



วารสารสุขศึกษา

Thai Journal of Health Education

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Faculty of Public Health Rajabhat Nakhon Ratchasima University

ปีที่ ๔๖ ฉบับที่ ๑

Vol. 46 No. 1

มกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๖

January - June 2023

บทความวิชาการ

- ❖ ออกกำลังกายด้วยมวยโคราช : ศาสตร์และศิลป์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
- ❖ บทบาทของผู้ช่วยพยาบาลกับการให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย

บทความวิจัย

- ❖ การพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้พึ่งพิงเพื่อให้ผู้ดูแลหลักคลายทุกข์
- ❖ การพัฒนาแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนฉบับภาษาไทย
- ❖ ผลของโปรแกรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยอินซูลิน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น
- ❖ ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพร่วมกับนวัตกรรมแคปซูลเวลา ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ จังหวัดเพชรบูรณ์
- ❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีชะเล้ง อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา
- ❖ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเขน จังหวัดนนทบุรี
- ❖ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
- ❖ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์

วารสารสุขศึกษาจัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่วิทยาการความก้าวหน้าทางสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ องค์ความรู้และนวัตกรรมที่มีคุณค่าต่อวิชาการและวิชาชีพสุขศึกษา ส่งเสริมสุขภาพและการสาธารณสุข โดยมีขอบเขตเนื้อหาทางวิชาการดังนี้ จิตวิทยาสุขภาพ (Health Psychology) สุขศึกษา (Health Education) การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) และการสาธารณสุข (Public Health)

เจ้าของ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ที่อยู่

340 ถนนสุรนารายณ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000

หมายเลขโทรศัพท์: 0 4425 9009 อีเมล: phjournal@nrru.ac.th

Office

Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

340 Suranarai Road, Nai Mueang Sub-district, Mueang Nakhon Ratchasima District,

Nakhon Ratchasima Province 30000

Tel: 0 4425 9009 E-mail: phjournal@nrru.ac.th

กำหนดออก

ปีละ 2 ฉบับ (มกราคม – มิถุนายน และ กรกฎาคม – ธันวาคม)

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสุขศึกษาเป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ คณะผู้จัดทำ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความของตนเอง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไข ข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสม

วารสารสุขศึกษา

Thai Journal of Health Education

บรรณาธิการ

รศ. ดร.ธนิดา ผาติแสนะ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

รองบรรณาธิการ

รศ. ดร.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ. ดร.ธวัชชัย เอกสันติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ดร.ฐิติมา ระย้าเพ็ชร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

กองบรรณาธิการ

ศ. ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ. ดร.พรณี บัญชรหัตถกิจ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
ในพระบรมราชูปถัมภ์

รศ. พญ.ชวัลัญญา รัตนพิบูลย์

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

รศ. ดร.อุไรวรรณ อินทร์ม่วง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ. ดร.มณฑา เก่งการพานิช

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ. ดร.ทองทิพย์ สลวงษ์ลักษณ์

นักวิชาการอิสระ

ผศ. ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์

สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผศ. ดร.ศรัณญา เบญจกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ดร.อัศมน ลิ้มสกุล

ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ผศ. ดร.สุรีย์ ธรรมมิกบวร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

รศ. ดร.พุดิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ. ดร.ทิวากรณ์ ราชูธร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ. ดร.จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ. ดร.รชานนท์ ง่วนใจรัก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ดร.พัชรี ศรีฤดา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ดร.ปาริชาติ วงษ์วิศรา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

เลขานุการจัดทำวารสาร

นางปัทมาภรณ์ อำไพกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

นางสาวอณูภา สุวรรณชาติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก พิจารณาบทความ (Peer review)

รศ. ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์
รศ. ดร.ฉาน ปัทมะ พลยง	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
ผศ. ดร.ธณกร ปัญญาโสโสภณ	คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา
ผศ. ดร.อมรรัตน์ ลือนาม	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ดร.อนันต์ มลารัตน์	คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.วรภรณ์ ยิ่งเอี่ยม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.บัณฑิต นิตยคำหาญ	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.ชลธิรา กาวไธสง	วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
ดร.พุดิไกร ประมวล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.ชินกร สุจิมงคล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน พิจารณาบทความ (Peer review)

รศ. ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ. ดร.สุรีย์ ธรรมิกบวร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ. ดร. นัฐรัมภาพร ธนปิยวัฒน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ. ดร.จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ. ดร.ธวัชชัย เอกสันติ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ. ดร.รชานนท์ ง่วนใจรัก	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ดร.จิตติมา ระย้าเพชร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
น.ท.หญิง ดร.ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับและการส่งบทความวิชาการ หรือบทความงานวิจัยเพื่อเผยแพร่

1. ประเภทบทความ

1.1 วารสารสุศึกษา รับบทความต้นฉบับทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างรอการตอบรับตีพิมพ์ในวารสารฉบับใด ๆ

1.2 บทความต้นฉบับ ที่เตรียมการเผยแพร่ทั้งในรูปแบบของบทความวิจัย (Research article) บทความปริทัศน์ (Review article) บทความวิชาการหรือบทความพิเศษ (Academic article) ทางสุศึกษา ส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อเพิ่มพูนความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และคงไว้ซึ่งความเป็นวิชาชีพ

1.3 กรณีบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองและลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและนักศึกษาผู้ทำวิทยานิพนธ์

2. รูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับ

2.1 บทความต้นฉบับทุกรูปแบบ กำหนดให้จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Office Word 2007 และ pdf ขึ้นไป

2.2 บทความที่ส่งมาจำเป็นต้องมีการทบทวนวรรณกรรม แนวความคิด และทฤษฎีสนับสนุน อย่างน้อย 1 ทฤษฎี และมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ อย่างน้อย 5 ฉบับย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี

2.3 กรณีบทความวิจัย กำหนดให้มีความยาวของเนื้อหา พร้อมตาราง (ถ้ามี) จำนวน 12 – 15 หน้า (หากเกินมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมอัตราหน้าละ 300 บาท) กระดาษที่พิมพ์ต้องเป็นขนาดเอ 4 พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 points โดยพิมพ์ห่างจากขอบกระดาษ 2.54 เซนติเมตรทุกด้าน พร้อมใส่หมายเลขหน้าทุกหน้าที่มุมบนด้านขวา

ส่วนบทความปริทัศน์ บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษ กำหนดให้มีความยาวของเนื้อหาพร้อมรูปหรือตาราง (ถ้ามี) จำนวน 12 – 15 หน้า

กรณีการเขียนเชิงอรรถที่ด้านล่าง กำหนดให้ขนาดอักษรเท่ากับ 12 points

3. การจัดเรียงเนื้อหาในบทความต้นฉบับ

3.1 กรณีบทความวิจัย ควรมีส่วนประกอบและการจัดเรียงเนื้อหา (ไม่ควรเกิน 13 หน้า) เป็นลำดับดังต่อไปนี้

- หน้าแรก ประกอบด้วย

1) ชื่อบทความวิจัยภาษาไทย

2) ชื่อ-สกุลผู้เขียน อีเมล เบอร์โทร ตำแหน่ง ที่อยู่ ที่ทำงานเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่เกิน 6 คน หากเกินกว่านี้ ให้ระบุคำว่า “และคณะ” สำหรับผู้เขียนในลำดับที่ 7 เป็นต้น พร้อมระบุเชิงอรรถแบบตัวเลข เพื่อเขียนเชิงอรรถด้านล่างเกี่ยวกับตำแหน่งงานและหน่วยงานที่สังกัดพร้อมระบุสัญลักษณ์เพิ่ม “*” ให้กับผู้เขียนที่มีสถานะเป็น Corresponding Author 1 ท่าน และระบุที่อยู่ และ Email เพื่อการติดต่อ

3) บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีเนื้อหาครอบคลุมที่มา / หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย และการสรุป/ ข้อเสนอแนะ มีความยาวไม่เกิน 350 คำ หรือ 15 - 16 บรรทัด

4) คำสำคัญ 3 - 5 คำ

- หน้าที่สองบทคัดย่อภาษาอังกฤษ มีเนื้อหาตั้งเช่นหน้าแรก แต่เขียนด้วยภาษาอังกฤษ
- หน้าที่ 3 - 15 ประกอบด้วยหัวข้อการนำเสนอ ดังนี้

1) บทนำ

2) วัตถุประสงค์ และสมมติฐานงานวิจัย (ถ้ามี)

3) ระเบียบวิธีวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อรูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง เกณฑ์คัดเลือกตัวอย่าง เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ขั้นตอนการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ และการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

4) ผลการวิจัย พร้อมตารางหรือรูป (ถ้ามี) โดยตารางหรือรูปที่เสนอต้องไม่เกิน 2-3 ตารางหรือรูป

5) อภิปรายผล

6) สรุป

7) ข้อเสนอแนะ มุ่งเน้นเฉพาะข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

8) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

9) เอกสารอ้างอิง (TH SarabunPSK 13 points)

3.2 กรณียุทธศาสตร์วิชาการ บทความปริทัศน์ หรือบทความพิเศษ กำหนดให้มีส่วนประกอบและการจัดเรียงเนื้อหาเป็นลำดับที่คล้ายกับบทความวิจัย ได้แก่ บทคัดย่อ (ทั้งภาษาไทย และอังกฤษ) บทนำ เนื้อเรื่อง สรุป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่างการจัดเรียงเนื้อหาในบทความต้นฉบับ: กรณียุทธศาสตร์วิชาการ

องค์ประกอบบทคัดย่อภาษาไทย

ชื่อบทความวิชาการ

ชื่อผู้รับผิดชอบบทความ¹ และผู้ร่วมวิจัย^{2, 3, 4} (ใส่ * Corresponding author)

ตำแหน่ง, ชื่อที่ทำงานของผู้รับผิดชอบบทความ¹ และผู้ร่วมวิจัย^{2, 3, 4}

บทคัดย่อ (ไม่เกิน 350 คำ)

ที่มา/ภูมิหลัง/ปัญหาการวิจัย:

ระเบียบวิธีวิจัย:

ผลการวิจัย:

ข้อเสนอแนะ

คำสำคัญ 1...../ 2...../3.....

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ชื่อ-สกุล.....อีเมล.....เบอร์โทรศัพท์.....

องค์ประกอบบทความภาษาอังกฤษ

Research Topic
First author,and Co-author (* Corresponding author)
Position and organizational name of first author,, organizational name of corresponding author
Abstract (Not more than 350 word)
Rationale/background:
Aims:
Methodology:
Results:
Recommendation:
Keywords: 1...../ 2...../ 3.....
*Corresponding author: First name and surname..... Email Telephone Number.....

องค์ประกอบเนื้อหาบทความ

เนื้อหาสาระสำคัญ (ไม่เกิน 13 หน้า)
บทนำ
วัตถุประสงค์:
ระเบียบวิธีวิจัย:
ผลการวิจัย:
อภิปรายผลการวิจัย:
สรุป:
ข้อเสนอแนะ:
เอกสารอ้างอิง (แบบ Vancouver) ไม่น้อยกว่า 10 รายการ และย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี

4. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงให้เขียนอ้างอิงในระบบ Vancouver ตามลำดับหมายเลขด้วยตัวเลขอารบิกที่พิมพ์แบบตัวยก โดยเริ่มจากหมายเลข 1 และเมื่ออ้างอิงซ้ำในส่วนต่างๆ ของบทความวิจัยจะต้องใช้หมายเลขเดิมตามที่เคย

ระบุไว้ก่อนแล้วตลอดทั้งบทความ ทั้งนี้ให้เขียนอ้างอิงทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษทุกรายงาน ตัวอย่างการอ้างอิงดังต่อไปนี้

4.1 กรณีการอ้างอิงวารสาร

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง (Authors). ชื่อบทความ (Title of article) ชื่อวารสาร (Title of journal), ปีพิมพ์ (Year of publication); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Pages)
ตัวอย่าง	Drewnowski A, and Darmon N. The economics of obesity: Dietary energy density and energy cost. American Journal of Clinical Nutrition 2005; 82: 265s – 273s รัชฎา สุชาติรัตน์, สุญานี พงษ์ธนาภิกร, กุลวรา เมฆสุวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการบริโภคอาหารและกลุ่มอาการเมแทบอลิกของประชากรวัยทำงานในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2553: 40 (1): 17-27

4.2 กรณีการอ้างอิงหนังสือ/ตำราต่างประเทศ

รูปแบบอ้างอิงทั้งเล่ม	
รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง (Authors). ชื่อหนังสือ (Title of book), ครั้งที่พิมพ์ (Edition of book). เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher name); ปีพิมพ์ (Year of publication)
ตัวอย่าง	Daniel Ww. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. (8 ed). The United states of America: John Wiley & Sons; 2005. นิรัตน์ อิมามิ. เทคนิคการวางแผนงานโครงการสุศึกษาและสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2543. สุรศักดิ์ นิลกานุกงศ์ และสุรวุฒิ ปรีชานนท์ คู่มือโรคข้อ (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2548.
รูปแบบอ้างอิงเฉพาะบทใด ๆ ของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและมีบรรณาธิการ	
รูปแบบ	ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ (editor (s)). ชื่อหนังสือ (Title of the Book) ครั้งที่พิมพ์ (Edition) เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์(Publisher); ปีพิมพ์ (Year. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.
ตัวอย่าง	สักขณา เต็มศิริกุลชัย. การชี้แนะสาธารณะด้านสุขภาพ. ใน: สุปรียา ตันสกุล,บรรณาธิการ. กลยุทธ์ทางสุศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยุทธินทรการพิมพ์: 2548. หน้า 115 - 135.

4.3 กรณีบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of article). ชื่อวารสาร (Title of the journal) [ประเภทของสื่อ].ปีพิมพ์ (เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่: ปีที่: [หน้า], เข้าถึงได้จาก (Available from: http://.....)
ตัวอย่าง	Carpenter C, and Cook PJ. Cigarette tax and youth smoking: New evidence from National state, and local youth risk behavior survey. Journal of Health Economic [internet]. 2008(cited 2011 March 31); 27:287- 299. Available from: http://www.nber.org/papers/w13046 . วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบแวนคูเวอร์. วารสารโรคติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2541 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2549]: 24: 465 - 72. เข้าถึงได้จาก http://stanglimahidol.ac.th/image/style.pdf .

4.4 กรณีอ้างอิงวิทยานิพนธ์ หรือดุษฎีนิพนธ์

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง (ประเภท/ระดับปริญญา. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.
ตัวอย่าง	เบญจวรรณ เอี่ยมปู. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554. Sanjaithum K. Factors influencing nutritional self-management among older adults with diabetes mellitus. [M.S. Thesis in Public Health Nursing] Faculty of Graduate Studies. Mahidol University, 2006. Pattayakomn P. Factors predicting life satisfaction among Thai older women with Osteoarthritis of the knee. [Ph.D. dissertation in nursing]. Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2009.

หมายเหตุ เอกสารอ้างอิงควรพิจารณาให้สำคัญในการอ้างอิงบทความที่ดีพิมพ์วารสารในฐานข้อมูล TCI หรือฐานข้อมูลนานาชาติ

5. การจัดส่งบทความต้นฉบับ

จัดส่งบทความต้นฉบับในรูปแบบเอกสารไฟล์ Word จำนวน 1 ฉบับ และ เอกสารต้นฉบับเดียวกันในรูปแบบไฟล์ pdf 1 ฉบับ ผ่านระบบ ThaiJo

6. ขั้นตอนการตรวจสอบ/ ทบทวนบทความต้นฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

6.1 บทความต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญในกองบรรณาธิการและบทความที่ผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการจะได้รับการทบทวนบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) จำนวน 2-3 ท่านต่อไป

6.2 ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจะส่งกลับให้ผู้เขียนดำเนินการแก้ไขภายใน 2 สัปดาห์

6.3 บรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับสุดท้ายก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่

6.4 เพื่อป้องกันการปฏิเสธบทความต้นฉบับกรุณาตรวจสอบเนื้อหาบทความในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

6.4.1 ตรวจสอบการสะกดคำ หลักไวยากรณ์ภาษาไทยอย่างเคร่งครัด

6.4.2 โปรดตรวจสอบชื่อ Technical term ชื่อเรียกสถิติที่นำมาวิเคราะห์ให้เป็นมาตรฐาน

6.4.3 ผลการวิจัยควรมีตารางประกอบการเขียนอธิบาย

7. การออกต้นฉบับ

วารสารสุขศึกษาจะออกปีละ 2 ฉบับ (เปิดรับต้นฉบับทั้งปี แต่บทความจะได้ลงฉบับใดขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ส่ง)

ฉบับที่ 1 ระหว่างเดือน มกราคม-มิถุนายน

ฉบับที่ 2 ระหว่างเดือน กรกฎาคม-ธันวาคม

8. การออกใบรับรองการตีพิมพ์

การออกใบรับรองการตีพิมพ์บทความต้นฉบับใบตอบรับการตีพิมพ์บทความวิชาการลงวารสารสุขศึกษา จะได้รับก็ต่อเมื่อผ่านการพิจารณาจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว โดยกองบรรณาธิการจะออกใบตอบรับให้หลังจากปิดเล่มวารสารฉบับนั้น ๆ ประมาณ 2 สัปดาห์

9. รายละเอียดเกี่ยวกับค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียมการส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขศึกษา ดังนี้

9.1 กรณีประสงค์ตีพิมพ์เผยแพร่โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ จำนวน 2 ท่าน มีอัตราค่าธรรมเนียม ดังนี้

9.1.1 บุคคลภายนอก 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

9.1.2 บุคคลภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 2,000 บาท (สองพันบาทถ้วน)

9.2 กรณีประสงค์ตีพิมพ์เผยแพร่โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ จำนวน 3 ท่าน มีอัตราค่าธรรมเนียม ดังนี้

9.2.1 บุคคลภายนอก 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

9.2.2 บุคคลภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 2,500 บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

หมายเหตุ

1. การชำระค่าธรรมเนียมการส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่นั้น “ไม่ได้ยืนยันว่าบทความของท่านจะได้รับการตีพิมพ์ลงในวารสารสุขศึกษา” เนื่องจากบทความจะต้องได้รับการประเมินคุณภาพจาก

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2-3 ท่าน และบรรณาธิการก่อน จึงจะดำเนินการแจ้งผลการพิจารณาว่าบทความของท่านผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2-3 ท่าน ให้ลงตีพิมพ์เผยแพร่ได้หรือไม่

2. ขอแจ้งให้ท่านรับทราบก่อนส่งบทความเพื่อเข้ารับตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุโขศึกษา กรณีที่บทความของท่าน “ถูกปฏิเสธการลงตีพิมพ์” จากผู้ทรงคุณวุฒิหรือบรรณาธิการ ทางกองบรรณาธิการจะไม่คืนค่าธรรมเนียมให้กับผู้นิพนธ์ทุกกรณี เนื่องจากค่าธรรมเนียมดังกล่าวจะเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความของท่าน

การชำระค่าธรรมเนียม

ชำระค่าธรรมเนียมโดยการโอนเข้าบัญชีธนาคาร

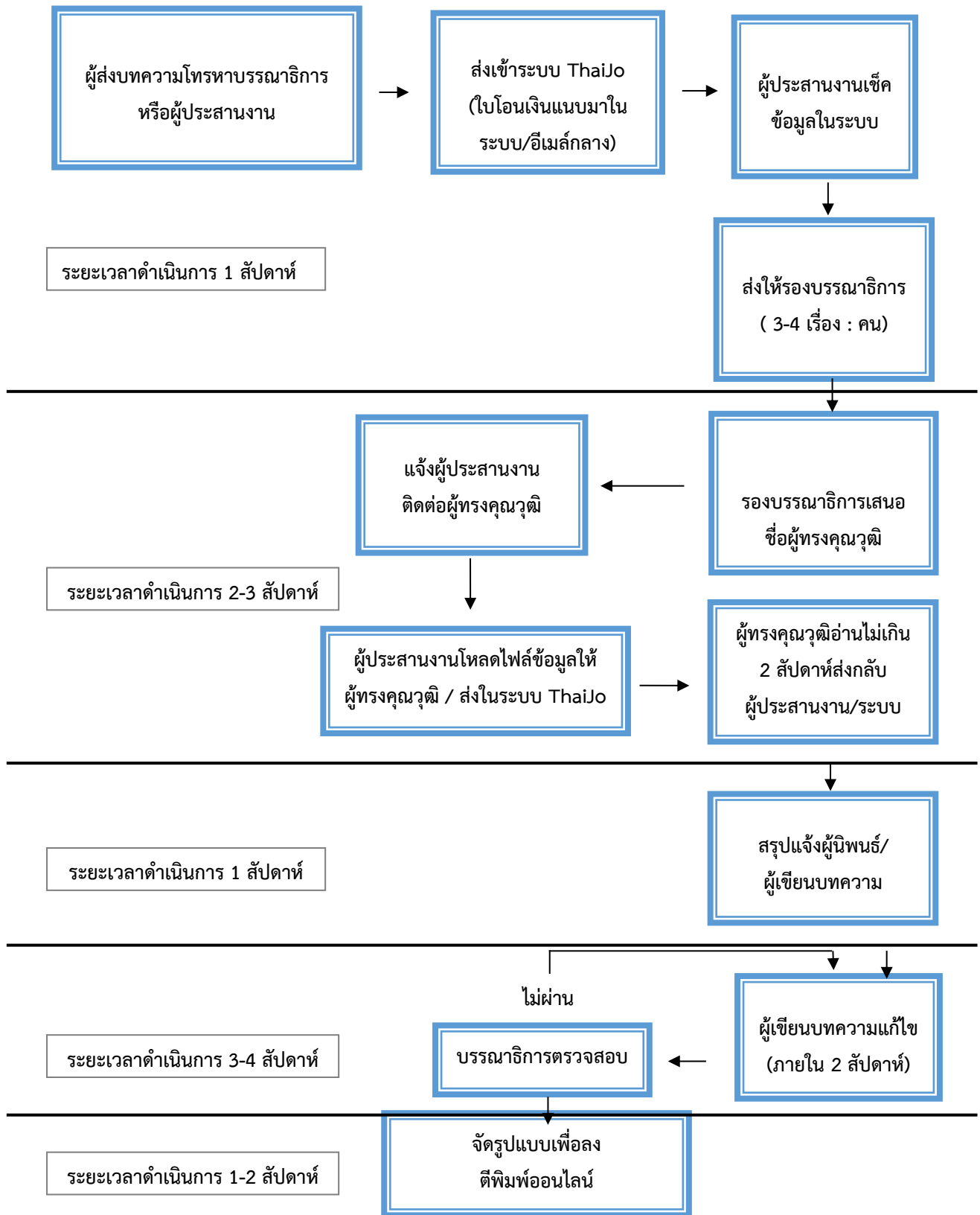
เลขที่บัญชี 419-1-78460-8

ชื่อบัญชี นางธนิดา ผาติเสนะ และ นางปัทมาภรณ์ อำไพกุล

ธนาคาร กรุงศรีอยุธยา สาขา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา **ประเภทบัญชี** ออมทรัพย์

หลังจากชำระค่าธรรมเนียมแล้ว โปรดส่งหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมผ่านทางระบบ ThaiJo หรือ ทางอีเมล phjournal@nrru.ac.th

ตัวอย่างขั้นตอนการรับบทความตีพิมพ์ของวารสารสุศึกษา



บทบรรณาธิการ

วารสารสุขศึกษาฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 1 ของปี พ.ศ. 2566 การดำเนินงานของวารสารนั้น ได้ดำเนินงานอย่างมีระบบ มีคุณภาพ และใช้ระบบ ThaiJo มีผู้สนใจส่งบทความมาตีพิมพ์อย่างต่อเนื่อง โดยวารสารฉบับนี้ มีบทความทั้งสิ้น จำนวน 12 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง และบทความวิจัย จำนวน 10 เรื่อง บทความวิจัยมีรูปแบบการวิจัยที่หลากหลาย มีเนื้อหาวิชาการที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์อย่างมาก บทความทุกเรื่องผ่านกระบวนการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2-3 ท่าน ทำให้บทความทุกเรื่องมีคุณภาพ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าของผลงานวิชาการ กองบรรณาธิการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้มีส่วนร่วมทำให้วารสารสุขศึกษาฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี



รองศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา ชาติเสนะ
บรรณาธิการ

สารบัญ

ชื่อบทความ	หน้า
บทความวิชาการ	
❖ ออกกำลังกายด้วยมวยโคราช : ศาสตร์และศิลป์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ทुरย มีกุดเวียน, ฤทธิ เทพไทอำนวย และ กฤษณา จินดาสอน	1 – 15
❖ บทบาทของผู้ช่วยพยาบาลกับการให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิของ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย ชนิษฐ์ชา ภูมิสุขวรรณ และ พัทธกรพจน์ ศรีประสาร	16 – 25
บทความวิจัย	
❖ การพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ผู้ดูแลหลัก คลายทุกข์ ละม่อม กล้าหาญ, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ และ พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์	26 – 37
❖ การพัฒนาแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนฉบับภาษาไทย สุชาดา เรืองศรี และ หยกฟ้า อิศรนนท์	38 – 49
❖ ผลของโปรแกรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วย อินซูลิน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น เพ็ญนภา ศรีวิเศษ และ รุจิรา ดวงสงค์	50 – 61
❖ ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพร่วมกับนวัตกรรมแคปซูลเวลา ในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ปวีณสุดา คำแจ้ง และ นาฏนภา ทิบบแก้ว ปัดชาสุวรรณ	62 – 78
❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิระละเลิง อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา พิชฎาภรณ์ พานขุนทด และ นาฏนภา ทิบบแก้ว ปัดชาสุวรรณ	79 – 93
❖ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ให้บริการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเขน จังหวัดนนทบุรี รักนิรันดร์ เครือประเสริฐ, มณฑา เก่งการพานิช และ อลงกรณ์ เปกาสิทธิ์	94 – 106
❖ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัด ชลบุรี กาญจนา ศรีประเสริฐ, มณีนรัตน์ อีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ และ มลีนี สมภพเจริญ	107 – 119
❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ นัฐธรรมาพร ธนปิยวัฒน์, รุจิระชัย เมืองแก้ว และ บุบผา แก่นชัยภูมิ	120 – 130

สารบัญ (ต่อ)

ชื่อบทความ	หน้า
❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 <i>พจนีย์ ผาสุขดี และ พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์</i>	131 – 142
❖ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 <i>มะลิ โพธิพิมพ์, ปณัฏดา สำราญถิ่น, อธิยุทธ อุดมพร และ จุน หน่อแก้ว</i>	143 – 152

ออกกำลังกายด้วยมวยโคราช : ศาสตร์และศิลป์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

ทुरย์ มีกุดเวียน^{1*} ฤทธิ เทพไทอำนวย² กฤษณา จินดาสอน³

^{1*, 2, 3} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาพลศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับมวยโคราช การประยุกต์การออกกำลังกายด้วยศิลปะมวยโคราช โดยการใช้หมัด เท้า เข่า ศอก ประกอบการเคลื่อนไหว ซึ่งมวยโคราชเป็นศาสตร์หนึ่งของมวยไทย การออกกำลังกายด้วยศิลปะมวยโคราชเป็นวิธีการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีการเคลื่อนไหวประกอบด้วยท่าทางต่าง ๆ ได้แก่ การต่อยหมัดตรง การต่อยหมัดเหวี่ยง การศอก และการเตะ เป็นต้น นอกจากจะช่วยเสริมสร้างระบบหัวใจไหลเวียนเลือดแล้ว ยังสามารถช่วยสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวที่ดี สร้างความมั่นใจ สภาพจิตใจที่มั่นคง มีสมาธิที่ดี ส่งผลให้การพักผ่อนนอนหลับได้อย่างสบาย ช่วยลดและควบคุมน้ำหนักตัวได้เป็นอย่างดี ซึ่งปัจจุบันคนส่วนใหญ่ตระหนักและให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ดังนั้น มวยโคราช คือ ทางเลือกหนึ่งของการออกกำลังกาย และยังเป็นการส่งเสริมให้คนไทยได้ช่วยกันอนุรักษ์ศิลปะมวยโคราช มวยประจำถิ่นและประจำชาติไว้ให้รุ่นลูกหลานได้เรียนรู้ นอกจากนี้ สามารถฝึกทักษะเพื่อเป็นศิลปะในการต่อสู้และป้องกันตัวได้อีกด้วย

คำสำคัญ : การออกกำลังกาย/ มวยโคราช/ ศาสตร์และศิลป์/ การส่งเสริมสุขภาพ

Exercising with Muay Korat: Science and Art for Health Promotion

Toon MeeKudwean^{1*} Ritthee Tepthaiumnuay² Kridsana Jindason³

^{1*, 2, 3} Asst. Prof., Department of Physical Education, Faculty of Education, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

This academic article aims to present knowledge, principles of exercise with Muay Korat, and application of exercise in Muay Korat art using fists, feet, knees, elbows, and movements. Muay Korat is one of the sciences of Muay Thai. Exercise with Muay Thai Korat art is a health promotion method in which movements consist of various postures, including straight punches, throw punches, elbow strikes, and kicks, etc. In addition to helping to strengthen the circulatory system, it can also help build muscle strength and good balance, build confidence, a stable state of mind, good concentration, resulting in restful sleep, as well as helps reduce and control body weight. Nowadays, most people are aware and pay attention to exercise for health. Therefore, Muay Korat is an alternative way of exercising and encourages Thai people to help preserve the art of Muay Korat, local and national boxing, for the next generation to learn. In addition, skills can be practiced for martial arts and self-defense as well.

Keywords: Exercise/ Muay Korat/ Science and art/ Health promotion

*Corresponding author: Toon MeeKudwean, E-mail: arjantoon5989nrru@gmail.com, Tel: 08 4830 1188

Received: March 3, 2023/ Revised: April 19, 2023/ Accepted: May 26, 2023

บทนำ

การออกกำลังกาย คือ กิจกรรมทางกายที่ปฏิบัติเพื่อสุขภาพโดยตรง เช่น การเดิน การวิ่ง การปั่นจักรยาน เป็นต้น กีฬา ถือว่าเป็นการออกกำลังกาย กล่าวคือ เป็นกิจกรรมทางกายที่เน้นการแข่งขัน มุ่งชัยชนะ และพัฒนาความสามารถทางด้านกีฬาเป็นส่วนใหญ่ หากนำกีฬามาใช้ในการออกกำลังกายสามารถทำได้โดยไม่เน้นการแข่งขันและชัยชนะ การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาแต่ละประเภทให้ผลต่อการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน ได้แก่ 1) การออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษา (Exercise for Therapy) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคเครียด และ โรคหัวใจ เป็นต้น 2) การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างร่างกาย (Exercise for Conditioning) ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ ทำให้ร่างกายมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ซึ่งในการออกกำลังกายตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นเป็นส่วนหนึ่งของประเภทของการออกกำลังกาย

ดังนั้น ผู้ที่จะออกกำลังกายควรตระหนักถึงการออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ¹ สอดคล้องกับแผนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2565-2570) ได้มีพันธกิจในการส่งเสริม สนับสนุน และสร้างกระแสความตื่นตัวของประชาชนในการออกกำลังกาย เล่นกีฬา และ การเข้าร่วมกิจกรรมกีฬา และยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ ข้อ 4.5 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี และข้อ 4.7 การเสริมสร้างศักยภาพทางกีฬาในการสร้างคุณค่าทางสังคมและพัฒนาประเทศ^{2,3}

มวยไทย คือ ศิลปะการต่อสู้ประจำชาติไทย ปัจจุบันได้นำมวยไทยมาใช้เป็นกีฬา โดยมีการใช้หมัดเพื่อป้องกันอันตราย มีกฎ กติกาที่ชัดเจน มวยไทยมีมาตั้งแต่สมัยสุโขทัย ในอดีตใช้เป็นการต่อสู้และป้องกันตัวโดยใช้หมัด เท้า เข่า ศอก เป็นอาวุธหลัก และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมีการผสมผสานเข้ากับวัฒนธรรมพื้นบ้านในแต่ละภูมิภาคจนเกิดเป็นสายมวยมาตั้งแต่โบราณ ซึ่งแบ่งออกเป็นแต่ละสายตามท้องถิ่นๆ โดยมีสายสำคัญหลักๆ เช่น มวยท่าเสา (ภาคเหนือ) มวยโคราช (ภาคอีสาน) มวยไชยา (ภาคใต้) มวยลพบุรี และ มวยพระนคร (ภาคกลาง) โดยมวยโคราชซึ่งได้ถูกขนานนามตามความโดดเด่นและเป็นเอกลักษณ์ ดังคำกล่าวที่ว่า “หมัดหนักโคราช” คือ สายมวยโคราช ที่ได้กล่าวขานจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะหมัดเหวี่ยงควาย^{4,5}

ประเภทของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายจะก่อให้เกิดคุณค่าและประโยชน์ต่อสุขภาพ ผู้ออกกำลังกายควรเลือกรูปแบบและกิจกรรมให้เหมาะสมกับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการออกกำลังกายแบ่งประเภทที่สำคัญได้ดังนี้¹

1. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (Exercise for Health) สามารถจำแนกได้ดังนี้

1.1 การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างการทำงานของหัวใจ (Exercise for Cardio Respiratory) การออกกำลังกายประเภทนี้เป็นแบบแอโรบิก กิจกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ การเดิน การวิ่งเหยาะ การปั่นจักรยาน การฝึกโยคะ การบริหารกายด้วยการรำมวยพลอง การเต้นแอโรบิก เป็นต้น การออกกำลังกายด้วยรูปแบบนี้จะช่วยป้องกันโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจ และ โรคเครียด ได้

1.2 การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงและความอดทน (Exercise for Strength and Endurance) กิจกรรมการออกกำลังกายรูปแบบนี้ ได้แก่ การบริหารกายด้วยยางยืดหรือให้มีแรงต้านมากระทำ การว่ายน้ำหรือการออกกำลังกายในน้ำ การฝึกด้วยน้ำหนัก เป็นต้น การออกกำลังกายรูปแบบนี้จะช่วยกระตุ้นและพัฒนาการเจริญเติบโตของกล้ามเนื้อและกระดูกสำหรับเด็กได้ดีแต่ควรทำอย่างเหมาะสม ส่วนในวัยผู้สูงอายุช่วยชะลอการเสื่อมสภาพของโครงสร้างร่างกายได้

1.3 การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความอ่อนตัวและความยืดหยุ่น (Exercise for Flexibility and Elasticity) การออกกำลังกายรูปแบบนี้จะช่วยผ่อนคลายลดอาการปวดเมื่อยของกล้ามเนื้อและข้อต่อเพิ่มประสิทธิภาพการเคลื่อนไหว กิจกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อค้างไว้ หรือ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อแบบเคลื่อนไหว เป็นต้น

2. การออกกำลังกายเพื่อพัฒนาความสามารถทางกลไกการเคลื่อนไหว (Exercise for Development Biomotor Abilities)

การออกกำลังกายประเภทนี้มีความสำคัญต่อการพัฒนาความก้าวหน้าในการฝึกและสนับสนุนให้การพัฒนาเทคนิคทักษะการเคลื่อนไหวเฉพาะด้านดีขึ้น และได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับทักษะการเคลื่อนไหวในแต่ละประเภทเพื่อเกิดประโยชน์ต่อการเคลื่อนไหวที่ดี เช่น การฝึกโยคะสำหรับผู้สูงอายุในท่ายืนแอ่นตัว เพื่อให้ผู้สูงอายุปรับสภาพการเคลื่อนไหวพัฒนาความแข็งแรงพร้อมกับการทรงตัว

3. การออกกำลังกายเฉพาะเจาะจง (Specific Exercise)

การออกกำลังกายรูปแบบนี้มีความหลากหลายและสลับซับซ้อน มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการพัฒนาส่งเสริมการประสานงานของระบบประสาทกล้ามเนื้อ (Co-ordination) ความสามารถทางกลไกการเคลื่อนไหว (Biomotor Abilities) ผลของการออกกำลังกายมีความถูกต้องชัดเจน ช่วยให้ผู้ฝึกสามารถควบคุมและปฏิบัติทักษะการเคลื่อนไหวในแต่ละส่วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถคิดและจินตนาการในการเคลื่อนไหวได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว นำไปสู่การฝึกปฏิบัติทักษะการออกกำลังกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การออกกำลังกายตามวัตถุประสงค์ (Objectives of Exercise)

การออกกำลังกายรูปแบบนี้ช่วยดูแลรักษาทั้งร่างกายและจิตใจทุกช่วงอายุ ซึ่งแบ่งออกได้ดังนี้

4.1 การออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษา (Exercise for Therapy) จะต้องอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลจากแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย ซึ่งส่วนใหญ่คือผู้ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคเครียด และโรคหัวใจ เป็นต้น

4.2 การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Exercise for Rehabilitations) เพื่อช่วยกระตุ้นให้ร่างกายที่เสื่อมสภาพ หรือภายหลังการเจ็บป่วยสามารถกลับคืนสภาพปกติ เช่น การบาดเจ็บจากการกีฬา การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เป็นต้น การวางแผนการออกกำลังกายควรต้องมีการจัดโปรแกรมให้เหมาะสมของแต่ละบุคคล

4.3 การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างร่างกาย (Exercise for Conditioning) วัตถุประสงค์สำคัญที่ทำให้ร่างกายมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม เช่น พัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ พัฒนาความอดทนของระบบหัวใจ ระบบไหลเวียนเลือด และระบบหายใจ เป็นต้น หากทำเป็นประจำจะส่งผลให้ร่างกายสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ ไม่เหน็ดเหนื่อย อีกทั้งยังช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย

5. การออกกำลังกายเพื่อสมรรถภาพทางกาย (Exercise of Physical Fitness)

การออกกำลังกายรูปแบบนี้ต้องกำหนดความหนักให้อยู่ในระดับที่มากกว่าขณะพักและกระทำซ้ำๆ รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งอย่างเป็นระบบ ผู้ออกกำลังกายควรที่จะเลือกวิธีที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้จะช่วยพัฒนาเสริมสร้างทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

5.1 การออกกำลังกายเพื่อพัฒนาสมรรถภาพทางกายทั่วไป ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายเพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายมีทั้งการใช้อุปกรณ์และไม่ใช้อุปกรณ์ เช่น ยางยืด ตาราง 9 ช่อง รั้ว เชือกกระโดด ดัมเบลล์ บาร์เบลล์ เป็นต้น

5.2 การออกกำลังกายเพื่อพัฒนาสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับทักษะ จะช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายให้กับนักกีฬาในการเคลื่อนที่ออกแรงปฏิบัติเทคนิคทักษะได้อย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้เกิดความสามารถในการเล่นของนักกีฬาเต็มศักยภาพ ซึ่งสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับทักษะประกอบด้วย พลังหรือกำลังของกล้ามเนื้อ (Muscle power) ความเร็ว (Speed) ความว่องไว (agility) การทรงตัวหรือความสมดุล (Balance) เวลาปฏิกิริยา (Reaction time) และความสัมพันธ์ของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ^{1,6}

ประวัติมวยโคราช

มวยโคราชเป็นศิลปะการต่อสู้ประจำถิ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และถือว่าเป็นศิลปะการต่อสู้ประจำชาติไทยอีกสายหนึ่งของมวยไทย ซึ่งมีทั้งหมด 4 สาย ประกอบไปด้วย 1) มวยไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี จากภาคใต้ 2) มวยท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์ จากภาคเหนือ 3) มวยพระนคร หรือมวยลพบุรี จากภาคกลาง และ 4) มวยโคราช จังหวัดนครราชสีมา จากภาคอีสาน มวยโคราชมีเอกลักษณ์ที่โดดเด่นดังนี้^{7,8}

1. การแต่งกายของมวยโคราช

สวมกางเกงขาสั้นใช้ผ้าขาวม้ามัดผูกเป็นนวมทับอย่างแน่นหนาเพื่อป้องกันอวัยวะ ปกคลุมจนถึงด้านในของเอว ไม่สวมเสื้อ และปลายเท้าเปลือยเปล่า ต่อมาก็พัฒนามาเป็นท่าเบาेरูป 3 เหลี่ยม ใช้เชือกผูกข้อมือทั้ง 3 มุม ใช้แทนกระบังสวมมงคลแม้ขณะชกก็ยังสวมอยู่ มีผ้าประเจียดมัดไว้ที่ต้นแขนซ้ายและแขนขวา ใช้ด้ายดิบคาดหมัดและขมวดรอบแขนจรดข้อศอกด้วยวิธีพิเศษไม่เหมือนใคร

2. การพันหมัดแบบคาดเชือก

วิธีการคาดเชือกผู้ชกต้องได้รับการคาดเชือกจากพี่เลี้ยงหรือครูมวยก่อนด้วยการนั่งชันหัวเข้าไว้ทั้งสองข้างเพื่อรับแขนที่เหยียดออกไปข้างหน้าตรึงข้อศอก คว่ำมือ กางนิ้วทั้ง 5 ออกเต็มที่ แล้วเริ่มคาดด้วยด้ายดิบตรงข้อศอก จากนั้นพันรอบ ๆ หลังมือและข้อมือไปจนจดปลายนิ้วอย่างหลวม ๆ หันกลับมาทางข้อมืออีกครั้ง แล้วจึงสอดด้ายรวบรั้งจากปลายนิ้วเข้ามาจนเลื่องามมือให้ข้อมือนิ้วโผล่ ถึงระยะนี้หมัดที่คาดเชือกยังคงอ่อนนุ่มคล้ายนวม เมื่อด้ายดิบยังเหลืออยู่ประมาณ 1 เมตร ครูผู้คาดเชือกจะบิดด้ายดิบให้เป็นเกลียวแข็งเป็นกันหอย นักมวยจะต้องขยับนิ้วเพื่อป้องกันเหน็บขา สอดกันหอยเข้าที่ละตัวเรียงรายจนทั่วหลังหมัด ซึ่งจะมีความตึงเข้าทุกที เท้านี้ยังไม่พอเพราะกันหอยยังพลิกได้ยังใช้ด้ายเรียกว่าหางเชือกหรือสีกสอดตรึงให้กันหอยไม่เอียง ตั้งตรง เป็นลักษณะหนามทุเรียนขลิบเอาปลายแหลมออก เมื่อเริ่มจะชกจึงพี่เลี้ยงหรือครูจะอมน้ำพ่นลงไปทั่วหลังหมัด ด้ายดิบที่ถูกบิดตัวกลม ๆ เป็นกันหอยเมื่อถูกน้ำเข้าจะเป่งตัวแข็ง

3. การจดมวยตำรามวยโคราช

มวยโคราชนิยมจดมวยหันหน้าตรง ทั้งเท้าข้างนอกเล็กน้อยให้น้ำหนักเท้าอยู่ที่เท้าหน้า สันเท้าหลังเขย่ง เท้าไหนออกหน้าหมัดข้างนั้นจะต้องจดอยู่ด้านหน้า เท้าไหนอยู่ด้านหลังหมัดข้างนั้นจะต้องคุมอยู่เหนือราวนมหรือสูงกว่าเล็กน้อย ลำตัวหันเข้าหาคู่ต่อสู้เต็มตัว เมื่อจะเปลี่ยนทางการจดมวยให้สับเท้าหน้าไปข้างหน้าเล็กน้อยเพื่อการช่วยจังหวะเท้าหลังก้าวไปข้างหน้า หมัดหลังที่คุมอยู่ม้วนเป็นวงช้า ๆ ข้ามหมัดที่จดอยู่ด้านหน้าไปเป็นหมัดจด และหมัดที่จดอยู่ด้านหน้ากลับมาเป็นหมัดคุมแทน ทั้งเท้าหลังช่วยจังหวะอีกเล็กน้อย พร้อมกับชักหมัดที่จะอยู่ข้างหน้า ม้วนเป็นวงช้า ๆ ออกหมัดที่อยู่ด้านหลังมาเป็นหมัดคุมและหมัดที่คุมข้ามไปเป็นหมัดจดแทน

4. การฝึกซ้อม

การฝึกซ้อมในสมัยโบราณ ครูมวยจำเป็นต้องใช้ภูมิปัญญาคิดค้นวิธีการฝึกให้กับนักมวยด้วยการอาศัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งในคำกลอนครุบัว นิลาอาษา (วัดอัม) และตำราของพระหม่อมสมาหาร กล่าวไว้ว่า

4.1 เมื่อลุกจากที่นอนไม่ว่าเวลาใด ก่อนลุก ขณะนอนหงายเหยียดเท้าตรงไปทั้ง 2 ข้าง ให้ขกลมทั้งสองมือสุมขึ้นไปจนกระทั่งตั้งตัวตรง เป็นการยืดเหยียดร่างกายให้เส้นสายและมือสันทัดทั้งสองข้าง

