพร้อมในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ อาการและความเจ็บป่วย ข้อมูลเตรียมความพร้อมระยะหลังผ่าตัด เช่น การปวดแผลและการจัดการความปวด

การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การทำกิจกรรมบนเตียง การควบคุมความปวดและเผชิญความเครียด เป็นต้น ซึ่งการให้ข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดี เมื่อเกิดอาการปวด สามารถควบคุมความปวดได้ถึงแม้ว่าในระยะหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะมีคะแนนความปวดไม่แตกต่างกันก็ตาม แต่เมื่อผู้ป่วยได้เผชิญกับความปวดในสถานการณ์จริงได้ระยะหนึ่งแล้ว เมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมง ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จึงเรียนรู้และสามารถจัดการความปวดได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง ของวิริยา ศิลา และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ในวันที่ 1 ถึงวันที่ 3 หลังผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ของพิชพรพรรณ เหมืองหม้อ และหทัยพร อินทยศ⁽¹⁶⁾ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความปวดหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

นอกจากนี้ในด้านการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องด้วยโปรแกรมการปรับตนเอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการสอนและให้ข้อมูล เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลการเตรียมพร้อมในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ อาการและความเจ็บป่วย การวินิจฉัย การผ่าตัด ผลของการผ่าตัดต่อร่างกาย ความรู้เรื่องฮอร์โมนเพศ ยาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมด้านร่างกาย การเตรียมผิวหนังและทางเดินอาหาร เป็นต้น ข้อมูลเตรียมความพร้อมระยะหลังผ่าตัด เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แผลผ่าตัด การสวนคาสายสวน ปัสสาวะ การปวดแผลและการจัดการความปวด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพ และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การทำกิจกรรม

บนเตียง การควบคุมความปวดและเผชิญความเครียด การดูแลแผลผ่าตัด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพศสัมพันธ์ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสามีหรือคู่นอน และการมาตรวจตามนัด เพื่อผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ รวมถึงให้คู่มือเรื่อง การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้ารับ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และคิวอาร์โค้ดสแกนดู วิดีโอออนไลน์ เรื่อง การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องและการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง ดังนั้นจึงส่งผลให้การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วย กลุ่มทดลองปฏิบัติตัวได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างมีแบบแผน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยนรีเวช ของจำเนียร คงประพันธ์ และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสามารถถูก เติลงจากเตียงได้เร็ว และผู้ป่วยมีความรู้และทักษะ ในการดูแลตนเองมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุน และให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ของ พัทธพรธณ เหมือนหม้อ และหิษยาพร อินทยศ⁽¹⁶⁾ พบว่า กลุ่ม ทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเองหลัง ผ่าตัดทุกด้านมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปจากการนำโปรแกรมการปรับตนเองต่อ ความวิตกกังวล ความปวด และการปฏิบัติตัวหลัง ผ่าตัดมาใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้า ท้อง ช่วยลดความวิตกกังวล ความปวด และเสริมสร้าง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี อัน ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด มดลูกทางหน้าท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรกำหนดให้มี นโยบายให้พยาบาลและบุคลากรที่มีสุขภาพ นำ โปรแกรมการปรับตนเอง ไปใช้เป็นแนวทางเดียวกัน ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทาง หน้าท้อง รวมถึงพยาบาลวิชาชีพหรือทีมสุขภาพที่ เกี่ยวข้องสามารถนำสื่อวิดีโอออนไลน์ และเอกสาร คู่มือการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่

ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ไปใช้ในการให้ ข้อมูลเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมดลูก ทางหน้าท้อง เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของ ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดคือ กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรมี การวิจัยเชิงประเมินผลลัพธ์ของการนำโปรแกรมการ ปรับตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้า ท้องในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น และมีการนำไปใช้ อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงพัฒนาแบบ การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้า ท้อง ที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนาคุณภาพบริการที่ สร้างความพึงพอใจต่อผู้ป่วยและญาติ

เอกสารอ้างอิง

1. อีระ ทองสง. นรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอ เรน บุกส์เซนเตอร์; 2560.
2. ศศิ วิมล ศรี สุขุโข. Overview in Abdominal Hysterectomy. [อินเทอร์เน็ต]. 2556. [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturesttopics/topic-review/2793/>
3. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน. (2567). รายงานผู้ป่วยนรีเวช กรรม ปี 2565 – 2567. (เอกสารอัดสำเนา).
4. กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. ตำรานรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริ ราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
5. Lonnee-Hoffmann, R. & Pinas, I. Effects of Hysterectomy on Sexual Function. *Curr Sex Health Rep.* 2014; 6(4): 244–251
6. Alshawish, E. Perspective of Women about Her Body after Hysterectomy, in H. Abduljabbar (ed.), *Fibroids, IntechOpen, London; 2020.*

7. ศุภธิดา จันทรบุรี, อินทิรา ปากันทะ, ชมนาด วรรณพรศิริ และสิริลักษณ์ ทูลยอดพันธ์. ผลของโปรแกรมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล ความปวด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2562; 13(1): 40-53.
8. Leventhal H, Johnson JE. Laborator and field experimentation development of the Theory of self-regulating. St.Louis: Mosby Company, 1994.
9. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nded. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
10. ศุภธิดา จันทรบุรี. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสยาม. 2562: 21(40): 60-70.
11. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดฉบับที่ 2. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย; 2562.
12. สุปาณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช. การพยาบาลพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: จุฑทอง; 2560.
13. อรวรรณ พานดอกไม้. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ออกทั้งหมดเนื่องจากมีเนื้องอกในมดลูก: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2567; 32(1): 101-113.
14. นงนิตย์ ทองพันธ์. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมร่วมกับการปรับตัวเองเพื่อลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ. รายงานการวิจัย กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ; 2567.
15. วิริยา ศิลา, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, วินัส สีนพกุล. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้องต่ออาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืดที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารมหาวิทยาลัยศรีสเทียณ. 2561; 24(2): 204-215.
16. พัชรพรรณ เหมือนหม้อ และหัสยาพร อินทยศ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง โรงพยาบาลแพร่. Phrae Medical Journal and Clinical Sciences. 2567; 37(1): 12-26.
17. จำเนียร คงประพันธ์, พัชรพรรณ เวียงเก่า และฉันทธรรณ เหมือนอุ่น. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างมีแบบแผนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนรีเวชกรรมต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง. Phrae Medical Journal and Clinical Sciences. 2562; 27(2): 1-10.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องขวาง จังหวัดแพร่

Development of a Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevention Postpartum hemorrhage in the first 2 hours after birth Rongkwang Hospital, Phrae Province

จินนา รสเข้ม^{1*}, ศรีรัตน์ อินธา², จินตนา เหลี่ยมศรี³
Jinna Rodkhem^{1*}, Srirat Intha², Jintana Leamsri³
โรงพยาบาลรื่องขวาง อำเภอรื่องขวาง จังหวัดแพร่^{1*,2,3}
Rongkwang Hospital, Rongkwang District, Phrae Province
¹Corresponding author, E-mail: jinna3748@hotmail.com

(Received: May 16, 2025; Revised: June 5, 2025; Accepted: September 22, 2025)

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่พบบ่อยที่สุด และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในมารดาทั่วโลกโดยเฉพาะในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องขวาง จังหวัดแพร่ และศึกษาผลของการใช้แนวที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้รูปแบบและขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model 4 ขั้นตอนในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผ่านการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ด้วยเครื่องมือ AGREE II ได้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่าร้อยละ 80 ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 และแบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องขวาง จังหวัดแพร่ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 2) การนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มคือ (1) พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้คลอดจำนวน 7 คน และ (2) ผู้คลอดที่มาคลอดบุตรทางช่องคลอด โรงพยาบาลรื่องขวาง ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนมีนาคม 2568 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน 3) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดในระยะหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีปริมาณเลือดออกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในช่วง 2 ชั่วโมงแรกและ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยไม่พบภาวะตกเลือดในกลุ่มทดลอง ขณะที่กลุ่มควบคุมพบอุบัติการณ์ตกเลือดร้อยละ 6.7 พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ส่งผลต่อแนวโน้มที่ดีในการช่วยลดอุบัติการณ์การตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จึงสามารถนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดได้

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, การตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage is the most common obstetric emergency and a major cause of maternal mortality worldwide, especially during the first 2 hours after birth. This research and development study aimed to Development of a Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevention Postpartum hemorrhage in the first 2 hours after Birth at Rongkwang Hospital, Phrae Province, and evaluating the outcomes of the developed guidelines. The study was conducted in 3 phases: 1) Involved reviewing evidence-based practice development using the IOWA Model's 4 step process. The quality of the developed guidelines was assessed by 5 experts using the AGREE II instrument, achieving scores of over 80% in all domains and a CVI of 0.96 Furthermore, a questionnaire assessing registered nurses' opinions on the developed guideline for preventing early postpartum hemorrhage at Rongkwang Hospital achieved a CVI of 1.00. 2) Implemented the developed guidelines with two sample groups: (1) seven registered nurses in obstetric care, and (2) women who delivered vaginally at Rongkwang Hospital between October 2024 and March 2025. The sample size was determined to be 30 participants, divided into a control group and an experimental group (15 each). 3) Evaluate of the implementation. Data were analyzed using frequency, percentage, and the independent t-test to compare postpartum blood loss between the experimental and control groups. The results showed that the experimental group experienced significantly less blood loss than the control group during both the first 2 and 24 hours postpartum. No cases of PPH were found in the experimental group, while the control group had an incidence of 6.7%. Registered nurses expressed the highest level of agreement with the use of the guidelines. This study demonstrates that the developed nursing practice guidelines effectively prevent postpartum hemorrhage in the first 2 hours after birth and can be utilized as a standard nursing protocol.

KEYWORDS: Clinical Nursing Practice Guidelines, Postpartum hemorrhage in the first 2 hours after birth

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage: PPH) หมายถึง ภาวะที่มีเลือดออก ปริมาณตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป⁽¹⁾ หรือมี เลือดออกร่วมกับอาการแสดงของภาวะ hypovolemia ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด โดยนับรวมการเสียเลือด ช่วงเจ็บครรภ์คลอดด้วย^(1,2) ซึ่งภาวะดังกล่าวจัดเป็น ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อยที่สุด และเป็น สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในมารดาทั่วโลก โดยเฉพาะในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดซึ่งมีความ เสียสูงที่สุด และมากถึงร้อยละ 88 ของภาวะตกเลือด หลังคลอดเกิดขึ้นภายใน 4 ชั่วโมงหลังสิ้นสุดระยะที่ สามของการคลอด⁽³⁾ สาเหตุหลักของภาวะตกเลือด หลังคลอด ได้แก่ มดลูกไม่หดรัดตัว การฉีกขาดของ

ช่องทางคลอด ภาวะรกค้าง หรือความผิดปกติของการ แข็งตัวของเลือด โดยมดลูกหดรัดตัวไม่ดีเป็นสาเหตุที่ พบมากที่สุดถึงร้อยละ 80 ของภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด⁽¹⁾ในปี พ.ศ.2563 ระบุว่า อัตราส่วนการตายมารดาทั่วโลก 223 ต่อแสนการเกิด มีชีพ โดยการตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุหลักของ การเสียชีวิต⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 อัตราการเสียชีวิตของมารดาลดลงจาก 34.68 เหลือ 25.86 และ 21.40 ต่อแสนการเกิดมีชีพ แต่ยังคงพบว่าการตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุสำคัญ โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิต ของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดในปี พ.ศ.2565-2566 สูงถึงร้อยละ 27.27 และ 33.33 ตามลำดับ⁽⁵⁾

ภาวะตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของมารดาหลังคลอด โดยด้านร่างกายอาจทำให้เกิดภาวะซีด ภาวะช็อก ภาวะไตวาย หัวใจล้มเหลว เลือดไม่แข็งตัว และในรายที่รุนแรงอาจนำไปสู่การเสียชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่(6) มารดาบางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อน เช่น การชุดมดลูก หรือการตัดมดลูก เป็นต้น(3) ส่งผลให้ประสบการณ์การคลอดเป็นความทรงจำที่เจ็บปวด และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตในระยะยาว

แนวทางการจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ คือ การจัดการในระยะที่สามของการคลอดอย่างรวดเร็ว (Active management of third stage of labor: AMTSL)(7,8) ซึ่งในปี 2021 องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวทางการดูแลโดยใช้แนวคิด Early Detection and Treatment of PPH ผ่านชุดปฏิบัติแบบบูรณาการ E-MOTIVE Care Bundles โดยเริ่มดำเนินการเมื่อมีการสูญเสียเลือดตั้งแต่ 300 มิลลิลิตรขึ้นไป(9,10) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้คลอด จึงจำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นระบบ มีมาตรฐานเดียวกัน และครอบคลุมการดูแลในทุกระยะของการคลอด

โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ที่ให้บริการการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในทุกระยะของการคลอด โดยได้ดำเนินการตามแนวทาง AMTSL เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งจากข้อมูลสถิติในปีงบประมาณ 2565-2567 พบอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 2.38, 0.00 และ 3.23 ตามลำดับ(11) วิเคราะห์สาเหตุพบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีอยู่เป็นภาพรวมของการดูแลรักษาเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ยังไม่ครอบคลุมการป้องกันการตกเลือดทั้ง 4 ระยะ และไม่มีการใช้ AGREE II ในโรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งการประเมินปริมาณเลือดที่สูญเสียยังแตกต่างกันตามทักษะและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการ จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลัง

คลอด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวความคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติตามแบบจำลองของไอโอวา (Iowa Model)(12) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ชั้นระบุปัญหาจากการปฏิบัติงาน และองค์ความรู้ที่มีอยู่ 2) ชั้นทบทวนวรรณกรรม และรวบรวมงานวิจัยหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้แนวคิดของพีโค (PICO framework)(13) 3) ชั้นวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมินงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 4) ชั้นประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือ AGREE II(14) มาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นระบบ ครอบคลุม และสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกัน เสริมสร้างความมั่นใจในคุณภาพของการดูแลมารดาหลังคลอด และลดอุบัติการณ์ของภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่

ประชากร คือ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประกอบด้วยงานวิจัยและเอกสารที่ได้รับการยอมรับ

กลุ่มตัวอย่าง คือ หลักฐานเชิงประจักษ์คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ บทความวิจัยที่สืบค้นอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูล Joanna Briggs Institute (JBI) และ Cochran และงานวิจัยในประเทศจากฐานข้อมูล TCI ฐาน 1 และ 2 ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2016 - 2024

ระยะนี้ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ดำเนินการในรูปแบบและขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model⁽¹²⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นระบุปัญหาจากการปฏิบัติงาน และองค์ความรู้ที่มีอยู่ ซึ่งประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1) กำหนดปัญหา และขอบเขตของปัญหา โดยประชุมทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการ วิเคราะห์สาเหตุพบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีอยู่เป็นภาพรวมของการดูแลรักษาเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด อีกทั้งการประเมินปริมาณเลือดที่สูญเสียมีความแตกต่างกันตามทักษะและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ จึงกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดร่วมกัน โดยมีแนวทางแก้ไขด้วยการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด กำหนดผลลัพธ์ระยะสั้น คือ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความตรงเชิงเนื้อหาและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ รวมทั้งผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจ

กิจกรรมที่ 2) การจัดตั้งทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้วิจัยประสานกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพในทีมพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการ เพื่อร่วมเป็นทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ จำนวน 15 คน ประกอบด้วยแพทย์ จำนวน 3 คน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล จำนวน 1 คน หัวหน้างานคุณภาพ จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้

คลอด จำนวน 8 คน เกสัชกร จำนวน 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 1 คน เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลรื่องกวาง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นทบทวนวรรณกรรม และรวบรวมงานวิจัยหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แนวคิดของ PICO⁽¹⁴⁾ร่วมประชุมปรึกษา หรือทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักฐานข้อมูลต่างๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ

1) ฐานข้อมูลในการสืบค้น ผู้วิจัยได้สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ 3 ฐาน คือ PubMed, CINAHL และงานวิจัยในประเทศจากฐาน TCI ฐาน 1 และ 2 ผู้วิจัยได้สืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ 10 ปีย้อนหลัง ระหว่างค.ศ. 2014-2024 โดยใช้กรอบการสืบค้นของ PICO ดังนี้ คือ

P (Patient Population): มารดาที่คลอดทางช่องคลอดและเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

I (Intervention): การประเมินสัญญาณเตือนของการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอด ตั้งแต่แรกรับของ The California Maternal Quality Care Collaborative risk categories: CMQCC⁽¹⁵⁾ ประเมินการหดตัวของมดลูก การนวดคลึงมดลูก และปริมาณการสูญเสียเลือด

C (Comparison): เปรียบกับเกณฑ์มาตรฐานการประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอด

O (Outcome): ลดอุบัติการณ์การตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด และคุณภาพการพยาบาล

2) คำสำคัญในการสืบค้น (Key word) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นมี ดังนี้

2.1) Postpartum hemorrhage พ บ หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 18 บทความ

2.2) E-MOTIVE พ บ หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 15 บทความ

2.3) Clinical Nursing Practice Guideline พ บ หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 15 บทความ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมินงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ ภายหลังจากสืบค้นได้เอกสารงานวิจัยโดยใช้ Key words ดังกล่าว ผู้วิจัยได้คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับทีมพัฒนา ตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ของ Dicenso, A, Guyatt, G., & Ciliska, D, 2005⁽¹⁶⁾ ประกอบด้วย กระบวนการวิจัยมีคุณภาพ ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผลการวิจัยสามารถประยุกต์ใช้ตรงตามประเด็นปัญหาทางคลินิก และผลการวิจัยมีความคุ้มค่าที่จะนำไปใช้ ซึ่งผลการพิจารณาได้งานวิจัย 19 บทความ มีค่าคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ 3.85 หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์มีคุณภาพมาก ส่วนความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ได้พิจารณาตามเกณฑ์ระดับความน่าเชื่อถือของสถาบันโจนนาบริกส์⁽¹⁷⁾ พบว่างานวิจัยอยู่ในระดับ 1a 3 เรื่อง 2a 1 เรื่อง 1b 5 เรื่อง 2b 2 เรื่อง 2d 6 เรื่อง และ 4b 2 เรื่อง จากผลการวิเคราะห์งานวิจัยและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของสถาบันการศึกษาและสถานบริการต่างๆ คณะผู้วิจัยได้นำงานวิจัยที่ได้มาสังเคราะห์เพื่อพัฒนาเป็น “แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่”

ขั้นตอนที่ 4. ขั้นประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาร่างรูปแบบในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ ร่วมกับทีมพัฒนา เพื่อส่งตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ 2 ท่าน แพทย์ทั่วไป 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม 1 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความ และประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลด้วยเครื่องมือ AGREE II โดยมีหัวข้อของเครื่องมือจำนวน 23 ข้อ แบ่งตามหมวดหมู่เต็มรวม 6 หมวด และการประเมินแนวทางปฏิบัติในภาพรวมจำนวน 2 ข้อ ได้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่าร้อยละ

80 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ เมื่อหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 และแบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ ไปทดลองใช้

1) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ ที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปให้พยาบาลวิชาชีพทดลองใช้กับผู้คลอดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย แล้วนำมาปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทดลองใช้ให้เหมาะสม

2) ประชุมกลุ่มพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติชี้แจงวัตถุประสงค์การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติรับทราบ และขอความร่วมมือเข้าร่วมโครงการ รวมถึงการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ในระยะเวลา 6 เดือน

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรื่องกวาง และผู้คลอดที่มาคลอดบุตรที่ห้องคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ คือ

กลุ่มที่ 1 คือ พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 7 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก และคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง คือ ย้ายหน่วยงานในระหว่างเก็บข้อมูลจนสิ้นสุดโครงการ

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้คลอดที่มาคลอดบุตรทางช่องคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือน มีนาคม 2568 ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 กำหนดสกุลการทดสอบเป็น t test สถิติทดสอบคือผลต่างของค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Difference between two independent means; two groups) กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) อายุครรภ์ครบกำหนด 37 – 42 สัปดาห์ นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย 3) ตั้งครรภ์เดี่ยว 4) เป็นการตั้งครรภ์ปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ในระยะตั้งครรรภ์ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รกเกาะต่ำ ตกเลือดก่อนคลอด รกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นต้น 5) Hct. ก่อนคลอด $\geq 33\%$ และ 6) ยินดี และเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง กำหนดเกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้ 1) มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด เช่น มดลูกแตก มดลูกปลิ้น เป็นต้น 2) การคลอดผิดปกติหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด เช่น การคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ การเกิดสายสะดือย้อย เป็นต้น

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ 2 ด้าน ดังนี้ คือ

ผลลัพธ์ด้านพยาบาล มีการประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการ

พยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่

ผลลัพธ์ด้านผู้คลอด เปรียบเทียบอุบัติการณ์การตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ ซึ่งประกอบด้วย 1) ระยะรอคลอด 2) ระยะคลอด 3) ระยะคลอดรก และ 4) ระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

ส่วนที่ 4 ผลการคลอด

2. แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ และ

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามประเมินระดับความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับให้

เลือกตอบ คือ ตรงกับความคิดความรู้สึกมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ในการให้ความหมายของคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด

3.รายงานอุบัติการณ์การตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

การเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ และผู้คลอด ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
- 2) เปรียบเทียบปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดในระยะหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)
- 3) เปรียบเทียบอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ไคสแควร์ (Chi-square)
- 4) วิเคราะห์ผลความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติฯไปใช้โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ รหัสจริยธรรม COE No. 6/2567 ลงวันที่ 2 กันยายน 2567 และได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ร้อยแก้ว จังหวัดแพร่ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมโดยความสมัครใจ หรือถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา พร้อมทั้งยืนยันว่าข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างได้รับเอกสารชี้แจงสิทธิ และลงนามในใบยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดโรงพยาบาล ร้อยแก้ว จังหวัดแพร่ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะคลอดรก และระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ดังต่อไปนี้