4.2 เมื่อเวลาจะล้างหน้าให้เอามือวักน้ำมารอหน้า อย่าให้เอามือถูหน้าให้เอาน้ำมืออีกออกไปจนล้างหน้าแล้วเป็นการทำให้ตาเราดีไม่เวียน ช่วยหลบลึก

4.3 เมื่อพระอาทิตย์ขึ้นให้นั่งผินหน้าไปทางตะวัน พังดูพระอาทิตย์ตั้งแต่เข้าไปจนสาย ทำให้แสงตากล้าถึงคู่ต่อสู้จะชกหรือเตะมา ตาเราก็ไม่หลับ สามารถพังดูได้

4.4 เมื่ออาบน้ำหรือลงเล่นน้ำให้ดำน้ำลึมน้ำ ทำให้แสงตากล้าขึ้นได้ ลงเล่นน้ำเพียงคอ ให้ถองน้ำทั้ง 2 ศอกจนตัวลอยตัวขึ้นได้ เป็นการฝึกความคล่องแคล่วกระบวนกรศอกบำรุงเส้นสายด้วย

4.5 เวลาเข้าและเย็น หรือกลางคืนให้ชกลม เตะถีบลม และโดดเข้าโดดออกเล่นตัวให้คล่องแคล่วทั้งคอกทั้งเข้า

5. การชกหมัดเหวี่ยงควาย

เอกลักษณ์มวยโคราช คือ “หมัดเหวี่ยงควาย” ซึ่งหมายถึง การชกด้วยหมัดของหมิ่นซังดเชิงซก หรือ นายแดง ไทยประเสริฐ ลูกศิษย์ของพระหม่อมสมาหาร นักมวยไทยโคราชในสมัยรัชกาลที่ 5 ซึ่งมีเอกลักษณ์ในการคาดเชือกตั้งแต่ส้นหมัด ขึ้นไปจนถึงข้อศอกทั้ง 2 ข้าง และมีวิธีการชกหมัด คือ ทำจดมวยให้ลดหมัดที่จะเหวี่ยงควายลงมาอยู่ในระดับเอว ด้านในของหมัดที่กำอยู่ติดเอว หลังจากนั้นให้หมุนหมัดเข้าด้านในเอวพร้อมกับเหวี่ยงแขนออกไปด้านหน้า ส่วนที่ถูกเป้าหมายคือ หลังมือหรือด้านในของมือ จะชกหมัดเดียวแล้วหยุดหรือชกหมัดขวาหรือซ้ายสลับกันไปก็ได้ คล้ายกับควายที่มีเขายาวโค้งกำลังใช้เขาทั้งสองข้างขวิดคู่ต่อสู้ทางขวาทางซ้ายสลับไปมาอย่างต่อเนื่อง หมัดเหวี่ยงควาย ครูมวยโคราชเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า หมัดขว้างควาย หรือ หมัดอีเล หรือ หมัดอีเป๋⁵

6. การรำมวย

การรำมวยโคราชมีอยู่ 2 ท่าด้วยกัน คือ

6.1 ท่ามวยบังคม มีวิธีการปฏิบัติประกอบด้วย ผู้ฝึกยืนอยู่ในท่าตรง นั่งคุกเข่า ปลายเท้าขวาทับเท้าซ้าย น้ำหนักตัวอยู่บนส้นเท้าทั้งสอง มือทั้งสองข้างวางอยู่บนเข่า พนมมือเสมอกัน แยกแขนทั้งสองข้างออกไปทางด้านหลัง แขนตึง วาดมือทั้งสองมาทางด้านหน้านิ้วมือเหยียดชิดติดกัน ปลายแขนเฉียงลงพื้นดิน โนมตัวตามมาข้างหน้า พร้อมกับเอามือทั้งสองที่วาดเข้ามาทางเบื้องหน้าพนมที่หน้าอก แล้วยกมือทั้งสองข้างที่พนมอยู่นั้นขึ้นนอกระหว่างคิ้วที่ศีรษะ หัวแม่มือจดหน้าผากกับ แอ่นอกงยหน้า เอนตัวไปทางด้านหลังเล็กน้อย กลับมาอยู่ในท่าพนมมือเสมอกันเหมือนเดิม ทำเช่นนี้ 3 ครั้ง แล้วจึงลดมือทั้งสองข้างลงมาวางบนเข่า ต่อด้วยลุกขึ้นยืนตรง โดยการทรงตัวตั้งเข่าซ้ายขึ้นก่อนแล้วเอาเท้าขวามาชิดเท้าซ้ายอยู่ในท่าตรง พร้อมทั้งจะรำมวยในลำดับต่อไป

6.2 ท่ารำมวยอย่างสามชুমและท่าเท้าแม่บทที่สำคัญของมวยโคราช มีวิธีการปฏิบัติประกอบด้วย ผู้ฝึกยืนอยู่ในท่ายืนตรง กำมือทั้งสองข้างชิดหน้าผาก ศอกทั้งสองข้างแบะออกพองาม สืบเท้าขวาเข้าไปหาขุมที่ 1 เลยกเข่าเฉียงไปทางขุมที่ 2 วาดมือซ้าย ให้มือซ้ายวางลงบนเข่าซ้าย มือข้างขวายู่ห่างจากหน้าผากหนึ่งฝ่ามือ สลับเปลี่ยนมือด้วยการลดมือขวาลงอยู่เสมอรระดับสะโพก มือข้างซ้ายกำอยู่ห่างจากหน้าผากหนึ่งฝ่ามือ สลับเปลี่ยนมือเป็นพิเศษเหมือนเดิม เท้าซ้ายพร้อมเก็บเท้าไปข้างหน้า 2 ครั้งเข้าหาขุมที่ 2 มือทั้งสอง อยู่ระดับคางที่ ยกเข่าขวาเฉียงไปทางขุมที่ 3 วาดมือซ้าย ให้มือซ้ายวางลงบนเข่าขวามือข้างซ้ายกำอยู่ห่างจากหน้าผากหนึ่งฝ่ามือ สลับเปลี่ยนมือซ้ายด้วยการลดมือซ้ายลงอยู่เสมอรระดับสะโพก มือข้างขวายู่ห่างจากหน้าผากหนึ่งฝ่ามือ สลับเปลี่ยนมือเป็นพิเศษเหมือนเดิม วางเท้าขวาพร้อมเก็บเท้าไปข้างหน้า 2 ครั้ง เข้าหาขุมที่ 3 มือทั้งสองอยู่คางที่ ยกเข่าซ้ายเฉียงไปทางขุมที่ 1 วาดมือซ้าย ให้มือซ้ายวางลงบนเข่าซ้าย มือข้างขวายกอยู่ห่างจากหน้าผากหนึ่งฝ่ามือ สลับเปลี่ยนมือด้วยการลดมือขวาลงอยู่เสมอรระดับสะโพก มือข้างซ้ายกำอยู่ห่างจากหน้าผากหนึ่งฝ่ามือ สลับเปลี่ยนมือเป็นพิเศษเหมือนเดิม วางเท้าซ้ายพร้อมเก็บเท้าไปข้างหน้า 2 ครั้งเข้าหาขุมที่ 1 มือทั้งสองคางที่ ยกเข่าขวาเฉียงไปทางขุมที่ 2 วางเท้าขวาแต่ไปทางขุมที่ 2 และสลับทางขวามาทางขุมที่ 3 เลยกเข่าซ้ายเฉียงไปทางขุมที่ 2 วาดมือซ้าย ให้มือซ้ายวางลงบนเข่าซ้าย มือข้างขวายกอยู่ห่างจากหน้าผากหนึ่งฝ่ามือ พร้อมขยับเท้า ก้าวจตุรกรไปหาที่หมายข้างหน้าทางซ้าย จตุรกรทางขวา จตุรกรทางซ้าย และจตุรกรทางขวา ถึงที่หมาย คำนับ

วิธีการฝึกทักษะแม่ไม้มวยโคราช

การฝึกทักษะมวยโคราช มีแนวทางการฝึกอยู่ 3 ขั้นตอน ทั้งหมด 47 ท่า ประกอบด้วย 1) ท่าการใช้อาวุธเบื้องต้น มีท่าอยู่กับที่ มีทั้งหมด 5 ท่า และท่าเคลื่อนที่ มีทั้งหมด 5 ท่า 2) ท่าการฝึกลูกไม้แก่ทางมวย มี 11 ท่า และ 3) ท่าการฝึกแม่ไม้มวยโคราช ได้แก่ ท่าแม่ไม้มวย มี 5 ท่า และ ท่าแม่ไม้มวยแบบโบราณ มี 21 ท่า ในบทความนี้จะขอลำถึงเพียงท่าทักษะพื้นฐาน ศิลปะมวยโคราช และ ท่าการใช้อาวุธเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ที่สนใจนำไปใช้ในการฝึกออกกำลังกาย ดังนี้

1. ทักษะพื้นฐานศิลปะมวยโคราช

1.1 การยืน เริ่มจากยืนเท้าชิดก่าหมัดทั้งสองข้างอยู่ระดับจุมก หมัดซ้ายอยู่ด้านใน หมัดขวาอยู่ด้านนอกต่อด้วย ถอยเท้าขวาไปด้านหลัง 1 ก้าว ควงหมัดเป็นวงให้หมัดซ้ายไปอยู่ด้านหน้า น้ำหนักตัวอยู่เท้าหน้า ขาเหยียดตึง เข่าหลังงอเล็กน้อย เปิดส้นเท้าหลังขึ้นต่อไปจะเรียกว่าท่าคุม 1

1.2 การกำหมัดและตำแหน่งของหมัด ให้หมัดนำอยู่สูงระดับคาง แขนงอเล็กน้อย หมัดตามอยู่ต่ำลงไประดับข้าง ข้อศอกของหมัดนำ ข้อศอกเกือบแนบชิดซี่โครงเพื่อป้องกันลำตัวด้านข้าง สายตามองตรงผ่านหมัดไปตรงหน้า

1.3 การยืนในท่าจุมมวยไทยโคราช เท้าใดอยู่ด้านหน้า มือด้านนั้นอยู่ด้านหน้าเสมอ

1.4 การเคลื่อนไหวในท่าจุมมวยไปด้านหน้าและด้านหลัง มีขั้นตอนดังนี้

1.4.1 การจตุรกร ผู้ฝึกยืนในท่าจุมมวย ก้าวเท้าหลังไปด้านหน้า 1 ก้าว พร้อมกับควงหมัดด้านหลังเป็นวงขึ้น ด้านบนไปด้านหน้าครึ่งรอบ เมื่อวางเท้าหลังลงด้านหน้าแล้ว ขยับเท้าหน้าตามไปประมาณ 1 คืบ เพื่อสร้างจังหวะหมัดและเท้าที่เคยอยู่ด้านหลังให้ไปด้านหน้า การวางหมัดและระดับสายตาเหมือนกับการยืนในท่าจุมมวยปกติเรียกว่า ท่าคุม 2 (จตุรกร 1) ต่อด้วยก้าวเท้าหลังไปด้านหน้า 1 ก้าว พร้อมกับควงหมัดด้านหลังเป็นวงขึ้นด้านบนไปด้านหน้าครึ่งรอบ เมื่อวางเท้าหลังลงด้านหน้าแล้ว ขยับเท้าหน้าตามไปประมาณ 1 คืบ เพื่อสร้างจังหวะ หมัดและเท้าที่เคยอยู่ด้านหลังจะไปอยู่ด้านหน้า การวางหมัดและระดับสายตาเหมือนกับการยืนในท่าจุมมวยปกติ ท่าคุม 1 (จตุรกร 2)

1.4.2 การจตุรกร ผู้ฝึกยืนในท่าจุมมวย ถอยเท้าหน้าไปด้านหลัง 1 ก้าวพร้อมกับควงหมัดด้านหน้าเป็นวงขึ้น ด้านบนไปด้านหลังครึ่งรอบ ขยับเท้าหลังตามไปประมาณ 1 คืบ เพื่อสร้างจังหวะ หมัดและเท้าที่เคยอยู่ด้านหน้าจะไปอยู่ด้านหลัง การวางหมัดระดับและสายตาเหมือนกับการยืนในท่าจุมมวยท่าคุม 2 ต่อด้วยถอยเท้าหน้าไปด้านหลัง 1 ก้าวพร้อมกับควงหมัดด้านหน้าเป็นวงขึ้นด้านบนขึ้นด้านหลังไปครึ่งรอบ ขยับเท้าหลังตามไปประมาณ 1 คืบ เพื่อสร้างจังหวะหมัดและเท้าที่เคยอยู่ด้านหน้าให้ไปด้านหลัง การวางหมัดระดับและสายตาเหมือนกับการยืนในท่าจุมมวยปกติ

2. ท่าการใช้อาวุธเบื้องต้น

แบ่งออกได้ 2 แบบ ดังนี้

2.1 ท่าทำอยู่กับที่ 5 ท่า ประกอบด้วย

2.1.1 ท่าต่อตรงอยู่กับที่ วิธีการปฏิบัติอยู่ในท่าคุม 1 มีการปฏิบัติดังนี้

ผู้ฝึกยืนอยู่ในท่าจุมมวยควงแขนซ้ายเล็กน้อยเข้ามาป้องกันที่ใบหน้า เอนตัว ย่อมาทางด้านหลังทางขวาเล็กน้อย ถีบเท้าขวาส่งตัวพุ่งหมัดขวาที่หมายบริเวณปากครึ่งจุมกครึ่งของคู่ต่อสู้ โดยมุ่งหมัดทั้งทั้งไหล่แรงๆ เข้าจังหวะหนึ่งหมัดที่พุ่งออกไปนั้นให้พุ่งตรงๆ ไม่คว่ำมือและไม่หงายมือ ควงแขนขวาเล็กน้อยเข้ามาป้องกันที่ใบหน้า เอนตัวย่อมาทางด้านหลังทางซ้ายเล็กน้อย ต่อด้วยถีบเท้าขวาส่งตัวพุ่งหมัดซ้ายที่หมายบริเวณปากครึ่งจุมกครึ่งของคู่ต่อสู้ โดยพุ่งหมัดทั้งทั้งไหล่แรงๆ เข้าจังหวะ 2

2.1.2 ท่าต่อเยื้องอยู่กับที่ มีการปฏิบัติดังนี้

ผู้ฝึกยืนอยู่ในท่าจุมมวย ควงแขนซ้ายเล็กน้อยเข้ามาป้องกันที่ใบหน้า เอนตัวย่อมาทางด้านหลังทางขวาเล็กน้อย พร้อมถีบเท้าขวาส่งตัวเหวี่ยงหมัดขวาออกไปทั้งไหล่แรงๆ ที่หมายบริเวณขากรรไกรหรือช่องอกของคู่ต่อสู้จังหวะ 1 หมัดที่เหวี่ยงออกไปนั้นจะให้หน้าหมัดหรือหลังหมัดไปกระทบเป้าก็ได้ทั้งสองอย่าง ควงแขนขวาเล็กน้อยเข้ามาป้องกันที่ใบหน้า เอนตัวย่อมาทางด้านหลังทางซ้ายเล็กน้อย พร้อมถีบเท้าขวาส่งตัวเหวี่ยงหมัดซ้ายออกไปทั้งไหล่แรงๆ ที่หมายบริเวณขากรรไกรหรือช่องอกของคู่ต่อสู้ เข้าจังหวะ 1

2.1.3 ท่าต่อขึ้นอยู่กับที่ มีการปฏิบัติดังนี้

ผู้ฝึกยืนอยู่ในท่าจุมมวย โยกตัวย่อมาทางด้านหลังทางขวาเล็กน้อยพร้อมชักหมัดลำตัว (ชายโคราช)

พร้อมถีบเท้าขวาส่งตัว ต่อยหมัดขวาพุ่งขึ้นในลักษณะเสยหมัดเฉียงไปทางซ้ายทั้งตัวที่หมายบริเวณปลายคางคู่ต่อสู้เข้าจังหวะ 1 (หน้าอยู่ในวงแขน) โยกตัวย่อมาทางด้านหลังทางซ้ายเล็กน้อย พร้อมชักหมัดซ้ายเข้าหาลำตัว (ซ้ายโคร่งซ้าย) พร้อมถีบเท้าขวาส่งตัวต่อยหมัดซ้ายพุ่งขึ้นในลักษณะเสยหมัดเฉียงไปทางขวาทั้งตัวที่หมายบริเวณปลายคางของคู่ต่อสู้ เข้าจังหวะ 2 (หน้าอยู่ในวงแขน)

2.1.4 ท่าต่อยด้วยศอกอยู่กับที่ มีการปฏิบัติดังนี้

ผู้ฝึกยืนอยู่ในท่าจดมวย โยกตัวย่อมาทางด้านหลังทางขวาเล็กน้อยพร้อมชักหมัดขวาเข้าหาลำตัว (ซ้ายโคร่งขวา) ยืนพร้อมถีบเท้าขวาส่งตัวต่อยด้วยศอกขวาพุ่งขึ้นในลักษณะเฉียงไปทางซ้ายทั้งตัวที่หมายบริเวณปลายคางของคู่ต่อสู้เข้าจังหวะ 1 (หน้าอยู่ในวงแขน) โยกตัวย่อมาทางด้านหลังทางซ้ายเล็กน้อย พร้อมชักหมัดซ้ายเข้าหาลำตัว (ซ้ายโคร่งซ้าย) ยืน พร้อมถีบเท้าขวาส่งตัวต่อยด้วยศอกขวาพุ่งขึ้นในลักษณะเฉียงไปทางขวาทั้งตัวที่หมายบริเวณปลายคางของคู่ต่อสู้เข้าจังหวะ 2 (หน้าอยู่ในวงแขน)

2.1.5 ท่าถองลงอยู่กับที่ มีการปฏิบัติดังนี้

ผู้ฝึกยืนอยู่ในท่าจดมวย โยกตัวพร้อมยืดตัวเอนมาทางด้านหลังทางขวาเล็กน้อย เงื้อศอกขวาขึ้นเหนือศีรษะ ใช้กำลึงที่หัวไหล่กดศอกถองลงมาเฉียงๆ ทางด้านซ้ายใช้แรงกดมาทั้งตัว (ลักษณะของศอกคล้ายฝ่ามือ) ที่หมายบริเวณกลางหลังหรือศีรษะของคู่ต่อสู้ เข้าจังหวะ 1 (หน้าอยู่ในวงแขน) โยกตัวพร้อมยืดตัวเอนมาทางด้านหลังทางซ้ายเล็กน้อย เงื้อศอกซ้ายขึ้นเหนือศีรษะ พร้อมใช้กำลึงที่หัวไหล่กดศอกถองลงมาเฉียงๆ ทางด้านขวาใช้แรงกดมาทั้งตัว (ลักษณะของศอกคล้ายฝ่ามือ) ที่หมายบริเวณกลางหลังหรือศีรษะของคู่ต่อสู้ เข้าจังหวะ 2 (หน้าอยู่ในวงแขน)

2.2 ท่าเคลื่อนที่ 5 ท่า ประกอบด้วย

2.2.1 ท่าต่อยตรงสลับกับการเคลื่อนที่ มีการปฏิบัติดังนี้

ผู้ฝึก ยืนอยู่ในท่าจดมวย ควมแขนซ้ายเล็กน้อยเข้ามาป้องกันใบหน้าเอนตัวย่อมาทางด้านหลังทางขวาเล็กน้อยพร้อมถีบเท้าขวาส่งตัวพุ่งหมัดขวาที่หมายบริเวณปากครึ่งจุมครึ่งของคู่ต่อสู้โดยมุ่งหมัดทั้งทั้งไหล่แรงๆ เข้าจังหวะ 1 ก้าวเท้าขวาไปข้างหน้า ควมแขนขวาเล็กน้อยเข้ามาป้องกันใบหน้าเอนตัวย่อมาทางด้านหลังทางซ้ายเล็กน้อย พร้อมถีบเท้าขวาส่งตัวพุ่งหมัดซ้ายที่หมายบริเวณปากครึ่งจุมครึ่งของคู่ต่อสู้ โดยพุ่งหมัดทั้งทั้งไหล่แรงๆ เข้าจังหวะ 2

2.2.2 ท่าเตะเหวี่ยงกลับด้วยศอกเคลื่อนที่ หรือเรียกว่า “ท่าตลบนกกลางเวหา” มีการปฏิบัติดังนี้

ผู้ฝึกยืนในท่าจดมวย สืบเท้าหน้า (เท้าซ้าย) ช่วยจังหวะเล็กน้อยใช้เท้าขวาหลอกเตะก้านคอคู่ต่อสู้ ขั้นตอนที่ 2 เมื่อพลาดเป้าหมายไม่ต้องยังให้เลยไปวางเท้าไว้ทางซ้ายพร้อมย่อตัวทั้งน้ำหนักลงสู่เท้าซ้ายซึ่งเป็นเท้าหลัง โดยลักษณะหันด้านหลังซึ่งเป็นส่วนหนาให้คู่ต่อสู้ เมื่อคู่ต่อสู้เห็นเราเสียหลักเข้าเตะซ้ำทางด้านหลังซึ่งเปิดช่องอยู่ก็ให้ใช้แรงที่คู่ต่อสู้เข้าทำนั้นเป็นแรงบวก ถีบเท้าซ้ายพลัดตัวทางข้างซ้ายใช้ศอกขวาพุ่งเข้าหาใบหน้าคู่ต่อสู้แรงและเร็วแล้วกลับมาอยู่ในท่าคุม 2

2.2.3 ท่าต่อยด้วยศอกและเข้าเคลื่อนที่ มีการปฏิบัติดังนี้

ผู้ฝึกยืนในท่าจดมวย ลดมือซ้ายซึ่งจดยู่ข้างหน้าเข้าแนบชายโครงด้านซ้ายพร้อมย่อตัวเอี้ยวขึ้นไปทางซ้ายพอเหมาะ ให้สืบเท้าหน้าเล็กน้อยพร้อมถีบเท้าขวาอย่างแรง พุ่งตัวโยนเข้าขวาพร้อมฟันศอกซ้ายประสานเข้าหาที่หมายปลายศอกและเข้าที่พุ่งออกไปนั้นเป็นมุมแหลม เข้าจังหวะ 1 ลดมือขวาซึ่งจดยู่ข้างหน้าเข้าแนบชายโครงด้านขวาพร้อมย่อตัวเอี้ยวขึ้นไปทางขวาพอเหมาะ ให้สืบเท้าหน้าเล็กน้อยพร้อมถีบเท้าซ้ายอย่างแรงพุ่งตัวโยนเข้าซ้ายพร้อมกับฟันศอกขวาประสานเข้าหาที่หมายปลายศอกและเข้าที่พุ่งออกไปนั้นเป็นมุมแหลมเข้าจังหวะ 2

2.2.4 ท่าเตะสลับกันเคลื่อนที่ มีการปฏิบัติดังนี้

ผู้ฝึกยืนในท่าจดมวย สืบเท้าหน้าเล็กน้อยพร้อมเตะเท้าขวาเข้าหาที่หมาย (บริเวณชายโครงด้านซ้ายหรือก้านคอของคู่ต่อสู้) ลำตัวตรงไว้ ดึงหมัดขวาที่คุมไว้เข้าหาชายโครงด้านขวา วางเท้าขวาข้างหน้า เข้าจังหวะที่ 1 วางเท้า

ด้านหน้า สืบเท้าหน้าเล็กน้อยพร้อมเตะซ้ายเข้าหาที่หมาย (บริเวณชายโครงด้านขวาหรือก้นคอของคู่ต่อสู้) ถ้าตัวให้ตรงไว้ ดึงหมัดซ้ายที่คุมไว้เข้าหาชายโครงด้านซ้าย วางเท้าซ้ายด้านหน้า เข้าจังหวะที่ 2

2.2.5 ท่าเตะแล้วตอยตามพลิก มีการปฏิบัติดังนี้

ผู้ฝึกยืนท่าจดมวย สืบเท้าหน้าเล็กน้อยพร้อมใช้เท้าซ้ายเตะเข้าหาที่หมาย (บริเวณชายโครงด้านซ้ายหรือก้นคอของคู่ต่อสู้) ให้หันลำตัวให้ตรง ดึงหมัดขวาที่คุมไว้เข้าหาชายโครงด้านขวา พร้อมกับพุ่งหมัดซ้ายเข้าหาที่หมาย บริเวณปลายคางของคู่ต่อสู้เข้าจังหวะ 1 แล้วชักหมัดขวาเข้ามาป้องกันใบหน้าหมัดซ้ายดึงเข้าหาชายโครงด้านซ้ายพร้อมพุ่งหมัดขวาเข้าหาเป้าหมายบริเวณปลายคางของคู่ต่อสู้ เข้าจังหวะ 2 พลิกตัววางเท้าขวาขวางไว้ข้างหน้าพร้อมก้มตัวโน้มไปทางข้างหน้าด้านขวา หมัดซ้ายคงขึ้นมาจากวงใบหน้าไว้ หมัดขวาชักเข้ามาอยู่แนบชายโครงด้านขวาอยู่ในลักษณะเดียวกันพร้อมพลิกตัวขึ้นไปจดอยู่ในท่าคุม 2 ต่อไป

การออกกำลังกายด้วยมวยโคราช

การออกกำลังกายด้วยมวยโคราช คือ การผสมผสานท่าทางต่อสู้ไม่ว่าจะเป็นอาวุธมือ ด้วยการชก ศอก ผลัด ตบ ดัน ดึง กระชาก อาวุธเท้า เข้า ด้วยการเข้า เตะ ชัด เคลื่อนไหว โดยมีการออกแบบท่าทางเหมือนการต่อสู้ แบบไม่มีการปะทะ เป็นเพียงการเคลื่อนไหวตามทักะนั้น ๆ ซึ่งการออกกำลังกายด้วยมวยโคราช ถือได้ว่าเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอีกประเภทหนึ่งที่แปลกใหม่ทำให้ไม่น่าเบื่อ และสามารถนำเสียงเพลงมาประกอบจังหวะท่าทางให้ผู้ออกกำลังกายมีความสุขสนุกสนานมากขึ้นได้ด้วย

แนวทางการออกกำลังกายด้วยมวยโคราช

สำหรับผู้สนใจหรือต้องการเริ่มต้นออกกำลังกาย ควรเตรียมตัวและปฏิบัติตน ดังต่อไปนี้

1. ให้เริ่มจากการทำซ้ำๆ ก่อน เพื่อให้ร่างกายได้ปรับตัวและป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ
2. กำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน เช่น เพื่อต้องการลดน้ำหนัก เพื่อความแข็งแรงของร่างกาย เพื่อความสนุกสนาน หรือเพื่อเพิ่มทักษะในการป้องกันตัว ควรออกกำลังกายให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ อย่างน้อย 2-3 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30-60 นาที
3. เตรียมร่างกายให้พร้อม ดื่มน้ำปริมาณที่เหมาะสมทั้งก่อน ระหว่าง และหลังออกกำลังกายทุกครั้ง
4. ชุดที่สวมใส่ควรเป็นชุดที่เคลื่อนไหวได้สะดวก ปลอดภัยและสร้างความมั่นใจ
5. เตรียมอุปกรณ์เพิ่มเติม เช่น นวมหรือผ้าพันมือ เครื่องป้องกันในกรณีที่มีคูฝึกซ้อม

การออกกำลังกายด้วยมวยโคราช ถือได้ว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเหมาะสมกับทุกเพศ ทุกวัย ขึ้นอยู่กับการวางแผน การกำหนดความหนัก ระยะเวลา ความถี่ ที่ปฏิบัติ เป็นต้น ดังตัวอย่างภาพที่ 1 และ 2

ตัวอย่าง การออกกำลังกายด้วยมวยโคราช และการส่งเสริมศิลปะแม่ไม้มวยไทย (มวยโคราช)



ภาพที่ 1 แสดงการออกกำลังกายด้วยมวยโคราช

ที่มา : ถ่ายเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2565 ณ โรงแรมโกลเด้นแลนด์รีสอร์ท จังหวัดนครราชสีมา



ภาพที่ 2 แสดงการส่งเสริมศิลปะแม่ไม้มวยไทย (มวยโคราช)

ที่มา : ถ่ายเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2565 ณ โรงเรียนตำบลบ้านโพธิ์ จังหวัดนครราชสีมา

ฝึกปฏิบัติด้วยท่าอยู่กับที่ 5 ท่า

การฝึกปฏิบัติมีดังนี้

1. ท่าที่ 1 ยืนท่าจคมวยไทยโคราช ต่อยตรงอยู่กับที่ ปฏิบัติจำนวน 8 จังหวะ ตามภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงท่าจคมวยและท่าต่อยตรงอยู่กับที่

ที่มา : บันทึกภาพเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2564 ณ อุทยานประวัติศาสตร์พิมาย จ.นครราชสีมา

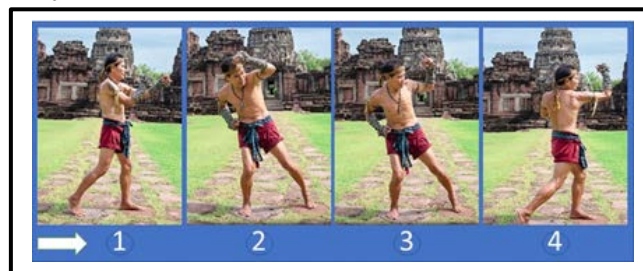
2. ท่าที่ 2 ท่าต่อยเหวี่ยงอยู่กับที่ ปฏิบัติจำนวน 8 จังหวะ ตามภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แสดงท่าจคมวยและท่าต่อยเหวี่ยงอยู่กับที่

ที่มา : บันทึกภาพเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2564 ณ อุทยานประวัติศาสตร์พิมาย จ.นครราชสีมา

3. ท่าที่ 3 ทำต่อขึ้นอยู่กับที่ ปฏิบัติจำนวน 8 จังหวะ ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 แสดงท่าจดมวยและทำต่อขึ้นอยู่กับที่

ที่มา : บันทึกภาพเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2564 ณ อุทยานประวัติศาสตร์พิมาย จ.นครราชสีมา

4. ท่าที่ 4 ทำต่อด้วยศอกอยู่กับที่ ปฏิบัติจำนวน 8 จังหวะ ตามภาพที่ 6



ภาพที่ 6 แสดงท่าจดมวยและทำต่อด้วยศอกอยู่กับที่

ที่มา : บันทึกภาพเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2564 ณ อุทยานประวัติศาสตร์พิมาย จ.นครราชสีมา

5. ท่าที่ 5 ท่าถองลง อยู่กับที่ ปฏิบัติจำนวน 8 จังหวะ ดังภาพที่ 7

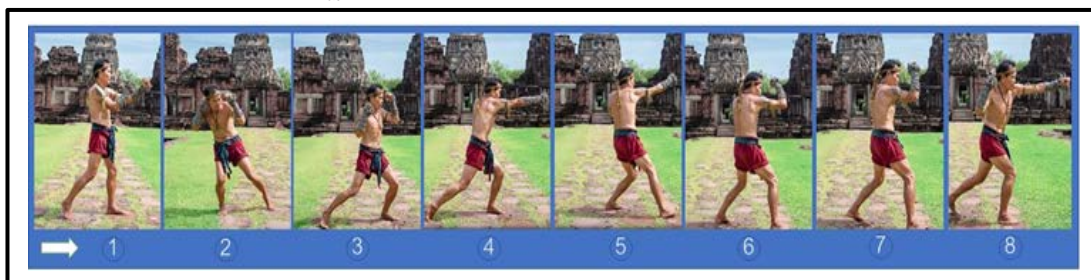


ภาพที่ 7 แสดงท่าจดมวยและท่าถองลงอยู่กับที่

ที่มา : บันทึกภาพเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2564 ณ อุทยานประวัติศาสตร์พิมาย จ.นครราชสีมา

ฝึกปฏิบัติด้วยท่าเคลื่อนไหวที่ 5 ท่า

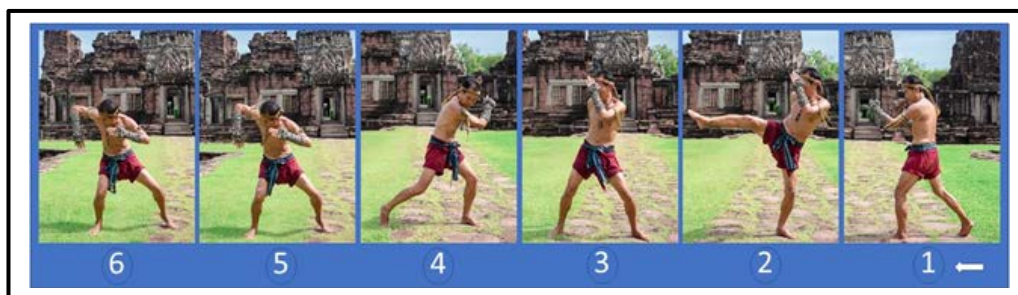
1. ท่าต่อตรงสลับเคลื่อนไหวที่ ปฏิบัติ ข้างละ 8 จังหวะ จะเคลื่อนไหวต่อเนื่องหรือเคลื่อนไหวที่ไปกลับก็ได้ ตามภาพที่ 8



ภาพที่ 8 แสดงท่าจดมวยและท่าต่อตรงสลับกัน เคลื่อนที่

ที่มา : บันทึกภาพเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2564 ณ อุทยานประวัติศาสตร์พิมาย จ.นครราชสีมา

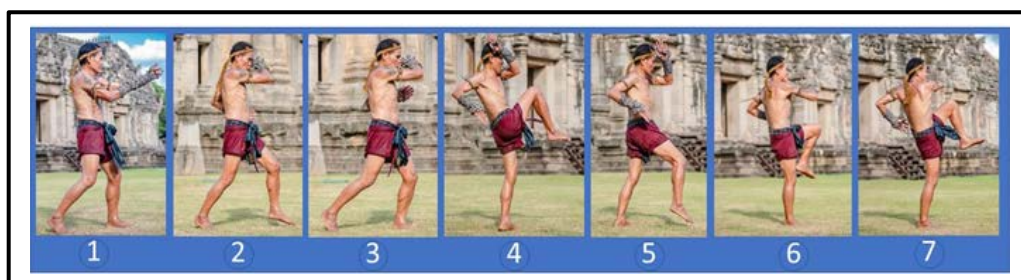
2. ท่าเตะเหวี่ยงกลับด้วยศอกเคลื่อนไหวที่หรือ เรียกขานกันว่า “ท่าตลบนกกลางเวหา” ตามภาพที่ 9



ภาพที่ 9 แสดงท่าจดมวยและท่าเตะเหวี่ยงกลับด้วยศอกเคลื่อนไหวที่

ที่มา : บันทึกภาพเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2564 ณ อุทยานประวัติศาสตร์พิมาย จ.นครราชสีมา

3. ท่าต่อด้วยศอกและเข้าเคลื่อนไหวที่ ตามภาพที่ 10



ภาพที่ 10 แสดงท่าจดมวยและท่าต่อด้วยศอกและเข้าเคลื่อนไหวที่

ที่มา : บันทึกภาพเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2564 ณ อุทยานประวัติศาสตร์พิมาย จ.นครราชสีมา

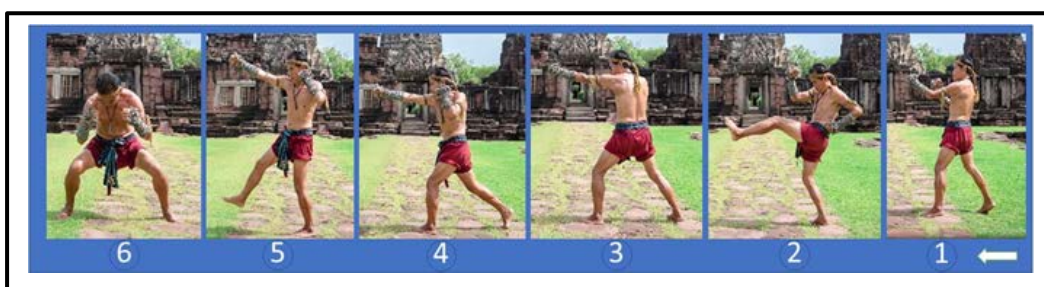
4. ท่าเตะสลับกันเคลื่อนที่ ตามภาพที่ 11



ภาพที่ 11 แสดงท่าจดมวยและท่าเตะสลับกันเคลื่อนที่

ที่มา : บันทึกภาพเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2564 ณ อุทยานประวัติศาสตร์พิมาย จ.นครราชสีมา

5. ท่าเตะแล้วต้อยตามพลิกตัวไปกัน ตามภาพที่ 12



ภาพที่ 12 แสดงท่าจดมวยและท่าเตะแล้วต้อยตามพลิกตัวไปกันเคลื่อนที่

ที่มา : บันทึกภาพเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2564 ณ อุทยานประวัติศาสตร์พิมาย จ.นครราชสีมา

การส่งเสริมสุขภาพด้วยมวยโคราช

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การหาทางส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การมีสุขนิสัยที่ดี การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การคลายเครียด เป็นต้น การส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่ดีในระยะยาว ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย โดยเฉพาะเพื่อสุขภาพจึงมีรูปแบบที่สามารถเลือกกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสนใจของแต่ละบุคคล ดังนั้น มวยโคราชสามารถนำมาใช้กับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ^{1,10}

หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การปฏิบัติจะกำหนดความหนักระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 54-65 ของอัตรา การเต้นของหัวใจสูงสุด ระยะเวลาควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที และความถี่กระทำอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ หากต้องการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักให้ปฏิบัติ ด้วยความหนักระดับปานกลาง ร้อยละ 64-76 ของอัตรา การเต้นของหัวใจสูงสุด ระยะเวลาควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพิ่มเวลาเป็น 50-60 นาที ในการวางแผนการออกกำลังกายด้วยมวยโคราชสามารถกำหนด ความหนัก ระยะเวลา และความถี่ เพื่อวัตถุประสงค์ของการออกกำลังกายที่ต้องการได้ เช่น เพื่อสุขภาพ เพื่อลดน้ำหนัก เพื่อความอดทนของกล้ามเนื้อ เพื่อพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ¹¹ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างแนวทางการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้วยมวยโคราช

สัปดาห์	ความหนัก	ระยะเวลา	ความถี่	ทำอยู่กับที่ 5 ท่า	ทำเคลื่อนที่ 5 ท่า
1	ความหนักปานกลาง	30 นาที	2-3 วันต่อสัปดาห์	ปฏิบัติท่าละ 8 จังหวะ ครั้งจำนวน 4 เซต	ปฏิบัติท่าละ 16 จังหวะ ครั้งจำนวน 4 เซต
2	ความหนักปานกลาง	40 นาที	3-4 วันต่อสัปดาห์	ปฏิบัติท่าละ 8 จังหวะ ครั้งจำนวน 6 เซต	ปฏิบัติท่าละ 16 จังหวะ ครั้งจำนวน 6 เซต
3	ความหนักปานกลาง	50 นาที	4-5 วันต่อสัปดาห์	ปฏิบัติท่าละ 8 จังหวะ ครั้งจำนวน 8 เซต	ปฏิบัติท่าละ 16 จังหวะ ครั้งจำนวน 8 เซต
4	ความหนักปานกลาง	60 นาที	5 วันต่อสัปดาห์	ปฏิบัติท่าละ 8 จังหวะ ครั้งจำนวน 10 เซต	ปฏิบัติท่าละ 16 จังหวะ ครั้งจำนวน 10 เซต

ที่มา : ปรับปรุงจาก สนธยา สีสมาด. 2557 : 211-212.

จากแนวทางการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้วยมวยโคราช (ดังตารางที่ 1) โดยมีปฏิบัติด้วยท่าอยู่กับที่ 5 ท่า และท่าเคลื่อนที่ 5 ท่า รวมทั้งหมด 10 ท่า จากการวิเคราะห์แต่ละท่าการฝึกปฏิบัติตามจังหวะที่กำหนด (ความเร็วการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับปานกลาง) พบว่าใช้เวลาไปในแต่ละเซต (10 ท่า) เซตละ 5 นาที ดังนั้น การปฏิบัติในสัปดาห์แรกกำหนดเวลาประมาณ 30 นาทีที่ใช้การปฏิบัติจำนวน 4 เซต (อาจจะมีการพักระหว่างเซต ๆ ละ 1-2 นาที) บวกกับเวลาในการอบอุ่นร่างกาย (Warm Up) และการคลายอุ่นร่างกาย (Cool Down) อย่างละ 5 นาที

อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายด้วยมวยโคราช สามารถปฏิบัติได้ทุกเพศ ทุกวัย เพราะไม่มีการปะทะ โอกาสเกิดการบาดเจ็บมีน้อย สิ่งที่ควรพิจารณา คือ ความสามารถของแต่ละบุคคล ความหนักของการฝึก ระยะเวลาและความถี่ในวัยเด็ก 10-14 ปี เหมาะในการพัฒนาการเคลื่อนไหว วัยผู้สูงอายุเหมาะสำหรับเน้นไปที่การส่งเสริมสุขภาพ และควรให้ผู้ออกกำลังกายปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรงมีความยืดหยุ่นและการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้น สามารถพัฒนาการทรงตัว ความอ่อนตัวของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกวริน สุขมี, สุรสา โค้งประเสริฐ และ รุจน์ เลหาภักดี¹²

สรุป

การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ต้องมีแบบแผนอย่างเป็นระบบ และมีการปฏิบัติอย่างเหมาะสมตามจุดมุ่งหมายและปฏิบัติต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้ออกกำลังกายมีสุขภาพและสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น การออกกำลังกายด้วยมวยโคราช ถือว่าเป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวอีกชนิดหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมวยโคราช ช่วยทำให้อวัยวะทุกส่วนมีการเคลื่อนไหว เช่น หมด ศอก เท้า เข่า เป็นต้น เมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกายเกิดขึ้นกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ก็ทำงานและมีการใช้พลังงานมากกว่าขณะพักหากปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงมีความยืดหยุ่น และการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้น การฝึกปฏิบัติอย่างมีแบบแผนต่อเนื่อง สามารถพัฒนาสมรรถภาพทางกายได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะการทรงตัวและความอ่อนตัว

ดังนั้นมวยโคราชถือว่าเป็นศาสตร์และศิลปะการต่อสู้ป้องกันตัวประจำถิ่น และประจำชาติไทย ซึ่งถือว่าเป็นมรดกทางวัฒนธรรมของคนไทย การส่งเสริมสุขภาพโดยให้คนไทยได้นำทักษะมวยโคราชมาประยุกต์ใช้กับการออกกำลังกายอย่างถูกหลักและมีแบบแผนจนเป็นวิถีชีวิตย่อมจะส่งผลให้ประชาชนส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและเป็นการอนุรักษ์ศิลปะแม่ไม้มวยโคราชไว้สืบไป

เอกสารอ้างอิง

1. กริชเพชร นนทโคตร. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. บุรีรัมย์ : คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์; 2557.
2. การกีฬาแห่งประเทศไทย. แผนยุทธศาสตร์การกีฬาแห่งประเทศไทย (2565-2570). [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.sat.or.th/wp-content/uploads/2021/11>.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2661-2580. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://library.nhrc.or.th/ulib/dublin.php?ID=10506>.
4. ฤทธิ เทพไทอานวย และคณะ. ศิลปะมวยไทยโคราช. นครราชสีมา : สาขาวิชาพลศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2560.
5. สถาบันอนุรักษ์ศิลปะมวยไทย กรมพลศึกษา. ศิลปะมวยไทย. [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://digital.nlt.go.th/items/show/9059>.
6. ถาวร กุมทศรี. การเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย. วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม : หจก.มีเดีย เพรส; 2560.
7. เข้า วาทยโยธา. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมศิลปะมวยไทยโคราช เพื่อสร้างเสริมเอกลักษณ์ของชาติ. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต (สาขาวิชามวยไทยศึกษา). ราชบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง, 2557.
8. สำนักวัฒนธรรม นครราชสีมา. มวยไทยโคราช. [อินเทอร์เน็ต]. 21 กรกฎาคม 2563. [เข้าถึงเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.google.com>.
9. ชลชัย อานามนารถ. การออกกำลังกายด้วยมวยไทย เพิ่มพิต มั่นใจ รู้ไว้ป้องกันตัว. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://healthy-org.com/libraries/content/80>
10. ธนิตา ผาติเสนะ. พฤติกรรมศาสตร์สุขภาพชุมชน. นครราชสีมา : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2557.
11. สนธยา สีละมอด. กิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ (Physical Activities for Wellness). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
12. เกวริน สุขมี, สุรสา โค้งประเสริฐ และรุจน์ เลาหะภักดี. ผลของการออกกำลังกายด้วยมวยไทยที่มีต่อความสามารถในการทรงตัวและความอ่อนตัวในผู้สูงอายุไทย. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ, [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2566] : 21(3) เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/spsc_journal/article/download/248395/168841.

บทบาทของผู้ช่วยพยาบาล กับการให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย

ชนิษฐ์ชา ภูมิสุขสุวรรณ¹ พัทธกรพจน์ ศรีประสาร^{2*}

¹ ผู้ช่วยพยาบาล หน่วยพยาบาลบริการชุมชน งานการพยาบาลสนับสนุนการรักษา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามารามิบัติ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

^{2*} พยาบาล (ผู้เชี่ยวชาญ) หน่วยพยาบาลบริการชุมชน งานการพยาบาลสนับสนุนการรักษา ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามารามิบัติ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

ผู้ช่วยพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่มีบทบาทความสำคัญในระบบบริการสุขภาพ โดยมีบทบาทช่วยแบ่งเบาภาระงานของบุคลากรที่มีสุขภาพโดยเฉพาะงานในด้านการบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ บทความนี้ได้รวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในบทบาทของผู้ช่วยพยาบาลกับการให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย ครอบคลุมการดูแลสุขภาพใน 4 องค์ประกอบ คือ บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการป้องกันโรค บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการรักษาพยาบาล และบทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การให้บริการพยาบาลแก่ประชาชนหรือผู้รับบริการให้เกิดความปลอดภัย เกิดความพึงพอใจ แบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ คงไว้ซึ่งคุณภาพการให้บริการพยาบาลที่ดี มีมาตรฐานและประชาชนหรือผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: บทบาทของผู้ช่วยพยาบาล/ การให้บริการสุขภาพ/ หน่วยบริการปฐมภูมิ

Role of Practical Nurse in Health Service, Primary Care Unit, University Hospital

Chanitcha Phumasayasuwan¹ Phatcharakoraphot Sreeprasarn^{2*}

¹ Practical Nurse, Community Nursing Service Unit, Nursing Supporting Division, Nursing Department, Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital, Mahidol University

^{2*} Registered Nurse (expert level), Community Nursing Service Unit, Nursing Supporting Division, Nursing Department, Faculty
of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Abstract

The practical nurse is a healthcare team member, with an important role in the health service system. The practical nurse has a role to help and alleviate the workload of the healthcare team, especially in the field of primary care in the health service system. This article has gathered knowledge of the role of the practical nurse in health service, primary care unit, university hospitals, covering healthcare in 4 components: the role of health promotion assistant, the role of disease prevention assistant, the role of treatment assistant, and the role of health rehabilitation assistant to patient. The practical nurse ensures safety, and satisfaction in holistic care including physical, mental, and spiritual for good quality and standards of health services for patients to have a good quality of life.

Keywords: Role of Practical Nurse/ Health Service/ Primary Care Unit

*Corresponding author: Phatcharakoraphot Sreeprasarn, Email: sreeprasarn@hotmail.com, Tel: 09 2414 5097

Received: June 6, 2023/ Revised: June 22, 2023/ Accepted: June 26, 2023

บทนำ

ผู้ช่วยพยาบาล คือ ผู้ที่สำเร็จหลักสูตรการฝึกอบรมด้านการดูแลสุขภาพจนได้รับวุฒิประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ตามที่สภาการพยาบาลของแต่ละประเทศกำหนด โดยให้บริการสนับสนุนแก่บุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลจึงเป็นหนึ่งในบุคลากรทีมสุขภาพที่มีส่วนสำคัญที่จะอำนวยความสะดวกให้สุขภาพของบุคคลมีสุขภาพที่ดีในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติ¹ การเกิดขึ้นของผู้ช่วยพยาบาลมีประวัติความเป็นมายาวนานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2460 ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 สืบเนื่องจากปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านการพยาบาลของประเทศอเมริกาและของโลก ปัจจุบันยังมีการอภิปรายหรือถกเถียงว่าใครคือผู้ริเริ่มการเกิดขึ้นของผู้ช่วยพยาบาลหรืออาจจะเป็นความร่วมมือกันเพื่อให้เกิดขึ้นของผู้ช่วยพยาบาลระหว่าง 3 องค์กร/บุคคล คือ ผู้นำคนสำคัญด้านการพยาบาลของประเทศอเมริกาซึ่งเป็นผู้ก่อตั้งและดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการฝ่ายบริการพยาบาลแห่งสภาการพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาในเวลานั้น คือ เจน เดลาโน (Jane Delano) ประธานสหพันธ์พยาบาลอเมริกันซึ่งเป็นพยาบาลชาวแคนาดานักการศึกษาและผู้อุทิศตนด้านการดูแลโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ คือ แมรี อาดีเลด นัตติง (Mary Adelaide Nutting) และคณบดีโรงเรียนพยาบาลกองทัพบก ซึ่งเป็นพยาบาลและนักวิชาการชาวอเมริกัน คือ แอนน์ วอร์เบอร์ตัน กูดริช (Annie Warburton Goodrich) อย่างไรก็ตามการเกิดขึ้นของผู้ช่วยพยาบาลในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 นับเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดขึ้นของผู้ช่วยพยาบาล แม้นิยามของหน้าที่จะเข้ามาเป็นผู้ช่วยพยาบาลจะยังไม่ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรการพยาบาลอย่างเต็มรูปแบบก็ตาม² ความต้องการของผู้ช่วยพยาบาลได้พัฒนาขึ้นอย่างมากเช่นเดียวกับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีบทบาทและหน้าที่สำคัญ คือ การดูแลขั้นพื้นฐานทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ผู้ช่วยพยาบาลที่ได้รับการรับรอง (Certified Nursing Assistant: CNAs) จะสามารถทำงานในสถานพยาบาล คลินิก ศูนย์ดูแล ศูนย์ดูแลฉุกเฉิน ศูนย์ดูแลระยะประคับประคองหรือระยะท้าย หน่วยงานจัดหาพนักงาน หรือที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งนับเป็นหนึ่งในอาชีพที่กำลังเติบโตอย่างรวดเร็วในอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ ผู้ช่วยพยาบาลจะต้องผ่านการฝึกอบรมจนมีความชำนาญจึงจะอนุญาตให้ปฏิบัติหน้าที่ได้ ในปี พ.ศ. 2530 รัฐสภาแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาได้เล็งเห็นความสำคัญจึงได้ผ่านร่างพระราชบัญญัติเพื่อคุ้มครองผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านการพยาบาลและรับรองความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้น โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลในแต่ละรัฐคอยกำกับดูแลให้ผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลได้รับการรับรองเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพและความปลอดภัยแก่ทั้งตัวผู้ช่วยพยาบาลและผู้ป่วย³ ผู้ช่วยพยาบาลที่ผ่านการรับรองมีแนวโน้มจะเติบโตเร็วกว่าค่าเฉลี่ยของอาชีพอื่น ๆ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในโลกในปัจจุบันซึ่งบุคคลดังกล่าวจะต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังเมื่ออายุมากขึ้น รวมทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์ใหม่ ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว ดังนั้นผู้ช่วยพยาบาลที่ผ่านการรับรองจึงเป็นที่ต้องการโดยเฉพาะในศูนย์ดูแลหรือที่บ้านจะเติบโตเร็วกว่าในสถานพยาบาล นอกจากนี้ผู้ช่วยพยาบาลที่ผ่านการรับรองและเลือกที่จะเพิ่มระดับการศึกษาประสบการณ์ และความรับผิดชอบยังสามารถศึกษาต่อเพื่อรับวุฒิการศึกษาที่สูงขึ้นช่วยเพิ่มเงินเดือนและค่าตอบแทนจากการปฏิบัติหน้าที่ได้อีกด้วย⁴

การเกิดขึ้นของผู้ช่วยพยาบาลในประเทศไทยมีประวัติความเป็นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2502 โดยมีการก่อตั้งโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลแห่งแรกขึ้น คือ โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล” ซึ่งหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลจะรับรับนักเรียนที่จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรซึ่งมีจำนวนและอัตรากำลังไม่เพียงพอในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชซึ่งมีการเปิดดำเนินการมาจนถึงปัจจุบัน⁵ ต่อมาคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ก่อตั้งโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลขึ้นในปี พ.ศ. 2513 จากปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทั้งของประเทศไทยและของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวที่ต้องการให้ช่วยผลิตบุคลากรให้ ต่อมาในปี พ.ศ. 2513 – 2521 จึงได้ผลิตบุคลากรให้กับส่วนราชการต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลในถิ่นทุรกันดาร โรงพยาบาลในชนบท โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น⁶ เป็นต้น ปัจจุบันมีการเปิดโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลขึ้นหลายแห่งทั่วประเทศโดยมีการปรับปรุงหลักสูตรให้ทันสมัยตามความเหมาะสม โดยมีสภาการพยาบาลเป็นผู้ควบคุมและกำกับดูแลหลักสูตร โดยจะรับนักเรียนที่จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี

เมื่อจบหลักสูตรจะได้รับวุฒิประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล⁵

บทความนี้จะได้รวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้ช่วยพยาบาลกับการให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่ยังพบน้อย ซึ่งจะครอบคลุมการดูแลสุขภาพใน 4 องค์ประกอบ คือ บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการป้องกันโรค บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการรักษาพยาบาล และบทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ตามที่ได้รับมอบหมายจากพยาบาลในการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม เช่น ช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการพื้นฐานในกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่าง ๆ การสังเกตอาการผิดปกติ การวัดสัญญาณชีพ การบันทึกติดตามความเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงของโรค การช่วยเหลือในการตรวจและรักษาพยาบาลต่าง ๆ การจัดเตรียมอุปกรณ์ การปฐมพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน การฟื้นฟูสุขภาพตามแผนการรักษาพยาบาล การพยาบาลที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายภายใต้การกำกับดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย การฝึกทักษะการพยาบาลขั้นพื้นฐานให้นักเรียนผู้ช่วยพยาบาล การช่วยเหลือกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เป็นต้น โดยคำนึงถึงคุณธรรม จริยธรรม สิทธิผู้ป่วย มีมนุษยสัมพันธ์ และเจตคติที่ดีในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีภาวะสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพที่ดี^{1,5,6}

วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ บทบาทของผู้ช่วยพยาบาลกับการให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยครอบคลุมการดูแลสุขภาพใน 4 องค์ประกอบ คือ บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการป้องกันโรค บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการรักษาพยาบาล และบทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการฟื้นฟูสุขภาพ

บทบาท ขอบเขต คุณสมบัติ ความรู้ ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะของผู้ช่วยพยาบาลตามที่สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยกำหนด

ผู้ช่วยพยาบาลเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานทางด้านการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการพยาบาลขั้นมูลฐานแก่ผู้ป่วยทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอาการในระยะไม่รุนแรงหรือไม่เป็นอันตรายตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพใน 4 องค์ประกอบ คือ บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการป้องกันโรค บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการรักษาพยาบาล และบทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบหลักในฐานะผู้ปฏิบัติงานที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะและสมรรถนะในการปฏิบัติงานโดยร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ ภายใต้การกำกับดูแลหรือตรวจสอบของแพทย์หรือพยาบาลโดยมีลักษณะงานในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน^{7,8}

บทบาทและขอบเขตการปฏิบัติงานของผู้ช่วยพยาบาล

1. เตรียมความพร้อมในการให้บริการทางการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยโดยจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์และการทำหัตถการต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการให้บริการทางการพยาบาลตามที่มาตรฐานกำหนด

2. ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการในระยะไม่รุนแรงและไม่เป็นอันตรายตามมาตรฐานที่กำหนด หรือช่วยเหลือแพทย์และพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะรุนแรงและเป็นอันตรายภายใต้การกำกับดูแลหรือตรวจสอบของพยาบาล เช่น การวัดสัญญาณชีพ การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขณะอยู่บนเตียง แก้อั้วหรือรถเข็น การชำระล้างทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การจัดเตรียมและให้อาหารผู้ป่วย การพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย รวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติและศึกษาสาเหตุอาการผิดปกติของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งจะต้องผ่านการอบรมเฉพาะด้านตาม

มาตรฐานที่กำหนดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการพยาบาล

3. บันทึกปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานและรายงานอาการผู้ป่วยเพื่อค้นหาสาเหตุโดยใช้ศาสตร์ทางการแพทย์ การพยาบาลและวิทยาศาสตร์
4. ร่วมกันกับบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชนเพื่อให้เป็นไปตามแผนการรักษา
5. สรุปสถิติรายงานผู้เข้ารับบริการตามประเภทการให้บริการเพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพ
6. ให้การช่วยเหลือ ติดต่อประสานงาน อำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย เช่น การติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยจาก แพทย์หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น เพื่อให้การดูแล การรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด หรือแผนการรักษา
7. ร่วมกิจกรรมคุณภาพในการพัฒนาคุณภาพงานบริการเพื่อนำความรู้ วิทยาการใหม่ ๆ มาใช้ในการดูแล การรักษา ผู้ป่วย
8. ดูแลบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการให้บริการพยาบาลหลังเสร็จสิ้นการใช้งานเพื่อให้เป็นไปตาม มาตรฐานที่กำหนด
9. ให้คำแนะนำ ปรีกษา ช่วยเหลือเกี่ยวกับการพยาบาลแก่ผู้ป่วย บุคลากรทีมสุขภาพ เช่น การให้ความรู้ด้านสุข วิทยาและการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค เป็นต้น เพื่อควบคุม หรือลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค และเพิ่ม ประสิทธิภาพในการให้บริการพยาบาล
10. ร่วมบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ที่เป็นทรัพยากรภายในหน่วยงานให้เกิดความคุ้มค่าเพื่อประโยชน์สูงสุดของ หน่วยงาน

คุณสมบัติของผู้ช่วยพยาบาล

1. มีความรู้ความสามารถและมีความชำนาญงานในหน้าที่และผ่านการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หรือ
2. ได้รับประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลซึ่งมีเวลาระยะการศึกษาไม่น้อยกว่า 1 ปีต่อจากมัธยมศึกษาตอนต้นสาย สามัญ หรือ
3. ได้รับประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลซึ่งมีระยะเวลาการศึกษาไม่น้อยกว่า 1 ปีต่อจากมัธยมศึกษาตอนปลายสาย สามัญ หรือ
4. ได้รับคุณวุฒิอย่างอื่นที่คณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (กพส.) กำหนดว่าใช้เป็น คุณสมบัติเฉพาะได้

ความรู้ ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็นของผู้ช่วยพยาบาล

1. ความรู้ความสามารถที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงาน
2. ทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงาน
3. สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงาน

บทบาทของผู้ช่วยพยาบาลกับการให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย กรณี โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ

หน่วยพยาบาลบริการชุมชน งานพยาบาลสนับสนุนการรักษา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ ก่อตั้งเมื่อ ปี พ.ศ. 2549 โดยได้ดำเนินการให้บริการพยาบาลแก่ประชาชนในพื้นที่ ใกล้ชิดกับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 8 ชุมชน ประกอบด้วย ชุมชนซอยสวนเงิน ชุมชนหน้าวัดมะกอก ชุมชนแดงบุหงา ชุมชนเพชรบุรีซอย 7 ชุมชนหลังกรมทางหลวง ชุมชนมันสิน ชุมชนโค้งรถไฟยมราช และชุมชนสระแก้ว^{8,9}

โดยผู้ช่วยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ช่วยงานด้านการดูแลสุขภาพใน 4 องค์ประกอบ คือ บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการป้องกันโรค บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการรักษาพยาบาล และบทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนหรือผู้รับบริการ^{10,11} ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายจากพยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพในการเป็นผู้ช่วยงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น โครงการสำรวจปัญหาชุมชน โครงการสร้างเสริมสุขภาพในวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ ผู้ที่ต้องการเลิกสุรา ผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น การร่วมแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมของโครงการ การจัดเตรียมเอกสารและวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมของโครงการ เช่น เอกสารแผ่นพับความรู้ เอกสารประกอบการสอน ภาพพลิกสื่อการสอน แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์โครงการ แผ่นป้ายไวนิล อุปกรณ์วัดสัญญาณชีพ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง เครื่องวัดรอบเอว อุปกรณ์สำหรับตรวจร่างกาย เช่น ไฟฉาย ไม้กดลิ้น อุปกรณ์ช่วยฟัง อุปกรณ์ตรวจตา หู คอ จมูก เป็นต้น เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว อุปกรณ์สำหรับการเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ อุปกรณ์สำหรับเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องถ่ายเอกสาร อุปกรณ์สำนักงาน เป็นต้น การจัดเตรียมสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้มีความสะอาด เหมาะสม เพียงพอ และปลอดภัย เช่น โต๊ะ เก้าอี้ อาหารกลางวันหรืออาหารว่าง การเป็นผู้นัดหมายเวลาดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยหรือประสานงานโครงการกับผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมาย การช่วยเหลือกิจกรรมของโครงการตามที่พยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพร้องขอหรือมอบหมายที่ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน เช่น การวัดสัญญาณชีพ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดรอบเอว การช่วยวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว หรือเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่เป็นอันตรายกับผู้ป่วย เป็นต้น การให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกกับผู้ป่วยในระหว่างดำเนินกิจกรรมของโครงการทั้งกิจกรรมรายบุคคลและกิจกรรมกลุ่ม การเก็บข้อมูล บันทึกข้อมูล และการรายงานผลข้อมูล การดูแลสุขภาพเรียบร้อยหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้งเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ พัสตุ ครุภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์สำนักงาน สิ่งแวดล้อม และสถานที่ การตรวจสอบวันหมดอายุของเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ พัสตุ ครุภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์สำนักงาน และการเบิกเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ พัสตุ ครุภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์สำนักงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้มีความพร้อมใช้อยู่เสมอ¹²⁻¹⁷ เป็นต้น

2. บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการป้องกันโรค

ปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายจากพยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพในการเป็นผู้ช่วยงานด้านการป้องกันโรค เช่น โครงการป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคกระเพาะ และโรคไต เป็นต้น) โครงการรณรงค์เลิกสูบบุหรี่หรือสุรา โครงการป้องกันโรคไข้เลือดออก โครงการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และโครงการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นต้น การร่วมแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมของโครงการ การจัดเตรียมเอกสารและวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมของโครงการ เช่น เอกสารแผ่นพับความรู้ เอกสารประกอบการสอน ภาพพลิกสื่อการสอน แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์โครงการ แผ่นป้ายไวนิล อุปกรณ์วัดสัญญาณชีพ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง เครื่องวัดรอบเอว อุปกรณ์สำหรับตรวจร่างกาย เช่น ไฟฉาย ไม้กดลิ้น อุปกรณ์ช่วยฟัง อุปกรณ์ตรวจตา หู คอ จมูก เป็นต้น เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว อุปกรณ์สำหรับการเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ อุปกรณ์สำหรับเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องถ่ายเอกสาร อุปกรณ์สำนักงาน เป็นต้น การจัดเตรียมสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้มีความสะอาด เหมาะสม เพียงพอ และปลอดภัย เช่น โต๊ะ เก้าอี้ อาหารกลางวันหรืออาหารว่าง การเป็นผู้นัดหมายเวลาดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยหรือประสานงานโครงการกับผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมาย การช่วยเหลือกิจกรรมของโครงการตามที่พยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพร้องขอหรือมอบหมายที่ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน เช่น การวัดสัญญาณชีพ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดรอบเอว การช่วยวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว หรือเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่เป็นอันตรายกับผู้ป่วย เป็นต้น การให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกกับผู้ป่วยในระหว่างดำเนินกิจกรรมของโครงการทั้ง

รายบุคคลและกิจกรรมกลุ่ม การเก็บข้อมูล บันทึกข้อมูล และการรายงานผลข้อมูล การดูแลความเรียบร้อยหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม ทั้งเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ พัสตุ ครุภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์สำนักงาน สิ่งแวดล้อม และสถานที่ การตรวจสอบวันหมดอายุของเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ พัสตุ ครุภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์สำนักงาน และการเบิกเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ พัสตุ ครุภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์สำนักงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการป้องกันโรคให้มีความพร้อมใช้อยู่เสมอ¹²⁻¹⁷ เป็นต้น

3. บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการรักษาพยาบาล

ปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายจากพยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพในการเป็นผู้ช่วยงานด้านการรักษาพยาบาลในผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือมีความเจ็บป่วยจนต้องการการรักษาพยาบาล การร่วมแสดงความความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลเพื่อพัฒนาระบบบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ การจัดเตรียมเอกสารและวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและตรวจร่างกาย เช่น ๑ เอกสารแผ่นพับความรู้ เอกสารประกอบการสอน ภาพพลิกสื่อการสอนเพื่อประกอบการให้คำแนะนำหรือสอนสุขศึกษาภายหลังการรักษาพยาบาล อุปกรณ์วัดสัญญาณชีพ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง เครื่องวัดรอบเอว อุปกรณ์สำหรับตรวจร่างกาย เช่น ไฟฉาย ไม้กดลิ้น อุปกรณ์ช่วยฟัง อุปกรณ์ตรวจ ตา หู คอ จมูก เป็นต้น เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว อุปกรณ์สำหรับการเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ อุปกรณ์สำหรับทำแผล อุปกรณ์สำหรับเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องถ่ายเอกสาร อุปกรณ์สำนักงาน เป็นต้น การจัดเตรียมสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้มีความสะอาด เหมาะสม และปลอดภัย เช่น โต๊ะ เก้าอี้ เตียงนอนสำหรับตรวจร่างกายหรือทำหัตถการการรักษาพยาบาล การแจ้งขั้นตอนในการรับบริการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วย การช่วยเหลือพยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพเมื่อร้องขอหรือมอบหมายที่ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน เช่น การวัดสัญญาณชีพ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดรอบเอว การวัดปริมาณน้ำดื่มและปัสสาวะ การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ การช่วยวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว การตรวจความเข้มข้นของเลือด การดูดเสมหะในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีอาการคงที่ การดูดเสมหะผู้ป่วยที่มีท่อเจาะคอที่มีอาการคงที่ การสวนปัสสาวะทิ้งในผู้ป่วยที่ไม่มีพยาธิสภาพของระบบทางเดินปัสสาวะหรือการใส่ถุงยางอนามัยเพื่อรองรับปัสสาวะ การสวนอุจจาระผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ไม่มีพยาธิสภาพของระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง การประคบร้อน ประคบเย็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวดีและรับรู้ความรู้สึกได้ การเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่เป็นอันตรายกับผู้ป่วย เป็นต้น การให้ความช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันหรืออำนวยความสะดวกกับผู้ป่วยตั้งแต่มาถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ ระหว่างรับการรักษาพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน เช่น การช่วยพยุงเดิน การจัดทำทาง การพลิกตัวบนเตียง การดูแลสุขอนามัย การรักษาความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ การขับถ่าย การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การอาบน้ำทารก การเช็ดตัวลดไข้ การเตรียมอาหารและให้อาหาร การให้อาหารและน้ำทางสายยางสู่กระเพาะอาหารและลำไส้ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเรียนรู้เรื่องสุขภาพ การเคลื่อนไหวและบริหารร่างกายตามแผนการรักษา การประเมินสภาพของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมืออย่างง่าย เช่น อาการเจ็บปวด การพลัดตกหกล้ม ลักษณะผิวหนังที่ผิดปกติหรือเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การช่วยฟื้นคืนชีพระดับพื้นฐานหรือการดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิต การช่วยย้ายและจำหน่ายผู้ป่วย การเตรียมและช่วยเหลือในการตรวจร่างกาย การให้ยาที่ผู้ป่วยได้รับประจำทางปากหรือทางสายยาง การเก็บข้อมูล บันทึกข้อมูล และการรายงานผลข้อมูล การแจ้ง วัน เวลา สถานที่นัดหมายกับผู้ป่วย การดูแลความเรียบร้อยหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมการรักษาพยาบาลทั้งยา เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ วัสดุอุปกรณ์ สิ่งแวดล้อม และสถานที่ การตรวจสอบวันหมดอายุของยา เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ วัสดุอุปกรณ์ และการเบิกเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ วัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการรักษาพยาบาลให้มีความพร้อมใช้อยู่เสมอ¹²⁻¹⁷ เป็นต้น

4. บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการฟื้นฟูสุขภาพ

ปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายจากพยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพในการเป็นผู้ช่วยงานด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่ การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (home visit) กับพยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือตามเกณฑ์ที่พยาบาลหรือทีมสุขภาพกำหนด เช่น ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัวหลังจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีความพิการ ผู้ป่วยมะเร็ง มารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยระยะประคับประคองหรือระยะท้าย เป็นต้น การจัดเตรียมกระเป๋ายี่ยมบ้านให้มีความพร้อมใช้ เพียงพอ และเหมาะสมกับหัตถการของผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ตรวจร่างกาย อุปกรณ์ทำแผล อุปกรณ์ดูดเสมหะ อุปกรณ์เปลี่ยนสายให้อาหารทางสาย อุปกรณ์สำหรับเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ น้ำยาสำหรับใช้กับหัตถการแต่ละชนิด การวางแผนร่วมกับพยาบาลหรือทีมสุขภาพก่อนการออกเยี่ยมบ้าน การประสานขอรถเยี่ยมบ้าน การช่วยเหลือพยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพเมื่อร้องขอหรือมอบหมายที่ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อนโดยเฉพาะการตรวจร่างกายและทำหัตถการพยาบาลต่าง ๆ (รายละเอียดดังที่ได้กล่าวไว้ในบทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการรักษาพยาบาล) การช่วยพยาบาลหรือทีมสุขภาพแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่บ้านเพื่อการฟื้นหายอย่างง่าย เช่น การรักษาสุขอนามัย การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การทำกายบริหาร การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้มีความสะอาดและปลอดภัย การจัดการอารมณ์เพื่อลดความวิตกกังวลหรือความเครียด เป็นต้น การเก็บข้อมูล บันทึกข้อมูล และการรายงานผลข้อมูล การดูแลกระเป๋ายี่ยมบ้าน เช่น การทำความสะอาด ตรวจสอบสิ่งของในกระเป๋ายี่ยมบ้านให้มีความพร้อมใช้อยู่เสมอภายหลังการกลับจากเยี่ยมบ้าน และการร่วมแสดงความความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมด้านการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อพัฒนาระบบบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ¹²⁻¹⁷

สรุป

การเกิดขึ้นของผู้ช่วยพยาบาลเกิดจากสถานการณ์ความขาดแคลนบุคลากรด้านการพยาบาลจากสภาวะสงครามโลก ความต้องการบุคลากรในระบบสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นทั้งของประเทศไทยและของโลก เช่น จำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น ผู้ช่วยพยาบาลจะต้องผ่านการเรียนรู้ ฝึกฝนทักษะ จนมีความชำนาญ และเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่สภาการพยาบาลกำหนดจึงจะสามารถปฏิบัติการให้บริการพยาบาลแก่ประชาชนหรือผู้รับบริการได้ ผู้ช่วยพยาบาลที่มีคุณสมบัติครบถ้วนถือเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่มีความต้องการและมีบทบาทสำคัญในการแบ่งเบาภาระงานของบุคลากรทีมสุขภาพและของพยาบาลโดยเฉพาะงานในด้านการบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยงานด้านหน้าที่มีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งบทความนี้ได้รวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในบทบาทของผู้ช่วยพยาบาลกับการให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยนครปฐมการดูแลสุขภาพใน 4 องค์ประกอบ คือ บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการป้องกันโรค บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการรักษาพยาบาล และบทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การให้บริการพยาบาลแก่ประชาชนหรือผู้รับบริการให้เกิดความปลอดภัย เกิดความพึงพอใจ แบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการคงไว้ซึ่งคุณภาพการให้บริการพยาบาลของระบบสุขภาพที่ดี มีมาตรฐานและประชาชนหรือผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศสามารถนำองค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการป้องกันโรค บทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการรักษาพยาบาล และบทบาทการเป็นผู้ช่วยงานด้านการฟื้นฟูสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับการให้บริการพยาบาลแก่ประชาชนหรือผู้รับบริการในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองได้

เอกสารอ้างอิง

1. Stoppler MC. Medical definition of nurse assistant; 2021 [cited 2021 October 15]. Available from web site: https://www.medicinenet.com/nurse_assistant/definition.htm
2. Telford JC. The American nursing shortage during World War I: the debate over the use of nurses' aids. *Can Bull Med Hist.* 2010; 27(1):85-99. doi: 10.3138/cbmh.27.1.85. PMID: 20533784.
3. Brusie C. The certified nursing assistant; 2021 [cited 2021 October 10]. Available from web site: <https://nurse.org/resources/certified-nursing-assistant-cna/>
4. Giorgi A, Phulesar B, Gipson G. Certified nursing assistant overview; 2021 [cited 2021 October 10]. Available from web site: <https://www.allnursingschools.com/certified-nursing-assistant/>
5. Department of Education Services, Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Certificate of Nurse Assistant; 2016 [cited 2021 October 10]. Available from web site: <http://www.educationsi.sicsc.net/index.php/joomla-page/2016-02-05-10-08-52/2016-02-05-10-09-17>
6. Practical Nursing School, Faculty of Tropical Medicine. History of practical nursing school, Faculty of Tropical Medicine; 2015 [cited 2021 October 10]. Available from web site: <https://www.tm.mahidol.ac.th/practical-nurse/?q=node/4>
7. Thailand Nursing and Midwifery Council. Announcement of the nursing council on the policy of the nursing council regarding the nursing workforce shortage in the nursing team. Nontaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2018 February 23 [cited 2021 October 15]. Available from web site: [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003(1).pdf)
8. National Health Security Office. Strategy and Planning Division. National Health Security Committee. National health security system development strategy No.4 (2017-2021) Revised Edition 2019. Bangkok: National Health Security Office; 2019
9. Ministry of Public Health. Primary service system strategic plan 4.0 (2017-2036). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017.
10. Kaewprasong A, Piaseu N, Neelapaichit N, Deesamer S. Activities and outcomes of primary medical care provided by nurses in primary care units of health service region 4. *Thai Journal of Nursing Council.* 2021; 36(2):129-44.
11. พัทธิมา ภัทรธีรานนท์ นิภาวรรณ ศรีโยหะ พัชระกรพจน์ ศรีประสาร และ รุ่งทิวา เสาวนีย์. บทบาทของพยาบาลชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน 8 ชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามารัตนบุรี. *วารสารสุขศึกษา.* 2021; 44(1):1-11.
12. Royal Thai Government Gazette. Regulations of the nursing council on accreditation of nursing assistant certificate programs 2017. Bangkok: Royal Thai Government Gazette; 2017 September 1 [cited 2021 October 15]. Available from web site: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/K007.PDF>
13. Nursing Office, Ministry of Health. Manual of nursing assistant nursing workforce management. Bangkok: Thepphenwanis Limited Partnership; 2016.
14. Royal Thai Government Gazette. Regulations of the Ministry of Health on persons who assist in caring for patients in hospitals in the control of registered nurse or registered nurse and midwifery 2010. Bangkok: Royal Thai Government Gazette; 2011 March 8 [cited 2021 October 15]. Available from web site: [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A003\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A003(1).pdf)

15. Thailand Nursing and Midwifery Council. The nursing and midwifery profession act 1985 and amendments by the nursing and midwifery profession act (No.2) 1997 and related regulations, rules, announcements of the Thailand and Midwifery Council. Bangkok: Siriyod Printing (Thailand) Company Limited; 2010.
16. Sawaengdee K. The distribution of workload and the nursing workforce rate of the affiliated hospitals, Ministry of Health. Bangkok: Thana Place Company Limited; 2014.
17. Khunthar A. The Impacts and solutions to nursing workforce shortage in Thailand. J Nurs Sci. 2014; 32(1): 81-90.

การพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้พึ่งพิง เพื่อให้ผู้ดูแลหลักคลายทุกข์

ละม่อม กล้าหาญ¹ ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์² พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์^{3*}

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะขบ

²รองศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ

³รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การเยี่ยมบ้านของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้พึ่งพิง (Caregivers: CG) ส่วนมากมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลหลักที่เผชิญกับความทุกข์ จึงได้มีการพัฒนาทักษะของ CG ในการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ดูแลหลักคลายทุกข์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมาย มี 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ CG จำนวน 7 คน เลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ 1) มีความต้องการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพผู้ดูแลหลัก 2) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย LTC ติดเตียง และ กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มประเมินผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านของ CG ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก จำนวน 14 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม มีการดำเนิน 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลเบื้องต้น เป็นการศึกษาเกี่ยวกับทักษะการเยี่ยมบ้านของ CG และคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลัก ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาทักษะการเยี่ยม โดยใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระยะที่ 3 ผลลัพธ์ของการพัฒนา เป็นการประเมินผลทักษะการเยี่ยมบ้านของ CG และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ใช้เวลาศึกษา 10 เดือน (กรกฎาคม 2564 – เมษายน 2565) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสังเกต แบบประเมินทักษะการเยี่ยม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า มี 3 ส่วนประกอบ คือ ส่วนที่ 1 ทักษะในการเยี่ยมบ้านของ CG มี 2 ทักษะ คือ ทักษะที่ 1 การถ่ายทอด ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ (1) มีความรู้ (2) มีความมุ่งมั่นตั้งใจ (3) มีน้ำเสียงน่าฟัง (4) กระตุ้นให้ผู้เรียนตั้งเป้าหมาย การปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี (5) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม และ (6) การใช้ภาษาท้องถิ่น และทักษะที่ 2 การปฏิบัติ ประกอบด้วย 9 ด้าน คือ (1) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (2) บันทึกสภาวะสุขภาพ (3) การทบทวนความรู้ (4) การฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำยืดเหยียด (5) ออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน (6) การนวดมือด้วยดีลิจเจอร์ (7) การนวดเท้าด้วยกะลา (8) การกัวซา และ (9) การแช่มือแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นสมุนไพร ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้าน พบว่าโปรแกรมการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย 5 แผนการเรียนรู้ ใช้เวลา 32 ชั่วโมง ได้แก่ (1) การดูแลผู้ป่วย LTC และผู้ดูแลหลัก (2) การดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. (อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย และเอาพิษออก) (3) ทักษะการเยี่ยมบ้าน (4) การประเมินคุณภาพชีวิต และ (5) การถอดบทเรียน ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนา พบว่า (1) CG มีทักษะการถ่ายทอด อยู่ในระดับดีมากจำนวน 4 คน และระดับดีจำนวน 3 คน และมีทักษะการปฏิบัติอยู่ระดับดีมากทุกคน (2) ผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 10 คน และ ระดับดี จำนวน 4 คน

คำสำคัญ : การพัฒนาทักษะ/ การเยี่ยมบ้าน/ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้พึ่งพิง/ ผู้ดูแลหลัก/ คลายทุกข์

*ผู้รับผิดชอบบทความ: พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, อีเมล: bhuddhipong.s@nrru.ac.th, โทร: 08 9944 1513

Received: 10 ธันวาคม 2565/ Revised: 26 มกราคม 2566 / Accepted: 20 เมษายน 2566

The development of Caregivers' skills for improving Long Term Care Service to relieve family caregivers' burdens

Lamom Glaharn¹ Tongtip Salawongluk² Bhuddhipong Satayavongthip^{3*}

¹Takhop Health Promoting Hospital Nakhonratchasima

²Assoc.Prof., Independent Scholar

^{3*}Assoc Prof., Lecturer, Faculty of Public Health, Nakhonratchasima Rajabhat University

Abstract

The practice of Home Visiting by Caregivers (CG) serves mostly to focus on the quality of life (QOL) of Long Term Care patients more than the quality of life of family caregivers who are coping with their loved ones' suffering. The objective of this study is to develop Caregivers' skills for improving Long Term Care Service to relieve family caregivers' burdens. This Action research studies two sample groups. The first group is the development of Caregivers' skills, A sample of 7 Caregivers, purposive sampling. The specification is 1) the need to develop health care skills of family caregivers 2) being a CG for LTC patients. The second group is the result of development of Caregivers' skills, including 14 Family caregivers who participated in this study. The program includes 3 phases: 1) Preliminary study is a study about skilled home visit service of CG and QOL of family caregivers. 2) Program's skill development process through Action Research process 3) to evaluate the results of the development of skilled home visit service of CG and QOL of family caregivers. Data were collected using questionnaire, observation, skilled home visit forms, and QOL forms the study duration was 10 months (July 2021- April 2022). Analysis through descriptive statistics was used for qualitative data analysis.

The research outcome has shown that 1. Caregivers' skills development focuses on skills 1. communication skills includes six skills which are 1) knowledge 2) commitment 3) pleasant voice 4) encouraging learners to set practical goals to be healthy 5) giving the opportunity to participate 6) using the local language. 2. practical skills includes nine skills which are 1) measurement of weight, height, waist circumference, blood pressure and fingertip blood sugar. 2) health status records 3) reviewing knowledge 4) SKT meditation therapy 5) exercise by swing arms 6) hand massage 7) coconut shell stepping foot massage

2. Home visit skill development process, the program consists of 5 learning plans which take 32 hours 1) caring for LTC and Family caregivers 2) self-care skills activities which are based on 4E (Emotion, Eating, Exercise, and Elimination) 3) home visit skills 4) QOL assessment 5) lesson learned 3. Results of development phase includes 1) communication skills are at a very good level among four people and are at a good level among three people and practical skills are at a very good level overall. 2) The QOL of family caregivers are at a very good level among ten people and are at a good level among four people.

Keywords: Skill development/ Home visit/ Caregivers/ Family caregivers/ Relieving burdens

*Corresponding author: Bhuddhipong Satayavongthip, E-mail: bhuddhipong.s@nrru.ac.th, Tel: 08 9944 1513

Received: November 10, 2022 / Revised: January 26, 2023 / Accepted: April 20, 2023

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์และมีจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น (Long Term Care: LTC) ดังนั้นรัฐบาลจึงมีนโยบายพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้พึ่งพิง (Caregiver: CG) เพื่อดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงดังกล่าว¹ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย² ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักเกิดภาวะเครียดสะสม และภาวะซึมเศร้า เนื่องจากต้องเผชิญกับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป³ ซึ่งการเยี่ยมบ้านเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงคลายทุกข์⁴ ดังนั้น CG จึงเป็นบุคคลกลุ่มแรกที่ต้องได้รับการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้าน ในการดูแลผู้ป่วย LTC และผู้ดูแลหลัก ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา ผ่องศิริและคณะ⁵ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ทวีสิกรรม และคณะ⁶ ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม เศรษฐกิจทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งการศึกษาของวิภา เพ็งเสงี่ยมและคณะ⁷ ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรให้ความสำคัญกับผู้ดูแลหลักให้มีพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีความสุข ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอน ดังการศึกษาของทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์และคณะ⁴ ที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพนักศึกษาในการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์ในผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย โดยการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. และพบว่านักศึกษาที่มีทักษะในการเยี่ยมบ้านและผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง⁸ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการจัดการเรียนรู้แบบสไปล์ (SPICE Model)⁹ ในการจัดกิจกรรมทำให้นักศึกษาและผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติ อินทะกนกและคณะ¹⁰ ที่พบว่า อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยหลักการดูแลตนเอง 4 อ. ส่งผลให้ในกลุ่มเสี่ยงไม่กลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่และในกลุ่มผู้ป่วยได้รับการปรับลดและเลิกการใช้ยา ร้อยละ 19.67 จากการค้นพบนี้ ได้นำกิจกรรมนี้ไปจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในศูนย์เครือข่ายการเรียนรู้การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยหลัก 4 อ. ในระดับอำเภอปักษ์ชัย จำนวน 8 แห่ง

ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลตะขบ มีผู้ป่วย LTC จำนวน 173 คน มีผู้ดูแลหลัก จำนวน 163 คน มี CG จำนวน 15 คน ผู้ป่วย LTC เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 95.95 เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 24.09 จากการถอดบทเรียนทักษะการเยี่ยมบ้านของ CG ปี พ.ศ. 2563 พบว่า มีการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้านสุขภาพ เช่น ตรวจวัดความดันโลหิต กายภาพบำบัดเบื้องต้น ประเมิน ADL การล้างแผลกดทับ การพลิกตะแคงตัว ดูแลสายสวนปัสสาวะ และมีการแนะนำผู้ดูแลหลัก เช่น การล้างแผลกดทับ การพลิกตะแคงตัว ดูแลสายสวนปัสสาวะ และช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ ยังพบว่า (1) ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการ หงุดหงิด วิตกกังวล ซึมเศร้า พุดจาหายาก พุดซ้ำๆ หุบตีผู้ดูแล อยากฆ่าตัวตาย (2) ไม่มีผู้ดูแล (3) ผู้ดูแลหลักหงุดหงิด วิตกกังวล ซึมเศร้า เบื่อหน่าย มีความเครียด (4) ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง¹¹ ประกอบกับการเยี่ยมบ้านของ CG ยังมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วย LTC มากกว่าการดูแลผู้ดูแลหลักทั้งที่ผู้ดูแลหลักกำลังเผชิญกับความทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่เป็นโรค

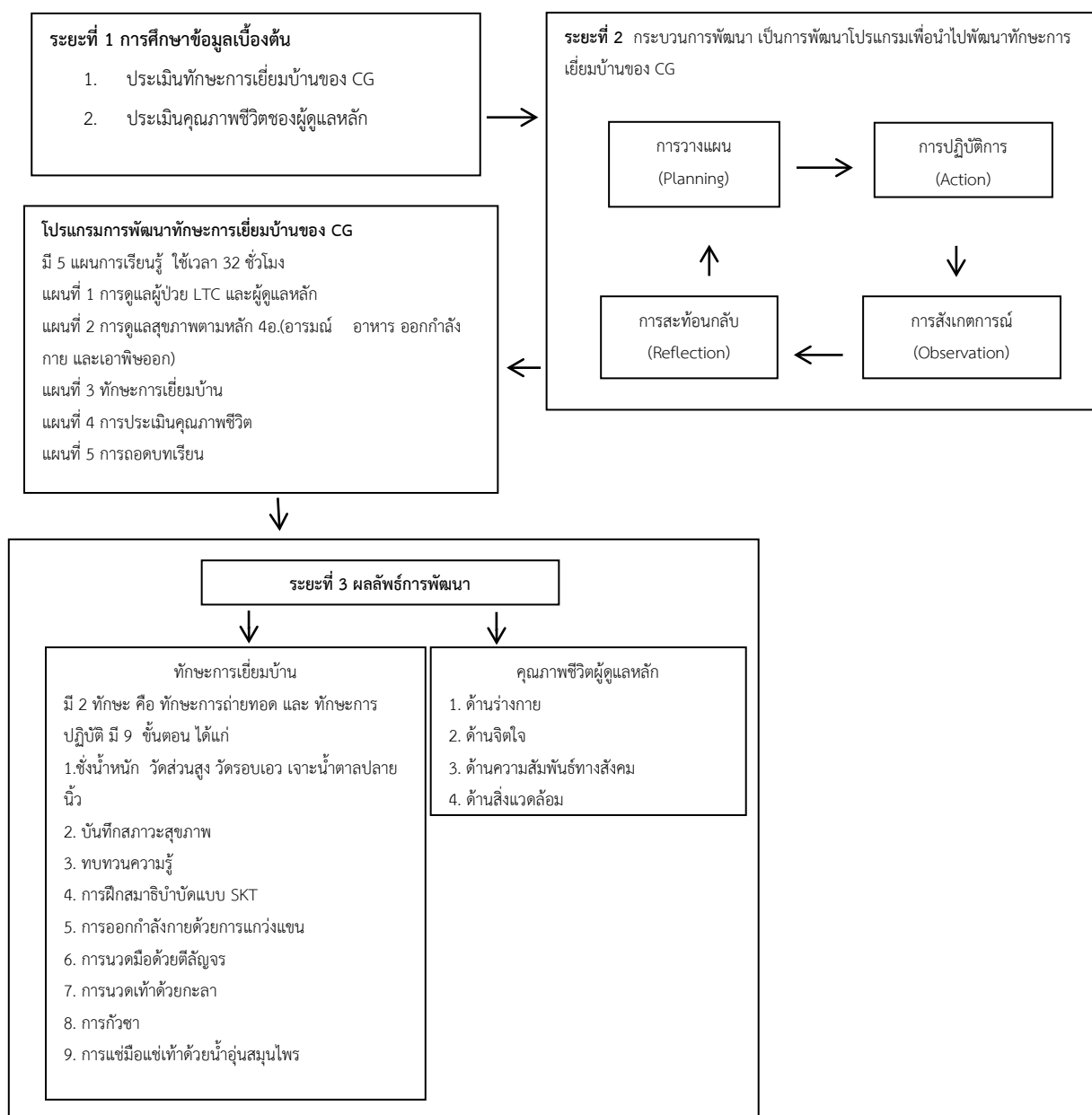
จากข้อค้นพบดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่า การพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านของ CG เพื่อให้ผู้ดูแลหลักคลายทุกข์ น่าจะเป็นกลวิธีหนึ่ง ที่จะทำให้ผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ในสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบกับ CG มีทักษะการเยี่ยมบ้านทั้งผู้ป่วย LTC และผู้ดูแลหลักควบคู่กันไป ซึ่งการเยี่ยมบ้านในครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้หลักการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา¹² มาใช้เป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อการใช้ชีวิตร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้พึ่งพิงเพื่อให้ผู้ดูแลหลักคลายทุกข์
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้พึ่งพิงเพื่อให้ผู้ดูแลหลักคลายทุกข์
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้พึ่งพิงเพื่อให้ผู้ดูแลหลักคลายทุกข์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการพัฒนาตามแนวคิดของเคมมิส และแมคเทคการ์ด¹³ เพราะแนวคิดดังกล่าวมุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อนำผลการปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไขและดำเนินการต่อไป ดังรูปที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