ระยะรอคลอด: 1) แกร็บ คัดกรองความเสี่ยงตามแบบประเมินความเสี่ยงของ CMQCC เมื่อพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงให้ทำสัญลักษณ์ (Alert sign) ด้วยสติ๊กเกอร์สีแดง และเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือแต่ละระดับกลุ่มเสี่ยง ฝากคลอดอย่างใกล้ชิดตามมาตรฐานการดูแล 2) ตรวจ CBC เมื่อแรกรับ ถ้าพบ Hct < 30% รายงานแพทย์ 3) ตรวจสอบสุขภาพทารกในครรภ์ Electronic fetal monitoring เมื่อแรกรับ เพื่อเฝ้าระวังการเต้นผิดปกติของหัวใจทารกในครรภ์ 4) ตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม. และ ทุก 1-2 ชม. ในรายที่ถุงน้ำคร่ำแตกมาก่อนการเจ็บครรภ์ ต้องตรวจอุณหภูมิ และชีพจรบ่อยกว่านี้ และในรายที่มีความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ต้องวัดความดันโลหิตและชีพจรบ่อยกว่ารายปกติ พิจารณาตามความรุนแรงเป็นรายกรณี 5) ประเมินการหดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 1-2 ชม. ในระยะ Latent phase และทุก 30 นาที ในระยะ Active phase 6) ประเมิน FHR tracing เป็นระยะๆ ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยรายนั้นๆ เช่น ในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิด fetal acidosis แนะนำให้ประเมินซ้ำทุก 30 นาที ส่วนในครรภ์เสี่ยงสูงต่อการเกิด fetal acidosis แนะนำให้ประเมินซ้ำทุก 15 นาทีในระยะที่หนึ่งของการคลอด 7) การตรวจภายในควรตรวจในทุก 4 ชม. ในระยะ Latent phase และทุก 1-2 ชม. ในระยะ Active phase และพิจารณาตรวจในกรณีต่อไปนี้ คือ (1) เมื่อผู้คลอดเจ็บครรภ์มากขึ้น (2) เมื่อถุงน้ำคร่ำแตก (3) เมื่อการหดตัวของมดลูกรุนแรงและถี่มากขึ้น (4) เมื่อผู้คลอดมีความรู้สึกอยากเบ่ง หรืออยากถ่ายอุจจาระ เพื่อทราบว่าเป็นมดลูกเปิดหมดหรือยัง (5) เสียงหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ เป็นต้น ไม่ตรวจภายในบ่อยเกินไป จะกระทำเฉพาะเมื่อมีความจำเป็น

เท่านั้น 8) บันทึกการดำเนินการคลอดโดยใช้ WHO Partograph และลงบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด ให้ถูกต้อง ชัดเจน และต่อเนื่อง ถ้าเส้นกราฟตกจากเส้น Alert line 2 ซม. ให้รายงานแพทย์ทันที ไม่รอให้ตกเส้น Action line เพื่อหลีกเลี่ยงมดลูกอ่อนล้าหลังคลอด (Uterine atony) จากการคลอดยาวนาน 9) ในระยะ Active phase ดูแลให้ผู้คลอดดื่มน้ำทางปาก และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ อัตราการไหล 80-100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ระยะคลอด: 1) จัดท่าเบ่งคลอดท่า Lithotomy ให้ศีรษะสูง 2) ประเมินสัญญาณชีพมารดาทุก 30 นาที 3) ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาที 4) ประเมิน FHR tracing และประเมินซ้ำทุก 15 นาที ในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิด fetal acidosis ส่วนในครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด fetal acidosis ให้ประเมินซ้ำทุก 5 นาที ในระยะที่สองของการคลอด 5) ประเมินระยะเวลาการคลอดเมื่อปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร แนะนำให้เบ่งคลอด แต่ถ้าครรภ์แรกยังไม่คลอดภายใน 2 ชม. ครรภ์หลังยังไม่คลอดภายใน 1 ชม. ให้ประเมินการหดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจทารก และรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาช่วยเหลือการคลอดต่อไป 6) Early detection & trigger criteria ใส่ถุงตรวจเลือดเพื่อประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดได้ถูกต้อง แม่นยำ 7) ตัดฝีเย็บในรายที่จำเป็นเท่านั้น และควรตัดฝีเย็บเมื่อเห็นส่วนศีรษะทารกโผล่มาที่ปากช่องคลอด (Head crown) เห็นฝีเย็บโป่งตึง มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 3-4 เซนติเมตร เพื่อให้เส้นเลือดบริเวณปากช่องคลอดถูกตัดน้อยที่สุด เพื่อลดการสูญเสียเลือด 8) ภายหลังทารกคลอด ให้ Oxytocin 10 ยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทันทีตามหลัก AMTSL

ระยะคลอดรก: 1) ทำคลอดรกด้วยวิธี Controlled cord traction 2) วัดสัญญาณชีพหลังรกคลอด 3) Massage of Uterine คลึงมดลูกทันทีหลังรกคลอดนาน 1 นาที ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง หรือจนกว่ามดลูกจะหดตัวดี ประคบเย็นบริเวณหน้าท้องส่วนล่างด้วยแผ่นเจลเย็นขนาด 20 x 20 ซม. ห่อด้วยผ้าฝ้ายหนึ่งชั้นก่อนวางบนหน้าท้องที่ท้องน้อยบริเวณมดลูกหลังคลอด โดยยึด

ตำแหน่งของกระดูกหัวหน้า (pubic symphysis) เป็นจุดอ้างอิง แผ่นเจลเย็นถูกแช่แข็งอย่างน้อย 4 ชั่วโมงก่อนใช้ ถ้าตรวจพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี ร่วมกับวัดปริมาณการสูญเสียเลือดได้ถึง 300 มล. ให้รายงานแพทย์ประเมินอาการ และพิจารณาให้การรักษาด้วยยา Oxytocin 20-40 unit in NSS 1,000 ml iv drip 120 ml/hr ปรับตามน้ำหนักตัว และ Volume loss (Oxytocic drug, IV fluid) 4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของรกและเยื่อหุ้มรก

ระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด: 1) ตรวจสอบช่องทางคลอด แผลฝีเย็บ เย็บซ่อมแซมช่องทางคลอด และแผลฝีเย็บ และไล่ก้อนเลือดให้ออกจากโพรงมดลูกให้หมด 2) วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง จนกระทั่งอยู่ในช่วงปกติ 3) ประเมินอาการ อาการแสดงของการเสียเลือด เช่น ใจสั่น หน้ามืด เหงื่อแตก ตัวเย็น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น 4) ตรวจสอบการหดตัวของมดลูกและคลึงมดลูกนาน 1 นาที ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง หรือจนกว่ามดลูกจะหดตัวดี ประคบเย็นบริเวณหน้าท้องส่วนล่างต่อเนื่อง 2 ชั่วโมง แผ่นเจลเย็นถูกแช่แข็งอย่างน้อย 4 ชั่วโมงก่อนใช้ และเปลี่ยนใหม่ทุก 30 นาที จนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด 5) ประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดจากการซั่งน้ำหนักผ้าอนามัยเพื่อวัดปริมาณการเสียเลือดโดยเทียบน้ำหนัก 1 กรัม = 1 มล. พร้อมทั้งบันทึกในแบบบันทึกการประเมินมารดาในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด หรือหากมีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมากให้ตรวจภายใน ล้วง Blood clot เพื่อประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดและรายงานแพทย์ 6) Examination and escalation ประเมินการตกเลือดตามแบบบันทึก โดยการใช้หลัก 4T's และให้การพยาบาลตามสาเหตุการตกเลือด พร้อมรายงานแพทย์

2. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ วิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลร่งกวาง พบว่า ร้อยละ 42.9 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 85.7 เป็นพยาบาลประจำการ และมีการศึกษาระดับปริญญาตรี

ร้อยละ 100 ไม่เคยอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการผดุงครรภ์ และร้อยละ 42.9 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้คลอด 11-20 ปี

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้คลอดที่มาคลอดบุตรทางช่องคลอด โรงพยาบาลร่งกวาง นำเสนอดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		t	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)	25.80±7.47		25.13±4.93		0.289	0.775
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 19	4	26.7	2	13.3		
20-29	7	46.7	9	60.0		
30-39	3	20.0	4	26.7		
มากกว่าหรือเท่ากับ 40	1	6.7	0	0.0		
ลำดับการตั้งครรภ์						
ครรภ์ที่ 1	5	33.3	3	20.0		
ครรภ์ที่ 2	0	0.0	3	20.0		
ครรภ์ที่ 3	6	40.0	4	26.7		
ครรภ์ที่ 4	3	20.0	1	6.7		
ครรภ์ที่ 5 ขึ้นไป	1	6.7	4	26.7		
ประวัติการแท้ง						
เคย	0	0.0	5	33.3		
ไม่เคย	15	100.0	10	66.7		

P<0.05

ตาราง 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด พบว่า กลุ่มควบคุม ร้อยละ 46.7 มีอายุระหว่าง 20-29 ปี (25.80±7.47) ร้อยละ 40.0 มีลำดับการตั้งครรภ์ครรภ์ที่ 3 ทุกคนไม่เคยมีประวัติ

การแท้ง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 60.0 มีอายุระหว่าง 20-29 ปี (25.13±4.93) ร้อยละ 26.7 มีลำดับการตั้งครรภ์ครรภ์ที่ 3 และร้อยละ 33.3 เคยมีประวัติการแท้ง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ตาราง 2 เปรียบเทียบปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดในระยะหลังคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด ในระยะหลังคลอด	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		t	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก	264.73±299.19		119.33±58.85		1.847	0.084
น้อยกว่า 300 มิลลิลิตร	10	66.7	15	100.0		
300-500 มิลลิลิตร	4	26.7	0	0.0		
501-1,000 มิลลิลิตร	0	0.0	0	0.0		
มากกว่า 1,000 มิลลิลิตร	1	6.7	0	0.0		

ปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด ในระยะหลังคลอด	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		t	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก	501.67±588.17		262±99.53		1.552	0.142
น้อยกว่า 300 มิลลิลิตร	6	40.0	11	73.3		
300-500 มิลลิลิตร	7	46.7	4	26.7		
501-1,000 มิลลิลิตร	1	6.7	0	0.0		
มากกว่า 1,000 มิลลิลิตร	1	6.7	0	0.0		

P<0.05

ตาราง 2 แสดงข้อมูลปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด พบว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 66.7 มีเลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 300 มิลลิลิตร แต่มีเลือดออกทางช่องคลอดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตรร้อยละ 6.7 ซึ่งเป็นรายเดียวกันกับในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

กลุ่มทดลองในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ร้อยละ 100 มีเลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 300 มิลลิลิตร และในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดร้อยละ 73.3 มีเลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 300 มิลลิลิตร ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ตาราง 3 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=30)

อุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		X ²	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก						
เกิดอุบัติการณ์	1	6.7	0	0.0	1.034	0.5 ^a
ไม่เกิดอุบัติการณ์	14	93.3	15	100.0		
ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก						
เกิดอุบัติการณ์	1	6.7	0	0.0	1.034	0.5 ^a
ไม่เกิดอุบัติการณ์	14	93.3	15	100.0		

a=Fisher's Exact Test

ตาราง 3 แสดงข้อมูลอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด พบว่า กลุ่มควบคุม ในระยะ 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด พบอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด 1 ราย ซึ่งเป็นรายเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ

6.7 กลุ่มทดลองในระยะ 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดร้อยละ 100 ไม่เกิดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด

ตาราง 4 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นาฬิกา (n=7)

ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นาฬิกา	M	SD	ระดับความคิดเห็น
1. ใช้ภาษาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย	5.00	0.00	เห็นด้วยมากที่สุด
2. นาฬิกาปฏิบัติการพยาบาลมีความถูกต้อง ชัดเจน และครอบคลุมทุก ระยะของการคลอด	5.00	0.00	เห็นด้วยมากที่สุด
3. สะดวกเหมาะสมกับการใช้งาน มีความคล่องตัว เร็วไว ไม่ติดขัด เมื่อใช้นาฬิกาปฏิบัติการพยาบาล	5.00	0.00	เห็นด้วยมากที่สุด
4. มีความง่ายต่อการนำนาฬิกาปฏิบัติการพยาบาลไปใช้	5.00	0.00	เห็นด้วยมากที่สุด

ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ	M	SD	ระดับความคิดเห็น
5. เป็นเครื่องมือช่วยตัดสินใจปฏิบัติกรพยาบาล โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน	4.86	0.38	เห็นด้วยมากที่สุด
6. สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	5.00	0.00	เห็นด้วยมากที่สุด
7. สามารถช่วยเหลือมารดาหลังคลอดเมื่อเกิดปัญหาได้ทันทั้งที่	5.00	0.00	เห็นด้วยมากที่สุด
8. สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปส่งต่อเพื่อวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว	5.00	0.00	เห็นด้วยมากที่สุด
9. เป็นประโยชน์ทางการพยาบาล	5.00	0.00	เห็นด้วยมากที่สุด
10. ภาพรวมความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด รพ. ร้อยแก้ว จ.แพร่	5.00	0.00	เห็นด้วยมากที่สุด

ตาราง 4 แสดงข้อมูลความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด (5.00 ± 0.00) มีเพียงหัวข้อที่ 5 เป็นเครื่องมือช่วยตัดสินใจปฏิบัติกรพยาบาล โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน มีคะแนนรองลงมาตามลำดับ (4.86 ± 0.38)

อภิปรายผล การอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 มีการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลร้อยแก้ว จังหวัดแพร่ โดยอิงแนวคิด AMTSL, E-MOTIVE Care Bundles และ IOWA Model⁽¹²⁾ รวมทั้งการประเมินคุณภาพด้วย AGREE II⁽¹⁴⁾ และได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 นำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลร้อยแก้ว เมื่อดำเนินการโดยทีมสหสาขา มีส่วนร่วมตลอด 4 ระยะของการคลอด ทำให้เกิดการยอมรับ และสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการยกระดับมาตรฐานการพยาบาล และลดความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภคินี ขุนเศรษฐ์ ที่รายงานว่า ภายหลังจากใช้นโยบายปฏิบัติกรพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มารดามีปริมาณการสูญเสียเลือดภายหลังคลอดน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.43) มี

การหดตัวของมดลูกดี สรุปได้ว่า แนวปฏิบัติมีความเหมาะสม สามารถนำมาใช้ได้ง่าย เป็นประโยชน์ และสามารถนำมาใช้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้⁽¹⁸⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริโสภา คำเครือ และคณะ ที่รายงานว่า หลังใช้นโยบายปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลงจากร้อยละ 3.02 ในปี 2558 เป็น 2.62 ในปี 2559 ไม่พบภาวะช็อกจากภาวะตกเลือดหลังคลอด การพัฒนาแนวปฏิบัติจึงเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่ใช้ในการดูแลมารดาคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้⁽¹⁹⁾

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่า การใช้นโยบายปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลร้อยแก้ว จังหวัดแพร่ ที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีปริมาณเลือดออกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ทั้งในระยะ 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และไม่พบอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอด แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ซึ่งครอบคลุมการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบตามแบบประเมินของ CMQCC การดูแลการคลอดทุกระยะตามมาตรฐาน การใช้นโยบาย AMTSL และ E-MOTIVE Care Bundles การประเมินการเสียเลือดด้วยถุงตวงเลือด และการชั่งน้ำหนักผ้าอนามัยเพื่อประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดได้แม่นยำ การนัดคลี

มดลูกหลังคลอดทันทีนาน 1 นาที ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง หรือจนกว่ามดลูกจะหดตัวดี และการประคบเย็นบริเวณหน้าท้องส่วนล่างต่อเนื่อง 2 ชั่วโมง ตลอดจนการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนส่งผลให้สามารถลดการเสียเลือดและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุทธิพร พรหมจันทร์ และคณะ ที่รายงานว่า กลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติใหม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการประเมินความเสี่ยงที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม การให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ การดูแลการคลอดตามมาตรฐานร่วมกับการใช้ active management การประเมินปริมาณเลือดออกโดยถุงตวงเลือด และการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง การมีแนวทางที่ชัดเจนส่งผลให้พยาบาลให้การพยาบาลผู้คลอดอย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้คลอดได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ⁽²⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพนิต ปัญญาภุ และคณะ ที่รายงานว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลเลย ที่ครอบคลุมทุก กระยะของการคลอดสามารถลดอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ลดจำนวนผู้คลอดที่มีการเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร และไม่พบอุบัติการณ์ช็อกจากการเสียเลือด และการตัดมดลูก⁽²¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรธรณี แก้วคงธรรม ที่พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกมีปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดน้อยกว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้นครอบคลุมทุกกระยะของการคลอด และใช้การประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้การติดตามปริมาณการเสียเลือดหลังคลอดน้อยลง และสามารถป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ รูปนพ ธนสมทบชนมน และคณะ ที่พบว่า การประคบเย็นบริเวณหน้าท้องส่วนล่างหลังคลอดจนถึง 2 ชั่วโมง สามารถลดการ

สูญเสียเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นว่าการใช้วิธีดังกล่าวเป็นมาตรการทางการพยาบาลที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างชัดเจน⁽²³⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปทุมมา กังวานตระกูล และอ้อยอิน อินยาศรี ที่พบว่า การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดไปใช้จริงสามารถลดปริมาณการเสียเลือดเฉลี่ยในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเท่ากับ 164 มิลลิลิตร (164.00 ± 81.096) และไม่พบการตกเลือดภายในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด⁽²⁴⁾

ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด (5.00 ± 0.00) ถึงแม้หัวข้อที่ 5 เป็นเครื่องมือช่วยตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน จะมีคะแนนรองลงมา (4.86 ± 0.38) แต่ยังคงอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด สะท้อนถึงความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติที่ได้รับการพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และการประเมินด้วยเครื่องมือ AGREE II พร้อมทั้งปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลรื่องกว้าง กระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทีมสหสาขามีส่วนร่วมตั้งแต่การออกแบบจนถึงการปฏิบัติจริงตลอด 4 ระยะของการคลอด ทำให้พยาบาลเกิดความตระหนักถึงความเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติ ส่งผลต่อการปฏิบัติในทิศทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ทั้งนี้ การดำเนินการดังกล่าวช่วยให้ผู้คลอดได้รับการดูแลที่เป็นระบบ ปลอดภัย และไม่พบอุบัติการณ์การตกเลือดภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ ปทุมมา กังวานตระกูล และอ้อยอิน อินยาศรี ที่พบว่าความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในห้องคลอดโรงพยาบาลอุดรธานี หัวข้อที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ สามารถนำไปใช้ได้จริง (4.73 ± 0.456) และรองลงมาคือ เป็นประโยชน์ทางการพยาบาล (4.59 ± 0.503) และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

(4.50 ± 0.512)⁽²⁴⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยาพร วิเชียรชัย ที่พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ห้องคลอดโรงพยาบาลกมลาไสย พึงพอใจมากที่สุด 3 ลำดับแรกเท่ากัน คือ เนื้อหาที่มีความครอบคลุม มีความชัดเจนกว่าแนวปฏิบัติเดิม และมีประโยชน์ทางการพยาบาล (4.86 ± 0.350) สามารถช่วยเหลือมารดาในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้⁽²⁵⁾

สรุป แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลรื่องขวาง มีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้จริง และก่อให้เกิดประสิทธิผลในการลดปริมาณการเสียเลือด และป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยไม่พบอุบัติการณ์การตกเลือดภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยมากที่สุดต่อการใช้แนวปฏิบัติ สะท้อนถึงความเป็นไปได้และประโยชน์ทางการพยาบาล ตลอดจนการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาที่ช่วยเสริมความตระหนักในความเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติ และนำไปสู่การปฏิบัติที่มีคุณภาพและยั่งยืน สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้าในหลายบริบทที่ยืนยันถึงประสิทธิผล ความเหมาะสม และความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยควรปรับให้เหมาะสมกับศักยภาพของบุคลากร ทรัพยากร และจำนวนผู้รับบริการ เพื่อให้การปฏิบัติจริงเกิดประสิทธิผลสูงสุด
2. สามารถจัดทำเป็น Standard Operating Procedure (SOP) สำหรับงานการพยาบาลผู้คลอด เพื่อให้บุคลากรทุกระดับสามารถปฏิบัติได้ในทิศทางเดียวกัน ลดความคลาดเคลื่อน และสอดคล้องกับนโยบายและมาตรฐานความปลอดภัยขององค์กร

3. ควรสนับสนุนการนำมาตรฐาน AMTSL และ E-MOTIVE ไปใช้ในสถานบริการ เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างทันเวลา

4. ควรมีการติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านประสิทธิภาพในการลดการตกเลือด และความพึงพอใจของผู้คลอดและบุคลากร เพื่อสร้างความยั่งยืนในการปฏิบัติ

5. ควรจัดฝึกอบรมและสร้างความเข้าใจแก่ทีมสหสาขาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้และความเป็นเจ้าของร่วม ทำให้การปฏิบัติเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำแนวปฏิบัติไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่และหลากหลาย เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความทั่วไปของผลการวิจัย

2. ควรประเมินผลในระยะ 48 ชั่วโมง หรือ 1 สัปดาห์หลังคลอดขึ้นไป เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ และวิเคราะห์ความคงทนของผลลัพธ์

3. ควรพัฒนาเครื่องมือดิจิทัล เช่น ระบบแจ้งเตือน E-MOTIVE / mHealth เพื่อช่วยให้บุคลากรสามารถติดตามและดูแลผู้คลอดได้อย่างเป็นระบบ และเพิ่มความแม่นยำในการบันทึกข้อมูลการเสียเลือด

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด RTCOG Clinical Practice Guideline Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 1 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-020.pdf>

2. กลุ่มอนามัยมารดาและเด็กปฐมวัย กรมอนามัย. วิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาของประเทศไทยปีงบประมาณ 2567. [ออนไลน์]. 2567[เข้าถึงเมื่อ วันที่ 2 ม.ค. 2568] เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2568F/IDC32/OPDC2568_IDC3-2_01-1.pdf
3. ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน. [ออนไลน์]. 2566[เข้าถึงเมื่อวันที่ 9.พ.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก : <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2023>
4. Michelet D, et al. Emergency hysterectomy for life-threatening postpartum hemorrhage: Risk factors and psychological impact Gynecol Obstet Fertil 2015;43(12):773-779.
5. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. WHO handbook for guideline development. Geneva, World Health Organization. [Online].2012[cited 2024 May 1]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf
6. ชีระ ทองสง, สุพัตรา ศิริโชติยะกุล. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ลักษมีรุ่ง; 2564.
7. World Health Organization. WHO recommendation on Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum haemorrhage. [Online]. 2021[cited 2024 May 9]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340796/9789240013841-eng.pdf?sequence=1>
8. Gallos I, et al. Randomized Trial of Early Detection and Treatment of Postpartum Hemorrhage. The New England Journal of Medicine. [Online]. 2023[cited 2024 May 24]; 389(1): [11-21] Available from:<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2303966>
9. งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลรื่องขวาง. สถิติรายเดือนปี 2564-2566. (ม.ป.ท.)
10. Titter, M G. Kleiber, F C, Steelman, V. J, Rakel, B. A, Budreau G, Everett O, et al The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. Critical Care Nursing Clinics of North America. [Online].2001[cited 2024 May 24]; 13(4): [497-509] Available from:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0899588518300170?via%3Dihub>
11. Hosseini MS, et al. Formulating research questions for evidence-based studies. Journal of Medicine, Surgery, and Public Health. [Online]. 2024[cited 2024 Sep 2]; 2(100046) : [1-5] Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949916X23000464?via%3Dihub>
12. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II). [ออนไลน์]. 2556[เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/09/Thai-AGREE-II.pdf>
13. Bingham D, Melsop K, Main E. CMOCC OB Hemorrhage care Guidelines Checklist. OB Hemorrhage Toolkit. [Online]. 2010[cited 2024 May 24]: Available from: <https://pqcnc-documents.s3.amazonaws.com/aim/aimexpert/PQCNCOBHCMQCCObstetricHemorrhageImplementationGuide2010.pdf>
14. DiCenso A Guyatt G, Ciliska D. Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice. [Online]. 2005[cited 2024 May 1]: Available from: https://books.google.is/books?id=7Z5AWUuT9zwC&printsec=frontcover&hl=is&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
15. Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence. [Online]. 2013[cited 2024 May 24]: Available from:https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf

16. ภคินี ขุนเศรษฐ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกในมารดาที่ คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา. วารสารวิจัยการพยาบาลและ สาธารณสุข. [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 9 ก.ค. 2567];2(1): [83-99] เข้า ถึง ได้ จาก <https://he02.tci-thajjo.org/index.php/jnphr/article/view/252220/171701>
17. ศิริโสภาก คำเครือ, ทศนีย์ ศรีสุวรรณ, รุณราภรณ์ แก้วบุญเรือง. การพัฒนาแนวปฏิบัติ การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูน. วารสารส่งเสริมสุขภาพและ อนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา.[ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 9 ก.ค. 2567];8(1): [46-57] เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thajjo.org/index.php/lannaHealth/article/view/244139/165772>
18. สุทธิพร พรหมจันทร์, น้องขวัญ สมุทธจักร, จรรยา แก้วใจบุญ. ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 ส.ค. 2567];22(2): [69-81] เข้า ถึง ได้ จาก <https://he01.tci-thajjo.org/index.php/bcnpy/article/view/250225/169706>
19. สุพนิต ปัญญา และคณะ. การพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลัง คลอด 2 ชั่วโมงแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลเลย. ชัยภูมิเวชสาร. [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 9 ส.ค. 2567];42(2): [105-117] เข้าถึงได้ จาก <https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/12822/10808>
20. วรณี แก้วคงธรรม. ประสิทธิภาพของการใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตก เลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพัทลุง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ. [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 9 ก.ค. 2567];2(3): [37-47] เข้าถึงได้ จาก <https://he02.tci-thajjo.org/index.php/HJST/article/view/247204/168544>
21. ฐปนพ ธนสมทบชนมน, สาธิตา จันทนวิสัย, ภัทรพร ตั้งกิริติชัย. การวางประคบเย็นบริเวณหน้าท้อง ส่วนล่างหลังคลอดทารกเพื่อลดการสูญเสียเลือดใน มารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด: การศึกษาแบบ สุ่มมีกลุ่มเปรียบเทียบ. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology. [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 9 ส.ค. 2567];30(3): [162-168] เข้าถึงได้จาก https://doi.nrct.go.th/admin/doc/doc_624372.pdf
22. ปทุมมา กังวานตระกูล และอ้อยอิน อีนยาศรี. การ พัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อป้องกันการตก เลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี กรุงเทพ. [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 9 พ.ค. 2567];33(2): [121-134] เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thajjo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/110352/86547>
23. จรรยาพร วิเชียรชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการ พยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมง แรกหลังคลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลกมลาไสย. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์ สุขภาพ. [ออนไลน์]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 9 พ.ค. 2567];3(3): [396- 404] เข้า ถึง ได้ จาก <https://he04.tci-thajjo.org/index.php/AJNHS/article/view/678/307>

ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน ผ่านเครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์ต่อการรับรู้
ความสามารถตนเองและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยของหญิงตั้งครรภ์
โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่

Effects of a self-efficacy development program through social media
networks on self-efficacy and intention to exclusively breastfeed of
pregnant women at Hang Dong Hospital, Chiang Mai Province

บุญรักษา ญาณสาร

Boonraksa Yanasan

โรงพยาบาลหางดง

Hangdong Hospital

Corresponding author, E-mail: boonraksa1754@gmail.com

(Received: August 3, 2025; Revised: October 27, 2025; Accepted: December 22, 2025)

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีแนวโน้มลดลงจากการที่มารดาหลังคลอดขาดความรู้ ความมั่นใจ และการไม่ได้รับข้อมูลความรู้เพียงพอในระยะตั้งครรภ์ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง และระยะติดตามผล 1 เดือนมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนผ่านเครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์ต่อการรับรู้ ความสามารถตนเองและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ 2) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยการสื่อสารผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต 3) เพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยการสื่อสารผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ชาวไทย จำนวน 39 คน เลือกรandomized แบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแบบประเมินความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอนผ่านสื่อเฟซบุ๊ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำการทดสอบสมมติฐาน ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลง จึงทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยใช้ สถิติ Repeated Measures ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง และระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.5) ในระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่แตกต่างจากหลังการทดลอง ($p=1.000$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนการใช้โปรแกรมดังกล่าว ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอด จนถึงการติดตามผลในระยะหลังคลอด จะช่วยให้เกิดความยั่งยืนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง 6 เดือนได้

คำสำคัญ: การพัฒนาสมรรถนะแห่งตน, การรับรู้ความสามารถตนเอง, ความตั้งใจเลี้ยงนมแม่

ABSTRACT

Currently, breastfeeding trends are declining due to postpartum mothers' lack of knowledge, confidence, and insufficient information received during pregnancy. This quasi-experimental research employed a one-group pretest-posttest design with 1-month follow-up. The objectives were: 1) to study the effects of a self-efficacy development program through online social media networks on self-efficacy perception and intention for exclusive breastfeeding among pregnant women at Hang Dong Hospital, Chiang Mai Province; 2) to compare breastfeeding self-efficacy before the intervention, after the intervention, and at follow-up through internet network communication; and 3) to compare breastfeeding intention before the intervention, after the intervention, and at follow-up through internet network communication. The sample consisted of 39 Thai pregnant women selected through purposive sampling. Data were collected using questionnaires including personal information, the Breastfeeding Self-Efficacy Scale, and the Breastfeeding Intention Assessment Scale. Education was delivered through Facebook media. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and hypothesis testing. The results of preliminary assumption testing for data distribution met the requirements, so research hypotheses were tested using Repeated Measures ANOVA statistics.

The research findings revealed that after the intervention and at follow-up, the mean scores for breastfeeding self-efficacy perception and breastfeeding intention were significantly higher than before the intervention (p -value < 0.05). At follow-up, the mean scores for breastfeeding self-efficacy perception and breastfeeding intention were not significantly different from post-intervention scores ($p = 1.000$). The research results demonstrate that supporting the use of such programs from pregnancy through postpartum and follow-up periods can help achieve sustainability in continuous exclusive breastfeeding for 6 months

Keywords: self-efficacy development, self-efficacy perception, breastfeeding intention

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีแนวโน้มลดลง สถิติในประเทศไทยพบว่า ปี พ.ศ. 2566 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คิดเป็นร้อยละ 60.36 ลดลงจากปีพ.ศ.2565 ร้อยละ 1.2 ในส่วนของเขตภาคเหนือ เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย และแม่ฮ่องสอน มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยที่สุดซึ่งสถิติของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2566 คือร้อยละ 60.36 แต่เขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงร้อยละ 50.31 ลดลงจาก ปี พ.ศ.2565 ร้อยละ 2.16 ซึ่งจังหวัดเชียงใหม่ถือว่าเป็นเขตจังหวัดที่มีความเสี่ยงสูง โดยปี พ.ศ.2566 พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีเพียงร้อยละ 38.2 ซึ่งน้อยที่สุดในเขตสุขภาพที่ 1 และ

ลดลงจากปี พ.ศ.2565 ร้อยละ 0.05⁽¹⁾ จากรายงานข้อมูลอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ย้อนหลัง 3 ปีของโรงพยาบาลหางดง พบว่ามีแนวโน้มที่ลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ.2564 ถึง 2566 พบร้อยละ 68.5, 67.6, และ 60.96 ตามลำดับ (รายงานข้อมูลอนามัยแม่และเด็ก รพ. หางดง) ความสำคัญของน้ำนมแม่ที่มีต่อลูกนั้นมากมาย เช่น นมแม่มีสารอาหารจำเป็นมากกว่า 200 ชนิด และมีสัดส่วนที่เหมาะสมทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ นมแม่มีโปรตีน แลคโตส และกรดไขมันจำเป็นที่ช่วยเสริมสร้างสมอง จอตา และแผ่นหุ้มเส้นประสาท⁽²⁾ แลคโตสมีความสำคัญต่อการพัฒนาสมองและระบบประสาท รวมถึงวิตามิน แร่ธาตุ ฮอรัโมน และเอนไซม์ต่าง ๆ ที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา และภูมิคุ้มกัน⁽²⁾ นอกจากนี้ น้ำนมแม่ยังเหมาะสมกับระบบทางเดินอาหารและไตของทารก

ที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ และมีการปรับเปลี่ยนตามความต้องการของลูกในแต่ละช่วงวัย มีสารต้านอนุมูลอิสระและจุลินทรีย์ดีที่ช่วยระบบทางเดินอาหารโดยเฉพาะในน้ำนมเหลือง (colostrum) ที่หลั่งออกมาในช่วงแรกหลังคลอดที่มีสารอาหารและภูมิคุ้มกันสูงเปรียบเสมือนวัคซีนหยดแรก ช่วยป้องกันโรคติดเชื้อต่าง ๆ เช่น ท้องเสีย ทางเดินหายใจ และหูอักเสบ เป็นต้น นอกจากนี้การให้นมแม่ยังเสริมสร้างสายใยรัก และความผูกพันระหว่างแม่กับลูกจากการสัมผัสใกล้ชิดและการสื่อสารทางอารมณ์โดยตรง^(3,4)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำโดยภาพรวมผ่านการจัดทำเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เวทีวิชาการทั้งในกลุ่มบุคลากร กลุ่มแม่ กลุ่มครอบครัว การสื่อสารทางสื่อสังคม พบว่า มารดาหลังคลอดขาดความมั่นใจจากการที่ไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอในระยะก่อนคลอด การไม่ได้รับการกระตุ้นวงจรการสร้างน้ำนมในระยะแรกเกิด เช่น ไม่ได้โอบกอดเนื้อแนบเนื้อภายในชั่วโมงแรกหลังเกิด การได้รับยาหรือหัตถการในกระบวนการคลอดโดยเฉพาะการผ่าตัดคลอด เป็นต้น นอกจากนี้การไม่มีระบบช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการให้นมระยะแรกที่มีประสิทธิภาพ ทารกป่วยไม่ได้กินนมแม่ ในทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกพิการต่าง ๆ การไม่ตระหนักถึงอันตรายเมื่อเลี้ยงลูกด้วยนมผสม ไม่มีสถานที่เอื้ออำนวยให้แม่สามารถให้นมแม่ได้ การที่ไม่รู้วิธีการให้น้ำนมแม่อย่างเพียงพอเมื่อแม่ต้องกลับไปทำงาน การที่แม่ไม่เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเพียงพอ 6 เดือนเต็ม⁽⁵⁾ นอกจากนี้ ปัจจัยด้านครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ทศนคติ การศึกษา รายได้ในครัวเรือน ความรู้ ความตระหนักถึงความสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาชีพของมารดาทำให้ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเพียงพอได้ รวมถึงความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับการให้น้ำและอาหารเสริม⁽⁶⁾ ปัญหาที่เกิดขึ้นของภาครัฐในการขับเคลื่อนการออกพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาด

อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ได้มีการดำเนินการที่ไม่เข้มงวดและขาดการทำงานเชิงรุก⁽⁵⁾จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ด้วยวิธี Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) ในพ.ศ.2558-2559 สนับสนุนโดยองค์การยูนิเซฟประเทศไทย พบว่าแม่ในช่วงจะกลับบ้านหลังคลอดกว่าร้อยละ 95 ให้นมแม่ แต่เมื่อติดตามถึงอายุ 4 เดือน เหลือเพียงไม่ถึงร้อยละ 60 ที่ยังคงกินนมแม่⁽⁵⁾จากสภาพปัญหาดังกล่าวการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนจึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์จึงควรตระหนักและดำเนินการแก้ไขต่อไป

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา⁽⁷⁾ คือความเชื่อมั่นในความสามารถของแต่ละบุคคลว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ โดยการส่งเสริมผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่งคือ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง(performance accomplishments) ที่ส่งผลให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น(vicarious experiences) ที่มีความคล้ายคลึงกับตนเองก็จะคล้ายตามว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้เช่นกัน 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) การพูดชมเชยให้กำลังใจเป็นการเพิ่มแรงเสริมในการปฏิบัติและเป็นการชักจูงให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) หากบุคคลมีความรู้สึกสุขสบาย ผ่อนคลายอาจส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น และจากหลาย ๆ การศึกษาที่ประยุกต์การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ศึกษาในมารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง⁽⁸⁾ และในมารดาหลังคลอดด้วยรูน ซึ่งผลการวิจัยพบว่ามารดามีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเพียงพอในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม⁽⁹⁾ นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์และเกิดความมั่นใจใน

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีผลโดยตรงต่อความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน^(10,11,12,13,14)

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ควรเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์เพื่อสร้างความตระหนักและทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเป็นช่วงเวลาที่น่าจะมีความพร้อม ยังไม่มีความเจ็บปวดและความเครียดใดๆ ในระยะแรกหลังคลอด⁽¹⁵⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนผ่านเครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์ในส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย ผ่านสื่อออนไลน์น่าจะมีส่วนช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สะดวกใจในการรับความรู้ และสามารถติดต่อสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽¹⁶⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบของเทคโนโลยีที่ปกติตัวผู้ใช้ออยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะสมาร์ตโฟน และโปรแกรมประยุกต์ 11 แอปพลิเคชันไลน์ (application: LINE) บนโทรศัพท์มือถือซึ่งเป็นที่ได้รับความนิยมทั่วโลกและเป็นแอปพลิเคชันที่เปิดให้ใช้ฟรีโดยไม่เสียค่าบริการ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความมั่นใจและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และทำให้แม่เกิดความตระหนักในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอดต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนผ่านเครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์ต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยการสื่อสารผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

3. เพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยการสื่อสารผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

คำถามการวิจัย

ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนผ่านเครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ หรือไม่

สมมติฐาน

1. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่าก่อนการทดลอง และไม่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับระยะหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนผ่านเครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์ต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลหางดงจังหวัดเชียงใหม่ เป็นโปรแกรมที่ใช้แนวคิดของทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social cognitive theory ของ Albert Bandura) เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ซึ่งจะใช้การติดต่อสื่อสารผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ได้แก่ แอปพลิเคชันไลน์ Facebook

ตัวแปรต้น

กิจกรรมมี จำนวนทั้งหมด 4 ครั้งๆ ละ 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้เรื่องนมแม่

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้ในเรื่องการกระตุ้นการสร้างน้ำนม

ครั้งที่ 3 การให้ความรู้ในเรื่องการเก็บน้ำนมเมื่อต้องไปทำงาน

ครั้งที่ 4 ความสำเร็จจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่



ตัวแปรตาม

- การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) มีกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม เป็นหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยครรภ์แรกหรือหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ถึง 6 เดือนในบุตรคนก่อน ที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลทางดง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา⁽⁷⁾ ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผ่านเครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์ ติดตามประเมินผลในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ชาวไทย ที่มารับบริการคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลทางดง จังหวัดเชียงใหม่ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยครรภ์แรกหรือหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ถึง 6 เดือนในบุตรคนก่อน 2) ตั้งครรภ์ปกติไม่มีภาวะตั้งครรภ์เสี่ยงสูง 3) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนทุกครั้ง 5) มีอุปกรณ์สื่อสารที่สามารถใช้สื่อสารใน

กิจกรรม และสามารถใช้แอปพลิเคชันได้ เกณฑ์การคัดออกจากงานวิจัย 1) มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น 2) หญิงตั้งครรภ์มีโรคประจำตัวไม่สามารถให้นมบุตรได้ เช่น ติดเชื้อ HIV 3) หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด หรือยาบางชนิดที่อันตรายต่อทารกขณะให้นมแม่ เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมงานวิจัยคือ 1) สูญเสียบุตรในระยะตั้งครรภ์ 2) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรม การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G* power ในการคำนวณโดยกำหนด ขนาดอิทธิพล (effect size) ตามเกณฑ์ระดับปานกลาง คือ .5⁽¹⁷⁾ กำหนดค่า อำนาจจำแนก (power analysis) ที่ .95 และนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 34 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 15 เปอร์เซนต์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40 คน แต่ในขณะที่ดำเนินการวิจัยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 คน คลอดลูกก่อนกำหนดและลูกเสียชีวิตจึงต้องยุติการเข้าร่วมการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้มี 2 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการสื่อสารผ่านเครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์ ต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย ประกอบด้วย 1) แผนการให้ความรู้ในเรื่องนมแม่ และประโยชน์ของนมแม่ การให้นมแม่ให้เร็วที่สุดภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดและหลักการให้นมลูกที่ถูกวิธี 2) แผนการให้ความรู้ในเรื่องการกระตุ้นการสร้างน้ำนม ผลเสียของการให้ลูกดูดนมผิดวิธี และข้อเสนอแนะ 3) แผนการให้ความรู้ในเรื่องการเก็บน้ำนม เมื่อต้องไปทำงาน และ 4) แผนการให้ความรู้ในเรื่องความสำเร็จจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3.2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ 1) แบบประเมินข้อมูลทั่วไป ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ อาชีพ ตั้งครรภ์ที่เท่าไร อายุครรภ์ สถานภาพสมรส

รายได้ 2) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ลักษณะคำถามเป็นแบบ ประเมินค่า 4 ระดับ ตามแบบของลิเคอร์ท (Likert's scale) เกณฑ์การให้คะแนนทางบวก คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 4 คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนในทางลบคือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 1 คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 4 คะแนน

ผู้ตอบเลือกได้เพียง 1 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ คะแนนต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน คะแนนสูงสุดหมายถึงมีการรับรู้ความสามารถสูง

3) แบบประเมินความตั้งใจในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ ลักษณะคำถาม ข้อคำถามเป็นแบบ ประเมินค่า 4 ระดับ ตามแบบของลิเคอร์ท (Likert ' scale) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนนมีลักษณะ เดียวกันกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้ตอบ เลือกได้เพียง 1 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน คะแนนสูงสุด หมายถึงความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูง

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4.1 การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการวิจัย ให้ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์โรงพยาบาลหางดง จำนวน 2 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารแพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแล หญิงหลังคลอดให้นมบุตรโรงพยาบาลหางดง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และเกณฑ์การให้คะแนน และปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ วิจารณ์ใช้ดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ

(Content Validity Index: CVI) โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาที่ใช้ได้ ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป⁽¹⁸⁾ การศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความสอดคล้องเท่ากับ 1.0

4.2 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ปรับแก้ไข ข้อคำถาม ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปหาความเที่ยง แบบบันทึกการวิจัยโดย นำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา และทดสอบ ความเที่ยงด้วยวิธีอัลฟาครอนบาค แบบประเมิน การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วย นนมแม่ได้เท่ากับ .89 และแบบประเมินความตั้งใจ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดการรับรู้ ความสามารถตนเองในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) แบบวัดความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนการ ทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เก็บ ข้อมูลด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่ง

ขั้นตอนการดำเนินการทดลองออกเป็น 3

ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยพบและแนะนำตัวกับหญิงตั้งครรภ์คนไทย กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลหางดง เพื่อขอความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย จำนวนทั้งหมด 40 ราย หลังจากได้รับความสมัครใจแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ ทำวิจัย รายละเอียดและวิธีในการดำเนินการทดลอง รับกลุ่มทดลองเข้ากลุ่ม Mommy milk group ใน Application Line แนะนำการใช้โปรแกรม Line meeting ให้ทำแบบประเมินก่อนการทดลองผ่านกูเกิ้ลฟอร์ม (google form) และแนะนำการสมัครเข้าร่วมกิจกรรมใน Facebook เพื่อให้ดูคลิปวิดีโอการ สอนที่ผู้วิจัยจัดทำใน Facebook และมอบอุปกรณ์

ประกอบการวิจัย ได้แก่ ตุ๊กตา เต้านมปลอม พร้อมคู่มือ Mommy milk group หลังจากนั้นนัดหมายวันเวลาการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 และ ดำเนินกิจกรรมการสอนผ่านสื่อออนไลน์

ขั้นที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้แบบประเมินก่อนการทดลอง ดังนี้ 1) แบบประเมินข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) แบบประเมินความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเข้าสู่แผนกิจกรรมการสอน

ครั้งที่ 1 โปรแกรมการให้ความรู้ในเรื่องนมแม่และประโยชน์ของนมแม่ การให้นมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และหลักการให้นมลูกที่ถูกวิธี

ครั้งที่ 2 โปรแกรมการสอนเรื่องการกระตุ้นการสร้างน้ำนม ผลเสียของการให้ลูกดูนมผีดวิธี

ครั้งที่ 3 โปรแกรมการสอนเรื่องการเก็บน้ำนมเมื่อต้องไปทำงาน

ครั้งที่ 4 โปรแกรมการสอนเรื่องความสำเร็จจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองทำแบบประเมินหลังการทดลอง การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลังการทดลองผ่านกูเกิ้ลฟอร์ม (google form)

ขั้นที่ 3 ระยะติดตามผล

ผู้วิจัยติดต่อและให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และนัดหมายการทำแบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านกูเกิ้ลฟอร์ม (Google Form) หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดย

กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ มีดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของการรับรู้ความสามารถตนเองและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์จำนวน 39 คน พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21 ถึง 30 ปี ร้อยละ 42.5 มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรชั้นต้นหรือมัธยมปลายร้อยละ 41 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 47.5 มีสถานภาพสมรสอยู่ร่วมกับสามีร้อยละ 85 รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,000 ถึง 20,000 บาท มีการตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์อยู่ในช่วง 25 ถึง 30 สัปดาห์ ร้อยละ 48.7

1. การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยการสื่อสารผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนการทดลองเท่ากับ 68.56 ($\bar{x} = 68.56, SD = 6.74$) ภายหลังทดลองเท่ากับ 74.21 ($\bar{x} = 74.21, SD = 9.00$) และระยะติดตามผลเท่ากับ 73.15 ($\bar{x} = 73.15, SD = 6.12$) หลังจากนั้นจึงทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลและความแปรปรวนภายในกลุ่ม เป็นไปตามข้อตกลงจึงทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยใช้ สถิติ Repeated Measures ANOVA และทำการทดสอบสมมติฐานความเป็นทรงกลม (Mauchly's Test of Sphericity) ($p = .123$) ซึ่งผล Mauchly's Test ไม่มีนัยสำคัญถือว่าเป็นไปตามข้อตกลงเรื่องความเป็นทรงกลมของความแปรปรวนภายในของชุดข้อมูลที่วัดต่างเวลากัน (sphericity) จึงใช้ ค่าสหสัมพันธ์ Sphericity

assumed ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของแต่ละช่วงเวลาของการทดลอง ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระลอกก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละ

ระยะเวลา ($F = 8.04, df=2, 76$), $p < .001$) ดังแสดงตามตาราง 1 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนผ่านเครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น

ตาราง 1 การวิเคราะห์ความแปรปรวน แบบวัดซ้ำเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน ($n = 39$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	Mean Square	F	p-value	Effect size
ระหว่างกลุ่ม						
กลุ่ม	701.90	2	350.95	8.04	.001	.175
ความคลาดเคลื่อน	3319.44	76	43.68			

$P < .01$, SS = Sum of squares

เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างเป็นรายคู่ (pairwise comparisons) ในการรับรู้ความสามารถตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองภายหลังการทดลอง และช่วงติดตามผลหลัง 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองหลังทดลองกับ

ระยะติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน ($p = 1.000$) ดังแสดงในตาราง 2 สรุปได้ว่าโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนผ่านเครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์สามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถตนเองของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ และผลลัพธ์ดังกล่าวยังคงอยู่ในช่วงติดตามผลแสดงให้เห็นถึงความยั่งยืนของผลลัพธ์จากการทดลอง

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างเป็นรายคู่ (pairwise comparisons) ของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน ใช้วิธีปรับค่าความมีนัยสำคัญแบบ Bonferroni ($n = 39$)

เปรียบเทียบระหว่างคู่	ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE)	p-value	ค่าความเชื่อมั่น 95% CI
ก่อนทดลอง - หลังทดลอง	-5.64*	1.68	.05	-9.84 ถึง -1.44
ก่อนทดลอง - ติดตาม 1 เดือน	-4.59*	1.25	.05	-7.72 ถึง -1.47
หลังทดลอง - ติดตาม 1 เดือน	1.05	1.53	1.00	-2.79 ถึง 4.90

*หมายเหตุ: * แสดงว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความตั้งใจต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยของความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนการทดลองเท่ากับ 67 ($\bar{x} = 67.00, SD = 6.52$) ภายหลังทดลอง ($\bar{x} = 74.03, SD = 9.48$) และยังคงอยู่ในระดับสูง

ในระยะติดตามผล ($\bar{x} = 73.56, SD = 6.67$) จากนั้นผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลและความแปรปรวนของภายในกลุ่ม พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นจึงทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยใช้ สถิติ Repeated Measures ANOVA โดยทำการทดสอบสมมติฐานความเป็นทรง

กลม (Mauchly's Test of Sphericity) พบมีการละเมิดข้อตกลงเรื่องความเท่ากันของความแปรปรวนภายในของชุดข้อมูลที่วัดต่างเวลากัน (sphericity) ผู้วิจัยจึงเลือก Greenhouse-Geisser Epsilon ($p = .87$) และเพื่อลดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (type I error) ผู้วิจัยจึงต้องปรับค่าความอิสระ (df) และเลือกใช้ค่าสหสัมพันธ์ที่ปรับค่าความอิสระ (df) แล้วคือ Greenhouse-Geisser ในการเปรียบเทียบความแตกต่างแต่ละช่วงเวลา ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยง

ลูกด้วยนมแม่ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละช่วงเวลา ($F = 12.58$, $df = 1.73, 65.73$), $p < .001$) ดังแสดงตาราง 3 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนผ่านเครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์มีผลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น

ตาราง 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวน แบบวัดซ้ำเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	Mean Square	F	p-value	Effect size
ระหว่างกลุ่ม						
กลุ่ม	1204.58	1.730	696.40	12.58	.000	.249
ความคลาดเคลื่อน	3640.09	65.73	55.380			

$P < .01$, SS = Sum of squares

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างช่วงเวลาก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนความตั้งใจภายหลังการทดลอง และช่วงติดตามผลหลัง 1 เดือน สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างค่าคะแนนหลังทดลองกับช่วง

ติดตามผลหลัง 1 เดือน ($p = 1.000$) ดังแสดงตาราง 4 สรุปได้ว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนผ่านเครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์สามารถเพิ่มระดับความตั้งใจของผู้เข้าร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญ และผลลัพธ์ดังกล่าวยังคงอยู่ในช่วงติดตามผล แสดงถึงความยั่งยืนของผลลัพธ์จากการทดลอง

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างเป็นรายคู่ (pairwise comparisons) ของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน ใช้วิธีปรับค่าความมีนัยสำคัญแบบ Bonferroni

เปรียบเทียบระหว่างคู่	ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE)	p-value	ค่าความเชื่อมั่น 95% CI
ก่อนทดลอง - หลังทดลอง	-7.026*	1.709	.001	-11.307 ถึง -2.744
ก่อนทดลอง - ติดตาม 1 เดือน	-6.564*	1.219	.000	-9.617 ถึง -3.511
หลังทดลอง - ติดตาม 1 เดือน	0.462	1.721	1.000	-3.848 ถึง 4.771

*หมายเหตุ: * $p < .05$

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง และระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการ

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.5$) ในระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ ไม่แตกต่างจากหลังการทดลอง ($p=1.000$)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระลอกก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 8.04, df=2, 76$), $p < .001$) (ตาราง 2) เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 12.58, df=1.73, 65.78$), $p < .001$) (ตารางที่ 3) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนผ่านเครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย จึงเป็นไปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา⁽⁷⁾ จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสอนผ่านสื่อออนไลน์ และมีการฝึกปฏิบัติร่วมกับการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการอุ้มลูกและการให้ลูกดูดนมอย่างถูกวิธี ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ดีมากขึ้น 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ชมสื่อวีดิทัศน์ตัวแบบแม่ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเป็น ตัวแบบสัญลักษณ์ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง และตัวแบบที่เป็นบุคคลที่มีชื่อเสียงจึงทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ว่าหากแม่ตัวแบบสามารถประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ตนเองก็สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนี้ได้เช่นกัน⁽¹⁹⁾ 3) การซักจูงด้วยคำพูดเมื่อกลุ่มทดลองได้รับการพูดซักจูงให้เห็นถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนม

แม่ การให้กำลังใจและเสริมแรงจากผู้วิจัย จากการใช้โทรศัพท์ติดตามร่วมกับการสนทนาทางไลน์ ภายหลังจากทดลองเสร็จสิ้นเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเอง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จได้⁽¹⁹⁾ 4) สภาพแวดล้อมร่างกายและอารมณ์ก่อนการปฏิบัติ โดยนัดหมายช่วงเวลาทำกิจกรรมตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและกล่าวคำชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างทำสำเร็จและถูกต้อง ซึ่งผลการศึกษานี้ คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองของแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีทัศนคติที่ดีต่อการให้นมลูก และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวเพิ่มขึ้น ถือเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่องในระยะหลังคลอด⁽¹⁴⁾

จากผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่งผลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นนั้น อธิบายได้ว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์และเกิดความมั่นใจในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลโดยตรงต่อความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^(10,11,12) การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดทฤษฎีฯ ผ่านสื่อออนไลน์มีผลดีต่อความมั่นใจและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจะทำให้สตรีมีความมั่นใจ มีทัศนคติที่ดีและทำให้อุบัติการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้แก่

พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง เช่น สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ เป็นต้น

2. โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนสามารถใช้เป็นแนวทางในการอบรมบุคลากรทางการพยาบาลที่ทำหน้าที่ส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ในสถานพยาบาลต่าง ๆ ในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนสามารถใช้เป็นแนวทางในการนำไปใช้กับการทำงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยต่างๆให้มีประสิทธิภาพ

4. พยาบาลหรือผู้รับผิดชอบงานควรมีการติดตาม กำกับดูแล ให้กำลังใจ และเสริมแรงมารดาหลังคลอดในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อให้ประสบความสำเร็จ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดอย่างต่อเนื่องจนถึง 6 เดือนหลังคลอด

2. ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อออนไลน์ต่อความมั่นใจและตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์

3. ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน ผ่านเครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์ต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว กับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายการข้อมูลกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/motherandchild?year=2025>
2. มูลนิธินมแม่แห่งประเทศไทยร่วมกับนักวิชาการ. นมแม่แท้ที่สุด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไอยรา; 2557.
3. ยุพยงค์ แห่งชาวณิช, ภรณ์การ์ วิจิตร สุคนธ์, ศิริพัฒนา ศิริชนารัตนกุล, อังศนา วงศ์ศิริ, อัญชรี พรหมสกุล, บรรณาธิการ. แม่ทำงานเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไอยรา; 2557.
4. กุสุมา ชูศิลป์, ภรณ์การ์ บางสายน้อย, ศิริพัฒนา ศิริชนารัตนกุล, บรรณาธิการ. เลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: สมาคมกุมารแพทย์ไทย; 2545.
5. ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, ทักษิณี พิชย์ โสมดำ, บรรณาธิการ. ก้าวข้าม 5 อุปสรรคให้ลูกรักได้กินนมแม่ตั้งแต่แรกคลอด ฉบับประชาชน. กรุงเทพฯ: มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย; 2562.
6. วาทีณี วิทยัญญโณ. ปัจจัยล้มเหลวที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในโรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 มีนาคม 2567]; 35(3): 635-642. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/248124>
7. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman and company; 1997.
8. โบว์ชมพู่ บุตรแสงดี, ภรณ์การ์ กันธะรักษา, จันทรัตน์ เจริญสันติ. ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. พยาบาลสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2567]; 40(3): 1-10. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/18915>

9. มนัสชนก กุลพานิชย์, บังอร ศุภวิฑิตพัฒนา, นงลักษณ์ เฉลิมสุข. ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่น. *พยาบาลสาร* 2562; 46(2):36-46.
10. เทพอนงค์ ณ นคร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความตั้งใจและพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2567.
11. สุภาพันธุ์ จันทร์ศิริ, วรณา พาหุวัฒน์กร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ. อิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความตั้งใจในการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]*. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 12 มีนาคม 2567]; 35(4):49-60. เข้าถึงได้จาก: <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/44113>
12. สุภาพันธุ์ จันทร์ศิริ, เจริญชัย วงศ์วัฒน์กิจ อนุตา หนูนการคำ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประสิทธิภาพการให้นมแม่ และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2563; 40(1):50-68.
13. วันเพ็ญ ฤทธา, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, พิริยา ศุภศรี. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน ของมารดาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา [อินเทอร์เน็ต]*. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 13 มีนาคม 2567]; 28(3):66-78. เข้าถึงได้จาก : <https://buuir.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/10008>
14. Tseng JF, Chen SR, Au HK, Chipojola R, Lee GT, Lee PH, et al. Effectiveness of an integrated breastfeeding education program to improve self-efficacy and exclusive breastfeeding rate: A single-blind, randomised controlled study. *International journal of nursing studies [Internet]*. 2020 [cited 12 March 2024]; 111:103770. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103770>
15. Xie T, Huang YY, Huang WP. Development of a breastfeeding co-parenting intervention program for couples with primiparas: a program development process study. *BMC journals [internet]*. 2024 [cited 17 march 2024] ; 24(1):1-10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06750-2>
16. วรณัน รื่นพรต, สุภาพไทยแท้, ปิยธิดา ศรีพงษ์สุทธิ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ แอปพลิเคชันไลน์ ต่อความรู้และ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดี่ยวในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน. *วารสารเกื้อการุณย์ [อินเทอร์เน็ต]*. 2023 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2567]; 30(1): 110- 123. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/262691>
17. Cohen J. *Statistical power for the behavioral sciences*. 2nd ed. New York: Academic Press; 1977.
18. Burns N, Grove SK. *The Practice of Nursing research: Appraisal, Synthesis, and generation of evidence*. 6th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.
19. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Research in Nursing and Health*. 1999;22:399-409.