1. ทักษะการเยี่ยมบ้าน หมายถึง ทักษะในการเยี่ยมบ้านของ CG แบ่งออกเป็น 2 ทักษะ คือ

1.1 ทักษะการถ่ายทอด หมายถึง ทักษะการสอน ได้แก่ 1) มีความรู้ ได้แก่ บอกเหตุผลของการปฏิบัติได้ สอนตามแผนได้ครอบคลุมถูกต้อง 2) มีความมุ่งมั่นตั้งใจ 3) มีน้ำเสียงน่าฟัง 4) กระตุ้นให้ผู้เรียนตั้งเป้าหมายการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี 5) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม และ 6) การใช้ภาษาท้องถิ่น

1.2 ทักษะการปฏิบัติ หมายถึง มีทักษะในการนำการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้วยการฝึกปฏิบัติให้กับผู้ดูแลหลัก มี 9 ขั้นตอน คือ 1) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (ผู้ป่วยเบาหวาน) 2) บันทึกสภาวะสุขภาพ 3) การทบทวนความรู้ 4) การฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำยืดเหยียด 5) ออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน 6) การนวดมือด้วยดีลึงเจอร์ 7) การนวดเท้าด้วยกะลา 8) การกัวซา และ 9) การแช่มือแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นสมุนไพร

2. การดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. หมายถึง วิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ ด้วยการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำยืดเหยียด 2) ด้านอาหาร ด้วยการกินผักและผลไม้ (หวานน้อย) 3 ส่วน อาหารอื่น 1 ส่วน ไม่กินจุจิก หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม กินอาหารเย็นก่อนนอน 2-3 ชั่วโมง 3) ด้านการออกกำลังกาย ด้วยการแกว่งแขนอย่างน้อย 30 นาทีหรือออกกำลังกายอื่นๆจนเหงื่อซึม 4) ด้านเอาพิษออก ได้แก่ การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร โดยการดื่มน้ำแก้วแรกหลังตื่นนอน การกัวซาเป็นการขูดเพื่อขับพิษออกทางต่อมเหงื่อ การนวดมือด้วยการดีลึงเจอร์ การนวดเท้าด้วยกะลา และการแช่มือแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นสมุนไพร

3. ผู้ดูแลหลัก หมายถึง บุคคลที่ดูแลผู้ป่วย LTC ประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน

4. คลายทุกข์ หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (ครอบครัว) และด้านสิ่งแวดล้อม

5. การจัดขั้นตอนการเรียนรู้แบบสไปส์ (SPICE Model) โดยผู้วิจัย ได้แก่

ขั้นที่ 1 การให้สิ่งเร้า (Stimulus = S) หมายถึง การเตรียมความพร้อม โดยการสนทนาก่อน การทบทวนความรู้เดิมเพื่อเชื่อมโยงกับความรู้ใหม่

ขั้นที่ 2 การนำเสนอ (Presentation = P) หมายถึง การให้ความรู้หรือข้อมูลที่ถูกต้อง

ขั้นที่ 3 การฝึกปฏิบัติตามลีลาที่ถนัดและชอบ (Individual Inquiry = I) หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้เหมาะสมทักษะและความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย เป็นการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ

ขั้นที่ 4 การสร้างองค์ความรู้ (Constructivism = C) หมายถึง การจัดประสบการณ์การเสริมสร้างทักษะการเยี่ยมบ้านของ CG เพื่อให้นำไปใช้กับผู้ดูแลหลัก ในครัวเรือน ที่มีผู้ป่วย LTC

ขั้นที่ 5 การประเมินผล (Evaluation = E) หมายถึง การประเมินผล ระหว่างการอบรม และหลังการอบรม เช่น การประเมินทักษะการเยี่ยมบ้านของ CG โดยใช้ แบบสอบถาม แบบทดสอบ การสังเกต และแบบประเมินทักษะการเยี่ยมบ้านรวมถึงการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก

วิธีดำเนินงาน

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้พึ่งพิง (CG : Caregiver) เพื่อให้ผู้ดูแลหลักคลายทุกข์ ในเขตตำบลตะขบ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้แนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเคมีสและแมคเทคการ์ด¹³ กลุ่มเป้าหมาย มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ CG จำนวน 7 คน เลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ 1) มีความต้องการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพผู้ดูแลหลัก 2) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย LTC ติดเตียง และ กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มประเมินผลผลลัพธ์การเยี่ยม

บ้านของ CG ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก จำนวน 14 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สังเกต ประเมินทักษะ และโปรแกรมการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านและแบบประเมินคุณภาพชีวิต เครื่องมือที่ใช้ได้มีการตรวจสอบประสิทธิภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และความชัดเจนของการใช้ภาษาและได้นำไปทดลองใช้กับ CG และ ผู้ดูแลหลักที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซับ ตำบลตะขบ อำเภอปรางค์กู่ เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและคุณภาพของเครื่องมือที่จะนำมาใช้กับผู้ให้ข้อมูล รวมถึงการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต 26 ตัวชี้วัดฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRET-THAI) ขององค์การอนามัยโลก⁵ ระยะเวลาในการวิจัยเป็นเวลา 10 เดือน (กรกฎาคม 2564 – เมษายน 2565) มีการดำเนินงาน 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เป็นการประเมินทักษะการเยี่ยมบ้านของ CG จำนวน 7 คน ที่ดูแลผู้ป่วย LTC ที่เป็นผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 14 คน ที่ผู้ดูแลหลัก มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเก็บข้อมูลโดยการถอดบทเรียนจากการดำเนินงานของ CG การสอบถาม การสังเกตและการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา แล้วสรุปเป็นความเรียง ที่พบว่า CG ขาดทักษะในการเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลหลักมีความทุกข์จากภาวะเครียด รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้าน เป็นการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้าน โดยการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ขั้นตอน คือ

1) การวางแผน เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ พร้อมกับจัดทำเครื่องมือในการพัฒนาศักยภาพโดยเขียนเป็นแผนปฏิบัติการ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสังเกต แบบประเมินทักษะและ โปรแกรมการพัฒนาทักษะ ที่ได้นำทฤษฎีความสามารถของตนเอง มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนรู้จากตัวแบบ และสามารถประเมินผลดีของการปฏิบัติได้ พร้อมกับนำขั้นตอนการจัดกิจกรรมแบบสไปล์ ซึ่งเป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ 5 ขั้นตอน เพื่อเสริมสร้างกระบวนการคิดที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต

2) การปฏิบัติ เป็นการนำแผนปฏิบัติการ มาใช้ในการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มี 5 แผนการเรียนรู้ ใช้เวลา 32 ชั่วโมง คือ

แผนการเรียนรู้ที่ 1	การดูแลผู้ป่วย LTC และผู้ดูแลหลัก	ใช้เวลา	2 ชั่วโมง
แผนการเรียนรู้ที่ 2	การดูแลสุขภาพตามหลัก 4อ.	ใช้เวลา	2 ชั่วโมง
แผนการเรียนรู้ที่ 3	ทักษะการเยี่ยมบ้าน	ใช้เวลา	24 ชั่วโมง
แผนการเรียนรู้ที่ 4	การประเมินคุณภาพชีวิต	ใช้เวลา	2 ชั่วโมง
แผนการเรียนรู้ที่ 5	การถอดบทเรียน	ใช้เวลา	2 ชั่วโมง

ซึ่งแต่ละแผนมี 6 องค์ประกอบ คือ 1) สารสำคัญ 2) เนื้อหา 3) วัตถุประสงค์ 4) กิจกรรมมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เป็นกลุ่ม มีขั้นตอนการสอน 5 ขั้นตอนการสอนแบบสไปล์ (SPICE Model) 5) สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม และ 6) การวัดและการประเมินผล การประเมินองค์ความรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ตามแบบประเมินในแผนการเรียนรู้แต่ละแผน ซึ่งได้กำหนดไว้ว่าความรู้ การรับรู้ จะต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80⁴ แต่จะต้องมีทักษะการเยี่ยมบ้านตามหลักการดูแลสุขภาพ 4 อ. มี 9 ขั้นตอน ได้ถูกต้องทุกคน นอกจากนี้ยังมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสังเกต การสอบถาม จากการบันทึกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดย CG ซึ่งผ่านการอบรมวิธีปฏิบัติและการแปรผล ที่สามารถวัดความดันโลหิตและเจาะน้ำตาลปลายนิ้วได้ ทั้งนี้เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้าน

3) การสังเกตการณ์ เป็นการประเมินทักษะการเยี่ยมบ้านและผลการเยี่ยมบ้านของ CG โดยใช้แบบสอบถามแบบสังเกต แบบประเมินทักษะ แบบประเมินคุณภาพชีวิต และการประเมินทักษะตามแผนการเรียนรู้ในโปรแกรม

4) การสะท้อนผลของการปฏิบัติ เป็นการนำผลการสังเกตการณ์มาร่วมกันอภิปรายกลุ่มเพื่อหาข้อยุติว่ากิจกรรมการจัดประสบการณ์การเรียนรู้จะต้องมีการปรับปรุงหรือไม่อย่างไร จนกว่าจะได้ CG ที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์ของการพัฒนา เป็นการประเมินผลการพัฒนา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 การประเมินทักษะการเยี่ยมบ้านของ CG ได้แก่ การประเมินทักษะการถ่ายทอดและทักษะการปฏิบัติ และ กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มประเมินผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านของ CG ได้แก่ การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต 26 ตัวชี้วัดฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ขององค์การอนามัยโลก มี 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เปรียบเทียบการประเมินทักษะการถ่ายทอดและการปฏิบัติ มี 4 ระดับ คือ ระดับดีมาก ดี พอใช้ และปรับปรุง และเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิต มี 3 ระดับ คือ และระดับดีมาก (คะแนน 96 -130) ระดับดี (คะแนน 61-95) ระดับปานกลาง (คะแนน 26-60)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ชี้แจงเอกสารการให้การยินยอม ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจอย่างอิสระ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมโดยจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น โดยผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาใบรับรองเลขที่ HE -181-2564 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2564 ถึง 2 กรกฎาคม 2565

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านของ CG จำนวน 7 คน ที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลดังนี้ คือ เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 49-65 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 1 คน และมีสมมติฐานจำนวน 6 คน ทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัยและการอบรมตามโปรแกรมการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้าน 32 ชั่วโมง ซึ่งแบ่งทักษะการเยี่ยมบ้านออกเป็น 2 ทักษะ คือ

1.1 ทักษะการถ่ายทอด พบว่า CG มีทักษะในการสอนหรือการถ่ายทอดอยู่ในระดับดีมาก 3 คน และอยู่ในระดับดี 4 คน นอกจากนี้ยังพบว่า CG มีการใช้ภาษาท้องถิ่นที่เข้าใจง่ายในการสื่อสาร เช่น “การกินไม่บันยะบันยัง ของพวกเรา... จึงทำให้เกิดโรคกันหลาย...” , “ถ้าเราขยับแข้งขยับขา... แก่งแขนทุกวัน ...ให้มีเหงื่อออกบ้าง ก็จะทำให้เลือดลมไหลเวียนดี” เป็นต้น รวมถึงมีการสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้แบบกัลยาณมิตรหรือการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมรวมถึงจัดบรรยากาศให้ครูอยากสอนผู้เรียนอยากเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้อย่างมีความสุข

1.2 ทักษะการปฏิบัติ พบว่า CG มีทักษะการปฏิบัติ อยู่ระดับดีมากทุกคน นอกจากนี้ ยังพบว่า CG ได้มีการนำหลักการดูแลสุขภาพ 4 อ. มาประยุกต์ใช้ในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่กินจุจิก (กินอาหารระหว่างมื้อ) ดังเช่นผู้ดูแลหลักรายหนึ่ง เล่าว่า “แต่ก่อนฉันนั่งแล้วลุกไม่ได้ ไม่เคยออกกำลังกาย กินจุจิก แต่พอปรับตัวใหม่ตามที่ชี้อธิบาย ฉันก็ปฏิบัติตาม คือ ไม่กินจุจิก ออกกำลังกายมากขึ้น รู้สึกสบายตัวขึ้นหลาย น้ำหนักก็ลดลง ลูกนั่งได้คล่องขึ้น ขับถ่ายดีขึ้น” นอกจากนี้ยังพบว่ามีส่วนฝึกในครัวเรือนและครัวเรือนข้างเคียง มามีส่วนร่วมกิจกรรม รวมถึงมีผู้นำชุมชน มาสนับสนุนอุปกรณ์ การดูแลสุขภาพ เช่น กัวซา กระดาษขมิ้นแช่เท้า ทำให้เกิดดูแลสุขภาพเป็นกลุ่มโดยมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งจะเป็แรงสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักมีสุขภาพที่ดี

2. ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้าน กระบวนการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้พึ่งพิงเพื่อให้ผู้ดูแลหลักคลายทุกข์ ด้วยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ.

ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติการ 3) การสังเกตการณ์ 4) การสะท้อนกลับ โดยมีโปรแกรมการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย 5 แผนเรียนรู้ และการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสไปล์ ใช้เวลา 32 ชั่วโมง คือ 1) การดูแลผู้ป่วย LTC และผู้ดูแลหลัก เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการดูแลผู้ป่วย LTC และผู้ดูแลหลัก โดยการบรรยายประกอบสื่อ ณ ห้องประชุม รพ.สต. ตะขบ 2) การดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยแพทย์และทีมวิทยากรจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ณ ศูนย์เรียนรู้การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยหลัก 4 อ. โรงพยาบาลปทุมธานี 3) ทักษะการเยี่ยมบ้าน เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและทักษะการปฏิบัติ 9 ขั้นตอนในการดูแลผู้ดูแลหลักภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติใน รพ.สต.ตะขบ จำนวน 6 ชั่วโมง มีการนำไปศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. ของ อสม.รพ.สต.น้ำซับ จำนวน 3 ชั่วโมง จัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะโดยให้ CG ได้ฝึกทักษะการถ่ายทอดและทักษะการปฏิบัติในสถานที่จริงในครัวเรือน จำนวน 3 ชั่วโมง CG นำองค์ความรู้ไปใช้ดูแลผู้ดูแลหลักในครัวเรือน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลา 3 เดือน (12 ชั่วโมง) 4) การประเมินคุณภาพชีวิต เป็นการนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตไปประเมินผู้ดูแลหลัก 5) การถอดบทเรียน เป็นการนำผลการจัดกิจกรรมแต่ละแผนการเรียนรู้ มาทบทวนว่ามีข้อดีและข้อจำกัดอย่างไร แล้วสรุปเป็นแนวทางการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านของ CG หลังการพัฒนาพบว่า 1) ทักษะการถ่ายทอด พบว่าCG มีทักษะในการถ่ายทอดอยู่ระดับดีมาก จำนวน 3 คน สามารถปฏิบัติได้อย่างน้อย 5 ทักษะ และระดับดี จำนวน 4 คน ทุกคนขาดทักษะด้านความรู้(การให้เหตุผลของการปฏิบัติ) 2) ทักษะการฝึกปฏิบัติ พบว่าCG มีทักษะการปฏิบัติอยู่ระดับดีมากทุกคน

3. ผลการประเมินประสิทธิผลการเยี่ยมบ้านของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้พึ่งพิง พบว่าผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 10 คน และ ระดับดี จำนวน 4 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวม แยกออกเป็นรายด้าน

รายการ	ระดับคุณภาพชีวิต		
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง
ด้านร่างกาย			
ก่อน	2	2	10
หลัง	10	4	0
ด้านจิตใจ			
ก่อน	1	5	8
หลัง	11	3	0
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม			
ก่อน	4	6	4
หลัง	11	3	0
ด้านสิ่งแวดล้อม			
ก่อน	4	7	3
หลัง	8	6	0
คุณภาพชีวิตโดยรวม			
ก่อน	3	5	6
หลัง	10	4	0

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านของ CG เพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จำเป็นต้องมีโปรแกรมการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้น อย่างเป็นระบบและมีขั้นตอน ประกอบด้วยการนำทฤษฎีความสามารถของตนเองและขั้นตอนการจัดกิจกรรมแบบสไปส์ มาจัดประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างกระบวนการคิดให้กลุ่มเป้าหมายได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเยี่ยมบ้านทั้งผู้ป่วย LTC และผู้ดูแลหลัก รวมถึงการนำหลักการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. ที่มีแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ดูแลหลัก มาใช้เป็นเสริมสร้างทักษะการเยี่ยมบ้านทั้งผู้ป่วย LTC และผู้ดูแลหลัก จนส่งผลให้ CG เกิดความมั่นใจ ภาคภูมิใจในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จนส่งผลให้ผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตที่ดี

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านของ CG ที่พบว่าทักษะการเยี่ยมบ้านของ CG ที่ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักคลายทุกข์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี มี 2 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการถ่ายทอดและทักษะการปฏิบัติ ที่ทำให้ผู้ดูแลหลักสบายใจ มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติ สอดคล้องกับความคิดของพิชเปียนและแอซเซน¹⁴ ที่ว่าความสำเร็จของบุคคลมาจากความตั้งใจที่จะปฏิบัติ สอดคล้องกับสมเกียรติ อินทะกนกและคณะ¹⁰ ที่พบว่า อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยหลักการดูแลสุขภาพตนเอง 4 อ. มีทักษะในการถ่ายทอดและการปฏิบัติ โดยเป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้จนส่งผลให้ในกลุ่มเสี่ยงไม่กลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่และในกลุ่มผู้ป่วยได้รับการปรับลดและเลิกการใช้ยา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ง่าย สอดคล้องกับการนำมาประยุกต์ใช้ในกิจวัตรประจำวันของคนในชุมชนสอดคล้องกับ ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ และคณะ⁴ ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพนักศึกษาในการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์ในผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย โดยการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ.(อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) ที่พบว่า นักศึกษามีทักษะในการเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยมีสุขภาพกายและจิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า การเยี่ยมบ้านโดยใช้กิจกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหากระบวนการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านของ CG ที่พบว่า การจัดการกระบวนการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้าน โดยการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นอย่างมีระบบและมีขั้นตอน ประกอบกับการนำทฤษฎีความสามารถของตนเอง ขั้นตอนการเรียนรู้แบบสไปส์ (SPICE Model) มาประยุกต์ใช้ในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการเรียนรู้จากตัวแบบเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนปรับเปลี่ยนทักษะการเยี่ยมบ้านจากการเยี่ยมดูแลเฉพาะผู้ป่วย LTC เป็นการเยี่ยมผู้ป่วย LTC และผู้ดูแลหลักควบคู่กันไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Action Learning) ของ แมคคิลและปีตตี¹⁵ และ แมคคิลและบรอดแบงค์¹⁶ ที่กล่าวว่า การเรียนรู้จากการปฏิบัติจะเป็นการเชื่อมโยงการเรียนรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม เป็นการเรียนรู้ที่สร้างขึ้น บนความสัมพันธ์ของการสะท้อนความคิดกับการปฏิบัติที่ สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ที่เกิดจากการเสริมสร้างสมรรถนะตามความต้องการและสภาพปัญหาของท้องถิ่นในชุมชน เช่นเดียวกับ อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง และคณะ¹⁷ ที่พบว่าพระสงฆ์ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. ตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนได้ และผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมจากระดับ 3 มีอัตราการครองชีพที่ดีขึ้นเป็น ระดับ 2 โดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา สอดคล้องกับคำกล่าวของ แคมมิสและแมคทาการ์¹³ ที่ว่าการแก้ปัญหาใดๆก็ตาม จะทำได้คนเดียวไม่ได้ต้องทำเป็นหมู่คณะ จึงจะแก้ปัญหานั้นได้ ด้วยการเสริมสร้างให้บุคคลและชุมชนพึ่งตนเองได้สอดคล้องกับ จิตรกร วนะรักษ์¹⁸ ที่พบว่า องค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการดูแลผู้ป่วย LTC คือ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเช่นเดียวกับ อุมาภรณ์ กลังดี และคณะ¹⁹ ที่พบว่า การเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้วยทีมหมอครอบครัว หลังการเยี่ยมบ้าน มีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางห้องปฏิบัติการดีขึ้นเช่นเดียวกับ กิริติ กิจธิระวุฒินวษ์และนิธรา กิจธิระวุฒินวษ์²⁰ พบว่าการดูแลผู้ป่วย LTC ของ CG จะต้องมีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของโรคหรือบริบทของสมาชิกในครอบครัว ที่เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือความทุกข์ ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญและพัฒนาศักยภาพของ CG อย่างต่อเนื่อง

2. ผลลัพธ์การพัฒนา ที่พบว่า CG มีทักษะการถ่ายทอดส่วนมากอยู่ในระดับดีมาก และมีทักษะการปฏิบัติดีมากทุกคน และพบว่าผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า CG มีทักษะในการเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับทักษะการปฏิบัติที่เน้นการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ.เป็นวิธีที่ง่าย สอดคล้องกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ดูแลหลักและคนในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลหลักปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายเพื่อจะทำให้สุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรวรรณ ค้ายาดี²¹ ที่พบว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยมาจากการได้รับความรู้ การตั้งเป้าหมายการปฏิบัติ ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพเช่นเดียวกับคำกล่าวของโนลส์²² ที่ว่าความต้องการและความสนใจ (Needs and Interests) ในวัยผู้ใหญ่จะถูกชักจูงให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี ถ้าหากว่าตรงกับความต้องการและประโยชน์ต่อตนเอง รวมถึงการยอมรับ การสร้างความศรัทธาให้กับบุคคลจากสังคม จึงทำให้ CG และผู้ดูแลหลักมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่จึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ทวีกลีกรรม และคณะ⁶ ที่พบว่าการที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะแรงสนับสนุนภายในครอบครัวเพื่อสร้างเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ มองโลกในแง่ดี มีจิตปล่อยวาง ทำให้ลดภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกับ นิยม บุระคร²³ ที่พบว่าความเครียดจากปัญหาครอบครัวและภาวะแทรกซ้อนทางไต ทำให้กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

ข้อค้นพบจากการวิจัย

การพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านของ CG เพื่อให้ผู้ดูแลหลักคลายทุกข์ในเขตตำบลตะขบ อำเภอปรางค์ชัย จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยขอเสนอข้อค้นพบ คือ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย LTC แนวใหม่ ที่มุ่งเน้นให้บุคคลและชุมชนพึ่งตนเอง ซึ่งมีข้อแตกต่างจากการเยี่ยมบ้าน LTC แบบดั้งเดิม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อแตกต่างระหว่างการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย LTC แบบใหม่ กับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย LTC แบบดั้งเดิม

แบบดั้งเดิม	แบบใหม่
1. เป็นการเยี่ยมผู้ป่วย LTC	1. เป็นการเยี่ยมผู้ป่วย LTC และผู้ดูแลหลัก
2. มุ่งการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย LTC	2. มุ่งการสร้างสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ป่วย LTC และผู้ดูแลหลัก
3. เป็นความรับผิดชอบของ CG และผู้ดูแลหลัก	3. เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสมาชิกในครัวเรือน
4.การจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นการให้ข้อมูล ข่าวสาร การให้สุขศึกษา (การดูแลกิจวัตรประจำวัน) แก่ผู้ดูแลหลัก และผู้ป่วย LTC	4.การจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพ แบบมีส่วนร่วม ตามหลัก 4 อ. มี 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (ผู้ป่วยเบาหวาน) 2. บันทึกสภาวะสุขภาพ 3. ทบทวนความรู้ 4. การฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำยืดเหยียด 5. การออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน 6. การนวดมือด้วยดีลยัวร์ 7. การนวดเท้าด้วยกะลา 8. การกัวซา 9. การแช่มือแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นสมุนไพร

ตารางที่ 2 ข้อแตกต่างระหว่างการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย LTC แบบใหม่ กับ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย LTC แบบดั้งเดิม (ต่อ)

แบบดั้งเดิม	แบบใหม่
5. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย LTC โดยใช้ CG และผู้ดูแลหลัก	5.การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย LTC โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ทำให้เกิดดูแลสุขภาพเป็นกลุ่ม โดยมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1.1 จากที่พบว่า CG มีทักษะการเยี่ยมบ้าน มี 2 ทักษะ คือ ทักษะการถ่ายทอดและทักษะการปฏิบัติ ที่ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัยหรือผู้เชี่ยวชาญ

1.2 จากที่พบว่า ผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านของ CG ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ควรมีการเยี่ยมผู้ป่วย LTC และผู้ดูแลหลักควบคู่กันไป

1.3 ผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านนี้ไปกำหนดเป็นนโยบายไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพการเยี่ยมบ้านของ CG

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยในลักษณะเดียวกันนี้ในกลุ่มผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย LTC ในทุกกลุ่ม

2.2 ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ทักษะการเยี่ยมบ้านในพื้นที่อื่น

2.3 ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของ CG และผู้ดูแลหลักที่ได้รับโปรแกรมนี

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2564. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. 2565.
- วรรณัน ประสารอริคม. แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Concept of home care). วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2561;28(2):92-108.
- จินตนา อาจสันติยะและรัชณีย์ ป้อมทอง. บทบาทพยาบาล : กรณีศึกษาการดูแลด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19(1):1-8.
- ทองทิพย์ สละวงศ์ลักษณ์ และ อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง. การพัฒนาศักยภาพนักศึกษาในการเยี่ยมบ้านหลายทุกซ์ ตำบลหนองพลวง อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสืบเนื่องการประชุมวิชาการระดับชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 19 มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. เชียงใหม่. 2562: 105-118.
- ปัทมา ผ่องศิริ, กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, นันทริยา โลหะไพบุลย์กุล, สอาด มุ่งสิน, พิสมัย วงศ์สง่า. คุณภาพชีวิตภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาเขตเมือง อุบลราชธานี. วารสารเกื้อการณย์. 2561;25(2):137-151.
- เยาวลักษณ์ ทวีกริธรรม, ปรีญา ศรีธราพิพัฒน์, มณีรัตน์ พรหมณ. ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอโนนรมย์ จังหวัดชัยนาท. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2558;24(3):104-118.
- วิภา เพ็งเสียม, พัชรภณทิพย์ ไชยสังข์, ปัญจกรณ์ ยะเกษม. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560; 8(1):152-65.

8. Bandura. A Gauging the relationship between self-efficacy judgment and action. *Cognitive Therapy and Research* 1980; 4: 263-68.
9. จริญญา อ่างคำ. การศึกษาผลการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนภาษาอังกฤษ ด้วยรูปแบบการสอนภาษาอังกฤษแบบสไปซ์ (SPICE Model) กลุ่มสาระการเรียนรู้ภาษาต่างประเทศ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. *วารสารราชภัฏเพชรบูรณ์สาร*. 2561;20(2):43-49.
10. สมเกียรติ อินทะกนก, พุฒิพงศ์ สัตยวงษ์ทิพย์, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, รัชชานนท์ ง่วนใจรัก, ชูสง่า สีสัน, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: กรณีศึกษาพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซับ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา* 2564; 27(1): 56-67.
11. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะขบ. รายงานการเยี่ยมบ้าน LTC ของ CG ประจำปี 2564. เอกสารอัดสำเนา. 2564.
12. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. หลักสูตรฝึกอบรม ยา 8 ขนาน สกัด NCDs (สร้างเสริมสมรรถนะการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยหลัก 4 อ.นครราชสีมา: โคราชมาเกิดตั้ง. 2563.
13. Kemmis S. & McTaggart R. *The Action research planner*. 3rd ed. Deakin University press: Victoria. 1998.
14. Fishbein , M., & Ajzen , I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
15. McGill, I. and Beaty, L. *Action Learning: A guide professional, management & Educational development*. London: Kogan Page. 2000.
16. McGill, I. and Brockbank, *The Action Learning Handbook*. London: Routledge Falmer. 2004.
17. อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, พุฒิพงศ์ สัตยวงษ์ทิพย์, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. การพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน* 2565;28(1):88-100.
18. จิตรกร วะรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2564;30(2):285-94.
19. อุมารณ์ กำลั้งดี, ภาวนา บุญมุสิก, อัจริยา วัชรวิวัฒน์. การพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอรอบครัว. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2560;4(1):34-45.
20. กิรติ กิจธีระวุฒิมงษ์และนิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 2561;36(4):15-24.
21. อัธราพรณ ค้ายาดี. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีส่วนร่วมต่อความสม่ำเสมอของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน*. 2558.
22. Knowles. *The Adult Learner. A Neglected Species*. 2nd ed. Houston: Gulf Publishing;1978.
23. นิยม บุระคร. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถแห่งตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*. 2561.

การพัฒนาแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนฉบับภาษาไทย

สุชาดา เรืองศรี^{1*} หยกฟ้า อิศรานนท์²

¹นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา แขนงจิตวิทยาสังคมพื้นฐานและประยุกต์ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

ภาวะหมดไฟในการเรียนเป็นภาวะที่นิสิตและนักศึกษากำลังเผชิญกันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากผู้เรียนสะสมความเครียดอันสืบเนื่องจากการเรียนและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เมื่อผู้เรียนเผชิญกับภาวะหมดไฟในการเรียน ย่อมมีส่วนสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางลบต่อตัวผู้เรียนในหลายด้าน ดังนั้น การศึกษาและประเมินภาวะหมดไฟในการเรียนจึงเป็นสิ่งสำคัญ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนฉบับภาษาไทย ด้วยการพัฒนาและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาคำดัชนีความสอดคล้อง และเก็บข้อมูลด้วยวิธีการเก็บตามสะดวกและแบบลูกโซ่จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตและนักศึกษาในระดับปริญญาตรี อายุ 18 - 25 ปี จำนวน 168 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบวัดทั้งฉบับด้วยการตรวจสอบความสอดคล้องภายในผ่านการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างผ่านการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2

ผลวิจัยพบว่า แบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนฉบับภาษาไทย จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเที่ยงของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ .93 และประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ 2) การเมินเฉยต่อการเรียน และ 3) การรับรู้ว่าตนเองไร้ความสามารถ แต่ละด้านมีข้อคำถาม 8, 7 และ 5 ข้อ และค่าน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบย่อยอยู่ระหว่าง .37 ถึง .94, .53 ถึง .88, และ .69 ถึง .85 ตามลำดับ และโมเดลของภาวะหมดไฟในการเรียนสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าสถิติ ประกอบด้วย $\chi^2 = 142.44$, $df = 121$, $RMSEA = .03$, $SRMR = .06$, และ $CFI = .99$ ดังนั้น แบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนฉบับภาษาไทยที่พัฒนานี้ ประกอบด้วยความตรงและความเที่ยง สามารถใช้ประเมินภาวะหมดไฟในการเรียนในผู้เรียนที่ศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีได้

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟในการเรียน/ แบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียน/ ความเที่ยง/ ความตรงเชิงเนื้อหา/ ความตรงเชิงโครงสร้าง

Development of the Academic Burnout Scale (Thai Version)

Suchada Ruengesri^{1*} Yokfah Isaranon²

^{1*}Master of Arts in Psychology student, Basic and Applied Social Psychology subject, Faculty of Psychology,
Chulalongkorn University

²Asst. Prof., Faculty of Psychology, Chulalongkorn University

Abstract

Academic burnout is a state that undergraduate students commonly experience. This is caused by the accumulation of stress related to their studies and situations that have occurred. Academic burnout is related to negative consequences in various aspects of a student's life. Therefore, prioritizing research and assessing academic burnout are crucial. The purpose of this study is to develop and review the quality of the Academic Burnout Scale (Thai Version). The researcher developed the scale and distributed it to three experts for content validity testing through an IOC investigation. Afterwards, data was collected from 168 undergraduate students between the ages of 18 and 25 using convenience and snowball sampling methods. Subsequently, the researcher utilized the collected data to investigate the scale's reliability by calculating Cronbach's alpha coefficient and examine its construct validity through Second Order Confirmatory Factor Analysis.

The results of the study indicated that the Academic Burnout Scale, consisting of 20 items, has internal consistency with a Cronbach's alpha coefficient of .93. The scale was composed of three dimensions: emotional exhaustion, cynicism, and inefficacy, each comprising 8, 7, and 5 items, respectively. The factor loadings for each dimension ranged from .37 to .94 for emotional exhaustion, .53 to .88 for cynicism, and .69 to .85 for inefficacy. Additionally, the academic burnout model demonstrated consistency with empirical data, as indicated by $\chi^2 = 142.44$, $df = 121$, $RMSEA = .03$, $SRMR = .06$, and $CFI = .99$. Therefore, the Academic Burnout Scale (Thai Version) was found to possess both reliability and validity and can be used to assess academic burnout among undergraduate students.

Keywords: Academic Burnout/ Academic Burnout Scale/ Reliability/ Content Validity/ Construct Validity

*Corresponding author: Suchada Ruengesri, email: suchadasky.r@gmail.com, Tel: 09 1886 5172

Received: May 14, 2023/ Revised: May 31, 2023/ Accepted: June 7, 2023

บทนำ

ปัจจุบันนี้ นิสิตและนักศึกษาได้กลับไปเรียนในชั้นเรียนอีกครั้งหนึ่ง หลังจากที่ต้องเรียนออนไลน์เป็นระยะเวลากว่า 2 ปี เนื่องจากการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในช่วงที่ผู้เรียนต้องเรียนออนไลน์ ผู้เรียนจำนวนมากมีความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียนเพิ่มสูงขึ้น จากฐานข้อมูลนิสิตที่เข้ารับบริการการปรึกษากับฝ่ายส่งเสริมสุขภาพนิสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า นิสิตจำนวนมากได้เข้ารับบริการให้คำปรึกษากับนักจิตวิทยาด้วยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเรียนเป็นอันดับที่ 1⁴ อีกทั้ง ผลการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนออนไลน์ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 พบว่า เด็กไทยมีระดับความเครียดและความกังวลอยู่ที่ 74.9 เปอร์เซนต์¹

ถึงแม้ปัจจุบันนี้นิสิตและนักศึกษาจะได้กลับมาเรียนในห้องเรียน แต่ผู้เรียนก็ยังมีแนวโน้มที่จะประสบพบเจอความเครียดเกี่ยวกับการเรียนที่อยู่ในระดับสูงได้ เนื่องจาก ความกลัวเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้ระดับของภาวะหมดไฟในการเรียนและความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น²¹ อีกทั้ง ผู้เรียนได้ห่างหายจากการพบปะผู้คน การเข้าสังคม และการเรียนในห้องเรียนไปเป็นเวลานาน จึงมีส่วนทำให้ผู้เรียนต้องเกิดการปรับตัวครั้งใหญ่ในการกลับมาเรียนในชั้นเรียนอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งการปรับตัวนี้อาจนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความเครียดและความกังวลในผู้เรียนได้เช่นเดียวกัน อีกทั้ง การเรียนยังเป็นแหล่งที่มาของความเครียดของผู้เรียนได้อีกจากหลากหลายสาเหตุ ดังที่พบในงานวิจัยในอดีตของ Pulido-Martos และคณะ¹⁶ ที่พบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้เรียนนั้นส่วนใหญ่เป็นความเครียดที่เกี่ยวข้องกันกับการเรียนเช่นเดียวกัน เมื่อผู้เรียนเกิดความเครียดเกี่ยวกับการเรียน และความเครียดเหล่านั้นถูกสะสมไว้เป็นระยะเวลานาน จะสามารถนำไปสู่การเกิดภาวะหมดไฟในการเรียน (academic burnout) ตามมาได้²⁰ โดยความเครียดเกี่ยวกับการเรียนที่ถูกสะสมไว้จะทำให้ผู้เรียนเกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion)⁹ และความเหนื่อยล้าทางอารมณ์จะส่งผลให้เกิดการเมินเฉยต่อการเรียน (cynicism) และนำไปสู่การรับรู้ว่าตนเองไร้ความสามารถในการเรียน (inefficacy) ตามมาด้วยเช่นกัน⁷

ภาวะหมดไฟในการเรียนเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความเครียดและความยากลำบากจากการเรียนที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานาน^{11,17, 23} ตลอดจนเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเนื่องจากการขาดแหล่งทรัพยากรสำหรับใช้ในการเรียนจนกระทั่งไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังในการเรียนของตัวเองได้⁸ โดยภาวะหมดไฟในการเรียนนั้นเป็นโครงสร้างพหุมิติที่ประกอบไปด้วยด้านย่อย 3 ด้าน¹¹ ได้แก่ 1) ความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกเหนื่อยจนหมดแรงกายและรู้สึกหมดพลังทางจิตใจ เนื่องจากผู้เรียนมีการสะสมความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการเรียนไว้กับตัวเองเป็นเวลานาน รวมถึงการเรียนมีข้อเรียกร้องที่มากเกินไป แต่ผู้เรียนขาดแหล่งทรัพยากรในการจัดการกับข้อเรียกร้องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนเหล่านั้น ซึ่งความเหนื่อยล้าทางอารมณ์นี้จัดเป็นองค์ประกอบด้านอารมณ์ และความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ยังสามารถนำไปสู่การลดลงของความพยายามในการทำงานต่าง ๆ เกี่ยวกับการเรียนได้อีกด้วย^{7,10,12,13,19} 2) การเมินเฉยต่อการเรียน หมายถึง การมีทัศนคติทางลบและการตอบสนองทางลบที่ผู้เรียนมีต่อการเรียนของตนเอง การหมดความสนใจในงานที่ตนเองได้รับมอบหมาย รวมถึงลดความกระตือรือร้นและการเอาใจใส่ในเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับการเรียน และยังคงมองว่างานที่ได้รับมอบหมายรวมถึงการเรียนนั้นไร้ค่า ซึ่งการเมินเฉยต่อการเรียนนี้จัดเป็นองค์ประกอบในด้านความคิด^{7,10,13,18,19} และ 3) การรับรู้ว่าตนเองไร้ความสามารถ หมายถึง การที่ผู้เรียนรู้สึกกว่าตนเองไร้ความสามารถ หรือมีความสามารถในการเรียนที่ลดน้อยถอยลง ตลอดจนเป็นการรับรู้ของผู้เรียนที่รับรู้ว่าตนเองนั้นขาดการประสบความสำเร็จเกี่ยวกับการเรียน โดยการรับรู้ว่าตนเองไร้ความสามารถนั้นจัดเป็นองค์ประกอบในด้านความคิด^{10,12,18}

หากผู้เรียนเผชิญกับภาวะหมดไฟในการเรียนแล้ว ภาวะดังกล่าวสามารถส่งผลกระทบทางลบต่อตัวผู้เรียนได้ในหลากหลายด้าน เช่น ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ¹⁴ เกิดภาวะซึมเศร้า⁹ รวมถึงมีความตั้งใจที่จะออกจากการเรียนสูงขึ้น และมีความพอใจในการเรียนอยู่ในระดับต่ำ¹⁵ ซึ่งผลลัพธ์ทางลบที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้เรียนเผชิญกับภาวะหมดไฟในการเรียนนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิต (Psychological well-being) ของตัวผู้เรียน อีกทั้ง ยังมีงานวิจัยที่พบว่า ภาวะหมดไฟในการเรียนสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เช่นเดียวกัน^{9,14} นอกจากนี้ เมื่อผู้เรียนเกิดภาวะหมดไฟในการเรียนแล้ว ภาวะดังกล่าวยังมีส่วนนำไปสู่การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในการเรียน และภาวะหมดไฟยังสัมพันธ์ทางลบกับผลการเรียนของผู้เรียนอีกด้วย^{19,22,24}

ดังนั้น การให้ความสำคัญกับการศึกษาและประเมินภาวะหมดไฟในการเรียนจึงเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ แบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนส่วนใหญ่ที่นิยมใช้กันในประเทศไทยมักประกอบไปด้วยการประเมินภาวะหมดไฟในการเรียนที่มีองค์ประกอบย่อย 3 ด้าน ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ การเมินเฉยต่อการเรียน และการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถทางการเรียน แล้วจึงค่อยใช้วิธีการกลับคะแนนของข้อคำถามในองค์ประกอบย่อยด้านสุดท้ายเพื่อประเมินภาวะหมดไฟในการเรียน ซึ่งแตกต่างกับข้อค้นพบในงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนของ Bresó และคณะ³ ที่พัฒนาแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียน และพบว่าแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนที่ประกอบไปด้วยองค์ประกอบย่อย 3 ด้าน ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ การเมินเฉยต่อการเรียน และการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถทางการเรียน สามารถวัดและประเมินผลภาวะหมดไฟในการเรียนได้ค่อนข้างดีกว่าแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนที่มีองค์ประกอบย่อย 3 ด้าน แต่แตกต่างกันในการเรียกชื่อและประเภทของข้อคำถามในองค์ประกอบด้านที่ 3 ที่เป็นการวัดการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถทางการเรียน อีกทั้ง ยังมีเรื่องเกี่ยวกับลิขสิทธิ์ในการใช้แบบวัดหากต้องการศึกษาและประเมินภาวะหมดไฟ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมในเบื้องต้น และด้วยเหตุที่กล่าวไปข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียน ฉบับภาษาไทยที่เหมาะสมกับบริบทการศึกษาของประเทศไทยในปัจจุบัน เพื่อวัดและประเมินภาวะหมดไฟในตัวผู้เรียน สำหรับเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยคัดกรองและปกป้องผู้เรียนจากภาวะหมดไฟในการเรียน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียน ฉบับภาษาไทย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ที่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามออนไลน์และใช้วิธีเก็บตามสะดวก (Convenience sampling) และแบบลูกโซ่ (Snowball sampling) ด้วยการประชาสัมพันธ์แบบสอบถามออนไลน์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ เช่น เฟซบุ๊ก อินสตาแกรม ไลน์ และผ่านการเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัยด้วยการบอกต่อเพื่อนนิสิตและนักศึกษาระดับปริญญาตรีด้วยตนเอง ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียน สำหรับใช้ในการคัดกรองและประเมินผู้เรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษาในบริบทของการศึกษาไทย และกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล คือ นิสิตและนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี อายุ 18 - 25 ปี จำนวน 168 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถามออนไลน์ในการเก็บข้อมูล โดยแบบสอบถามออนไลน์นั้นจะถูกแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม และส่วนที่เป็นข้อคำถามแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนนี้ประกอบไปด้วยการแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลคุณลักษณะประชากรทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี คณะ และมหาวิทยาลัยที่กำลังศึกษาอยู่

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียน

ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาแบบวัดเพื่อนำมาวัดภาวะหมดไฟในการเรียน โดยดำเนินการพัฒนาจากแบบวัด School Burnout Inventory (SBI) ของ Salmela-Aro และคณะ¹⁸ ที่มีข้อคำถามทั้งสิ้น 9 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบวัดดังกล่าวมาแปลและพัฒนา ตลอดจนเพิ่มข้อคำถามเพื่อใช้ในการวัดภาวะหมดไฟในการเรียนให้เข้ากับบริบทของการศึกษาไทย โดยมีข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 20 ข้อ ที่มีการแบ่งภาวะหมดไฟในการเรียนออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ 2) การเมินเฉยต่อการเรียน และ 3) การรับรู้ว่าตนเองไร้ความสามารถ

แบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนนี้มีระดับการประเมิน 7 ระดับตามลักษณะการวัดแบบประมาณค่าของลิเคิร์ต โดย 1 หมายถึง ตรงน้อยที่สุด และ 7 หมายถึง ตรงมากที่สุด ซึ่งในแบบวัดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .93 ที่เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 คน โดยในส่วนของการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียน ผู้วิจัยขอกล่าวโดยละเอียดในส่วนถัดไป

ขั้นตอนการวิจัย

การพัฒนาแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียน ฉบับภาษาไทย ในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียน ฉบับภาษาไทย

ในขั้นตอนนี้เริ่มต้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการเรียน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะหมดไฟในการเรียนนั้นประกอบไปด้วยองค์ประกอบย่อย 3 ด้าน ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ การเมินเฉยต่อการเรียน และการรับรู้ว่าตนเองไร้ความสามารถ จากนั้น ผู้วิจัยจึงได้เลือกและนำแบบวัด School Burnout Inventory ของ Salmela-Aro และคณะ¹⁸ จำนวน 9 ข้อ ที่วัดภาวะหมดไฟในการเรียนในองค์ประกอบย่อย 3 ด้านตามที่กล่าวไปข้างต้นมาแปลเป็นภาษาไทยและได้ตรวจสอบคุณภาพการแปลโดยใช้เทคนิคการแปลแบบแปลย้อนกลับ (Back-translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและจิตวิทยา อีกทั้ง ผู้วิจัยยังได้เพิ่มข้อคำถามอีกจำนวน 11 ข้อ เพื่อวัดภาวะหมดไฟในการเรียนภายใต้บริบทการศึกษาของประเทศไทยในปัจจุบันนี้ จากนั้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามทั้ง 20 ข้อ ด้วยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทำการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence; IOC) ของข้อคำถามทั้งฉบับ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามทั้งฉบับเท่ากับ .60 จากนั้นจึงนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงและพัฒนาแบบวัด และเตรียมแบบวัดเพื่อใช้ในการนำไปเก็บข้อมูลเพื่อนำมาตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียน

ผู้วิจัยได้นำแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนไปดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตและนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ที่มีอายุระหว่าง 18 - 25 ปี จำนวน 168 คน เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาดำเนินการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมทางสถิติเพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดทั้งความเที่ยง (Reliability) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity)

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดจากการพิจารณาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ด้วยวิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างผ่านการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน อันดับที่ 2 (Second Order Confirmatory Factor Analysis) ด้วยการพิจารณาจากค่าสัดส่วนของสถิติไค-สแควร์ (Chi-square goodness of fit test: χ^2) และระดับแห่งความเป็นอิสระ (Degrees of Freedom: df) ซึ่งค่าสัดส่วนนี้ควรน้อยกว่า 3⁵ ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) ที่ควรมีค่าน้อยกว่า .08²⁵ ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized Root Mean Squared Residual: SRMR) ที่ควรมีค่าน้อยกว่า .08⁶ และดัชนีชี้วัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) ที่ควรมีค่ามากกว่า .90⁵

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ COA No. 080/66 ณ วันที่ 25 เมษายน 2566 อีกทั้ง ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้สามารถเข้าถึงได้เพียงแค่วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพียงเท่านั้น ตลอดจนการสรุปและนำเสนอผลการศึกษานั้นเป็นการสรุปและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น อีกทั้ง ผลสรุปยังไม่มีข้อมูลใดที่จะสามารถใช้ในการระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.07 อายุเฉลี่ย 21.22 ปี ($SD = 1.54$) อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นั้นกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 25.60 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนมากกำลังศึกษาอยู่ ได้แก่ คณะวิทยาศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 14.29 และมหาวิทยาลัยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร้อยละ 55.36 ดังข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=168)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	19.05
หญิง	111	66.07
LGBTQ+	23	13.69
ไม่ต้องการระบุ	2	1.19
อายุ		
18 – 21 ปี	106	63.10
22 – 25 ปี	62	36.90
ชั้นปีที่กำลังศึกษาอยู่		
ชั้นปีที่ 1	33	19.64
ชั้นปีที่ 2	33	19.64
ชั้นปีที่ 3	40	23.81
ชั้นปีที่ 4	43	25.60
ชั้นปีที่ 5	17	10.12
ชั้นปีที่ 6	2	1.19

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=168) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คณะที่กำลังศึกษาอยู่		
คณะวิทยาศาสตร์	24	14.29
คณะจิตวิทยา	23	13.69
คณะเภสัชศาสตร์	17	10.12
คณะแพทยศาสตร์	16	9.52
คณะสหเวชศาสตร์	14	8.33
คณะอักษรศาสตร์	10	5.95
คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี	7	4.17
คณะวิศวกรรมศาสตร์	7	4.17
และอื่น ๆ	50	29.76
มหาวิทยาลัยที่กำลังศึกษาอยู่		
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	93	55.36
มหาวิทยาลัยมหิดล	19	11.31
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	10	5.95
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี	9	5.36
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	8	4.76
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	7	4.17
และอื่น ๆ	22	13.09

ข้อมูลของการพัฒนาแบบวัด

แบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนมีข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 20 ข้อ โดยข้อคำถามในแบบวัดนี้แบ่งออกเป็นองค์ประกอบเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ จำนวน 8 ข้อ 2) การเมินเฉยต่อการเรียน จำนวน 7 ข้อ และ 3) การรับรู้ว่าคุณเองไร้ความสามารถ จำนวน 5 ข้อ

ความเที่ยงจากความสอดคล้องภายใน

ผลการทดสอบความเที่ยงของแบบวัดด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมทางสถิติ พบว่าแบบวัดทั้งฉบับนี้มีค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาอยู่ที่ .93 และเมื่อพิจารณาจากความเชื่อมั่นแยกองค์ประกอบ พบว่า ด้านความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ด้านการเมินเฉยต่อการเรียน และด้านการรับรู้ว่าคุณเองไร้ความสามารถ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86, .88, และ .88 ตามลำดับ

ความตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างผ่านการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลสำหรับแบบวัดภาวะหมดไฟที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความกลมกลืนของโมเดล

ตัวแปรและองค์ประกอบ ที่ต้องพิจารณา	ค่าที่ได้			
	χ^2/df	RMSEA	SRMR	CFI
ภาวะหมดไฟในการเรียน	1.18	.03	.06	.99
ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์	1.48	.05	.03	.99
การเมินเฉยต่อการเรียน	1.14	.03	.02	.99
การรับรู้ว่าคุณเองไร้ความสามารถ	1.96	.07	.02	.99

จากตารางที่ 2 พบว่าโมเดลสำหรับแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนนั้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งสามารถพิจารณาได้จากค่าสัดส่วนของค่าสถิติไค-สแควร์ (χ^2) และระดับแห่งความเป็นอิสระ (Degrees of Freedom: df) ซึ่งค่าสัดส่วนนี้ควรน้อยกว่า 3, ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) ที่ควรมีค่าน้อยกว่า .08, ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SRMR) ที่ควรมีค่าน้อยกว่า .08, และดัชนีชี้วัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) ที่ควรมีค่ามากกว่า .90 ซึ่งทุกค่าที่ต้องใช้ในการพิจารณาเพื่อดูความสอดคล้องของข้อมูลเชิงประจักษ์และโมเดลภาวะหมดไฟในการเรียนนั้นผ่านเกณฑ์การพิจารณาทุกค่า อีกทั้ง องค์ประกอบด้านความเหนื่อยล้าทางอารมณ์มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .37 - .94 ด้านการเมินเฉยต่อการเรียนมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .53 - .88 และด้านการรับรู้ว่าคุณเองไร้ความสามารถมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .69 - .85 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loadings) ของตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบของภาวะหมดไฟในการเรียน

ข้อคำถาม	องค์ประกอบ			ค่าความเที่ยง
	EXH	CYN	INF	
ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (EXH)				.86
EXH 1: ฉันรู้สึกถูกกดดันด้วยปริมาณงานที่อาจารย์มอบหมาย	.48			
EXH 2: ฉันมีปัญหาการนอนอยู่บ่อยครั้ง อันเนื่องมาจากการที่ได้รับมอบหมาย	.41			
EXH 3: แม้ในเวลาที่มีงานว่าง ฉันก็ยังรู้สึกวิตกกังวลถึงงานจากชั้นเรียนอยู่บ่อยครั้ง	.37			
EXH 4	.43			
EXH 5	.83			
EXH 6	.89			
EXH 7	.78			
EXH 8	.94			

ตารางที่ 3 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loadings) ของตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบของภาวะหมดไฟในการเรียน (ต่อ)

ข้อคำถาม	องค์ประกอบ			ค่าความเที่ยง
	EXH	CYN	INF	
การเมินเฉยต่อการเรียน (CYN)				.88
CYN 1: ฉันไม่มีแรงจูงใจในการทำงานที่ได้รับมอบหมาย		.84		
CYN 2: ฉันรู้สึกถอดใจในการทำงานที่ได้รับมอบหมาย		.88		
CYN 3: ฉันรู้สึกท้อแท้กับตนเองหมดความสนใจในงานที่เกี่ยวข้องกับวิชาเรียน		.85		
CYN 4		.66		
CYN 5		.67		
CYN 6		.59		
CYN 7		.53		
การรับรู้ว่าคุณเองไร้ความสามารถ (INF)				.88
INF 1: ฉันรู้สึกว่าฉันทำงานจากชั้นเรียนได้ไม่ดีพอ			.71	
INF 2: ฉันเคยคาดหวังกับตนเองต้องงานในชั้นเรียนสูงกว่าตอนนี้			.69	
INF 3			.73	
INF 4			.71	
INF 5			.85	

อภิปรายผลการวิจัย

ภาวะหมดไฟในการเรียนเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความเครียดที่สืบเนื่องจากการเรียนอันถูกสะสมไว้เป็นเวลานาน อีกทั้ง เมื่อผู้เรียนเผชิญกับภาวะหมดไฟในการเรียนแล้ว ภาวะหมดไฟดังกล่าวย่อมมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์ทางลบต่อตัวผู้เรียนเองตามมาในหลาย ๆ ด้าน ดังนั้น เราจึงควรให้ความสำคัญและใส่ใจกับการประเมินและการคัดกรองผู้เรียนที่เผชิญกับภาวะหมดไฟในการเรียน หรือมีความเสี่ยงที่จะเผชิญกับภาวะหมดไฟในการเรียน เพื่อที่ส่วนงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจะได้หาแนวทางในการป้องกันภาวะหมดไฟในการเรียน ตลอดจนช่วยเหลือผู้เรียนที่เผชิญกับภาวะหมดไฟในการเรียน จากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากการพัฒนาแบบวัดนั้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ข้อมูลเชิงประจักษ์นั้นสอดคล้องกับโมเดลภาวะหมดไฟในการเรียนที่ประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ การเมินเฉยต่อการเรียน และการรับรู้ว่าคุณเองไร้ความสามารถ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนของ Bresó และคณะ³ ที่พัฒนาและพบว่าแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนที่ประกอบไปด้วยองค์ประกอบย่อย 3 ด้าน ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ การเมินเฉยต่อการเรียน และการรับรู้ว่าคุณเองไร้ความสามารถในการเรียน อีกทั้ง ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Boada-Grau และคณะ² ที่ได้นำแบบวัด School Burnout Inventory ของ Salmela-Aro และคณะ¹⁸ ไปศึกษาต่อด้วยด้วยการแปลเป็นภาษาสเปนและลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เรียนในระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งพบผลว่าสามารถใช้ประเมินภาวะหมดไฟในการเรียนในผู้เรียนระดับอุดมศึกษาได้เช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ แบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีจุดเด่น คือ ข้อคำถามที่ได้ทำการพัฒนาเพิ่มเติมขึ้นตรงกับนิยามของภาวะหมดไฟในการเรียนที่ได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างชัดเจน ตลอดจนข้อคำถามที่ได้พัฒนามีความชัดเจนและปราศจากความคลุมเครือในข้อความและประโยคที่ใช้ ซึ่งมีส่วนช่วยให้มั่นใจได้ว่าสามารถนำไปใช้ในการประเมินภาวะหมดไฟในการเรียนได้จริง แต่ทว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาเพื่อพัฒนาแบบวัดในครั้งนี้

เป็นผู้เรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเป็นส่วนใหญ่ มีกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยเท่านั้นที่ศึกษาอยู่ในภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดของ Salmela-Aro และคณะ¹⁸ มาเป็นต้นแบบในการพัฒนาเนื่องจาก ในแบบวัดดังกล่าวประกอบไปด้วยองค์ประกอบย่อย 3 ด้าน ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ การเมินเฉยต่อการเรียน และการรับรู้ว่าคุณเองไร้ความสามารถในการเรียน ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Bresó และคณะ³ ที่พบว่าองค์ประกอบสำหรับการใช้ในการประเมินภาวะหมดไฟนั้นควรเป็นข้อคำถามที่สื่อถึงองค์ประกอบ ‘การรับรู้ว่าคุณเองไร้ความสามารถทางการเรียน’ มากกว่าที่จะเป็นข้อคำถามที่สื่อถึงการรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถทางการเรียนและใช้การกลับคะแนนคำตอบในข้อคำถามนั้น ๆ

สรุปผลการวิจัย

แบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียน ฉบับภาษาไทยที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาขึ้นนั้น สามารถนำไปใช้เพื่อประเมินและคัดกรองภาวะหมดไฟในการเรียนสำหรับนิสิตและนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปริญญาตรีได้ เนื่องจาก ผลการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าค่าสถิติต่าง ๆ ของแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียน ฉบับภาษาไทยนี้ผ่านเกณฑ์ที่ควรพิจารณาทั้งสิ้น ดังนั้น แบบวัดฉบับนี้จึงประกอบไปทั้งความตรงและความเที่ยงจึงทำให้สามารถนำไปใช้ในการประเมินภาวะหมดไฟในการเรียนได้

ข้อเสนอแนะ

ในอนาคตหากมีการปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนเพิ่มเติม อาจมีการพิจารณาปรับลดจำนวนข้อคำถามให้น้อยลงเพื่อความกระชับของแบบสอบถาม แต่ข้อที่ควรระวังคือ หากดำเนินการลดจำนวนข้อคำถามแล้วข้อคำถามที่มีควรที่จะครอบคลุมนิยามของภาวะหมดไฟในการเรียนทั้งหมด ตลอดจนข้อคำถามควรวัดภาวะหมดไฟในองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ การเมินเฉยต่อการเรียน และการรับรู้ว่าคุณเองไร้ความสามารถ อีกทั้ง ในการวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัด คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนิสิตและนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่ศึกษาอยู่ในพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทย ดังนั้น หากในอนาคตมีการวิจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของแบบวัดสำหรับการสรุปอ้างอิง (Generalization) ผลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง อาจมีการพิจารณากระจายการเก็บข้อมูลให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและสัดส่วนที่พอ ๆ กันจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีจากหลากหลายพื้นที่ในมหาวิทยาลัยทั่วประเทศมากขึ้น

นอกจากนี้ ผลการวิจัยของการพัฒนาแบบวัดภาวะหมดไฟในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ต่อยอดในอนาคตได้ โดยแบบวัดภาวะหมดไฟที่ผู้วิจัยได้พัฒนา สามารถนำไปใช้ประเมินภาวะหมดไฟในการเรียนของผู้เรียนที่อยู่ในระดับปริญญาตรีได้จริง เนื่องจากทั้งข้อคำถามที่มีอยู่เดิมและข้อคำถามที่ผ่านการพัฒนาเพิ่มเติมมีความตรงต่อนิยามของแต่ละองค์ประกอบในภาวะหมดไฟ จึงทำให้สามารถมั่นใจได้ว่าแบบวัดนี้สามารถประเมินภาวะหมดไฟในการเรียนได้ อีกทั้ง ข้อคำถามแต่ละข้อยังมีความชัดเจนในตัวปราศจากความคลุมเครือที่อาจส่งผลให้ผู้ตอบแบบวัดอาจเกิดความสับสนได้ ในอนาคตอาจมีการต่อยอดจากประโยชน์ของการศึกษาในครั้งนี้เพิ่มเติม โดยอาจขยายกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา กล่าวคือ อาจขยายไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาซึ่งเป็นผู้เรียนอีกกลุ่มหนึ่งที่สำคัญมาก ซึ่งการวิจัยในอนาคตอาจจะนำข้อคำถามจากแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนของผู้เรียนระดับชั้นปริญญาตรีที่ผู้วิจัยพัฒนาในงานครั้งนี้ ไปพัฒนาและปรับเปลี่ยนคำให้เหมาะสมกับบริบทและความเข้าใจของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษามากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง อิทธิพลของภาวะหมดไฟในการเรียนที่มีต่อความผูกพันในการเรียน โดยมีความสามารถในการฟื้นคืนพลังและการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรกำกับ โดยได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาจาก คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรุงเทพมหานคร. 'เรียนออนไลน์' กับ 7 ปัญหาสุขภาพที่เด็กไทยต้องเจอแก็ยังงี้ดี 2021, August 27 [Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/news/957001>
2. Boada-Grau J, Merino-Tejedor, E., Sánchez-García, J. C., Prizmic-Kuzmica, A. J., & Vigil-Colet, A. Adaptation and psychometric properties of the SBI-U scale for Academic Burnout in university students. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 2015;31(1):290-7.
3. Bresó E, Salanova, M., & Schaufeli, W. B. In search of the "third dimension" of burnout: Efficacy or inefficacy? *Applied Psychology*. 2007;56(3):460-78.
4. Chula Student Wellness. เพราะเรื่องสุขภาพใจเป็นเรื่องใกล้ตัวของเราทุกคน. 2022.
5. Hair JF, Black, W.C., Babin, B.J. & Anderson, R.E. *Multivariate Data Analysis*. 7th ed: Pearson: New York; 2010.
6. Hu LT, & Bentler, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 1999;6(1):1-55.
7. Kim B, Lee, M., Kim, K., Choi, H., & Lee, S. M. Longitudinal analysis of academic burnout in Korean middle school students. *Stress and Health*. 2015;31(4):281-9.
8. Kiuru N, Aunola, K., Nurmi, J. E., Leskinen, E., & Salmela-Aro, K. Peer group influence and selection in adolescents' school burnout: A longitudinal study. *Merrill-Palmer Quarterly*. 2008;54(1): 23-55.
9. Kyeong LW. Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*. 2013;54(8):899-902.
10. Lee M, Lee, K. J., Lee, S. M., & Cho, S. . From emotional exhaustion to cynicism in academic burnout among Korean high school students: Focusing on the mediation effects of hatred of academic work. *Stress and Health*. 2020;36(3):376-83.
11. Lee MY, & Lee, S. M. . The effects of psychological maladjustments on predicting developmental trajectories of academic burnout. *School Psychology International*. 2018;39(3):217-33.
12. Lin SH, & Huang, Y. C. . Life stress and academic burnout. *Active Learning in Higher Education*. 2014;15(1):77-90.
13. Madigan DJ, & Curran, T. Does burnout affect academic achievement? A meta-analysis of over 100,000 students. *Educational Psychology Review*. 2021;33(2):387-405.
14. Mokgele KR, & Rothmann, S. A structural model of student well-being. *South African Journal of Psychology*. 2014;44(4):514-27.
15. Mostert K, & Pienaar, J. The moderating effect of social support on the relationship between burnout, intention to drop out, and satisfaction with studies of first-year university students. *Journal of Psychology in Africa*. 2020;30(3):197-202.
16. Pulido-Martos M, Augusto-Landa, J. M., & Lopez-Zafra, E. Sources of stress in nursing students: a systematic review of quantitative studies. *International Nursing Review*. 2012;59(1):15-25.

17. Salmela-Aro K, Kiuru, N., Pietikäinen, M., & Jokela, J. Does school matter? The role of school context in adolescents' school-related burnout. *European Psychologist*. 2008;13(1):12-23.
18. Salmela-Aro K, Kiuru, N., Leskinen, E., & Nurmi, J. E. School burnout inventory (SBI) reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment*. 2009;25(1):48-57.
19. Schaufeli WB, Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*. 2002;3(1):71-92.
20. Shin H, Lee, J., Kim, B., & Lee, S. M. Students' perceptions of parental bonding styles and their academic burnout. *Asia Pacific Education Review*. 2012;13(3):509-17.
21. TAŞÖREN AB, & BURHAN, S. The role of emotional distress in the relationship between COVID-19 burnout and academic burnout in university students. *OPUS Journal of Society Research*. 2022;19(46):340-53.
22. Wu H, Li, S., Zheng, J., & Guo, J. Medical students' motivation and academic performance: the mediating roles of self-efficacy and learning engagement. *Medical Education Online*. 2020;25(1):1742964.
23. Xie YJ, Cao, D. P., Sun, T., & Yang, L. B. The effects of academic adaptability on academic burnout, immersion in learning, and academic performance among Chinese medical students: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*. 2019;19(1):1-8.
24. Yang HJ. Factors affecting student burnout and academic achievement in multiple enrollment programs in Taiwan's technical-vocational colleges. *International Journal of Educational Development*. 2004;24(3):283-301.
25. ฌมยัณตี ประยูรพันธ์. การทดสอบโมเดลสมการโครงสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร และพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพนักงานองค์กรวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมในจังหวัดชายแดนใต้. *วารสาร มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*. 2561;5(2):55-73.

ผลของโปรแกรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยอินซูลิน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น

เพ็ญภา ศรวิเศษ¹ รุจิรา ดวงสงค์^{2*}

¹นักศึกษาหลักสูตร ส.ม. สาขาพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

^{2*} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเกินกว่าปกติ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ติดต่อกันเป็นเวลานาน น้ำตาลที่สูงจะนำไปสู่ความเสียหายร้ายแรงต่อร่างกายและชีวิตได้ การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยอินซูลิน ที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลขอนแก่น ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2565 จำนวน 66 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 33 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยประยุกต์จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม มีกิจกรรมการบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติการใช้สื่อออนไลน์ เป็นต้น ดำเนินการวิจัย 10 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึก แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามากที่สุด น้อยสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้วยสถิติ Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\text{Mean}_{\text{diff.}} = 77.93, 95\% \text{CI } 62.24 - 93.63$) และก่อนการทดลอง ($\text{Mean}_{\text{diff.}} = 67.63, 95\% \text{CI } 59.46 - 75.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน/ ความรู้ด้านสุขภาพ/ การสนับสนุนทางสังคม

Effects of blood sugar control program the application of health literacy and social support among diabetic type 2 patients treated with insulin Diabetes Clinic, Khon Kaen Hospital

Phennapa Sornriset¹ Rujira Duangsong^{2*}

¹Student of master's degree of Public Health in Health Education and Health Promotion program Faculty of Public Health, Khon Kaen University

^{2*}Asist. Prof., Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Abstract

Diabetes is a chronic disease that causes elevated blood sugar levels. If patients have uncontrolled diabetes for an extended period of time, the body will become dangerous, if not fatal. This research study is quasi-experimental, and its aim is to study the effects of a blood sugar control program by applying health literacy and social support among patients with type 2 diabetes treated with insulin. The samples in the experimental group were 33 patients in Khon Kaen Hospital, and the comparison group was 33 type 2 diabetes patients treated with insulin in a diabetes clinic in Udon Thani Hospital, totaling 66 patients. The experimental group received the glycemic control activities program by applying concepts of health literacy and social support, e.g., lectures, online communication practice demonstrations, etc. The research period was 10 weeks. General data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, maximum, minimum, and section. standard deviation Comparative statistical analysis of the independent t-test and the paired t-test

The results showed that after the experiment, the experimental group had a mean score. Health knowledge and glycemic control behavior were statistically significantly higher than in the comparison and pre-trial groups ($p < 0.001$), and blood glucose levels were lower than in the comparison ($\text{Mean}_{\text{diff}} = 77.93$, $95\% \text{CI } 62.24-93.63$, $p < 0.001$) and pre-trial ($\text{Mean}_{\text{diff}} = 67.63$, $95\% \text{CI } 59.46-75.80$, $p < 0.001$) groups.

Keywords: Diabetes/ Health Literacy/ Social support

*Corresponding author: Rujira Duangsong, email: drujir@kku.ac.th, Tel: 09 3592 3048

Received: February 10, 2023/ Revised: April 5, 2023/ Accepted: April 10, 2023

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยกว่าปกติหรือเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่เต็มที่ ทำให้มีภาวะน้ำตาลในเลือด สูงกว่าปกติขึ้น การไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ระดับน้ำตาลที่สูงจะส่งผลกระทบต่อหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น การตาบอด ไตวาย หัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง และการตัดแขนขาส่วนล่าง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 2.3 เท่า ซึ่งการไหลเวียนของเลือดที่ลดลงทำให้เส้นประสาทส่วนปลายอักเสบเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า มีการติดเชื้อนำไปสู่การตัดแขนขาในที่สุด ภาวะเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของการตาบอดทั่วโลกร้อยละ 2.6 อย่างไรก็ตาม การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด รับประทานยาหรือฉีดอินซูลินตามแพทย์สั่ง ลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไขมันในเลือดสูง การควบคุมความดันโลหิตสูง (ไม่รับประทานอาหารรสเค็มจัด)^{1,2}

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นระหว่างปี 2560-2563 พบอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 5.08, 7.27, 7.48 และ 37.68 ตามลำดับ อัตราตายโรคเบาหวานต่อแสนประชากรระหว่างปี 2560-2563 เท่ากับ 4.57, 4.38, 4.51 และ 4.31 ตามลำดับ จังหวัดขอนแก่น มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 44.39, 43.05, 44.41 และ 6.68 ตามลำดับ อัตราตายโรคเบาหวานต่อแสนประชากรระหว่างปี 2560-2563 เท่ากับ 5.08 (3,535 คน), 7.27 (3030 คน), 7.48 (3,534 คน) และ 6.88 (3,757 คน) ตามลำดับ โรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ. 2560 -2564 อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้น้อยกว่า 7 mmol/L คิดเป็น ร้อยละ 14.75, 16.32, 17.80, 20.30 และ 24.36 ซึ่งยังน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดคือ ร้อยละ 40⁴ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้นพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.37 (1,216 ราย) โรคไตเรื้อรัง (CKD stage 2-5) ร้อยละ 24.25 (971 ราย) เบาหวานขึ้นตา/จอตาเสื่อม ร้อยละ 19.78 (792 ราย) ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 11.39 (456 ราย) โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.67 (147 ราย) โรคหัวใจ ร้อยละ 2.97 (119 ราย) ตามลำดับ^{4,5} ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสรวงคอม จังหวัดอุดรธานีพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ สูบบุหรี่ ร้อยละ 35 ดื่มกาแฟ ร้อยละ 50.00 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 41.67 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 85.00 รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ร้อยละ 85.00 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงทำให้ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ดังนั้นในการควบคุมเบาหวานจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน

จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ⁶ ความรู้ด้านสุขภาพคือระดับที่บุคคลสามารถค้นหา ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการเพื่อแจ้งการตัดสินใจและการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสำหรับตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพจะเชื่อมโยงการนำมาซึ่งความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ทำความเข้าใจกับข้อมูล และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อประกอบการ ตัดสินใจ นำมาใช้ในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อรักษาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตตลอดช่วงชีวิต สำหรับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับของผู้ป่วยเบาหวาน จากการศึกษาของ สุธาสนี พิชัยกาล⁷ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้มีความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ระดับน้อย ร้อยละ 79.60 การรู้เท่าทันสื่อที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคเบาหวานระดับน้อย ร้อยละ 87.70 ทักษะการตัดสินใจในการควบคุมโรคเบาหวานระดับน้อย ร้อยละ 93.90 การจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานระดับน้อย ร้อยละ 90.60 จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดมีความรู้ด้านสุขภาพน้อย และมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมเบาหวานไม่ดี แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานมีควบคุมน้ำตาลไม่ได้มีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการเบาหวานน้อย อย่างไรก็ตามจากการวิจัยของ กฤตภณ เทพอินทร์⁸ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่าหลังการเข้าร่วม

โปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง มีค่ามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความดันเลือดมีค่าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาจัดกิจกรรมในโปรแกรม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลให้ลดลงต่อไป

นอกจากนี้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม House⁹ เป็นการช่วยเหลือทางจิตวิทยาแก่ผู้ที่อยู่ในภาวะที่มีปัญหา โดยผู้รับการสนับสนุนมีความเชื่อว่ามีคนสนใจเอาใจใส่ และมีความรักความหวังดีในตนอย่างจริงใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม สามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้ลักษณะการสนับสนุน ได้แก่ 1) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ข้อมูลต่างๆ (Informational support) 2) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) 3) การสนับสนุนการประเมินตนเอง (Appraisal support) และ 4) การสนับสนุนทางวัสดุสิ่งของ (Material support) จากการวิจัยของ ประทุม สุภชัยพานิชพงศ์¹⁰ ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรค ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลแพงพวย อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.008 ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ต่อไป

คำถามวิจัย

โปรแกรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยอินซูลิน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

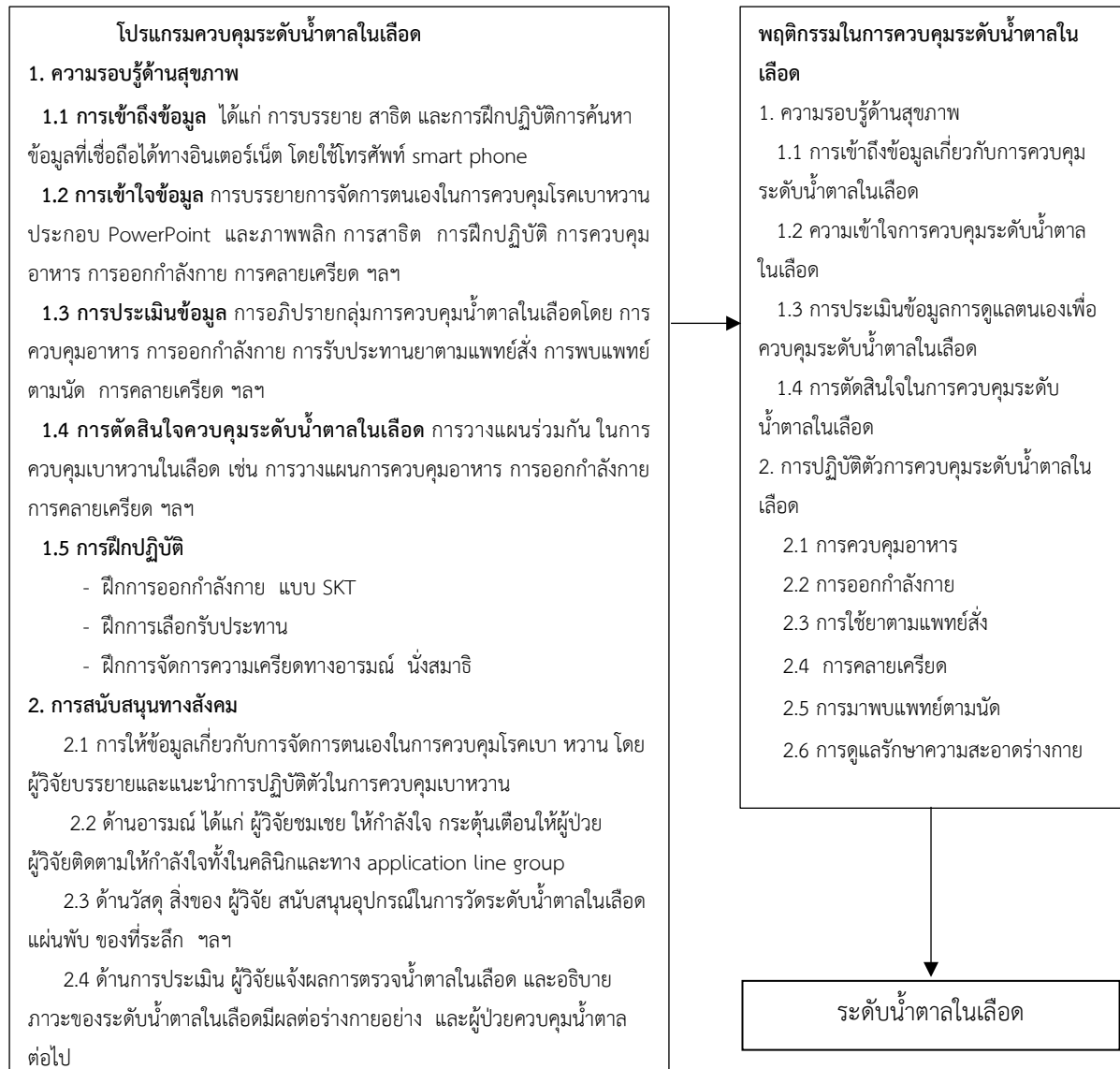
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยอินซูลิน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่องต่อไปนี้

- 1.1 การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
 - 1.2 ความเข้าใจการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
 - 1.3 การประเมินข้อมูลการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
 - 1.4 ตัดสินใจควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
 - 1.5 การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยอินซูลิน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วัดก่อนหลังการทดลอง (Two Group Pretest – Posttest Design) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาด้วยอินซูลิน โรงพยาบาลขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยอินซูลิน ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่น 33 คน กลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุดรธานี 33 คน รวมเป็น 66 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion Criteria) คือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน และได้รับการรักษาโดยใช้อินซูลินในคลินิกเบาหวาน

2. ระดับน้ำตาลในเลือด Fasting blood sugar (FBS) ระหว่าง 150 - 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

3. มีโทรศัพท์ Smart Phone และสามารถใช้ได้

4. อายุ 35 - 59 ปี (เนื่องจากว่าเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุด)

5. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

$$\text{สูตรที่ใช้คำนวณตัวอย่าง} \quad n = \frac{\left(z_1 - \frac{\alpha}{2} + z_1 - \beta\right)^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r}\right]}{\Delta^2}$$

$$\text{แทนค่าในสูตร} \quad n = \frac{(1.96 - 0.84)^2 [4.37^2 + 6.26^2]}{4.27^2}$$

$$\text{สูตรที่ใช้คำนวณ} \quad n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

โดยที่กำหนดให้

n_{adj} หมายถึง ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n หมายถึง ขนาดตัวอย่างที่กำหนด

R หมายถึง สัดส่วนการสูญหายจากการติดตาม กำหนดไว้ที่ร้อยละ 10

$$\text{แทนค่าในสูตร} \quad n_{adj} = \frac{25.05}{(1-0.10)^2} = 32.09 = 33 \text{ คน}$$

กิจกรรมตามโปรแกรม

1. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

1.1 การเข้าถึงข้อมูล ได้แก่ การบรรยาย และการฝึกปฏิบัติการค้นหาข้อมูลที่เชื่อถือได้ทางอินเทอร์เน็ต โดยใช้โทรศัพท์ smart phone สัปดาห์ที่ 1

1.2 การเข้าใจข้อมูล การบรรยายการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน ประกอบสื่อ สัปดาห์ที่ 2

1.3 การประเมินข้อมูล การอภิปรายกลุ่ม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การพบแพทย์ตามนัด การคลายเครียด ฯลฯ สัปดาห์ที่ 3

1.4 การตัดสินใจควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การวางแผนร่วมกัน ในการควบคุมเบาหวานในเลือด เช่น การวางแผนการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียด ฯลฯ สัปดาห์ที่ 4

1.5 การฝึกปฏิบัติ ฝึกการออกกำลังกาย แบบ SKT ฝึกการเลือกรับประทาน ฝึกการจัดการความเครียดทางอารมณ์โดยนั่งสมาธิ สัปดาห์ที่ 5

2. การสนับสนุนทางสังคม

2.1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยบรรยายและแนะนำการปฏิบัติตัวในการควบคุมเบาหวาน สัปดาห์ที่ 3

2.2. ด้านอารมณ์ ได้แก่ ผู้วิจัยชมเชย ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วย ผู้วิจัยติดตามให้กำลังใจทั้งในคลินิกและทาง application line group สัปดาห์ที่ 5-7

2.3. ด้านวัสดุ สิ่งของ ผู้วิจัย สนับสนุนอุปกรณ์ในการวัดระดับน้ำตาลในเลือด แผ่นพับ ของที่ระลึก ฯลฯ สัปดาห์ที่ 1 และ 7

2.4. ด้านการประเมิน ผู้วิจัยแจ้งผลการตรวจน้ำตาลในเลือด และอธิบายภาวะของระดับน้ำตาลในเลือดมีผลต่อ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยประยุกต์จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึก แบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนที่ 3 ด้านความเข้าใจการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนที่ 4 ด้านการประเมินข้อมูลการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนที่ 5 ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนที่ 6 ด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ ส่วนที่ 7 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลด้วยสถิติ Paired-t test และ Independent-t test กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 และช่วงความเชื่อมั่น 95%CI

การพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามเงื่อนไขของมหาวิทยาลัยขอนแก่นอย่างเคร่งครัด โดยพิจารณาในประเด็นต่างๆ ประกอบด้วย หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย และ หลักความยุติธรรม ทั้งนี้งานวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE65219

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เพศ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.10 และ ร้อยละ 69.70 ตามลำดับ

อายุ พบว่า กลุ่มทดลอง มากที่สุดอายุ ระหว่าง 35 - 40 ปี ร้อยละ 39.39 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มากที่สุดอายุ ระหว่าง 35 - 40 ปี ร้อยละ 39.39 **สถานภาพสมรส** พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 75.76 ส่วน กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 60.61 **ระดับการศึกษา** พบว่า กลุ่มทดลอง มากที่สุดมีการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 30.30 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มากที่สุดมีการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 30.30 **อาชีพ** พบว่า กลุ่มทดลองมากที่สุดรับจ้าง ร้อยละ 39.39 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมากที่สุด

อาชีพรับจ้างร้อยละ 39.39 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมากที่สุดระยะเวลาป่วย 1-5 ปี และ 6-10 ปี ร้อยละ 30.30 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ระยะเวลาป่วย 1 - 5 ปี ร้อยละ 45.45 ดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	13	39.39	10	30.30
หญิง	20	60.61	23	69.70
อายุ (ปี)				
35-40	13	39.39	13	39.39
41-46	7	21.21	9	27.27
47-52	10	30.30	6	18.18
53-58	3	9.09	5	15.15
สถานะภาพสมรส				
โสด	6	18.8	10	30.3
คู่	25	75.76	20	60.61
หม้าย/หย่า/แยก	2	6.06	3	9.09
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	12.12	8	24.24
เกษตรกรกรรม	4	12.12	2	6.06
ข้าราชการ	0	0	2	6.06
รับจ้าง	13	39.39	11	18.18
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	10	30.30	7	21.21
อื่นๆ	2	6.06	3	9.09
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน				
1-5 ปี	10	30.30	15	45.45
6-10 ปี	10	30.30	11	33.33
11-15 ปี	7	21.21	4	24.24
16 ปีขึ้นไป	6	18.18	3	9.09

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง

2.1 ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายด้าน ดังนี้

2.1.1 ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่าก่อนทดลอง ($p - value < 0.001$; 95 % CI: 8.66 to 12.06) และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = 0.001$; 95 % CI: 9.42 to 12.69) เกิดจากกิจกรรม การบรรยาย สาธิต และการฝึกปฏิบัติการค้นหาข้อมูล

เชื่อถือได้ทางอินเทอร์เน็ต โดยใช้โทรศัพท์ smart phone ได้อธิบายการถึงการเข้าถึงข้อมูลไว้ว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นไปตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen et al.⁶ อธิบายไว้ว่า การเข้าถึงข้อมูลการเข้าถึงหมายถึงความสามารถในการค้นหา ค้นหา และรับข้อมูลด้านสุขภาพ และแนวคิดของ The UK Faculty of Public Health. Health Information⁷ ได้อธิบายการถึงการเข้าถึงข้อมูลไว้ว่า การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลสอดคล้องกับการเจ็บป่วยของตน จะช่วยให้พวกเขารับรู้และยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสุขภาพของตน และส่งผลให้พวกเขามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการวิจัยของ ชลธิชา อมาตยคงและคณะ¹² ได้วิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเข้าถึงข้อมูลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังในตารางที่ 2, 3

2.1.2 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าก่อนทดลอง ($p - \text{value} < 0.001$; 95 % CI : 11.34 to 13.92) และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} = .001$; 95 % CI: 9.42 to 12.68) เกิดจากกิจกรรม การบรรยายการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน ประกอบ PowerPoint และภาพพลิก การสาธิต การฝึกปฏิบัติ ฯลฯ เป็นไปตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen et al. [6] อธิบายความเข้าใจหมายถึงความสามารถในการเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่เข้าถึง นั่นก็คือเข้าใจการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการวิจัยของ ชลธิชา อมาตยคง และคณะ¹⁴ ได้วิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .008$) ดังในตารางที่ 2, 3

2.1.3 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินข้อมูลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า ก่อนทดลอง ($p - \text{value} < 0.001$; 95 % CI : 13.64 to 17.14) และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} = 0.001$; 95 % CI : 11.70 to 15.44) เกิดจากกิจกรรม การอภิปรายกลุ่มการควบคุมน้ำตาลในเลือดโดย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การพบแพทย์ตามนัด การคลายเครียด ฯลฯ ต้องทำตามคำแนะนำของแพทย์ จึงจะควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ เป็นไปตามแนวคิดการประเมินข้อมูลของ Sorensen et al.⁶ อธิบายการประเมินข้อมูลว่าความสามารถในการตีความ การกรองข้อมูลและตัดสินใจด้านสุขภาพที่เข้าถึงได้ สอดคล้องกับการวิจัยของ ชลธิชา อมาตยคง และคณะ¹² ได้วิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .043$) ดังในตารางที่ 2, 3

2.1.4 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าก่อนทดลอง ($p - \text{value} < 0.001$; 95 % CI: 12.17 to 15.21) และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสถิติ ($p - \text{value} = 0.001$; 95 % CI : 10.13 to 13.68) เกิดจากกลุ่มทดลองร่วมการวางแผนร่วมกัน ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากได้ประเมินข้อมูลในข้อ 2.1.3 เช่น การวางแผนการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียด ฯลฯ เป็นไปตามแนวคิดการตัดสินใจของ Sorensen et al.⁶ อธิบายการตัดสินใจหมายถึงความสามารถในการสื่อสารและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพ ดังในตารางที่ 2, 3

2.1.5 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าก่อนทดลอง ($p - \text{value} < 0.001$; 95 % CI: 7.79 to 11.04) และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$; 95 % CI: 9.33 to 12.66) เกิดจากกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างได้รับฝึกการออกกำลังกาย (แบบ SKT) การเลือกรับประทาน การจัดการความเครียดทางอารมณ์ / นั้งสมาธิ นอกจากนี้กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ การเข้าถึงข้อมูล

การเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล และการตัดสินใจนำไปปฏิบัติ รวมทั้งมีการฝึกปฏิบัติ ส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังในตารางที่ 2, 3

2.2 ระดับน้ำตาลในเลือด

หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนทดลอง (p – value < 0.001 ; 95 % CI : 59.47 to 75.80) และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value < 0.001 ; 95 % CI : 9.33 to 12.66) เกิดจากกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แก่ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด รับประทานยาหรือฉีดอินซูลินตามแพทย์สั่ง ลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ การควบคุมภาวะไขมันในเลือด การควบคุมความดันโลหิตสูง (ไม่รับประทานอาหารรสเค็มจัด) สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO)^{1,2} ดังในตารางที่ 2, 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n=66)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean	t	95%CI	p-value
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.	diff			
การเข้าถึงข้อมูลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด								
ก่อนทดลอง	25.55	3.95	24.60	3.20	0.93	1.06	-0.80 to 2.70	0.293
หลังทดลอง	27.45	4.13	24.97	2.69	2.48	2.89	0.76 to 4.20	0.003
ความเข้าใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด								
ก่อนทดลอง	31.27	4.95	31.45	5.62	0.18	- 0.19	-2.78 to 0.42	0.445
หลังทดลอง	34.93	5.01	31.75	4.97	3.18	2.58	0.72 to 5.63	0.006
การประเมินข้อมูลการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด								
ก่อนทดลอง	36.54	5.47	38.58	6.49	2.21	-1.55	-0.65 to 6.57	0.006
หลังทดลอง	43.12	6.49	39.60	6.07	3.51	2.45	0.63 to 5.05	0.008
การตัดสินใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด								
ก่อนทดลอง	32.91	5.71	34.91	4.21	2.00	-1.62	0.47 to 4.47	0.055
หลังทดลอง	38.81	4.81	36.03	5.54	2.78	2.18	0.23 to 5.34	0.016
การปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด								
ก่อนทดลอง	30.00	4.43	29.3	4.14	0.96	0.91	-1.14 to 3.08	0.362
หลังทดลอง	39.42	3.31	28.42	3.46	11.00	13.17	9.33 to 12.66	<.0.001
ระดับน้ำตาลในเลือด								
ก่อนทดลอง	191.87	11.21	205.00	40.52	13.12	1.79	1.05 to 27.74	0.077
หลังทดลอง	124.24	17.06	202.18	41.79	77.93	9.91	62.24 to 93.63	0.001

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n=66)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean	t	95%CI	p-value
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.	diff			
การเข้าถึงข้อมูลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด								
กลุ่มทดลอง	25.55	3.95	27.45	4.13	1.91	3.21	0.69 to 3.12	0.003
กลุ่มเปรียบเทียบ	24.60	3.20	24.97	2.69	0.37	1.03	-0.35 to 1.08	1.030
ความเข้าใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด								
กลุ่มทดลอง	21.33	3.54	33.96	2.96	12.63	12.63	11.34 to 13.92	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	22.09	3.34	21.66	3.81	0.42	1.00	-0.43 to 1.28	0.322
การประเมินข้อมูลการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด								
กลุ่มทดลอง	28.33	3.08	43.72	4.28	15.39	17.91	13.64 to 17.14	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	29.12	2.81	29.30	2.81	0.18	1.64	-0.04 to 0.40	0.109
การตัดสินใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด								
กลุ่มทดลอง	25.54	3.59	39.24	3.75	13.69	18.37	12.17 to 15.21	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	25.87	3.18	26.00	3.30	0.12	1.43	-0.29 to 1.05	0.160
การปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 0.160								
กลุ่มทดลอง	30.00	4.43	39.42	3.31	9.42	11.81	7.79 to 11.04	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	28.42	3.46	29.03	4.14	0.60	1.57	0.17 to -1.38	0.124
ระดับน้ำตาลในเลือด								
กลุ่มทดลอง	191.24	11.12	124.25	17.06	66.99	1.79	62.64 to 93.63	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	205.00	40.52	202.18	41.79	2.82	9.91	1.05 to 27.74	0.077

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้สื่อสารออนไลน์ทำให้มีการสื่อสารอย่างกว้างขวาง ระหว่างผู้กับผู้ให้บริการ ผู้ป่วยกับผู้ป่วย และมีการแสดงความคิดเห็นมากขึ้น
2. การใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ญาติผู้ป่วยดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO], Statistics diabetes. Retrieved on December,10, 2021, from http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en/.
2. Saurabh Rambiharilal Shrivastava, Prateek Saurabh Shrivastava, Jegadeesh Ramasamy. Role of self-care in management of diabetes mellitus. J Diabetes Metab Disord. 2013 Mar 5;12(1):14.
3. คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC). โรคเบาหวาน. ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2563.จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
4. โรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานประจำปี 2563 ค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2563. <https://online.pubhtml5.com/n nec/jtlw/#p=125>.