ข้อแนะนำในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน

วารสารวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา (Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health) จัดทำโดยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ยินดีรับบทความวิชาการ บทความวิจัย การจัดการความรู้ นวัตกรรม ด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย อนามัยสิ่งแวดล้อม การแพทย์ทั่วไป และการสาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการของ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และบุคลากรด้านสาธารณสุข ที่ประสงค์ตีพิมพ์เผยแพร่บทความต้นฉบับที่จะตีพิมพ์ โดยกองบรรณาธิการ จะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบ ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ แก้ไขและปรับปรุง อย่างน้อย 2 ท่าน

วารสารจัดทำปีละ 1 ฉบับ มกราคม – ธันวาคม กำหนดการออกวารสารฯ ในเดือนธันวาคม เพื่อให้การตีพิมพ์วารสารเป็นไปตามมาตรฐานและมีรูปแบบเดียวกัน กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับ วันที่การรับรองตีพิมพ์จากบรรณาธิการ 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 หรือบทความแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ

การเตรียมต้นฉบับ

1. **ต้นฉบับภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ** องค์ประกอบต่าง 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 (ยกเว้นบทคัดย่อภาษาไทย บทคัดย่อภาษาอังกฤษ และเอกสารอ้างอิงให้จัดหนึ่งคอลัมน์) ความกว้างคอลัมน์ 2.98 นิ้ว ระยะห่างระหว่างคอลัมน์ 0.25 นิ้ว ใส่หมายเลขหน้ากำกับอยู่ด้านบนขวาทุกหน้า

3. **รูปแบบตัวอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ** ใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษรถัดไปทั้งภาษาไทย 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 ไม่ใช้คำย่อ

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)** นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยรวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย

6.1.2 **วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)** นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษา ค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย

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)** นำเสนอชนิดของเครื่องมือวิธีการสร้าง 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 ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการวิจัยให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้นๆ กระชับ

6.1.11 สรุปผลการวิจัย (Conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย

6.1.12 การอภิปรายผลการวิจัย (Discussion) เป็นการนำเสนอความเห็น ผลการวิจัยสอดคล้องหรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐานทางทฤษฎีหรือผลงานวิจัยอะไรที่มาสสนับสนุน

6.1.13 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้ (Suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง ตลอดจนข้อเสนอแนะให้ผู้ที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกัน ทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหาหรือ 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 ซึ่งได้จากการศึกษาค้นคว้า และจากประสบการณ์ของ 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) เขียนทบทวนเฉพาะประเด็นที่น่าสนใจ ไม่ว่าจะเป็นในด้านการวินิจฉัยโรค ปัจจัยเสี่ยง หรือสาเหตุของโรค ความสัมพันธ์กับภาวะบางอย่าง ที่ลักษณะคลินิกที่หายาก เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวต้องแตกต่างเป็นพิเศษจากรายงานผู้ป่วยรายอื่นที่เคยรายงานก่อนหน้านี้ และ ยังไม่เคยกล่าวถึงในตำราวิชาการมาตรฐาน

6.3.4 บทวิจารณ์ (Discussions) นำเสนอรายงานผลการศึกษาคำวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การศึกษาควรอธิบายผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟแทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการศึกษาให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้นๆ กระชับ

6.3.5 บทสรุป (Conclusion) สรุปประเด็นสำคัญ จากเนื้อเรื่องให้สั้น กระชับได้ เนื้อหาสาระครบถ้วนของบทความ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไร สามารถนำไปใช้อะไรได้บ้าง หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป

6.4 บทความพิเศษ (special article) อนุโลมตามผู้เขียน แต่ให้มีขอบข่ายรูปแบบการเขียน คล้ายกับบทความวิชาการทั่วไป

7 เอกสารอ้างอิง (Reference) ให้ระบุเฉพาะเอกสารที่ผู้นิพนธ์บทความได้นำมาอ้างอิงในบทความ อย่างครบถ้วน

การอ้างอิงเอกสาร

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
2. การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิง อันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ โดยใส่หัวเลขไว้ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความ ที่อ้างถึง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ได้หมายเลขเดิม สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหา

หลักเกณฑ์การอ้างอิงให้ใช้ระบบ Vancouver

1. รูปแบบการอ้างอิงในเนื้อเรื่องผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ตัวอย่างให้ใช้ระบบเรียงเลขลำดับตาม ตำแหน่งเอกสารในเอกสารอ้างอิง เนื้อความที่นำมาอ้างอิงตามด้วยเลขลำดับในเอกสารอ้างอิง เช่น การปลูกต้นไม้ สามารถชะลอภาวะโลกร้อนได้ 90⁽¹⁾
2. รูปแบบการอ้างอิงเอกสาร กรณีผู้เขียนมากกว่า 3 คน ให้ใส่ชื่อเฉพาะ 3 คน แรก ตามด้วย “และคนอื่นๆ” (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journal Indexed in Index Medicus ใส่ เลขหน้า เริ่มต้นถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร 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. สุคนธา ปัทมสิงห์ฯ. 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. ชื่อผู้พิมพ์.//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. เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน เรื่องละ 3 ฉบับ

(ตัวอย่างรูปแบบ บทความวิจัย)

ชื่อบทความภาษาไทย

CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.

ชื่อ สกุลผู้แต่งคนแรก^{1*}, 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 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 Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Research 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

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย (Results) นำเสนอรายงานผลการวิจัยจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การวิจัย ควรอธิบายผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือ

ตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการวิจัย ให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้น ๆ กระชับ โดยใช้ ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้า มีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย (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

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย (Discussion) เป็นการนำเสนอความเห็นว่าคุณผลการวิจัยสอดคล้องหรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐานทางทฤษฎีหรือผลงานวิจัยอะไรที่มาสสนับสนุน โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้ (Suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 16 พอยต์ ถ้ามี

ภาษาอังกฤษ 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. ชื่อผู้นิพนธ์.//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 สกุลผู้แต่งคนแรก ^{1*}, ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ ² และ ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ ³

Name Last name¹, Name Last name² and Name Last name³

สังกัด 1, 2, 3

Affiliation1, 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 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 แทรกในเนื้อหา พร้อมอธิบายผลการวิจัยให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้น 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. ชื่อผู้นิพนธ์.//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 สกุลผู้แต่งคนแรก^{1*}, 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 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 PSK ขนาด 16 พอยต์ พร้อมทั้งอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 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 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

รายงานผู้ป่วย

(Case report) นำเสนอรายงานผลการจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์บทพบเฉพาะประเด็นที่น่าสนใจ ไม่ว่าจะเป็นในด้าน การวินิจฉัยโรค ปัจจัยเสี่ยง หรือสาเหตุของโรค ความสัมพันธ์กับภาวะบางอย่าง ที่ลักษณะคลินิกที่หายาก เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวต้องแตกต่างเป็นพิเศษจากรายงานผู้ป่วยรายอื่นที่เคยรายงานก่อนหน้านี้ และ ยังไม่เคยกล่าวถึงในตำราวิชาการมาตรฐาน ค ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้ นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟแทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้น ๆ กระชับ โดยใช้ตัวอักษร TH

Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ
ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSKขนาด 14 พอยต์

บทวิจารณ์

(Discussion) เป็นการนำเสนอความเห็น
ว่าผลสอดคล้องหรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์
สมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะ
เหตุผลใด มีหลักฐานทางทฤษฎีหรือผลงานวิจัย
อะไรที่มาสสนับสนุน โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun
PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้
ตัวอักษร TH Sarabun PSKขนาด 14 พอยต์

สรุปผล

(Conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะ
ประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย โดยใช้
ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้า
มีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK
ขนาด 14 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร
TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้
ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้
(Suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถนำ
ผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง โดยใช้
ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 16 พอยต์ ถ้ามี
ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSKขนาด
14 พอยต์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป เป็น
ข้อเสนอแนะให้ผู้ที่ทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะ
เดียวกันทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหา
หรือตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือ
ข้อสรุปที่สมบูรณ์ โดยใช้ตัวอักษร
TH SarabunPSKขนาด 16 พอยต์ ถ้ามี
ภาษาอังกฤษ 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/ระดับ
ปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับ
ปริญญา
ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title
of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the
Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์[เข้า
ถึงเมื่อ/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.....

รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์

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 บทความที่เสนอมานี้ยังไม่เคยได้รับการตีพิมพ์หรือไม่ได้อยู่ระหว่างกระบวนการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารหรือแหล่งตีพิมพ์อื่นใด หรือได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม ยอมรับนโยบายการพิจารณาตีพิมพ์ผลงานของ วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ทั้งยินยอมให้กองบรรณาธิการมีสิทธิพิจารณาและตรวจแก้ต้นฉบับได้ตามที่เห็นสมควร พร้อมทั้งขอมอบลิขสิทธิ์บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ให้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ หากมีการฟ้องร้องเรื่องการละเมิดลิขสิทธิ์เกี่ยวกับภาพ แผนภูมิ ข้อความส่วนใดส่วนหนึ่ง และ/หรือข้อคิดเห็นที่ปรากฏในบทความ ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม ยินยอมรับผิดชอบแต่เพียงฝ่ายเดียว

หาก กองบรรณาธิการวารสาร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ตรวจพบว่าคำรับรองดังกล่าวไม่เป็นความจริง รวมทั้งหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามนโยบายการพิจารณาตีพิมพ์ผลงานของวารสารบัณฑิตวิจย กองบรรณาธิการ มีสิทธิ์ยกเลิกบทความของข้าพเจ้าออกจาก วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้า และข้าพเจ้าขอรับรองและยินยอมปฏิบัติตามข้อตกลงดังกล่าวข้างต้น พร้อมทั้งลงนามรับรองไว้ที่ข้างท้ายของหนังสือรับรองฉบับนี้

ลงนามผู้นิพนธ์หลัก (คนที่ 1)

ลงนามผู้นิพนธ์ร่วม (คนที่ 2)

.....
(.....)
...../...../.....

.....
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ: ให้ผู้นิพนธ์หลักและผู้นิพนธ์ร่วมลงนามให้ครบทุกท่าน หากมีผู้นิพนธ์มากกว่า 2 ท่าน สามารถเพิ่มเติมรายชื่อผู้ลงนามข้างท้ายได้ ตามจำนวนผู้นิพนธ์บทความทั้งหมด