5. ฤทธิรงค์ บุรพันธ์ และนิรมล เมืองโสม.ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 เดือน กรกฎาคม-กันยายน, 2556: 102-108.
6. Kristine Sørensen, Stephan Van den Broucke, James Fullam, Gerardine Doyle, Jürgen Pelikan, Zofia Slonska, Helmut Brand & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 12, Article number: 80 (2012).
7. Faculty of Public Health. Health Information. [online] [n.d.] [cited 2022 Aug 20]. Available from : <https://www.healthknowledge.org/>.
8. สุธาสินีพิชัยกาล, รุจิราดวงรงค์.ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโนนสะอาด.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 12ฉบับที่ 3เดือน กรกฎาคม-กันยายน 2562: 109-118.
9. กฤตภณ เทพอินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์, นภาพิณ จันทขัมมา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี. ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (2562) : 197-212.
10. James S House. Work Stress and Social Support. Addison-Wesley Pub. Co. 1981: 141-148.
11. ประทุม สุขชัยพานิชพงศ์ ลัดดา อัสโสภณ และพิศาล ชุ่มชื่น. ประสิทธิภาพของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการควบคุมโรค ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลแพ่งพวย อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) พ.ศ. 2559:36-46.
12. เชษฐา งามจรัส. การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย, 2564.
- 13.รชนีกร ถนอมชีพ, รุจิรา ดวงรงค์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2559; 31(5) : 296 – 304.
14. ชลธิชา อมาตยคง, โรชินี อุปรา และ เอกชัย กันธะวงศ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 (2021): ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2564: 232-245.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพร่วมกับนวัตกรรมแคปซูลเวลา ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

ปวีณสุดา คำแจ้ง¹ นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ^{2*}

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพร่วมกับนวัตกรรมแคปซูลเวลา ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่ม จำนวน 70 คน กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมบรรยายประกอบสื่อ เรื่องการรับประทานอาหาร การใช้นวัตกรรมแคปซูลเวลาในการรับประทานยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดร่างกาย และการพบแพทย์ตามนัด การแลกเปลี่ยนความรู้ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรักษาตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t – test และ Independent t – test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง มากกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD 28.80, 95%CI = 21.56 ถึง 36.04; $p < 0.001$) และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD 31.69, 95%CI = 26.46 ถึง 36.91; $p < 0.001$) ดังนั้น โปรแกรมนี้สามารถใช้แนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2/ นวัตกรรมแคปซูลเวลา

*ผู้รับผิดชอบบทความ: นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ, อีเมล: natnpa@kku.ac.th, โทร: 08 4364 1458

Received: 22 พฤษภาคม 2566/ Revised: 19 มิถุนายน 2566/ Accepted: 21 มิถุนายน 2566

Effect of Health Promotion Program of Conjunction and Time Capsule Innovation for Uncontrolled Diabetic Type 2 Patients in Wangyai Sub-District Health Promotion Hospital, Phetchabun Province

Paweesuda Khamjaeng¹ Natnapa Heebkaew Padchasuwan^{2*}

¹ Master of Public Health in Health Behavior and Health Promotion

^{2*} Asst. Prof., Department of Public Health Administration Health Promotion Nutrition Faculty of Public Health

Khon Kaen University

Abstract

Diabetes is a significant world health problem, and complications occur when uncontrolled. This research purpose is to study the effect of a health promotion program of conjunction and time capsule innovation on uncontrolled diabetic type 2 patients in Wangyai Sub-District Health Promotion Hospital, Phetchabun Province. This is quasi-experimental research with two groups of 70 people, consisting of 35 experimental groups and 35 compared groups. The experimental group received a program created by researchers. It takes 10 weeks to complete the experimental process, including media lecture activities, dining, and practice using Time capsules innovation for taking medicines. Stress management, exercise, maintaining personal hygiene, doctor's appointments, knowledge sharing, and the comparison group were treated as usual. The data was collected through questionnaires and analyzed using techniques such as the independent t-test and the paired t-test. The statistical significance level was set at 0.05.

The results found that: after the experiment, the experimental group had the mean scores of knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, perceived beneficence, and self-care practices higher than before the experiment and were statistically significantly higher than the comparison group, $p < 0.001$, and after the experiment The experimental group had lower mean blood sugar (FBS) than before the experiment, which was statistically significant (MD 28.80, 95% CI = 21.56 to 36.04; $p < 0.001$) and lower than the comparison group, which was statistically significant (MD 31.69, 95%CI = 26.46 to 36.91; $p < 0.001$). Therefore, the program can be used as a guideline for caring for diabetic patients. so that diabetic patients have appropriate self-care behaviors. As a result, the treatment is more effective.

Keywords: Health Belief Model/ Diabetic Type 2 Patients/ Time Capsule Innovation

*Corresponding author: Natnapa Heebkaew Padchasuwan, E-mail: natnpa@kku.ac.th, Tel: 08 4364 1458

Received: May 22, 2023 / Revised: June 19, 2023 / Accepted: June 21, 2023

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลรายงาน Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข 3 ปีย้อนหลังพบว่าประชาชนมีแนวโน้มป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปีซึ่งปี 2561–2563 ประเทศไทยพบ จำนวน 2,647,886 ราย 2,767,292 ราย และ 2,886,114 ราย ตามลำดับ¹ และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบอำเภอวิเชียรบุรีทั้งหมด 8,348 ราย เข้ารับการตรวจระดับน้ำตาล 5,701 ราย และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียง 2,113 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.31² ซึ่งการที่มีอายุมากขึ้นจะทำให้มีการเสื่อมของตับอ่อนที่ทำหน้าที่ในการผลิตฮอร์โมนอินซูลินที่ใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท และภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและโรค หลอดเลือดสมอง การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยในเรื่องสำคัญคือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยา การจัดการความเครียด³

จากการรวบรวมข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องอยู่ทั้งหมดจำนวน 267 ราย เป็นผู้สูงอายุจำนวน 128 ราย จากการตรวจคัดกรองพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูง จำนวน 98 ราย โดยพบว่าเป็นผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 64 ราย⁴ ซึ่งส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้าและระบบประสาท จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มาตามนัดของคลินิกโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น งดอาหารหวานไม่ได้ ควบคุมอาหารได้ไม่ต่อเนื่อง ไม่ออกกำลังกาย มีอาการนอนไม่หลับจากภาวะเครียด ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด และที่สำคัญคือ มีอาการหลงลืมในการรับประทานยา และปัญหาดังกล่าวนั้นยังไม่มีมีการแก้ไขอย่างครอบคลุม ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด การดูแลความสะอาดร่างกาย และการไปพบแพทย์ตามนัด

เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ญาติ หรือผู้ดูแลที่อยู่บ้านด้วยนั้นเป็นเด็ก หรือผู้สูงอายุด้วยกันเอง จึงเป็นการยากในการอ่านฉลากยาที่มีตัวหนังสือขนาดเล็ก ซึ่งแต่เดิมนั้นผู้ป่วยอาศัยความเคยชินในการรับประทานยา แต่เนื่องจากในปัจจุบันรูปแบบบรรจุภัณฑ์ของยาที่ใช้มีหลายรูปแบบมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสับสนในการรับประทานยาได้ จึงควรมีรูปแบบหรือนวัตกรรมการให้ความรู้ ช่วยจดจำการใช้ยาในการรักษาเบาหวานให้ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้รูปภาพ มาเป็นสัญลักษณ์ในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน โดยจัดทำเป็นนวัตกรรม “แคปซูลเวลา” เป็นสื่อในการใช้ยาให้ถูกต้อง โดยพัฒนารูปแบบเพื่อให้เหมาะสมกับประชากรในพื้นที่ มาจากฉลากภาพสำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือ ตอนที่ 1: วิธีการรับประทานยาเม็ด ของบวรรัตน์ อังศุวัฒนากุล และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต⁵ โดยผลการทดสอบฉลากภาพในผู้ป่วยนอกซึ่งไม่รู้หนังสือพบว่า ตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 85 เข้าใจความหมายของทุกฉลากที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผ่านเกณฑ์ความเข้าใจของ American National Standards Institute (ANSI) ภาพที่มีผู้เข้าใจน้อยที่สุดมีผู้ตอบความหมายถูกร้อยละ 86.75 และภาพที่มีผู้เข้าใจมากที่สุด มีผู้ตอบถูกร้อยละ 98.63 นวัตกรรมแคปซูลเวลา จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกเวลา มีความสะดวก และง่ายในการจดจำการใช้ยา และลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ และญาติผู้ป่วย ซึ่งเป็นสื่อรูปแบบใหม่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ ที่ง่ายต่อการเข้าใจในการปฏิบัติ เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น อีกทั้งยังสามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่จะเกิดตามมาด้วย

แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระบุว่า พฤติกรรมของคนเกิดจากความเชื่อของบุคคลโดยที่บุคคลนั้นรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคบุคคลก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค⁶ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วยความรัก ความห่วงใย ความไวใจ

การช่วยเหลือในรูปแบบ การเงิน การให้ข้อมูลข่าวสาร วัสดุ การให้ข้อมูลป้อนกลับ การประเมินตนเอง ช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดียิ่งขึ้น และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องมากยิ่งขึ้นด้วย⁷ จากการศึกษาของสาวิตรี พรหมกล และปาริชา นิพนานนท์⁸ เรื่องผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนสวรรค์ ตำบลกุดปลาทุก อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยและค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีกิจกรรมการสร้างการรับรู้ ด้วยการบรรยายให้ความรู้ กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และยกตัวอย่าง กิจกรรมจับคู่คุยระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง กิจกรรมชวนกินอาหารตามสัญญาณไฟจราจร กิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม และกิจกรรมเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย เพื่อให้ทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมิน และด้านทรัพยากร อีกทั้งการประยุกต์ใช้นวัตกรรมแคปซูลเวลา โดยกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นจะส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้วยนวัตกรรมแคปซูลเวลา ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่องต่อไปนี้

- 2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
- 2.1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
- 2.1.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
- 2.1.4 การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
- 2.1.5 การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
- 2.1.6 การปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การทบทวนวรรณกรรม

จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ฉลากภาพในการใช้ยา วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้ระดับคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และการใช้ฉลากภาพช่วยในการใช้ยาสามารถช่วยในการรับประทานยาของผู้ป่วยให้ถูกต้องมากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคม และนวัตกรรมแคปซูลเวลาขึ้นมาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยนวัตกรรมแคปซูลเวลาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในระยะเวลา 10 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการตามปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอบึงสามพัน ปีงบประมาณ 2565 โดยกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมทรัพย์

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปี
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. มีระดับน้ำตาลหลังอดอาหารข้ามคืน (มากกว่า 8 ชั่วโมง) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (Fasting blood sugar) และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม ช่วงเวลา 2-3 เดือนที่ผ่านมา ตั้งแต่ 6.5 % ขึ้นไป
4. ได้รับยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานทุก ๆ 1 เดือน
5. ไม่มีประวัติการรักษาภาวะซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพในด้านสติปัญญา สายตา การได้ยิน และไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงหรือความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม
6. สามารถอ่าน ฟัง พูด เขียนภาษาไทยได้
7. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

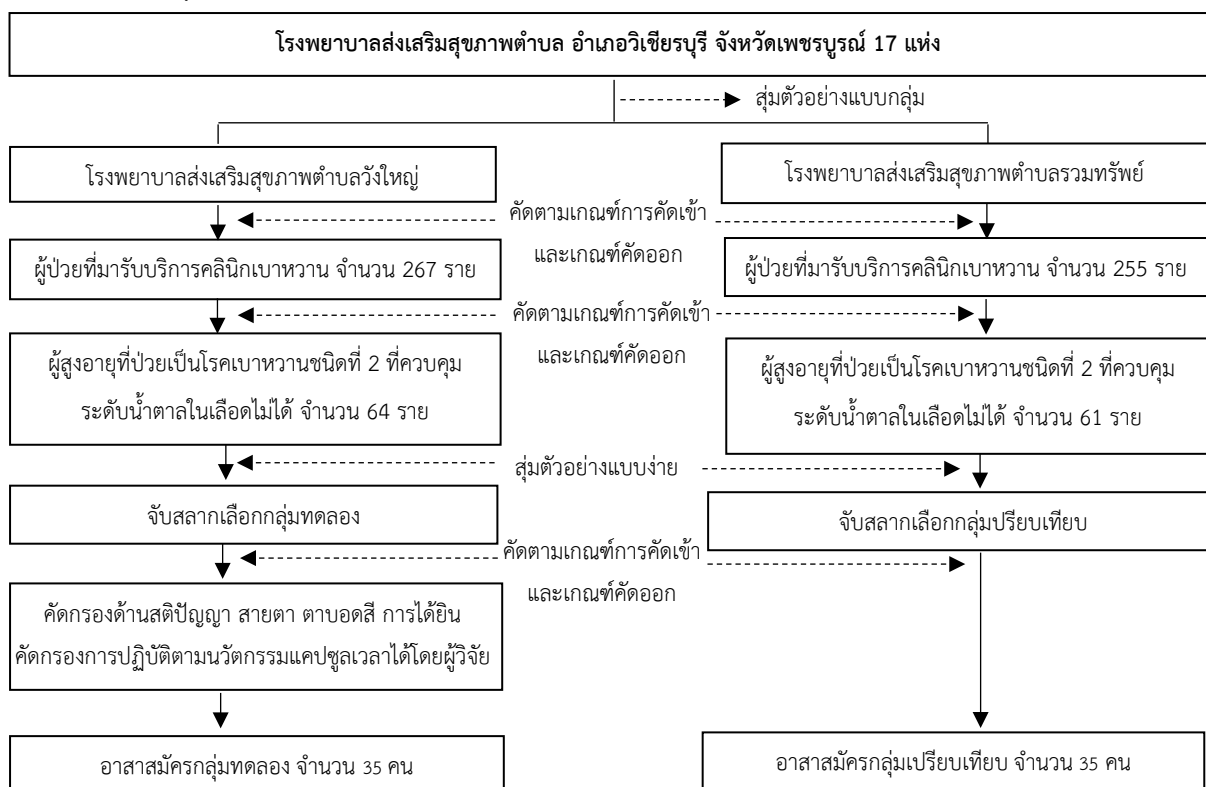
เกณฑ์การคัดเลือกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย ดังนี้

1. อยู่ในสภาวะการเจ็บป่วยในขณะนั้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ เป็นต้น
2. ผู้ที่ไม่ผ่านการทดสอบการใช้นวัตกรรมแบบจำลองเวลา คือ คะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องการใช้นวัตกรรมแบบจำลองเวลา น้อยกว่า ร้อยละ 80

เกณฑ์การถอดถอนกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย ดังนี้

1. ขอดอนตัวจากการศึกษา
2. เสียชีวิตหรือย้ายถิ่นฐาน

3. การสุ่มตัวอย่าง



ภาพที่ 2 การสุ่มตัวอย่าง

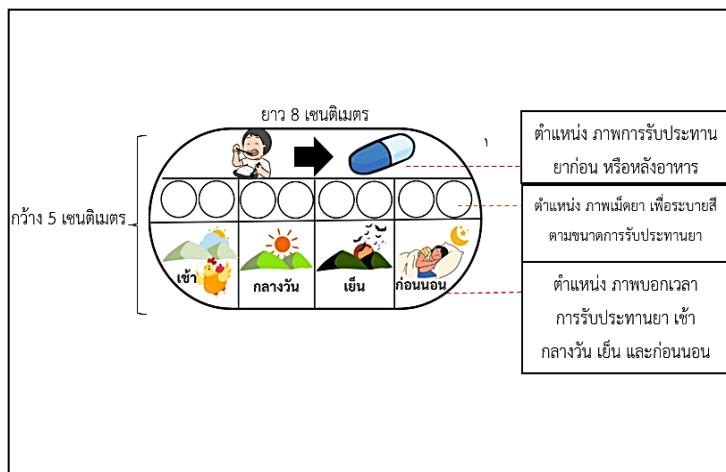
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

4.1.1 โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยวัตรกรรมแคปซูลเวลา ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในการจัดแผนกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

4.1.2 วัตรกรรมแคปซูลเวลา จากการทบทวนวรรณกรรม และข้อมูลการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ที่ผ่านมา พบว่า การแก้ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานในเขตที่รับผิดชอบยังไม่มีการศึกษา เนื่องจากผู้ป่วยมีการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง หลงลืมในการรับประทานยาให้ตรงตามเวลา เพราะผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ญาติ หรือผู้ดูแลที่อยู่บ้านด้วยนั้นเป็นเด็ก หรือผู้สูงอายุด้วยตนเอง จึงลำบากในการอ่านฉลากยาที่มีตัวหนังสือขนาดเล็ก ในปัจจุบันรูปแบบบรรจุภัณฑ์ของยาที่ใช้มีหลายรูปแบบมากขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยสับสนในการรับประทานยาได้ ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์การใช้รูปภาพที่มีสีสัน มาเป็นสัญลักษณ์ในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน และได้ศึกษาวิธีการรับประทานยาของผู้ป่วยในพื้นที่แล้ว พบว่า ผู้ป่วยมีการรับประทานยาเบาหวานแบบเม็ด 5 ขนาด ได้แก่ $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, 1, $1\frac{1}{2}$, 2 และรับประทานก่อนอาหาร และหลังอาหาร ในตอนเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน จึงได้จัดทำเป็นวัตรกรรม “แคปซูลเวลา” เป็นสื่อในการใช้ยาให้ถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบเพื่อให้เหมาะสมกับประชากรในพื้นที่ มาจากฉลากภาพสำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือ ตอนที่ 1: วิธีการรับประทานยาเม็ดของบวรรัตน์ อังศุวัฒนากุล และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต โดยการใช้อักษรที่มีสีสัน และเข้าใจง่ายมากขึ้น เป็นสื่อรูปแบบใหม่ในพื้นที่ ที่ง่ายต่อการเข้าใจในการปฏิบัติ และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม

ลดปัญหาหยาเหลือ หรือยาหมดก่อนวันนัดของคลินิก ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพยั่งยืนต่อไป โดยการออกแบบและนำพิมพ์ลงบนสติ๊กเกอร์ แล้วนำไปติดที่ซองยาที่ต้องจ่ายให้กับคนไข้ โดยสติ๊กเกอร์ 1 ซีนต่อซองยา 1 ซอง ตามวิธีการรับประทานที่แพทย์สั่ง



ภาพที่ 3 นวัตกรรมแคปซูลเวลา



ภาพที่ 4 การนำนวัตกรรมแคปซูลเวลาไปใช้

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามกรอกข้อมูลโดยผู้วิจัย และกรอกข้อมูลด้วยตนเอง (Self-administered Questionnaire) 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จำนวน 11 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.835 แต่ละข้อมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ใช่เท่ากับ 0 คะแนน แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน ด้านละ 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก โดยแปลผลโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.778 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.761 การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.750 การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.00 และการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 18 ข้อ แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก โดยแปลผลโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการปฏิบัติดี พอใช้ ควรปรับปรุง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.815

5. ขั้นตอนการวิจัย

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพร้อมกับนวัตกรรมแคปซูลเวลาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ดำเนินการโดยผู้วิจัย ซึ่งจะนัดอาสาสมัครก่อนการดำเนินกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มทดลองจะได้รับการเจาะปลายนิ้วเพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดโดยพยาบาลวิชาชีพ โดยต้องงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ก่อนมาตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ภายในเวลา 08.00 นาฬิกา และหลังจากตรวจเสร็จ ผู้วิจัยจะเตรียมอาหารและน้ำดื่มไว้ให้ ผู้วิจัยจะขอให้ตอบแบบสอบถาม และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยให้หย่อนลงในกล่องที่จัดไว้ และจะได้เข้าร่วมกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ เรื่องภาวะแทรกซ้อน โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อธิบายเรื่องการใช้นวัตกรรมแคปซูลเวลา ชมวีดีทัศน์ยกตัวอย่างเกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ เรื่องประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อุปสรรคของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเองเพื่อรวบรวม

ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 5 กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกิจกรรมชวนกินอาหารตามสัญญาณไฟจราจร กิจกรรมแข็งแรงง่าย ๆ ได้ที่บ้าน ด้วยการสาธิตวิธีการออกกำลังกาย และปฏิบัติร่วมกัน และทบทวนการใช้วัตรกรรมแคปซูลเวลา ในการรับประทานยาใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

สัปดาห์ที่ 7 กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมจัดกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียด ประชุมกลุ่มให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการความเครียดด้วยกัน และฝึกทำสมาธิ การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในการทำมาสมาธิอย่างถูกวิธี และสอนตรวจหาความผิดปกติของร่างกาย อธิบายถึงประโยชน์ของการไปพบแพทย์ตามนัด และสอนผู้ป่วยให้ดูการนัดในสมุดประจำตัวผู้ป่วยใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

สัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8, 9 กลุ่มทดลองจะได้รับการเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะทบทวนความรู้ การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การใช้วัตรกรรมแคปซูลเวลาให้กับผู้ป่วย และสอบถามปัญหา ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยร่วมกัน กับสมาชิกในครอบครัวที่บ้าน ใช้เวลาทั้งหมด 20 นาที ต่อราย

สัปดาห์ที่ 10 กลุ่มทดลองจะได้รับการเจาะปลายนิ้วเพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดโดยพยาบาลวิชาชีพ จึงต้องงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ก่อนมาตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ภายในเวลา 08.00 นาฬิกา และหลังจากตรวจเสร็จ ผู้วิจัยจะเตรียมอาหารและน้ำดื่มไว้ให้ และจะได้พูดคุยร่วมกันว่าคิดอย่างไรกับการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพนี้ หลังจากนั้นนำกิจกรรมไปใช้แล้ว เห็นว่าร่างกายเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร จะปรับพฤติกรรมตนเองที่บ้านได้หรือไม่ หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปบทเรียนที่ได้จากกิจกรรมทั้งหมด เปิดโอกาสให้ท่านซักถาม และผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยให้ท่านหย่อนลงในกล่องที่จัดไว้ มอบของที่ระลึก และกล่าวขอบคุณ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 สถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีตัวแปรเป็นข้อมูลแจกแจงนับ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีผู้ดูแล การมีโรคร่วม ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ในกรณีตัวแปรเป็นข้อมูลต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว รายได้ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน อายุผู้ดูแล ระดับน้ำตาลในเลือด ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด

6.2 สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และใช้สถิติ paired t-test ในการเปรียบเทียบความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

7. การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยยึดหลักผลประโยชน์และระมัดระวังไม่ให้เกิดความผิดพลาดหรือความเดือดร้อนทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ในการวิจัยนี้ สำหรับกลุ่มทดลองผู้วิจัยได้มอบคำพาหนะในการเดินทาง จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 50 บาท และของที่ระลึก ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยได้มอบคำพาหนะในการเดินทาง จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 50 บาท ในสัปดาห์ที่ 1 และ 10 ของที่ระลึก และให้สุขศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในสัปดาห์ที่ 10 การศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE652251 รับรอง ณ วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 โดยดำเนินกิจกรรมในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง 15 เมษายน 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คือ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 65 – 69 ปี (กลุ่มทดลองร้อยละ 37.10 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 42.90) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลองร้อยละ 71.40 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 62.90) มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ที่สมส่วน (กลุ่มทดลองร้อยละ 60.00 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 45.70) รอบเอวผู้ชายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 (กลุ่มทดลองร้อยละ 80.00 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 53.80) มีสถานภาพสมรส/คู่ (กลุ่มทดลองร้อยละ 85.70 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 80.00) มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมต้น (กลุ่มทดลองร้อยละ 85.70 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 80.00) มีรายได้ต่อเดือน คือ 3,000 – 6,000 บาท (กลุ่มทดลองร้อยละ 68.60 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 65.70) ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (กลุ่มทดลองร้อยละ 51.40 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 40.00) โดยอาสาสมัครทั้งหมดมีผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด (กลุ่มทดลองร้อยละ 100 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 100) อายุของผู้ดูแลอยู่ในกลุ่มอายุ 58 – 75 ปี (กลุ่มทดลองร้อยละ 42.90 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 42.90)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้เกี่ยวกับการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจาก การควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดไม่ได้	ก่อนการทดลอง (n=35)						หลังการทดลอง (n=35)					
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p- value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p- value
กลุ่มทดลอง	6.29	1.76	0.37	-0.56 to 1.31	0.78	0.433	10.43	0.78	4.31	3.78 to 4.85	16.04	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.91	2.16					6.11	1.39				

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้เกี่ยวกับการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจาก การควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดไม่ได้	กลุ่มทดลอง (n=35)						กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)					
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p- value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p- value
ก่อนการทดลอง	6.29	1.76	4.14	3.51 to 4.77	13.37	<0.001	5.91	2.16	0.20	-1.19 to 0.79	0.41	0.685
หลังการทดลอง	10.43	0.78					6.11	1.39				

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้ตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง (n=35)						หลังการทดลอง (n=35)					
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p- value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p- value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้												
กลุ่มทดลอง	6.40	1.44		-0.54			8.17	0.99		1.06		
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.31	1.18	0.09	to 0.71	0.27	0.786	6.60	1.17	1.57	to 2.09	6.09	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้												
กลุ่มทดลอง	6.00	1.21		-0.49			8.31	0.93		1.75		
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.97	0.92	0.03	to 0.54	0.11	0.912	6.11	0.96	2.20	to 2.65	9.71	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้												
กลุ่มทดลอง	5.54	1.25		-0.52			8.34	0.87		2.24		
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.51	1.11	0.03	to 0.58	0.11	0.918	5.60	1.19	2.74	to 3.24	6.58	<0.001
การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้												
กลุ่มทดลอง	6.69	1.13		-0.47			8.43	0.92		1.16		
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.66	0.94	0.03	to 0.52	0.12	0.909	6.74	1.25	1.69	to 2.21	6.45	<0.001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้ตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=35)						กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)					
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p- value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p- value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้												
ก่อนการทดลอง	6.40	1.44		1.21			6.31	1.18		-0.91		
หลังการทดลอง	8.17	0.99	1.77	to 2.34	6.37	<0.001	6.60	1.17	0.29	to 0.34	0.94	0.356
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้												
ก่อนการทดลอง	6.00	1.21		1.72			5.97	0.92		-0.59		
หลังการทดลอง	8.31	0.93	2.31	to 2.91	7.92	<0.001	6.11	0.96	0.14	to 0.31	0.65	0.523
การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้												
ก่อนการทดลอง	5.54	1.25		2.28			5.51	1.11		-0.68		
หลังการทดลอง	8.34	0.87	2.80	to 3.31	11.11	<0.001	5.60	1.19	0.09	to 0.51	0.29	0.772
การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้												
ก่อนการทดลอง	6.69	1.13		1.18			6.66	0.94		-0.67		
หลังการทดลอง	8.43	0.92	1.74	to 2.29	6.38	<0.001	6.74	1.25	0.09	to 0.49	0.30	0.766

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	ก่อนการทดลอง (n=35)						หลังการทดลอง (n=35)					
	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p-value	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	39.06	3.24	0.14	-1.69 to 1.98	0.15	0.877	49.17	4.23	10.80	8.94 to 12.66	11.60	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	38.91	4.38					38.37	3.53				

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	กลุ่มทดลอง (n=35)						กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)					
	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p-value	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง	39.06	3.24	10.11	8.36 to 11.87	11.69	<0.001	38.91	4.38	0.54	-1.32 to 2.41	0.59	0.558
หลังการทดลอง	49.17	4.23					38.37	3.53				

ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) กลุ่มทดลอง หลังการทดลองส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) เท่ากับ 154.80 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 20.59 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) เท่ากับ 126.00 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.14 ซึ่งหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้อยกว่าก่อนการทดลองเฉลี่ย 28.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI = 21.56 ถึง 36.04; p-value < 0.001) และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 31.69 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI = 26.46 ถึง 36.91; p-value < 0.001)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนหลังการทดลอง เฉลี่ย 10.43 คะแนน ซึ่งมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนหลังการทดลองเฉลี่ย 6.11 คะแนน และกลุ่มทดลองมีคะแนนแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงเดือน หันทุย และคณะ⁹ ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเมืองไผ่ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เป็นผลมาจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น สาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จะอาจจะเกิดขึ้นได้ โดยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดและประเภทของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน วิธีการควบคุมระดับน้ำตาล ภาพตัวอย่างการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.17 ซึ่งมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนหลังการทดลองเฉลี่ย 6.60 คะแนน และกลุ่มทดลองมีคะแนนหลังการทดลอง แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล อุลิตผล¹⁰ ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานหลังการใช้โปรแกรม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยการบรรยายให้ความรู้สร้างความเข้าใจในการเกิดโอกาสเสี่ยงแก่ผู้ป่วยโดยใช้สื่อสไลด์นำเสนอ การแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพิ่มขึ้น

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.31 คะแนน ซึ่งมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนเฉลี่ย 6.11 คะแนน และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี พรหมกล และปาริชา นิพพานทน⁸ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนสวรรค์ ตำบลกุดปลาทุก อำเภอขึ้นชม จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยและค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) เนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยการบรรยายให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ชมวีดิทัศน์ ภาพยกตัวอย่างเกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของ โรคเบาหวาน และการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพิ่มขึ้น

การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.34 คะแนน ซึ่งมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนเฉลี่ย 5.60 คะแนน และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล อุลิตผล¹⁰ ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จัดกิจกรรมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของแลกเปลี่ยนประสบการณ์คนที่รักษาระดับน้ำตาลได้ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยจัด

กิจกรรมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยการบรรยายให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยใช้สื่อ power point ประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพิ่มมากขึ้น

การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.43 ซึ่งมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนเฉลี่ย 6.74 คะแนน และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของดวงเดือน หันทยุง และคณะ⁹ ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเมืองไผ่ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมสร้างการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยการบรรยายให้ความรู้แก่ ผู้ป่วย และการประชุมกลุ่มเพื่อรวบรวมปัญหา และหาทางแก้ไขปัญหานั้น ๆ ร่วมกัน จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพิ่มมากขึ้น

การปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 49.17 ซึ่งมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนเฉลี่ย 38.37 คะแนน และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของดวงเดือน หันทยุง และคณะ⁹ ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเมืองไผ่ จัดกิจกรรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (ส่งเสริมการปฏิบัติตัว) ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมส่งเสริมการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้ง 6 ด้าน อาทิ กิจกรรมชวนกินอาหารตามสัญญาณไฟจราจร กิจกรรมแข่งแรงง่าย ๆ ได้ที่บ้าน การรับประทานยาโดยใช้นวัตกรรมแคปซูลเวลา ประชุมกลุ่มให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการความเครียดด้วยกัน และฝึกทำสมาธิ สอนท่าความสะอาดร่างกายอย่างถูกวิธี และสอนตรวจหาความผิดปกติของร่างกาย การดูใบนัดของแพทย์ในสมุดประจำตัวผู้ป่วย จึงทำให้กลุ่มทดลองการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง

ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) เฉลี่ย 126.00 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) เฉลี่ย 157.69 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของสิริภา เอี่ยมวิจิตร¹¹ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลคลองอุดมชลจร อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองหลังได้เข้ารับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการใช้นวัตกรรมแคปซูลเวลาในการรับประทานยา สอดคล้องกับวิระพล ภิมาลย์ และคณะ¹² ได้ศึกษา การพัฒนาและประเมินระบบฉลากยารูปภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สูงอายุ ผลการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนความเข้าใจจะมีคะแนนความถูกต้องในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.025$) เนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโปรแกรมส่งเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพพร้อมกับนวัตกรรมแคปซูลเวลา ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการ รับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การรับรู้อุปสรรคของการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และส่งเสริมการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการ บริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ซึ่งประยุกต์ใช้นวัตกรรมแคปซูลเวลา ด้านการจัดการ ความเครียด ด้านการดูแลสุขภาพสะอาดร่างกาย และด้านการไปพบแพทย์ตามนัด ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกลุ่ม ทดลองที่ให้ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม จึงส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองลดลง น้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

สรุป

1. หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)
2. หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

1.1 การใช้นวัตกรรมแคปซูลเวลาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยที่เป็นอาสาสมัครอ่านวิธีรับประทานยาจากฉลาก ยาได้ง่ายขึ้น อาสาสมัครจึงเสนอให้นำไปใช้กับการจ่ายยาตามการรักษาปกติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิด ความสะดวกแก่ผู้มารับบริการทุกคน

1.2 การได้รับความรู้ กิจกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ช่วยให้ อาสาสมัครมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม ทำให้อาสาสมัครสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ จึงเสนอ ให้นำกิจกรรมไปปรับใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคอื่นๆ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพร้อมกับนวัตกรรมแคปซูล ไปปรับใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอายุอื่นๆ และในตำบลอื่นๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วย และควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ร่วมกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านทุกสัปดาห์ เพื่อติดตามการรับประทานยา และการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยให้ ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข 3 ปีย้อนหลัง. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2565], เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk
2. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลรายงาน HDC จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบอำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2565], เข้าถึงได้จาก https://pnb.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย; 2560
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่. ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ จังหวัดเพชรบูรณ์; 2565
5. บรรณรัตน์ อังศุวัฒนากุล และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต. การพัฒนาฉลากภาพสำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือ ตอนที่ 1: วิธีการรับประทานยาเม็ด. วารสารเภสัชกรรมไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 14 มกราคม 2566]: 6, เข้าถึงได้จาก <https://he01.tcithaijo.org/index.php/TJPP/article/view/169448/1219006>.
6. Rosenstock, Irwin. M. The Health Belief Model and Prevention Health Behavior. Health Education Monographs, 1974; 2(b): 355-385.
7. House, J.S. Work Stress and Social Support. California : Addison Wesley Publishing;1981
8. สาวิตรี พรหมกล และปาริชา นิพพานนทร์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนสวรรค์ ตำบลกุดปลาทุก จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2559: 9 (3): 21-28
9. ดวงเดือน หันทุย , วรพล แวงนอก, วรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา. ผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเมืองไผ่วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2559: 11: 36 - 51
10. พรพิมล อุติผล. การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วย เบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วย เบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขานม อำเภอเขานม จังหวัดกระบี่. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2565]: 3, เข้าถึงได้จาก https://chd.kku.ac.th/index.php?option=com_content&view=category&id=39&Itemid=260&lang=th
11. สิริภา เอี่ยมวิจิตร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลคลองอุดมชลจร อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2565]: เข้าถึงได้จาก http://www.govesite.com/uploads/201507231353166t5LR59/20180615105056_1_rPBm10U.pdf
12. วีระพล ภิมาลัย และคณะ. การพัฒนาและประเมินระบบฉลากยาสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2566]: 9: 109 – 115, เข้าถึงได้จาก <https://he01.tcithaijo.org/index.php/IJPS/article/view/16326>

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิระชะเลิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

พิชฎาภรณ์ พานขุนทด¹ นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ^{2*}

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าทำให้เกิดการสูญเสียขาและเท้า การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิระชะเลิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่ม กลุ่มละ 30 คน ใช้เวลา 10 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการบรรยายประกอบสื่อ ชมวีดิทัศน์ บทบาทสมมติ สาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลเท้าและนวดเท้า ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรักษาตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผล ความคาดหวังในความสามารถ และการปฏิบัติตัว มากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้อยกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับอาการชาที่เท้า น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD 1.03, 95% CI=0.80 ถึง 1.26; $p < 0.001$) และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD 0.93, 95% CI=0.44 ถึง 1.43; $p < 0.001$) ดังนั้นโปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม/ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า/ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Effects of a Health Behavior Promotion Program on Foot Complications in Type 2 Diabetic Patients at Srisalaloeng Sub-district Health Promotion Hospital, Muang District, Nakhon Ratchasima Province

Phichadaporn Phankhantod¹ Natnapa Heebkaew Padchasuwan^{2*}

¹ Master of Public Health in Health Behavior and Health Promotion

^{2*} Asst. Prof., Department of Public Health Administration Health Promotion Nutrition
Faculty of Public Health Khon Kaen University

Abstract

Foot complications resulting in loss of legs and foot. This research purpose is to study the effects of a health behavior promotion program on foot complications in type 2 diabetic patients at Srisalaloeng Sub-district Health Promotion Hospital, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. This is quasi-experimental research in two groups, 30 people per group. The duration of the research was 10 weeks. The experimental group received a program created by the researcher. It consists of media lectures, watch videos, role play, foot care and foot massage. The comparison group received normal treatment. The data were analyzed using Paired t-test and independent t-test. The statistical significance level was set at 0.05.

The results showed that after the experiment. The experimental group had the mean knowledge score, perception of violence, risk perception, effectiveness expectations, expectation of competence and practice more than before the experiment and more than the comparison group, statistically significant ($p < 0.05$). After the experiment, the experimental group had lower mean blood sugar (FBS) than before the experiment and lower than the comparison group, statistically significant ($p < 0.001$). And after the experiment, the experimental group had the mean foot numbness level less than before the experiment, statistically significant (MD 1.03, 95% CI=0.80 to 1.26; $p < 0.001$). And less than the comparison group, statistically significant (MD 0.93, 95% CI=0.44 to 1.43; $p < 0.001$). Therefore, this program can be used as a guideline for the prevention foot complications in diabetic patients.

Keywords: Health Behavior Promotion Program/ Foot Complications/ Diabetic type 2 patients

*Corresponding author: Natnapa Heebkaew Padchasuwan, email: Natnapa@kku.ac.th, Tel: 08 4364 1458

Received: May 30, 2023/ Revised: June 21, 2023/ Accepted: June 26, 2023

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่พบได้ทุกประเทศทั่วโลก ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ภาวะแทรกซ้อนทางเส้นประสาท หัวใจ และหลอดเลือด¹ ภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม การขาดเลือด ทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เกิดการฉีกขาด หรือเกิดแผล ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เท้าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียขาและเท้ามากที่สุด องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดภาวะระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม ประมาณ 90 ล้านคนทั่วโลก และจากสถิติของสหพันธ์เบาหวานโลก (International Diabetes Federation) พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะถูกตัดขามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวานถึง 25 เท่า² จากรายงานของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีการสูญเสียขาหรือนิ้วเท้าโดยเฉลี่ยนาทีละ 2 ราย อีกทั้งผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้ายังมีโอกาสเสียชีวิตสูงถึง 2.5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีแผลเบาหวานที่เท้า³ ตามมาตรฐานการตรวจคัดกรองผู้ที่เป็นโรคเบาหวานของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ระบุไว้ว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจเท้าตรวจปลายประสาทสัมผัส ตรวจการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงเท้า ตรวจการรับรู้การสั่นสะเทือนด้วยส้อมเสียง (128 Hz tuning fork) และตรวจด้วย 10-g monofilament อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง⁴

จากรายงานการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่เท้า จำนวน 83,939 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.28 พบว่ามีผลผิดปกติ 5,073 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.04 ของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคัดกรองทั้งหมด⁵ และจากการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศีร์ษะละเลิง ปี 2565 พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.54 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.51⁶ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีบาดแผลที่เท้า พบว่า สาเหตุสำคัญของการเกิดแผลที่เท้าเกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่เหมาะสม ขาดแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงปลายเท้า เกิดอาการชาที่เท้าและเกิดแผลลุกลามที่เท้า

แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers เป็นทฤษฎีที่เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะการกระตุ้นให้เกิดความกลัวโดยเน้นกระบวนการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และมีความคาดหวังในประสิทธิผล ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีและเหมาะสม จากการศึกษาของ จุฑามาส ชุมทอง และ วิทยา จันตุ⁷ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีการประเมินการเผชิญปัญหา ร่วมกับการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอ ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และจากการศึกษาของ เปรมทิพย์ คงพันธ์⁸ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วย กิจกรรมให้ความรู้ ชมวิดีโอ การเสนอตัวแบบ การฝึกปฏิบัติ การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร การเยี่ยมบ้าน การกระตุ้นเตือนการตรวจตามแพทย์นัด ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่ม

ทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และแรงสนับสนุนทางสังคม มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองไตมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ น้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และมีความคาดหวังในประสิทธิภาพ จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีและถูกต้องมากขึ้น ส่วนแนวทางการสนับสนุนทางสังคมมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการสนับสนุนสิ่งต่างๆ ที่เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers⁹ และแรงสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁰ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยการจัดกิจกรรมสร้างการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ความเสี่ยงให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงอันตรายที่อยู่ใกล้ตัว เน้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า มีความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเท้า และปฏิบัติตัวในการดูแลเท้าได้เป็นอย่างดี เพื่อป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า และได้รับการเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิระชะเลิง อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวาน และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิระชะเลิง อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่องต่อไปนี้

2.1.1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

2.1.2 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย

1) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

2.1.3 การประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย

1) ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง

2) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง

2.1.4 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.3 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับอาการชาที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข และในปัจจุบันพบผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าเพิ่มมากขึ้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เท้า จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า สรุปเป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest–posttest design) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรักษาตามปกติ ใช้ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย 10 สัปดาห์

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรกลุ่มทดลอง คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศีรษะละเลิง กลุ่มเปรียบเทียบ คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่ ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) กลุ่มละ 30 คน มีรายละเอียดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 30 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และรักษามานานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
- 2) มีระดับน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหาร 8 ชม. มากกว่า 126 ml/dL
- 3) การตรวจประเมินเท้าภายนอกปกติ ประกอบด้วย ไม่มีแผลที่เท้า ไม่มีเท้าผิดปกติ และชีพจรที่เท้าปกติ
- 4) สูญเสียความรู้สึกที่ปลายเท้าอย่างน้อย 1 จุด
- 5) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี
- 6) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยได้ต่อเนื่อง 10 สัปดาห์

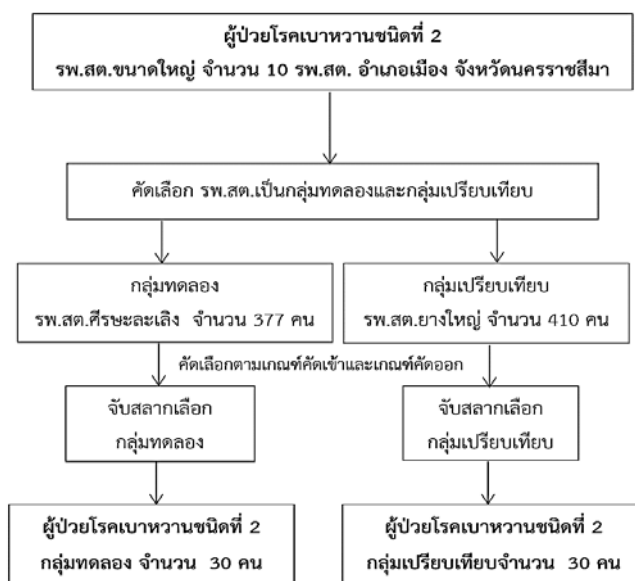
เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ขาพิการ

เกณฑ์การถอนถอน (Withdrawal)

- 1) ผู้ป่วยย้ายที่อยู่
- 2) มีบาดแผลที่เท้าหรือส่วนอื่นที่เกิดจากนวัตกรรมสะพานนวดเท้า

3. การสุ่มตัวอย่าง



ภาพที่ 2 การสุ่มตัวอย่าง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิระชะเลิง อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ การรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อันตรายต่อสุขภาพ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินเผชิญปัญหา ส่วนที่ 5 การปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า และ ส่วนที่ 6 แบบบันทึกการตรวจสุขภาพ

5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

5.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบและพิจารณาแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหา ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อความคำถามกับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

5.2 การตรวจสอบค่าความเที่ยง หรือค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา

5.2.1 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.810

5.2.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นแต่ละด้าน ได้ดังนี้

- 1) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.810
- 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.777
- 3) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.873
- 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.929
- 5) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.911

6. ขั้นตอนการวิจัย

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม Pre-test กลุ่มทดลองจะได้รับการเจาะเลือดปลายนิ้ว วัดระดับอาการขาที่เท้าและตอบแบบสอบถาม ฟังการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า และชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า แลกเปลี่ยนประสบการณ์บอกเล่าความรู้สึกของตนเองจากการชมวีดิทัศน์และแผ่นภาพตัวอย่าง โดยการเขียนบัตรคำ การอธิบายและแจกคู่มือการใช้งานนวัตกรรมนวดเท้า

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า การสาธิตตัวอย่างอาหารที่มีน้ำตาลสูง (ไมเดลออาหาร) กิจกรรมกลุ่มแสดงบทบาทสมมติการจำลองสถานการณ์จริงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า เช่น การเดินขาเดียว และแลกเปลี่ยนประสบการณ์บอกเล่าความรู้สึกจากบทบาทสมมติเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า อภิปรายสรุปผลโดยเน้นผลดีในการปฏิบัติตัวและประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมประเมินเผชิญปัญหาโดยการอภิปรายกลุ่มให้แต่ละกลุ่มเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการดูแลเท้า กิจกรรมความคาดหวังของฉันทน์ โดยให้แต่ละคนเขียนบัตรคำความคาดหวังของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมทบทวน สาธิตและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลเท้า การนัดเท้าด้วย“นวัตกรรมนัดเท้า” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กิจกรรมกลุ่มทบทวนการปฏิบัติตัวในการดูแลเท้าโดยกลุ่มที่ 1 สาธิตการบริหารเท้า กลุ่มที่ 2 สาธิตการตรวจและการทำความสะอาดเท้า กลุ่มที่ 3 สาธิตการนัดเท้าด้วยนวัตกรรมนัดเท้า

สัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8, 10 เป็นกิจกรรมการเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ สอบถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวและกระตุ้นติดตามการปฏิบัติตัว การเตือนให้ไปพบแพทย์ตามนัด และกิจกรรม Post-test ในสัปดาห์ที่ 10 (การตอบแบบสอบถาม การเจาะเลือดปลายนิ้วและวัดระดับอาการชาที่เท้า)

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 สถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีตัวแปรเป็นข้อมูลแจกแจง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีผลที่เท้า และโรคประจำตัวอื่นๆ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าความถี่ และร้อยละ ในกรณีตัวแปรเป็นข้อมูลต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด

7.2 สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยระดับอาการชาที่เท้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Independent Simple t-test และภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired Simple t-test

8. การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662003 เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุ 50-60 ปี มีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วง 23.0 - 24.9 มีสถานภาพสมรส/คู่ ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 9,000 บาท ป่วยเป็นเบาหวานอยู่ในช่วง 5-10 ปี ไม่เคยมีผลที่เท้า มีโรคประจำตัวอื่นๆ นอกจากโรคเบาหวาน คือ โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง และลักษณะข้อมูลทั่วไปที่แตกต่างกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ระดับการศึกษาโดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมການป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า	ก่อนการทดลอง (n=30)					หลังการทดลอง (n=30)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p- value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p- value
ความรู้เรื่องโรคเบาหวานในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า										
กลุ่มทดลอง	11.30	1.51	0.30	0.51 to 1.11	0.463	14.47	0.86	2.70	2.06 to 3.34	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.60	1.63				11.77	1.52			
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า										
กลุ่มทดลอง	11.67	1.37	0.10	-0.58 to 0.78	0.769	12.77	1.38	1.10	0.41 to 1.79	0.002
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.57	1.25				11.67	1.30			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า										
กลุ่มทดลอง	12.60	1.27	0.17	-0.58 to 0.91	0.656	13.80	1.24	1.27	0.53 to 1.99	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.43	1.59				12.53	1.57			
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมกา​รดูแลตนเอง										
กลุ่มทดลอง	12.30	1.62	0.43	-0.44 to 1.31	0.325	13.50	1.20	1.30	0.56 to 2.04	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.87	1.76				12.20	1.63			
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกา​รดูแลตนเอง										
กลุ่มทดลอง	12.20	1.56	0.23	-0.60 to 1.06	0.576	13.53	1.10	1.37	0.74 to 1.99	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.97	1.65				12.17	1.31			
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า										
กลุ่มทดลอง	43.27	4.27	0.87	-1.28 to 3.01	0.422	50.07	3.13	7.47	5.63 to 9.30	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	42.40	4.02				42.60	3.92			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยระดับอาการชาที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า	ก่อนการทดลอง (n=30)					หลังการทดลอง (n=30)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p- value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p- value
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)										
กลุ่มทดลอง	145.40	15.14	0.87	-8.41 to 6.68	0.819	131.73	8.64	14.37	8.46 to 20.27	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	146.27	14.03				146.10	13.66			
ระดับอาการชาที่เท้า										
กลุ่มทดลอง	3.13	1.28	0.14	-0.71 to 0.45	0.648	2.10	0.99	0.93	0.44 to 1.43	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.27	0.94				3.03	0.93			

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการป้องกัน	กลุ่มทดลอง (n=30)					กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)				
ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p- value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p- value
ความรู้เรื่องโรคเบาหวานในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า										
ก่อนการทดลอง	11.30	1.51	3.17	2.67	<0.001	11.60	1.63	0.17	0.05	0.134
หลังการทดลอง	14.47	0.86		to 3.66		11.77	1.52		to 0.39	
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า										
ก่อนการทดลอง	11.67	1.37	1.10	0.68	<0.001	11.57	1.25	0.10	0.01	0.083
หลังการทดลอง	12.77	1.38		to 1.52		11.67	1.30		to 0.21	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า										
ก่อนการทดลอง	12.60	1.27	1.20	0.80	<0.001	12.43	1.59	0.10	0.01	0.083
หลังการทดลอง	13.80	1.24		to 1.60		12.53	1.57		to 0.21	
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง										
ก่อนการทดลอง	12.30	1.62	1.20	0.78	<0.001	11.87	1.76	0.33	0.07	0.160
หลังการทดลอง	13.50	1.20		to 1.62		12.20	1.63		to 0.60	
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง										
ก่อนการทดลอง	12.20	1.65	1.33	1.02	<0.001	11.97	1.65	0.20	0.05	0.110
หลังการทดลอง	13.53	1.31		to 1.65		12.17	1.31		to 0.45	
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า										
ก่อนการทดลอง	43.27	4.27	6.80	5.28	<0.001	42.40	4.02	0.20	0.06	0.136
หลังการทดลอง	50.07	3.13		to 8.31		42.60	3.92		to 0.47	

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยระดับอาการชาที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า	กลุ่มทดลอง (n=30)					กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p- value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p- value
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)										
ก่อนการทดลอง	145.40	15.14	13.67	10.39 to	<0.001	146.27	14.03	0.17	-0.64	0.667
หลังการทดลอง	131.73	8.64		16.94		146.10	13.66		to 0.97	
ระดับอาการชาที่เท้า										
ก่อนการทดลอง	3.13	1.28	1.03	0.80	<0.001	3.27	0.94	0.24	-0.10	0.165
หลังการทดลอง	2.10	0.99		to 1.26		3.03	0.93		to 0.57	

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้เรื่องโรคเบาหวานในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 2.70, 95% CI=2.06 ถึง 3.34; p-value<0.001) และภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมี

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 3.17, 95% CI=2.67 ถึง 3.66; p-value<0.001) ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงของคะแนนที่เพิ่มขึ้นนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมจากผู้วิจัย ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการแจกเอกสารแผ่นพับให้ความรู้ จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาส ขุมทอง และวิทยา จันตุ⁷ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โดยมีกิจกรรมการสร้างเสริมการรับรู้ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เป็นการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ และผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 1.10, 95% CI=0.41 ถึง 1.79; p-value=0.002) และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 1.10, 95% CI=0.68 ถึง 1.52; p-value<0.001) ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ที่เพิ่มขึ้นนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากผู้วิจัย ซึ่งกิจกรรมประกอบไปด้วย การบรรยายให้ความรู้ การชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า กิจกรรมกลุ่มบอกความรู้สึกของตนเองจากการชมวีดิทัศน์และแผ่นภาพตัวอย่างโดยการเขียนบัตรคำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริรัตน์ สถิตเสถียร¹¹ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี กิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง “แผลที่เท้าเบาหวาน” ซึ่งเสนอให้เห็นถึงความรุนแรงของแผลที่เท้า การถูกตัดเท้าเมื่อรักษาแผลที่เท้าไม่ดี และการอธิบายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลของความรุนแรงของแผลที่เท้า ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของแผลที่เท้า มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 1.27, 95% CI=0.53 ถึง 1.99; p-value=0.001) และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 1.20, 95% CI=0.80 ถึง 1.60; p-value<0.001) ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงของคะแนนที่เพิ่มขึ้นนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากผู้วิจัย ซึ่งกิจกรรมประกอบไปด้วย การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า การสาธิตตัวอย่างอาหารที่มีน้ำตาลสูง (โมเดลอาหาร) กิจกรรมกลุ่มแสดงบทบาทสมมติการจำลองสถานการณ์จริงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า เช่น การเดินขาเดียว และกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เล่าความรู้สึกจากบทบาทสมมติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรี สุรัตน์ และคณะ¹² ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมทฤษฎีแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วยกิจกรรม Role plays เป็นการแสดงบทบาทสมมติให้รับรู้ถึงการพบและเผชิญกับอาการแทรกซ้อน เช่น การปิดตาป้อนข้าว ป้อนน้ำ การเดินขาเดียว และเล่าความรู้สึกแลกเปลี่ยนกัน ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้โปรแกรมทฤษฎีแรงจูงใจ พบว่าพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองแตกต่าง

จากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05, 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุม

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 1.30, 95% CI=0.56 ถึง 2.04; p-value=0.001) และ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 1.20, 95% CI=0.78 ถึง 1.62; p-value <0.001) ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงของคะแนนที่เพิ่มขึ้นนั้น เกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมประกอบไปด้วย การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท่า การอภิปรายสรุปผลโดยเน้นผลดีในการปฏิบัติตัว และประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬามาส ชุมทอง และวิทยา จันตุ⁷ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยายการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกชนิดอาหารที่ถูกต้องและในปริมาณที่เหมาะสม การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรสที่เหมาะสม การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย การให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 1.37, 95% CI=0.74 ถึง 1.99; p-value<0.001) และ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 1.33, 95% CI=1.02 ถึง 1.65; p-value<0.001) ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงของคะแนนที่เพิ่มขึ้นนั้น เกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมประกอบไปด้วย การประเมินเผชิญปัญหาโดยการอภิปรายกลุ่มให้แต่ละกลุ่มเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการดูแลเท้า กิจกรรมความคาดหวังของฉันทน์ โดยให้แต่ละคนเขียนบัตรคำความคาดหวังของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรี สุรัตน์ และคณะ¹² ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมทฤษฎีแรงจูงใจต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วยกิจกรรมความคาดหวังของฉันทน์ เป็นกิจกรรมเล่าประสบการณ์ส่วนบุคคลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่ได้ และถอดบทเรียนความคาดหวังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้โปรแกรมทฤษฎีแรงจูงใจ พบว่าพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05, 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุม

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท่า จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท่า มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(Mean diff 7.47, 95% CI=5.63 ถึง 9.30; p-value <0.001) และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 6.80, 95% CI= 5.28 ถึง 8.31; p-value<0.001) ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงของคะแนนที่เพิ่มขึ้นนั้น เกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากผู้วิจัย ซึ่งกิจกรรมประกอบไปด้วย การสาธิตและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลเท้า และการนวดเท้าด้วย“นวัตกรรมสะพานนวดเท้า” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ สถิตเสถียร¹¹ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วยกิจกรรม “การดูแลเท้า เรารู้ เราทำได้” ให้ผู้ป่วยเรียนรู้การดูแลเท้าจากตัวแบบที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่เคยมีแผลที่เท้า การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลเท้า ได้แก่ การตรวจเท้า การทำความสะอาดเท้า การเลือกรองเท้า การบริหารเท้า และการสาธิตการดูแลเท้า ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลเท้า เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถิติ (Mean diff 14.37, 95% CI=8.46 ถึง 20.27; p-value<0.001) และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 13.67, 95% CI= 10.39 ถึง 16.94; p-value<0.001) ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลงนั้น เกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากผู้วิจัย โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับความรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ความรู้ในการดูแลตนเอง การเลือกรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ทำให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จึงทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Morowatisharifabad A.M. et al. (2021)¹³ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายและสรีรวิทยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ สร้างการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ด้วยการฉายวีดิทัศน์และแผนภาพตัวอย่างของการไม่ออกกำลังกาย การให้ความรู้และกระตุ้นการออกกำลังกาย และการอภิปรายกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ระดับการออกกำลังกายในกลุ่มทดลองสูงขึ้น (p<0.02) ปริมาณ HA1C ในกลุ่มทดลองมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ระดับอาการชาที่เท้า จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับอาการชาที่เท้า น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทาง (Mean diff 0.93, 95% CI= 0.44 ถึง 1.43; p-value<0.001) และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับอาการชาที่เท้า น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 1.03, 95% CI=0.80 ถึง 1.26; p-value<0.001) ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยระดับอาการชาที่เท้าที่ลดลงนั้น เกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากผู้วิจัย โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ความรู้ในการดูแลตนเอง การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยนวัตกรรมสะพานนวดเท้า ทำให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้มีระดับอาการชาที่เท้าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นาเดีย รอนิง และคณะ¹⁴ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมในการดูแลเท้า สุขภาพเท้าและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุผู้มีโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะ การดูแลเท้า การตรวจเท้า การติดตามการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและมีการติดตามเยี่ยม ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลเท้า สุขภาพเท้า และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนระยะควบคุม หลังระยะควบคุม และหลังระยะทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลเท้าสูงกว่าก่อนระยะ

ควบคุมและหลังระยะควบคุม ค่าเฉลี่ยสุขภาพเท้าหลังระยะทดลองสูงกว่าก่อนระยะควบคุมและหลังระยะควบคุม และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังระยะทดลองต่ำกว่าก่อนระยะควบคุมและหลังระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับอาการชาที่เท้า น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

4. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้านี้สามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้สถานการณ์บทบาทสมมติด้วยการเดินขาเดียว เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ความสนใจและตระหนักถึงปัญหาของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้ามากขึ้น

2. การใช้ “นวัตกรรมสะพานนวดเท้า” มาช่วยในการฝึกปฏิบัติการนวดเท้าด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ความสนใจและเข้าใจการนวดเท้ามากขึ้น และสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลเท้าได้อย่างถูกต้อง

3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัย เพื่อให้กำลังใจในการปฏิบัติตัว ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา เป็นส่วนที่สำคัญที่จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัว และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้ามากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2565], เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29611&deptcode=>
2. International Diabetes Federation. Diabetes fact sheet. [internet]. 2021 [cited 2023 January 20]. Available from: http://www.idf.org/webdata/docs/background_info_AFR.pdf.
3. International Diabetes Federation. The Diabetic Foot 2019 [internet]. 2019 [cited 2023 January 20]. Available from: <https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/diabetic-foot.html>
4. The American Diabetes Association. Microvascular complications and foot care: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. Diabetes care. [internet]. 2019 (cited 2023 January 31); 42(Supplement 1): S124-S38. Available from: <https://doi.org/10.2337/dc19-S011>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา Health Data Center [HDC]. สรุปผลการดำเนินงานสาขาโรคไม่ติดต่อ ปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2565], เข้าถึงได้จาก <https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/main/search.php?search=การตรวจภาวะแทรกซ้อน>

6. คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิระชะเลียง. รายงานการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ประจำปี 2565. จังหวัดนครราชสีมา; 2565
7. จุฑามาส ชุมทอง, วิทยา จันต. ผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564: 39 (1): 39-48
8. เปรมทิพย์ คงพันธ์. ผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์. ฉะเชิงเทรา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์, 2559.
9. Rogers, R. W. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change, A revised theory of Protection Motivation. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.). Social Psychology: 1983 A sourcebook (153-176). New York: Guilford
10. House, J.S. Work Stress and Social Support. California: Addison Wesley Publishing, 1981
11. สิริรัตน์ สกิตเสถียร. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2560.
12. สุนทรี สุรัตน์, กิตติ ศศิวิมลลักษณ์, ณรงค์เดช วิชัยรัมย์, ภัทราภรณ์ สอนคำมี. ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมทฤษฎีแรงจูงใจต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2561: 25(3), 11-19
13. Morowatisharifabad, M.A., Asadpour, M., Zakeri, M.A., & Abdolkarimi, M. The Effect of Integrated Intervention Based on Protection Motivation Theory and Implementation Intention to Promote Physical Activity and Physiological Indicators of Patients with Type 2 Diabetes. BioMed Research International. [internet]. 2021 [2023 January 20]; 1-8. Available from: <https://doi.org/10.1155/2021/6637656>
14. นาเดีย รอนิง, ขนิษฐา นาคะ, ทิพนาส ชินวงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลเท้าสุขภาพเท้าและระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2564: 41(1): 74-87

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเขน จังหวัดนนทบุรี

รักนิรันดร์ เครือประเสริฐ¹ มณฑา เก่งการพานิช^{2*} อลงกรณ์ เปกาสิทธิ์³

¹นักศึกษาลัทธิศาสตร์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

²รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³อาจารย์ ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเขน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โดยประยุกต์กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไป จำนวน 250 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีหลายขั้นตอน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ได้แก่ สถิติไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ

ผลการศึกษา พบผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.8 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ลักษณะพื้นบ้านถิ่น ($p = 0.003$) ประวัติการล้ม ($p = 0.017$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ($p = 0.047$) ทุกปัจจัยสามารถร่วมกับอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 25.1 (Nagelkerke R Square = 0.251, $p < 0.001$) และผลการพยากรณ์ของแบบจำลองโดยรวมถูกต้องเท่ากับร้อยละ 72.4 ดังนั้น หน่วยบริการสุขภาพควรมีบริการตรวจประเมินภาวะหกล้มให้กับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ จัดอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มแก่ผู้สูงอายุ โดยให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งแนะนำให้ระมัดระวังจุดเสี่ยงที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม และควรจัดให้มีการพัฒนาศักยภาพ และทักษะให้กับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสาธารณสุข และแกนนำชุมชนในการเข้าไปดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันการ/ การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ/ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/ การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน

The Predictive Factors Associated with Fall Prevention Behavior of Elderly People in Bang Khen Subdistrict Health Promoting Hospital Area, Nonthaburi Province

Ruknirun Krearprasert¹ Mondha Kengganpanich^{2*} Alongkorn Pekale³

¹Master of Science (Public Health) Program in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Mahidol University

^{2*}Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Mahidol University

³Lecturer, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

The increasing incidence of falls among the elderly in Thailand is a significant public health problem. This cross-sectional survey study aimed at identifying the predictive factors associated with falls prevention behavior among the elderly in the Bang Khen Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang District, Nonthaburi Province. The health belief model was applied as a framework for the study. The sample included 250 elderly individuals aged 60 years and over, selected by a multi-stage random sampling method. Data were collected by interviews from October to November 2022. The statistical analysis used to determine the correlation between variables included chi-square, Pearson's correlation coefficient, and binary logistic regression analysis.

The study found that the fall prevention behavior of elderly was mostly high level, 50.8 percent and statistically significance of three predictors ($p < 0.05$) of the preventive behavior against falls in older adults. These predictors included smooth flooring characteristics ($p = 0.003$), history of falls ($p = 0.017$), and perception of fall risk ($p = 0.047$). All of these factors contribute to explaining the variability of preventive behavior against falls in older adults by 25.1% (Nagelkerke R Square = 0.251, $p < 0.001$), and the overall predictive accuracy of the model was 72.4%. Therefore, healthcare units should provide fall assessment services to elderly individuals, conduct training to modify preventive behaviors related to falls among the elderly, promoting awareness of fall risk and give advice on being caution of risk areas. Furthermore, the capacity and skills development of healthcare personnel and community leaders involved in caring for the elderly in the area should be enhanced.

Keywords: Prevention behavior/ Fall of the elderly/ Health beliefs model/ Daily life behavior

*Corresponding author: Mondha Kengganpanich, E-mail: mondha.ken@mahidol.ac.th, Tel: 089-777- 7043

Received: May 1, 2023/ Revised: May 19, 2023/ Accepted: June 2, 2023

บทนำ

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบ 2.1 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593¹ สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย ในปี พ.ศ.2565 ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์หรือมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าอัตราผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 31.4 ในปี พ.ศ. 2583² จากแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและพัฒนาการตามวัยของผู้สูงอายุที่เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เสื่อมถอยลง เสี่ยงความสมดุลในการทรงตัว จึงเกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่ายิ่งอายุมาก ความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มก็มากขึ้นด้วย และในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาจากสาเหตุพลัดตกหกล้มในอัตรา 555 ต่อแสนประชากร³ ซึ่งการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นพบได้ทั้งอาการฟกช้ำ แผลถลอก กระดูกหัก ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต⁴ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เกิดภาวะพึ่งพิง และการดำเนินกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ลดลงไปด้วย⁵

จากสถานการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่าเขตพื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น คือ เขตสุขภาพที่ 4 โดยเพิ่มขึ้นจาก 5.5 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2559 เป็น 10.0 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2562 จังหวัดนนทบุรี มีอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นมากถึง 4 เท่า จากอัตราการเสียชีวิต 1.6 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 5.6 ในปี พ.ศ. 2562⁶

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัยหลัก⁷ ได้แก่ 1) ปัจจัยภายใน (Internal Factors) เช่น เพศ อายุ⁸ การมองเห็น ดัชนีมวลกาย การทรงตัว⁹ เป็นต้น 2) ปัจจัยภายนอก (External Factors) เช่น ลักษณะที่อยู่อาศัย⁹ ลักษณะพื้นรอบบ้าน⁸ แสงสว่างไม่เพียงพอ¹⁰ และ 3) ปัจจัยส่งเสริม เช่น โรคประจำตัว⁸ ภาวะสุขภาพ⁹ การใช้ยา⁸ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้¹¹ เป็นต้น สถานที่พลัดตกหกล้มพบในบ้าน ร้อยละ 40.2 สาเหตุของการหกล้มบ่อยที่สุดคือสะดุดวัตถุสิ่งของ ร้อยละ 33.6 รองลงมาคือ พื้นลื่น ร้อยละ 30.7¹² มาตรการหรือแนวทางปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักให้กับบุคคลในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว 2) การประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มในผู้สูงอายุทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางสังคมและ 3) การออกแบบและการจัดการที่เหมาะสมกับบริบทในแต่ละชุมชนเพื่อป้องกันการหกล้ม¹³ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่ามีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Beliefs Model) ของ Rosenstock¹⁴ ไปประยุกต์ใช้ในการศึกษา และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันพลัดตกหกล้มมีความแตกต่างกันตามพื้นที่หรือบริบททางสังคม¹⁵ อีกทั้งยังมีปัจจัยกระตุ้น (Cues to action) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ตามกรอบแนวคิด ซึ่งทั้ง 2 องค์ประกอบเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยกระตุ้นหรือส่งเสริมให้เกิดการกระทำพฤติกรรมมากขึ้น ชุมชนที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเขน อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี มีลักษณะสังคมเป็นสังคมเมืองและกึ่งเมือง ซึ่งมีความเชื่อและการรับรู้เรื่องสุขภาพที่มีความแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตพื้นที่ให้บริการมีจำนวนมากถึง 3,721 คน และมีผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจำนวน 22 คน¹⁶ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์และปัจจัยโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock¹⁴ ในการเข้าใจพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและจัดการบริการทางสุขภาพได้เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเขน จังหวัดนนทบุรี โดยแบ่งปัจจัยเป็น 3 กลุ่มดังนี้

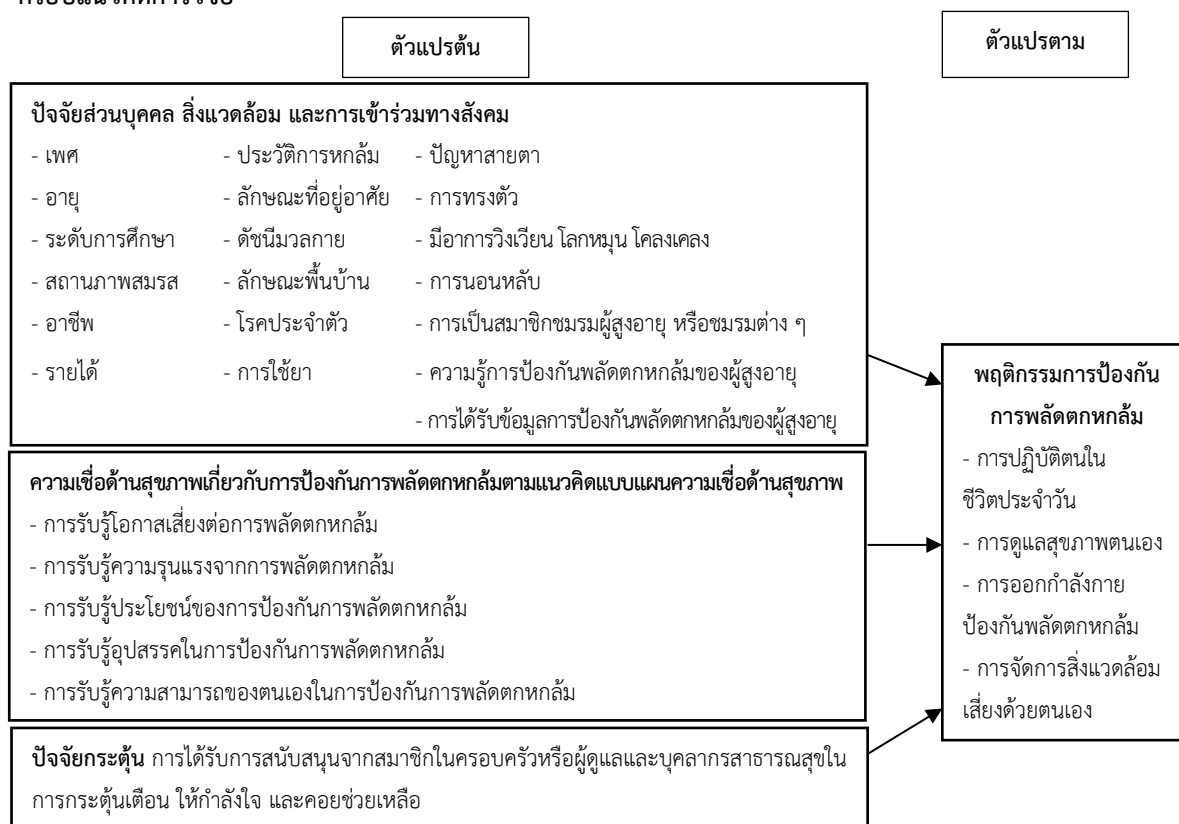
1. ปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และการเข้าร่วมทางสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ

สมรส อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การใช้จ่าย ปัญหาสายตา การทรงตัว มีอาการวิงเวียน โลกหมุน โคลงเคลง การนอนหลับ ลักษณะที่อยู่อาศัย ลักษณะพื้นบ้าน ประวัติการหกล้ม การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือชมรมต่าง ๆ ความรู้ และการได้รับข้อมูลการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

2. ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงจากการพลัดตกหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

3. ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุขในการกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลือ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) ทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเขน จังหวัดนนทบุรี จำนวน 3,721 คน¹⁷ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel¹⁸ ซึ่งประชากรผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเขน มีจำนวน 3,721 คน ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ $\alpha/2 = 0.025$, $Z = 1.96$ ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ 0.05 และค่าสัดส่วนของพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ใช้ ค่าสัดส่วนจาก

ผลการศึกษาของ สุนันทา ผ่องแผ้ว¹⁹ ค่า $p = 0.79$ และได้คำนวณขนาดเพิ่มตัวอย่างร้อยละ 5 เพื่อทดแทนตัวอย่างที่อาจทำให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ครบถ้วน ตามการศึกษาของณัฐชา พวงทอง²⁰ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 252 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ดังนี้ 1) ประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเขนอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อาศัยอยู่ใน 5 หมู่บ้าน 2) จัดกลุ่มหมู่บ้านตามจำนวนของประชากรผู้สูงอายุเป็นขนาดเล็ก ไม่เกิน 100 คน ขนาดกลาง 100 - 499 คน และขนาดใหญ่ 500 คน ขึ้นไป 3) หมู่บ้านขนาดเล็กมีหมู่เดียว คือ หมู่ 4 จึงเลือกแบบเฉพาะเจาะจง หมู่บ้านขนาดกลางและขนาดใหญ่มีกลุ่มละ 2 หมู่บ้าน จึงใช้วิธีการจับสลาก หมู่บ้านขนาดกลาง ได้หมู่ 5 และขนาดใหญ่ ได้หมู่ 7 4) คำนวณสัดส่วนตามขนาดประชากร (Probability Proportional to Size: PPS) 5) สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) จากบัญชีหลังคาเรือน ที่มีเฉพาะผู้สูงอายุและทะเบียนผู้สูงอายุ และ 6) กรณีไม่ได้กลุ่มตัวอย่างจากหลังคาเรือนที่เลือก ให้นับหลังคาเรือนที่มีผู้สูงอายุ ถัดไป 1 ลำดับ จนกว่าจะได้ครบตามจำนวนขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งได้มาจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และการเข้าร่วมทางสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การใช้จ่าย ปัญหาสายตา การทรงตัว มีอาการวิงเวียน โภชนาการ โคลงเคลง การนอนหลับ ลักษณะที่อยู่อาศัย ลักษณะพื้นบ้าน ประวัติการหกล้ม และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือชมรมต่าง ๆ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นเติมข้อความและคำถามปลายปิดในลักษณะเลือกตอบ จำนวน 17 ข้อ และด้านการประเมินความรู้ จำนวน 9 ข้อ และการได้รับข้อมูลการป้องกันลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการลัดตกหกล้ม ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้ 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการลัดตกหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงจากการลัดตกหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการลัดตกหกล้ม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการลัดตกหกล้ม และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการลัดตกหกล้ม จำนวนทั้งหมด 42 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Rating Scales) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย แบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom²¹ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีการรับรู้ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุขในการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านอุปกรณ์ ในการช่วยเหลือ การให้บริการด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านการประเมิน แบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom²¹ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การได้รับการสนับสนุนในระดับน้อย ปานกลาง และมาก

ส่วนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพตนเอง การออกกำลังกายป้องกันการลัดตกหกล้ม และการจัดการสิ่งแวดล้อมเสี่ยงด้วยตนเอง การแบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom²¹ แบ่งเป็น 3 ระดับ จากนั้นปรับให้เป็น 2 ระดับโดยรวมระดับปรับปรุง และปานกลางเข้าด้วยกันเป็นระดับปรับปรุง และระดับดี

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือโดยอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) รายข้อ (I-CVI) และทั้งฉบับ (S-CVI) โดยมีเกณฑ์ที่ยอมรับค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป²² และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของความรู้ตามวิธี Kuder-Richardson (KR-20) มีเกณฑ์ที่ยอมรับ ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป²³ และวิเคราะห์ความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's

alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับที่ 0.7 ขึ้นไป ของข้อคำถามการได้รับข้อมูลการป้องกันพลัดตกหกล้ม ได้เท่ากับ 0.79 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ได้เท่ากับ 0.71 การรับรู้ความรุนแรงจากการพลัดตกหกล้ม ได้เท่ากับ 0.79 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันพลัดตกหกล้ม ได้เท่ากับ 0.79 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันพลัดตกหกล้ม ได้เท่ากับ 0.77 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันพลัดตกหกล้ม ได้เท่ากับ 0.73 และปัจจัยกระตุ้นจากการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข ได้เท่ากับ 0.88

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2022-101 ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2565

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จำนวน 10 คน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข 7 คน และแกนนำชุมชน 3 คน ที่ผ่านการฝึกอบรมการเป็นผู้สัมภาษณ์และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูล กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ 3 หมู่ ได้มีการขออนุญาตจากนายกเทศมนตรีเทศบาลนครนนทบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเขน และแกนนำชุมชนเพื่อทำการลงเก็บข้อมูล รวมทั้งได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตทำการสัมภาษณ์ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20 นาทีต่อคน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐานและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยต่างๆ และพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยมีการทดสอบการกระจายแบบปกติ (Normality Test) เพื่อตรวจสอบเงื่อนไขก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test (K-S Test) และทำการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary logistic regression analysis) เพื่อทำนายการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยตรวจความสัมพันธ์กันของตัวแปรต้น (Multicollinearity test) ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่ามีค่า r ไม่เกิน 0.8 พิจารณาค่า Adjusted odds ratio และ ค่า Nagelkerke R Square ในการอธิบายความแปรปรวน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 252 คน หากแต่มี 2 คนตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงได้ตัดออกจากการวิเคราะห์ผล ทั้งนี้เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และการเข้าร่วมทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างสูงอายุ พบส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.6 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 60.4 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 76.4 สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 76.4 ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 63.2 และไม่มีรายได้ ร้อยละ 58.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.6 เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง ร้อยละ 57.9 ไข้หวัดเป็นประจำ ร้อยละ 65.2 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.5 มีปัญหาสายตามองเห็นไม่ชัด ร้อยละ 54.9 สายตาสั้น ยาว หรือตาต้อ ร้อยละ 43.5 ไม่มีปัญหาการทรงตัว ร้อยละ 64.8 มีปัญหาการทรงตัวเป็นประจำ ร้อยละ 20.8 ไม่มีอาการอาการวิงเวียน โลกหมุน โคลงเคลง ร้อยละ 60.0 และมีอาการอาการวิงเวียน โลกหมุน โคลงเคลง ร้อยละ 40.0 นอนหลับมากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 63.2 ไม่เคยล้ม ร้อยละ 73.6 ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือชมรมต่าง ๆ ร้อยละ 97.6 น้ำหนักเกินหรืออ้วน ร้อยละ 54.0 ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้าน 2 ชั้น ร้อยละ 54.0 ลักษณะบ้านมีพื้นที่ต่างระดับ ร้อยละ 66.0 ไม่มีพื้นที่ลาดชัน ร้อยละ 65.2 และมีระดับ

ความรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มระดับสูง ร้อยละ 83.6 และได้รับข้อมูลการป้องกันการพลัดตกหกล้มระดับต่ำ ร้อยละ 87.6

พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

พบว่ากลุ่มตัวอย่างสูงอายุมีพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.8 และส่วนมากมีพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มด้านการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่ค่อย ๆ ลุกขึ้นยืนหรือนั่งด้วยความระมัดระวังทุกวัน ร้อยละ 42.0 การดูแลสุขภาพตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุนอนหลับพักผ่อน รวมทั้งหลับระยะสั้นในช่วงเวลากลางวันได้วันละ 6 - 8 ชั่วโมงทุกวัน ร้อยละ 46.7 การออกกำลังกายส่วนมากออกกำลังกายโดยการเดินทุกวัน ร้อยละ 52.0 และการจัดการสิ่งแวดล้อมเสี่ยงด้วยตนเอง พบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทำการเช็ดพื้นเปียกทันทีเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 68.4

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

พบว่ากลุ่มตัวอย่างสูงอายุส่วนมากมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในระดับสูง ร้อยละ 97.6 การรับรู้ความรุนแรงจากการพลัดตกหกล้มในระดับสูง ร้อยละ 78.8 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับสูง ร้อยละ 96.0 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับต่ำ ร้อยละ 91.6 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับสูง ร้อยละ 97.6

ปัจจัยกระตุ้นการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีระดับการสนับสนุนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับต่ำ ร้อยละ 73.6

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อาชีพ รายได้ มีอาการวิงเวียน โคลงเคลง ลักษณะพื้นบ้านลื่น ประวัติการล้ม และความรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นจะมีพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มมากขึ้น ในขณะที่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การใช้ยา ปัญหาสายตา ปัญหาการทรงตัว การนอนหลับ ลักษณะที่อยู่อาศัย ลักษณะพื้นบ้านต่างระดับ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือชมรมต่าง ๆ กับพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม			χ^2/r	df	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
อาชีพ				18.379	4	0.001
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15 (9.5)	48 (30.4)	95 (60.1)			
รับจ้าง	2 (5.3)	23 (60.5)	13 (34.2)			
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/ข้าราชการบำนาญ/อื่น ๆ	7 (13.0)	28 (51.9)	19 (35.2)			
รายได้				18.555	2	<0.001
ไม่มีรายได้	17 (11.7)	41 (28.3)	87 (60.0)			
มีรายได้	7 (6.7)	58 (55.2)	40 (38.1)			
มีอาการวิงเวียน โคลงเคลง				7.341	2	0.025
ไม่มีอาการ	19 (12.7)	64 (42.7)	67 (44.7)			
มีอาการ	5 (5.0)	35 (35.0)	60 (60.0)			

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการป้องกันการ พลัดตกหกล้ม			χ^2/r	df	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ลักษณะพื้นบ้าน						
มีพื้นลื่น	8 (9.2)	22 (25.3)	57 (65.5)			
ไม่มีพื้นลื่น	16 (9.8)	77 (47.2)	70 (42.9)			
ประวัติการล้ม				12.166	2	0.002
เคยล้ม	4 (6.1)	38 (57.6)	24 (36.4)			
ไม่เคยล้ม	20 (10.9)	61 (33.2)	103 (56.0)			
ความรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้ม				r = 0.257		<0.001

2.2 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม พบว่าปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม พบว่า มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยหรือต่ำ การรับรู้ความรุนแรงจากการพลัดตกหกล้ม มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยมาก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยหรือต่ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยมาก ในขณะที่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการพลัดตกหกล้มไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ($p > 0.05$) และการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยมาก เช่นเดียวกับการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขที่พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบและอยู่ในระดับน้อยหรือต่ำ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

ปัจจัยตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ	r	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	0.250	< 0.001
การรับรู้ความรุนแรงจากการพลัดตกหกล้ม	0.140	0.026
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	0.261	< 0.001
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	- 0.080	0.205
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	0.147	0.020
การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล	- 0.180	0.004
การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข	- 0.271	< 0.001
ปัจจัยตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	0.145	0.022

2.3 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันพลัดตกหกล้มโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary Logistic Regression) จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันพลัดตกหกล้ม จึงได้นำมาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ เพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ โดยนำเข้าตัวแปรต่าง ๆ ที่พบความสัมพันธ์อย่างมีระดับนัยสำคัญ < 0.05 มาทำนายทั้งหมด พบตัวแปรที่เข้าตามเกณฑ์ 12 ตัวแปร นำเสนอด้วยค่า Adjusted odds ratio และค่า Nagelkerke R Square พบปัจจัยที่มีความสามารถในการร่วมกัน

ทำนายพฤติกรรมการป้องกันพลัดตกหกล้ม มีทั้งหมด 3 ปัจจัย คือ ลักษณะพื้นบ้านลื่น กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีพื้นบ้านลื่น มีโอกาสในการมีพฤติกรรมการป้องกันพลัดตกหกล้มดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีพื้นลื่น 2.54 เท่า ประวัติการล้ม กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เคยล้ม มีโอกาสในการมีพฤติกรรมการป้องกันพลัดตกหกล้มดีกว่ากลุ่มที่ไม่เคยล้ม ร้อยละ 55.00 และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่รับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลางถึงระดับสูงมีโอกาสนในการเกิดพฤติกรรมการป้องกันพลัดตกหกล้ม มากกว่ากลุ่มที่รับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับต่ำ 1.21 เท่า ปัจจัยทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกับอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 25.1 และผลการพยากรณ์ของแบบจำลองโดยรวมถูกต้อง เท่ากับร้อยละ 72.4 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสามารถในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันพลัดตกหกล้ม

ปัจจัย	กลุ่มที่จัดเป็นฐาน เปรียบเทียบ (Ref.)	B	Adjust OR	95% CI Lower - Upper	p - value
ลักษณะพื้นบ้านลื่น	ไม่มีพื้นลื่น	0.933	2.542	1.366 – 4.730	0.003
ประวัติการล้ม	ไม่เคยล้ม	-0.802	0.448	0.233 – 0.864	0.017
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	การรับรู้โอกาสเสี่ยง ในระดับต่ำ	0.194	1.214	1.003 – 1.470	0.047

Nagelkerke R Square = 0.251, $p < 0.001$

Overall Percentage = 72.4%

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าการมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.8 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ตวงรัตน์ อัครานัน และคณะ²⁴ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.07, S.D.=0.391) และสุนันทา ผ่องแผ้ว¹⁹ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.0 และพบว่าผู้สูงอายุได้รับข้อมูลการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับสูง ร้อยละ 52.4 ขณะเดียวกันผู้สูงอายุมีความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.1 สอดคล้องกับ กมลรัตน์ กิตติพิพานนท์ และผจงจิต ไกรถาวร²⁵ ได้อธิบายว่าผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มในระดับดี การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมและความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับสูง ถึงแม้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะน้อย ทั้งนี้เป็นสภาพความจริงในสังคมกึ่งเมืองที่ผู้สูงอายุต้องช่วยเหลือและพึ่งตนเองมากขึ้น และส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากกระแสสังคมปัจจุบันที่เป็นสังคมผู้สูงอายุทำให้มีการสื่อสารและกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในเรื่องนี้อย่างจริงจังโดยผ่านสื่อโทรทัศน์ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าถึง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์ด้วยการควบคุมปัจจัยต่างๆ จะเห็นได้ว่า พบปัจจัยร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ 3 ปัจจัยด้วยกัน คือ

1) **ลักษณะพื้นบ้านลื่น** พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านที่มีพื้นลื่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ($\chi^2 = 12.615$, $p = 0.002$) อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีพื้นลื่น 2.54 เท่า (Adjust OR = 2.542, 95% CI = 1.366 – 4.730, $p = 0.003$) จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีพื้นบ้านลื่นมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับสูง ร้อยละ 65.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ มุทิตา มุสิกการกุล²⁶ ที่พบว่า ลักษณะพื้นผิวภายในบ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ($p < 0.01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกวรรณ เมืองศิริ

นิภา มหารัษฎพงศ์ และยุวดี รอดจากภัย²⁷ พบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุ เดินแล้วลื่น ร้อยละ 78.0 การศึกษาของ ณัฐชยา พวงทอง²⁰ พบว่าสภาพความปลอดภัยของที่อยู่อาศัยทั้งสิ่งแวดล้อมภายใน และภายนอก เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีพื้นบ้านลื่นเคยหกล้ม ร้อยละ 31.8 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 35.2 และมีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 44.9 จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในที่อยู่อาศัยที่มีพื้นลื่นจำนวนมากมีประสบการณ์การเคยหกล้ม มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากประสบการณ์พลัดตกหกล้มที่ผ่านมา ทำให้เกิดความรู้สึกตระวังและสามารถจัดการความเสี่ยงได้ดีกว่า สำนักอนามัยและสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย²⁸ ได้แนะนำว่าพื้นบ้านและพื้นห้องน้ำ ควรเป็นวัสดุที่ไม่ลื่น ในส่วนของห้องน้ำควรแยกส่วนแห้งและส่วนเปียก ดังนั้นการปรับสภาพแวดล้อมให้ลดความเสี่ยงมากที่สุดจึงเป็นสิ่งจำเป็น อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนสภาพพื้นบ้านลื่นเป็นสิ่งแวดล้อมที่อาจเปลี่ยนแปลงยาก เนื่องจากต้องใช้ค่าใช้จ่าย ซึ่งเกี่ยวข้องกับเศรษฐฐานะ ดังนั้นการสร้างความรู้ความตระหนักเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความระมัดระวังมากขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นแนวทางหนึ่งของผู้สูงอายุในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

2) ประวัติการล้ม พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ($\chi^2 = 12.166$, $p = 0.002$) และกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีประวัติการล้มมีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติการล้ม ร้อยละ 55.5 (Adjust OR 0.448, 95% CI = 0.233 – 0.864, $p = 0.017$) จากการศึกษาของ สุนันทา ผ่องแผ้ว¹⁹ พบว่า การพลัดตกหกล้ม นอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายแล้วยังกระทบต่อสภาพจิตใจ โดยผู้ที่เคยล้มอาจทำให้สูญเสียความมั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวันเพราะกลัวการพลัดตกหกล้มซ้ำ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติการล้มแตกต่างกันส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มที่แตกต่างกัน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เคยล้มรับรู้ถึงผลกระทบต่อร่างกายทำให้เกิดความกลัวการหกล้มซ้ำ จึงมีความระมัดระวังและมีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มดีกว่ากลุ่มที่ไม่เคยล้ม แต่ประวัติการล้มไม่ได้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพได้ทั้งหมด ทั้งนี้ควรพิจารณาถึงข้อจำกัดทางสุขภาพที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ร่วมด้วย เช่น การมีโรคประจำตัว ความเสื่อมของร่างกาย การมองเห็นหรือมีความจำเป็นต้องใช้ยา ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุทั้งที่เคยและไม่เคยล้ม ได้รับข้อมูลการป้องกันการพลัดตกหกล้มระดับสูงกว่าร้อยละ 80.0 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกัน หากแต่ด้วยประสบการณ์ที่ต่างกันทำให้เกิดความตระหนัก ความระมัดระวังและการมีพฤติกรรมความปลอดภัยเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มจึงแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทา เขตเจริญ²⁹ พบระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มจากปัจจัยประวัติหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ($p < 0.001$) หากแต่การศึกษาของนภาพร เวสสุกรรม และ ประทีป กาลเข้³⁰ กลับไม่พบความสัมพันธ์ ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการล้มและการได้รับข้อมูลข่าวสาร นอกจากนี้ยังพบว่าประวัติการล้มมีความสัมพันธ์กับการได้รับข้อมูลการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($\chi^2 = 7.412$, $p = 0.025$)

3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ($r = 0.145$, $p = 0.022$) อีกทั้งยังมีโอกาสในการเกิดพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มมากกว่ากลุ่มที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำ 1.21 เท่า (Adjust OR = 1.214, 95% CI = 1.003 – 1.470, $p = 0.047$) จากการศึกษาตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่มีการศึกษาการรับรู้ในหลายด้าน หากแต่เมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ กลับพบเพียงปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายได้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่รับรู้โอกาสเสี่ยงมีความรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.6 และมีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 99.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัตสร บุญภิธวง กิตติวรรณ จันทฤทธิ์ และธนกร ธนวัฒน์³¹ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 29.0 ($p < 0.001$, $F = 60.32$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐชยา พวงทอง²⁰ พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้มไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ($p > 0.05$) ซึ่งความแตกต่างกันนี้เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญปัจจัยอื่นๆ สังคมและบริบทที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในยุคปัจจุบันการดำรงชีวิตมีการ

เปลี่ยนแปลงมากขึ้น จากการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนมากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง เช่น ที่อยู่อาศัยมีพื้นลื่นซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่แก้ไขได้ยาก อีกทั้งยังมีประสบการณ์การหกล้ม เหล่านี้ส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากขึ้น สอดคล้องกับกับแนวคิดของ Stretcher & Rosenstock³² ที่ว่าเมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรค จะมีแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่จะป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น มีแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่จะป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อการดำเนินงานสาธารณสุข

1.1 หน่วยบริการสุขภาพ ควรที่จะ 1) มีบริการตรวจประเมินปัจจัยเสี่ยงและคัดกรองภาวะหกล้มให้กับผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการ เช่น โรคประจำตัว การประเมินค่าสายตา ประวัติการล้ม เป็นต้น 2) การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และด้านสังคม ควรตรวจสอบลักษณะการอยู่อาศัย เพื่อให้ครอบครัวและผู้สูงอายุรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนและวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุและให้มีพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม และ 3) ควรจัดอบรมหรือ พัฒนาศักยภาพ เสริมพลัง และทักษะการพูดคุยสื่อสารให้กับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสาธารณสุข และแกนนำชุมชนในการเข้าไปดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ และมีแผนการออกเยี่ยมติดตามอย่างสม่ำเสมอ

1.2 หน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรมสวัสดิการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรให้การสนับสนุนงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการส่งเสริมการป้องกันการพลัดตกหกล้มให้เพียงพอและเข้าถึงได้ง่ายกับทุกครัวเรือนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ รวมทั้งปรับปรุงบ้านผู้สูงอายุและพื้นที่สาธารณะให้มีความปลอดภัย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบในบริบทของพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันเช่น ในชุมชนเมือง กึ่งเมืองและชนบท เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใชวางแผนการออกแบบกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่

2.2 ควรศึกษาและพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และการออกกำลังกายเพื่อให้มีแนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยงและผู้สูงอายุทั่วไปได้อย่างเหมาะสม

2.3 ควรทำการศึกษาสื่อและแพลตฟอร์มที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้มีการเข้าถึงง่ายและมีประสิทธิภาพในการเรียนรู้ และสามารถนำไปส่งเสริมและเผยแพร่ได้ในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. [อินเทอร์เน็ต]. France; 2007. [cited 2021 November 15]. Available from: http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/index.html
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2563. นครปฐม: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2563.
3. กระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/ill_2020_full_27092021%20v2.pdf
4. กรมควบคุมโรค, กองป้องกันการบาดเจ็บ. [อินเทอร์เน็ต]. สังคมสูงวัยใส่ใจพลัดตกหกล้ม; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1157520210624083452.pdf>
5. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. ยากันล้ม คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2558.

6. กรมควบคุมโรค, กองป้องกันการบาดเจ็บ. [อินเทอร์เน็ต]. ตารางแสดงจำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรแสนคน จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2559-2563. 2564, [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1662820210118045737.pdf>
7. เยาวลักษณ์ คุ้มขวัญ, อภิรติ คำเงิน, อุษณีย์ วรรณลัย, นิพร ชัดตา. แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่บ้านในผู้สูงอายุบริบทของประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561; 28(3): 10-22.
8. อรษา ภูเจริญ, อรรถพล รอดแก้ว, จิตติริน ก้อนคง, รัตนาดี ทองบัวบาน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลหัวรอ อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก. PSRU Journal of Science and Technology. 2561; 3(2): 46-54.
9. อริสรา บุญรักษา. ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลแม่อิง อำเภอภูพาน จังหวัดพะเยา. [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2564.
10. นงนุช วงศ์สว่าง, ดนุลดา จินขาวขำ, ชลธิชา บุญศิริ, สุรินทร์ มีลาภัน, จารุณันท์ สมบูรณ์สิทธิ์, เพ็ญมาศ คำธนะ และคณะ. ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านต่อการพลัดตกหกล้มและอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ. Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2560; 10(3): 2492 – 2506.
11. Kim T, Choi SD, Xiong S. Epidemiology of fall and its socioeconomic risk factors in community-dwelling Korean elderly. PLoS ONE [Internet]. 2020; 15(6): 1-14. [cited 2021 November 15]. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234787>.
12. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563, (พิมพ์ครั้งที่ 6): สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2564.
13. กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ . แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สันทวีการพิมพ์; 2562.
14. Rosenstock IM, Stretcher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly. 1998; 15(2): 175–183.
15. อัจฉรา สารพันธ์, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา, สมบัติ อ่อนศิริ, บุญเลิศ อุทยานิก, สุพัฒน์ อีระเวชเจริญชัย และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560; 18(ฉบับพิเศษ): 216-217.
16. กระทรวงสาธารณสุข, ฐานข้อมูลสุขภาพ HDC. รายงานการประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL). [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>
17. กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูลสุขภาพ HDC สรุปจำนวนข้อมูลผู้ป่วยนอก ของ รพสต. [อินเทอร์เน็ต]. 2654 [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/so_report.php.
18. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 11st Ed. John Wiley & Sons; 2018.
19. สุนันทา ผ่องแผ้ว. ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข]. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556.
20. ณัฐชา พวงทอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุทัยธานี. [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2564.
21. Bloom BS. Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals Handbook 1: Cognitive Domain. New York: David McKay Company Inc.,; 1975.
22. Polit DF, Beck CT. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. Res Nurs Health. 2006; 29: 489-497.
23. ปราณี มีหาญพงษ์, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561; 19(1): 9-15.

24. ดวงรัตน์ อัครานัน, กันธิมา ศรีหมากสุก, ธงเทพ วงษ์ศรีสังข์, ขวณพิศ ศิริไพบูลย์, อธิธิพล ดวงจินดา, ศศิกานต์ พิลาภรณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชนอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564; 14(4): 72-89.
25. กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์, ผจงจิต ไกรถาวร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการหกล้มกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2564; 27(3): 331-342.
26. มุทิตา มุสิกการยกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกาย]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2563.
27. กนกวรรณ เมืองศิริ, นิภา มหาราชพงศ์, ยุวดี รอดจากภัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. Naresuan Univ. J. Sci. Tech. 2017; 25(4): 23-33.
28. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดสภาพแวดล้อม ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ. สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
29. นันทา เขตเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสาร สุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563; 5(2): 155-165.
30. นภาพร เวสสุกรรม, ประทีป กาลเขว้า. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมและการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุตำบลหลุมข้าว อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2562; 1(1): 12-23.
31. สุภัตสร บุญกรับพวง, กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์, ธนากร ธนวัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565; 8(4): 45-55.
32. Stretcher V, Rosenstock IM. The Health Belief Model. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, eds. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

กาญจนา ศรีประเสริฐ^{1*}, มณีนรัตน์ อีระวิวัฒน์², มลีนี สมภพเจริญ², นิรัตน์ อิมามิ³

¹นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

²ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

บทคัดย่อ

การออกกำลังกายมีความสำคัญเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี จำนวน 396 คน กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยสถิติไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.1 มีอายุเฉลี่ย 36.38 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 37.6 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายพบว่า ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ได้แก่ เพศและดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 22.197, p = 0.048, X^2 = 1.823, p = 0.049$ ตามลำดับ) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.829, p < 0.001$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.530, p < 0.001$) ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.696, p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะสถานประกอบการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการสนับสนุนให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพให้แก่พนักงาน เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการออกกำลังกาย/ พนักงานบริษัท/ PRECEDE Framework

* ผู้รับผิดชอบบทความ: กาญจนา ศรีประเสริฐ, อีเมล: k.lekkys@gmail.com, โทร: 06 2046 4464

Received: 13 พฤษภาคม 2566 / Revised: 2 มิถุนายน 2566 / Accepted: 6 มิถุนายน 2566

Factors Related to The Physical Exercise Behavior of Company Employees, Chon Buri Province

Kanjana Sriprasert^{1*} Manirat Therawiwat² Nirat Imamee³ Malinee Sompopcharoen²

^{1*}Master of Science Students in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Mahidol University

²Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

³Faculty of Science and Technology, Rajabhat Rajanagarindra University

Abstract

Physical exercise is significant for health promotion. This study was a cross-sectional survey -aiming to study the factors related to physical exercise among the employees of a company in Chon Buri Province. The samples were 396 employees of the company selected by stratified sampling. Data collection was conducted using an online questionnaire. The data was analyzed by the following statistical methods: frequency, percentage, and chi-square statistics. and the Pearson correlation coefficient was used to analyze the factors related to exercise behavior.

The results found that most of the samples (61.1% of males and 38.9% of females) 45.5 percent of the samples had a body mass index of 37.6 percent at level 1 obesity. Most of the participants (74.0%) did not have concomitant diseases, while 26.0% did. Regarding the factors related to physical exercise, it was found that the demographic factors, including gender and body mass index, were significantly related to physical exercise ($X^2= 22.197$, $p=0.048$ and $X^2= 1.823$, $p=0.049$ respectively). Regarding predisposing factors, it was found that self-efficacy was significantly related to physical exercise ($r=0.829$, $p<0.001$). For the enabling factor, access to information about physical exercise and physical exercise behavior was found to correlate significantly with physical exercise ($r=0.530$, $p<0.001$). Regarding the reinforcing factor, support received about physical exercise was found to correlate significantly with physical exercise ($r=0.696$, $p<0.001$). Suggestions from the research findings that enterprises and related agencies should organize activities to promote self-efficacy on physical exercise, health information support and support for healthy exercise activities for employees in order to have good health and be able to work efficiently.

Keywords: physical exercise behavior/ company employees/ PRECEDE framework

* Corresponding author: Kanjana Sriprasert, E-mail: k.lekkys@gmail.com, Tel: 06 2046 4464

Received: May 13, 2023/ Revised: June 2, 2023 / Accepted: June 6, 2023

บทนำ

ปัจจุบันในประเทศไทยมีประชากรกลุ่มวัยทำงาน (ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป) ประมาณ 16.43 ล้านคน ที่อยู่ในระบบประกันสังคม แบ่งเป็นผู้ประกันตน ม.33 จำนวน 11.12 ล้านคน ผู้ประกันตน ม.39 จำนวน 1.80 ล้านคน และม.40 จำนวน 3.51 ล้านคน¹ ปัญหาสุขภาพของประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และขาดการออกกำลังกาย ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็งระบบสืบพันธุ์ เช่น มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม นอกจากนี้ประชากรกลุ่มวัยทำงานใช้เวลาอยู่ในที่ทำงานไม่น้อยกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทำให้หลายคนเกิดภาวะความเครียดสะสมเป็นอย่างมาก และจากข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรวัยทำงาน อายุระหว่าง 15 – 59 ปี มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และยังพบว่าคนไทยมีแนวโน้มอ้วนขึ้นอย่างชัดเจน ภาวะอ้วนส่งผลให้จำนวนสุขภาพะ ลดลง ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง มีผลต่อคุณภาพชีวิต และสูญเสียทางเศรษฐกิจ²

พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงทำให้มีสมรรถภาพทางด้านต่าง ๆ ดีขึ้น สามารถทำงานได้มากขึ้น มีประสิทธิภาพในการทำงานที่ดีขึ้น ซึ่งผลการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของคนไทยโดยกรมอนามัยพบว่า ประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 มีการออกกำลังกายต่ำกว่าเกณฑ์ และหากพิจารณาการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ใหญ่ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที ร้อยละ 22 – 24 และมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่มีการที่ออกกำลังกายเพียงพอ สอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีเพียง ร้อยละ 23.4 ทำให้สุขภาพของกลุ่มวัยทำงานอยู่ในภาวะที่น่าเป็นห่วงอย่างมากเพราะจากการสำรวจสถานการณ์สุขภาพของประชากรกลุ่มวัยทำงาน จากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการออกกำลังกายไม่เพียงพอสูงถึง ร้อยละ 57.4 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 37.5 สูบบุหรี่ ร้อยละ 19.5 และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 38.9 ซึ่งส่วนมากเป็นผลที่เกิดจากการทำงานตลอดทั้งวัน ส่งผลให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า และประชากรกลุ่มวัยทำงานมักมองข้ามการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ประสานกับฝ่ายบุคคล บริษัทแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี ที่จะทำการเก็บข้อมูล เพื่อขอศึกษาข้อมูลปัญหาสุขภาพของพนักงาน ปี 2562 พบว่า ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของพนักงาน คือ มีความเสี่ยงโรคหัวใจสูงถึงร้อยละ 23 ไชมันในเลือดสูง ร้อยละ 14 น้ำตาลในเลือด ร้อยละ 8 และพบว่า พนักงานขาดการออกกำลังกาย และมีสถานที่ออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ อุปกรณ์การออกกำลังกายไม่เพียงพอ และกิจกรรมที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายให้กับพนักงาน อย่างไรก็ตามการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายให้แก่พนักงาน จำเป็นต้องมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยกรอบแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ที่เป็นกรอบสำหรับการศึกษาหาสาเหตุและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกนำมาประยุกต์ คือ PRECEDE Framework ของ Lawrence W. Green และคณะ (1998)³ ที่มีแนวความคิดพื้นฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ทั้ง 3 กลุ่มปัจจัย จะมีความแตกต่างในการส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ซึ่งต้องทำการวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเฉพาะเพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหามาจากพฤติกรรมดังกล่าว การวิจัยนี้จึงประยุกต์ PRECEDE Framework เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นฐานข้อมูลให้บริษัทสามารถนำไปวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้แก่พนักงานได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

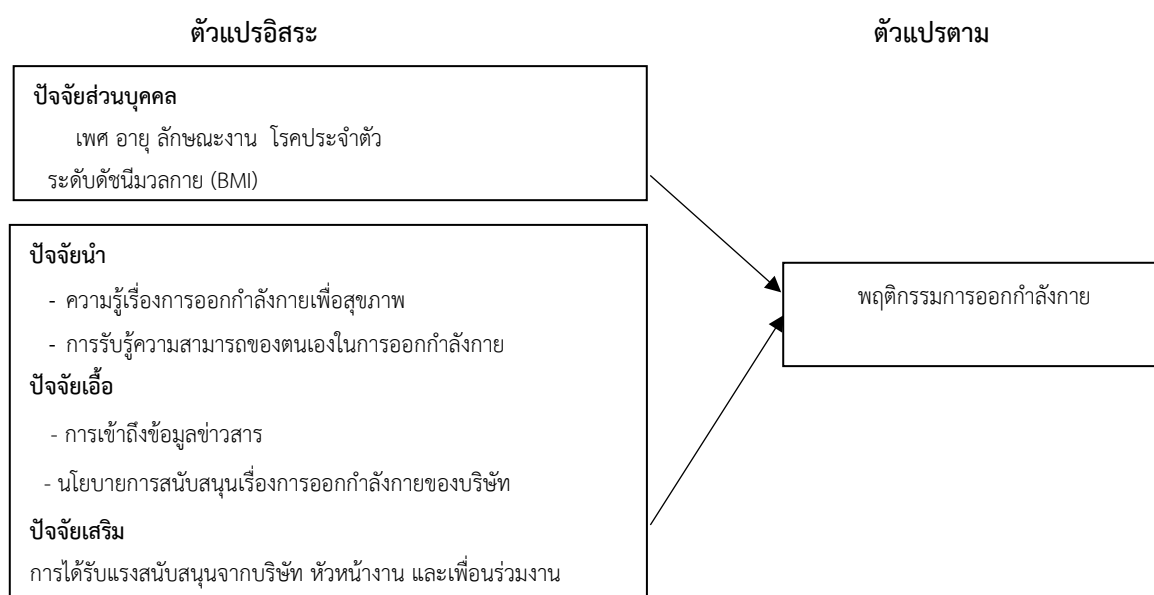
สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะงาน โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี
2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี
3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องการออกกำลังกาย นโยบายการสนับสนุนเรื่องการออกกำลังกายของบริษัท มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี
4. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบริษัท หัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ในการวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการศึกษาเฉพาะพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ระยะในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน กรกฎาคม - ตุลาคม 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

พนักงานในบริษัทแห่งหนึ่ง ประกอบด้วย พนักงานสำนักงาน และพนักงานสายการผลิต ในปี พ.ศ.2562 มีพนักงานทั้งหมดจำนวน 2,296 คน ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากฝ่ายบุคคลของบริษัทที่เข้าสำรวจข้อมูล

การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเดเนียล⁵ ดังนี้

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} P(1 - P)N}{d^2 (N - 1) + Z^2_{\alpha/2} P(1 - P)}$$

ขนาดตัวอย่างสูงสุดที่ได้จากการคำนวณ คือ 330 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้น จำนวนตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 396 คน

การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยแบ่งประชากรออกเป็นชั้นย่อยตามลักษณะที่ต้องการศึกษา ดังนี้

1. ทำการจัดลำดับรายชื่อของแต่ละกลุ่มพนักงานโดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพนักงานสำนักงาน และกลุ่มพนักงานสายการผลิต

2. หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเข้าไปในแต่ละกลุ่มเพื่อแจกแบบสอบถามโดยใช้จำนวนตามขนาดตัวอย่างเพื่อให้ได้ตามจำนวนตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ 396 คน

แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

- 1) เป็นพนักงานในบริษัทที่ศึกษา มีอายุระหว่าง 18 – 60 ปี
- 2) สามารถอ่านออก เขียนได้ และเข้าใจภาษาไทย
- 3) มีช่วงระยะเวลาการทำงานตามที่บริษัทกำหนด คือเป็นพนักงานที่ทำงานในสำนักงานตั้งแต่เวลา 08.00 น.–17.00 น. และพนักงานในสายการผลิต ที่ไม่ใช่พนักงานจ้างรายวัน
- 4) เป็นผู้ที่มีทักษะทางคอมพิวเตอร์หรือสามารถกรอกข้อมูลผ่าน Google Form ได้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย

พนักงานที่มีปัญหาสุขภาพและมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย ได้แก่ ผู้ที่มีอาการบาดเจ็บของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ยังไม่ได้ทำการรักษา และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบบออนไลน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร คำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำตอบ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงาน ลักษณะงาน โรคประจำตัว ความถี่ในการ

สุขภาพ ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาการป่วย การได้รับการตรวจสุขภาพ กีฬาที่สนใจ สถานที่ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา และความถี่ในการใช้สถานที่ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย เป็นคำถามแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบ การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน คำถามมีจำนวน 20 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 20 คะแนน และจัดเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม⁶ ดังนี้

ระดับความรู้ไม่ดี (น้อยกว่าร้อยละ 59) คะแนนระหว่าง 0-11 คะแนน

ระดับความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) คะแนนระหว่าง 12 – 15 คะแนน

ระดับความรู้ดี (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า) คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย ลักษณะการตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ มั่นใจน้อยมาก มั่นใจน้อย มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก มั่นใจมากที่สุด โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 18 ข้อ โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 18 - 90 คะแนน เป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม⁶ ดังนี้

ระดับการรับรู้ต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 59) คะแนนระหว่าง 18 – 53 คะแนน

ระดับการรับรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) คะแนนระหว่าง 54 – 71 คะแนน

ระดับการรับรู้มาก (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า) คะแนนตั้งแต่ 72 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 4 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและนโยบายการออกกำลังกาย เป็นการสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและนโยบายที่หน่วยงานมีหรือจัดให้ ลักษณะการตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ ไม่เป็นจริงเลย เป็นจริงน้อยมาก เป็นจริงน้อย เป็นจริงส่วนใหญ่ และเป็นจริงมากที่สุด โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 16 ข้อ โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 16 – 80 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม⁶ ดังนี้

ระดับเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ยาก (น้อยกว่าร้อยละ 59) คะแนนระหว่าง 16 – 47 คะแนน

ระดับเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) คะแนนระหว่าง 48 – 63 คะแนน

ระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่าย (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า) คะแนนตั้งแต่ 64 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนที่ได้รับในการออกกำลังกาย ลักษณะการตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ ไม่ได้รับ ได้รับน้อย ได้รับบ้าง ได้รับพอควร และได้รับส่วนใหญ่ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 15 ข้อ โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 15 – 75 คะแนน เป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม⁶ ดังนี้

ระดับการได้รับแรงสนับสนุนน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 59) คะแนนระหว่าง 15 – 44 คะแนน

ระดับการได้รับแรงสนับสนุนปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) คะแนนระหว่าง 45 – 59 คะแนน

ระดับการได้รับแรงสนับสนุนมาก (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า) คะแนนตั้งแต่ 60 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย ลักษณะการตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ น้อยครั้ง (1 ครั้ง/สัปดาห์) นาน ๆ ครั้ง (2 ครั้ง/สัปดาห์) บางครั้ง (3 ครั้ง/สัปดาห์) บ่อยครั้ง (4 ครั้ง/สัปดาห์) และเป็นประจำ (6 ครั้ง/สัปดาห์) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 15 ข้อ โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 15 – 75 คะแนน เป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม⁶ ดังนี้

ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายถูกต้องน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 59) คะแนนระหว่าง 15 – 44 คะแนน

ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายถูกต้องปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) คะแนนระหว่าง 45 – 59 คะแนน

ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายถูกต้องมาก (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า) คะแนนตั้งแต่ 60 คะแนนขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไข

2) การทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับพนักงานที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยง โดยวิธีการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ข้อคำถามที่มีค่า ความเที่ยงที่ยอมรับได้ คือ ค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป⁷ ซึ่งการวิเคราะห์ ได้ผลดังนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.965

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องการออกกำลังกาย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.973

แรงสนับสนุนที่ได้รับในการออกกำลังกาย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.958

กลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมหรือไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างก็ไม่สามารถเลือกไม่ยินยอมได้ (การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะจัดทำในรูปแบบออนไลน์ เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ทางบริษัทไม่สะดวกให้ผู้วิจัยเดินทางไปยังสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล) เมื่อครบกำหนดระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการปิดระบบ และทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยระเบียบทางสถิติต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการรับรองตามเอกสารเลขที่ MUPH 2021-075 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS Version 18 (Mahidol Licensed) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของตัวแปรเพศ ลักษณะงาน โรคประจำตัว กีฬาที่พนักงานชอบออกกำลังกาย และดัชนีมวลกาย โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของตัวแปร (ปัจจัยนำ : ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย, ปัจจัยเอื้อ : การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องการออกกำลังกาย และปัจจัยเสริม : แรงสนับสนุนที่ได้รับในการออกกำลังกาย) โดยใช้ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person's Product Moment Correlation Coefficient)⁹

ผลการวิจัย

ข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 242 คน ร้อยละ 61.1 มีอายุระหว่าง 19 - 60 ปี มีอายุเฉลี่ย 36.38 ปี ปฏิบัติงานในตำแหน่งพนักงานสำนักงาน ร้อยละ 54.5 และพนักงานสายการผลิตและพนักงานรายวัน ร้อยละ 45.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.0 และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 37.6 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=396)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	242	61.1
หญิง	154	38.9
อายุ		
19 - 30 ปี	100	25.3
31 - 40 ปี	180	45.5
41 - 50 ปี	77	19.4
51 - 60 ปี	39	9.8
อายุเฉลี่ย 36.38 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 60 ปี		
ลักษณะงาน		
พนักงานสำนักงาน	216	54.5
พนักงานสายการผลิต และพนักงานรายวัน	180	45.5
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	293	74.0
มีโรคประจำตัว	103	26.0
ภูมิแพ้	2	0.5
ไขมันในเลือดสูง	32	8.1
เบาหวาน	31	7.8
ความดันโลหิตสูง	34	8.5
อื่น ๆ (ปวดเข่า/ข้อเสื่อม, ไวรัสตับอักเสบบี, ซึมเศร้า)	4	1.1
ระดับดัชนีมวลกาย (BMI kg/m²)		
< 18.5 (ต่ำกว่าเกณฑ์)	34	8.6
18.5 – 22.9 (ปกติ)	201	50.8
23.0 – 25.9 (อ้วนระดับ 1)	149	37.6
≥ 30 (อ้วนระดับ 2)	12	3.0

ข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เรื่องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.2 มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 79.8 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและนโยบายการออกกำลังกายได้ยาก ร้อยละ 53.3 เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและนโยบายการออกกำลังกายได้ปานกลาง ร้อยละ 70.2 และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและนโยบายการออกกำลังกายได้ง่าย ร้อยละ 9.3 แรงสนับสนุนที่ได้รับในการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ

ละ 67.4 แรงสนับสนุนที่ได้รับในการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.3 พฤติกรรมการออกกำลังกายถูกต้อง น้อย ร้อยละ 54.0 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง (n=396)

ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม			จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย				
ระดับความรู้น้อย			21	5.3
ระดับความรู้ปานกลาง			286	72.2
ระดับความรู้มาก			89	22.5
คะแนนเฉลี่ย	15.86	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.50	
คะแนนสูงสุด	19 คะแนน	คะแนนต่ำสุด	3 คะแนน	
2. การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย				
ระดับการรับรู้น้อย			316	79.8
ระดับการรับรู้ปานกลาง			64	16.2
ระดับการรับรู้มาก			16	4.0
คะแนนเฉลี่ย	52.10	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	14.60	
คะแนนสูงสุด	88 คะแนน	คะแนนต่ำสุด	18 คะแนน	
3. แรงสนับสนุนที่ได้รับในการออกกำลังกาย				
ระดับน้อย			107	27.0
ระดับปานกลาง			267	67.4
ระดับมาก			22	5.6
คะแนนเฉลี่ย	46.68	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	12.99	
คะแนนสูงสุด	75 คะแนน	คะแนนต่ำสุด	15 คะแนน	
4. พฤติกรรมการออกกำลังกาย				
ระดับถูกต้องน้อย			116	29.3
ระดับถูกต้องปานกลาง			255	64.4
ระดับถูกต้องมาก			25	6.3
คะแนนเฉลี่ย	46.38	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	12.17	
คะแนนสูงสุด	86 คะแนน	คะแนนต่ำสุด	15 คะแนน	

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีการจัดตัวแปร พฤติกรรมการออกกำลังกายใหม่ จาก 3 ระดับ ได้แก่ เหมาะสมน้อย เหมาะสมปานกลาง และเหมาะสมมาก เหลือ 2 ระดับ ได้แก่ เหมาะสมน้อย เหมาะสมปานกลางและมาก นั้น เพื่อให้สอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า มีเพียงปัจจัย ด้านเพศและดัชนีมวลกายที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.048$ และ 0.049) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะประชากร กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย (n=396)

คุณลักษณะประชากร	พฤติกรรมการออกกำลังกาย		X ²	df	p-value
	ถูกต้องน้อย	ถูกต้องปานกลาง และมาก			
เพศ			22.197	1	0.048
ชาย	108 (50.5)	134 (73.6)			
หญิง	106 (49.5)	48 (26.4)			
อายุ			5.823	3	0.050
19 - 30 ปี	24 (30.4)	76 (24.0)			
31 – 40 ปี	27 (34.2)	155 (48.9)			
41 – 50 ปี	20 (25.3)	57 (18.0)			
51 – 60 ปี	8 (10.1)	29 (9.1)			
ลักษณะงาน			6.177	1	0.050
พนักงานสำนักงาน	129 (60.3)	87 (52.2)			
พนักงานสายการผลิต และรายวัน	85 (39.7)	95 (52.2)			
โรคประจำตัว			0.146	1	0.050
ไม่มี	160 (74.8)	133 (73.1)			
มี	54 (25.2)	49 (26.9)			
กีฬาที่ชอบเพื่อออกกำลังกาย			1.465	1	0.050
ไม่มี	197 (92.1)	161 (88.5)			
มี	17 (7.9)	21 (11.5)			
ระดับดัชนีมวลกาย (BMI)			1.823	3	0.049
< 18.5 (ต่ำกว่าเกณฑ์)	19 (8.6)	15 (8.6)			
18.5 – 22.9 (ปกติ)	102 (46.1)	99 (56.5)			
23.0 – 25.9 (อ้วนระดับ 1)	93 (42.1)	56 (32.0)			
≥ 30 ขึ้นไป (อ้วนระดับ 2)	7 (3.2)	5 (2.9)			

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเรื่องการออกกำลังกาย และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า มีเพียงการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีความสัมพันธ์ในทางบวกระดับมาก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ปัจจัยด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และนโยบายการสนับสนุน เรื่องการออกกำลังกายของบริษัทมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.530$, $p<0.001$) โดยมีความสัมพันธ์ในทางบวกระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนที่ได้รับในการออกกำลังกายกับพฤติกรรมและการออกกำลังกายเป็นความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ($r=0.696$, $p<0.001$) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตัวแปรกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย (n=396)

ปัจจัยตัวแปร	พฤติกรรมการออกกำลังกาย	
	r	p-value
ปัจจัยนำ		
- ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย	0.063	0.210
- การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย	0.829	< 0.001
ปัจจัยเอื้อ		
- การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องการออกกำลังกาย	0.530	< 0.001
ปัจจัยเสริม		
- แรงสนับสนุนที่ได้รับในการออกกำลังกายโดยภาพรวม	0.696	< 0.001
* แรงสนับสนุนที่ได้รับจากบริษัท	0.626	< 0.001
* แรงสนับสนุนที่ได้รับจากหัวหน้างาน	0.636	< 0.001
* แรงสนับสนุนที่ได้รับจากเพื่อนร่วมงาน	0.707	< 0.001

บทสรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านเพศ และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องปานกลางถึงมาก มากกว่า เพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศชายมักมีกิจกรรมที่ต้องใช้แรงงานมากกว่าเพศหญิงรวมถึงมีกีฬาที่เล่นซึ่งจัดเป็นการออกกำลังกายด้วยอย่างหนึ่ง สำหรับดัชนีมวลกายพบว่าพนักงานที่มีดัชนีมวลกายปกติมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องปานกลางถึงมาก มากกว่าบุคคลที่มีดัชนีมวลกายน้อย และมากกว่า อภิปรายได้ว่า บุคคลที่มีดัชนีมวลกายปกติหมายถึงบุคคลที่มีรูปร่างปกติสมส่วนซึ่งอาจมาจากการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะการออกกำลังกายจึงทำให้มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.063$, $p=0.210$) โดยเป็นความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กล่าวคือ พนักงานที่มีความรู้เรื่องการออกกำลังกายจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย สามารถอภิปรายความรู้เกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมเป็นฐานที่สำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดการกระทำพฤติกรรมอย่างมีเหตุและผล และยังถ้าเป็นความรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่สนใจหรือได้รับแรงกระตุ้นจะทำให้บุคคลรู้และเข้าใจมากขึ้นว่าพฤติกรรมที่จำเป็นต้องทำนั้นมีความสำคัญอย่างไรต่อสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของรัตนกัมพลชัย อีวส์วส์⁹ ที่พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและนโยบายเทศบาลอยู่ในระดับดี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยเป็นความสัมพันธ์ในระดับน้อย ร้อยละ 79.8 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหลักของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self – efficacy) ของ Bandura¹⁰ ที่กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูงและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตาม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อโนทัย ผลิตนันทเกียรติ และคณะ¹¹ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษากายภาพบำบัดมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี จะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับดีด้วย¹²

ปัจจัยด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยเป็นความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กล่าวคือ ถ้ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารหรือสิ่งอื่นๆ จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามไปด้วย ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและนโยบายการออกกำลังกายได้ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.2 โดยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ส่วนใหญ่มาจากการสนับสนุนของบริษัท ตั้งแต่การมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและติดประกาศนโยบาย แจกให้พนักงานได้ทราบโดยทั่วกันส่งเสริมพนักงาน การจัดให้มีอุปกรณ์การออกกำลังกายสำหรับพนักงานได้ใช้ จัดให้มีสถานที่ออกกำลังกายสำหรับพนักงานโดยเฉพาะ เข้าใช้บริการได้ง่าย การจัดหาวิทยากรมาให้ความรู้ หรือฝึกด้านการออกกำลังกาย และที่สำคัญมีจัดช่วงเวลาออกกำลังกายให้เหมาะกับกะเข้าทำงาน ของพนักงาน สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนกัมพลชัย อ้วนสวัสดิ์⁹ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรสังกัดเทศบาลตำบล¹⁰ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนพร แยมศรี และคณะ¹² ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยบรมราชชนนี เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย¹³

ปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับในการออกกำลังกาย โดยแรงสนับสนุนที่ได้รับจากบริษัทในแง่ของนโยบายของทางบริษัท คือ การส่งเสริมพนักงานได้ออกกำลังกาย ผ่านป้ายประกาศ เสียงตามสาย หรือช่องทางอื่นๆ การกระตุ้นเตือนเป็นระยะๆ ให้พนักงานได้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จัดเวลาให้ออกกำลังกาย จัดให้มีการอบรมเสริมความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพ ตามลำดับ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.696$, $p<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยเป็นความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาแรงสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.3

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย บริษัทหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้พนักงานมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ โดยเน้นที่การสร้างเสริมความรู้เรื่องวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมในแต่ละวันทำงาน การสร้างเสริมให้พนักงานมีการรับรู้ความสามารถตนเองและผลดีจากการออกกำลังกาย รวมทั้งการจัดสิ่งสนับสนุน เช่น พนักงานสามารถออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น การจัดสถานที่ การสนับสนุนให้มีช่วงเวลาการออกกำลังกาย หรือการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ออกกำลังกาย เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาและหารูปแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในช่วงวันทำงานสำหรับพนักงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณหน่วยงานที่ให้ข้อมูล และขอขอบพระคุณทุก ๆ ท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจและสนับสนุน และให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลในการจัดทำวิทยานิพนธ์นี้ จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองเศรษฐกิจการแรงงาน สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน. สถานการณ์ด้านแรงงานรายปี 2563. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงแรงงาน; 2564:1-5.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพประชากรและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับประชากรวัยทำงาน [อินเทอร์เน็ต]2566. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2566]. จาก <https://dopah.anamai.moph.go.th/webupload/8x6b2a6a0c1f8e85a9c274e6419fdd6071/tinymce/KPI2564/KPI119/25640111925.pdf>
3. Green, I.W., Kreuter M, W. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: Emilly Barrosse; 1998.
4. มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมานี. การวางแผนงานโครงการสุศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: เพชรเกษมพรินติ้ง กรุป; 2556.
5. Daniel, W. W. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences, 11th Edition. 1-720. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2018.
6. Bloom, B. S. Taxonomy of Educational Objectives: Handbook 1, Cognitive Domain. New York: Mackay; 1972.
7. Cronbach, L. Essential of Psychological Testing. (4th ed.). New York: Harper; 1984.
8. กัลวัฒน์ มัญชะสิงห์. การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis). [อินเทอร์เน็ต]2557. [เข้าถึงเมื่อ 24 กันยายน 2565]. จาก <http://kalawatblog.blogspot.com/2014/07/correlation-analysis.html>
9. รัตน์กัมพลชัย อ้าวสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากร สังกัดเทศบาลตำบล อำเภอพุทธรณทล จังหวัดนครปฐม. 2559.
10. Bandura, Albert. Self-efficacy: Social Learning Theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1977
11. อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา ภาวภาพบำบัตมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ, 2561;42:55-64.
12. ธนพร แยมศรี, ชัญญิศาคุชฎี ทูลศิริ และยุวดี ลีลัคนาวีระ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยบรมราชชนนี เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 2560;2:158-168.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ

นัฐธัมภาพร ธนปิยวัฒน์¹ รุจิระชัย เมืองแก้ว^{2*} บุปผา แก่นชัยภูมิ³

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

^{2*} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 311 คน ในเขตตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือในการวิจัยประยุกต์ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL –BREF – THAI) นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในตำบลในเบื้องต้นจำนวน 30 คน และได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไค-สแควร์

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง 250 คน (ร้อยละ 80.4) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 292 คน (ร้อยละ 93.9) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 227 คน (ร้อยละ 73.0) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 233 คน (ร้อยละ 74.9) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 195 คน (ร้อยละ 62.7) และพบว่าปัจจัยด้านอายุ รายได้และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ ให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในพื้นที่จะต้องให้ความสนใจและตระหนักถึงอายุของผู้สูงอายุที่มากขึ้น ด้านรายได้จะต้องพัฒนาการเพิ่มรายได้ และด้านโรคประจำตัวจะต้องมีการควบคุมโรคประจำตัวไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีโรคเพิ่มขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ / คุณภาพชีวิต / รายได้ / โรคประจำตัว

Factors related to quality of life of the elderly, Na Fai Subdistrict, Chaiyaphum Province

Natarampaporn Thanapiyawat ¹ Rujirachai Muangkaew ^{2*} Buppha Kaenchaiyapoom³

¹ Asst. Prof., Faculty of Nursing Nakhon Ratchasima Rajabhat University

^{2*} Lecturer, Faculty of Nursing western university Buriram Campus

³ Lecturer, Faculty of Nursing Ratchapat Chaiyapoom university

Abstract

This descriptive research aimed to study the factors related to the quality of life of the elderly in Na Fai subdistrict, Chaiyaphum province, having the sample of 311 elderly people. A multi-stage cluster sampling method was used. The research tool, in accordance with the World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL – BREF – THAI), was applied to 30 elderly people in urban subdistricts. As a result, Cron's confidence coefficient were obtained which was equal to 0.89. Chi-square statistic used to be analysis.

The results showed that the overall quality of life was found to be at the moderate level of 250 people (80.4 percent). When considering by the aspects, firstly, quality of life in physical health of most people (292 people, 93.9 percent) was at the moderate level. Secondly, mental quality of life of most people (227 people, 73 percent) was at the moderate level. Thirdly, quality of life in relation of social relations where most people (233 people, 74.9 percent) were at moderate level. Fourthly, for environmental quality of life, majority of people (195 people, 62.7 percent) were at the moderate level. Lastly, the factors of age, income, and congenital diseases correlated to the quality of life in elderly people was statistically significant at .05 level.

From the research, the suggestions were made that, for the aspect, health officials in the area must pay attention to and be aware of elderly people as the age increase. For the income aspect, the income should increase. And, in the congenital disease aspect, the congenital diseases must be controlled to prevent complications or develop new diseases to promote a better quality of life.

Keywords: Elderly / Quality of life / Income / Congenital diseases

*Corresponding author: Rujirachai Muangkaew, email: rujirachaim@hotmail.com, Tel: 08 9743 7735

Received: April 24, 2023 | Revised: May 30, 2023 | Accepted: June 7, 2023

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 มีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 16.5 และมีแนวโน้มว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้น จากการคาดการณ์ ในปี พ.ศ. 2576 พบว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยที่สมบูรณ์ ที่มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 28.0 ของจำนวนประชากรทั้งหมด หรือประชากรสูงอายุที่มีอายุ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 20.0¹ ซึ่งประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยที่สมบูรณ์ตั้งแต่ปี 2564² การเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุในสัดส่วนของประชากรอาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับความทุกข์ทรมานได้ จากความยากลำบากที่สูงกว่าวัยอื่นๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม การไม่มีบุตรในการดูแล อันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัยและโรคประจำตัว ที่ทำให้มีภาวะพึ่งพาสูงขึ้น ทำให้มีความต้องการการดูแลระยะยาวจากสังคม ทำให้การปรับปรุงคุณภาพชีวิต (QOL) จึงเป็นสิ่งจำเป็นและเร่งด่วนที่ทางราชการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อช่วยเหลือสังคม สำหรับผู้สูงอายุไทยที่ต้องเผชิญการละเลย มีความยากจน การเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลก่อให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ ขาดระบบการดูแลช่วยเหลือในการป้องกันและพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ขาดระบบการดูแล

วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยภาวะด้านร่างกายจะมีการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เป็นการแสดงถึงการก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เช่น ผมเปลี่ยนจากสีดำเป็นขาว เปราะบางขาดความแข็งแรง ผิวหนังมีความตึงตัวของผิวหนังลดลง ผิวหนังเหี่ยวย่น กระดูกเปราะบางมากขึ้น เล็บหนาและแข็งขึ้น ฟันไม่แข็งแรงฟันโยกคลอนและผุได้ง่ายทำให้มีปัญหาในเรื่องการเคี้ยวอาหารไม่สะดวก มีปัญหาด้านการกลืน และการรับรู้รสชาติของอาหารลดน้อยลง ท้องผูก การทำงานของเซลล์ต่างๆ ลดลง การสร้างเซลล์ใหม่ลดลง ระบบประสาท เซลล์สมอง และเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง กล้ามเนื้อมีมวลลดลง การเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่างๆ ได้ช้าลง ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ทำให้เหนื่อยง่ายซึ่งความเสื่อมหน้าที่ของร่างกายเป็นผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ และปัญหาอื่นๆ ตามมาอีกด้วย ทางด้านจิตได้มีการเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึก การรับรู้ บุคลิกภาพ ความจำ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมด้วย จากการที่ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา ซึมเศร้า จากความเสื่อมหน้าที่ของร่างกาย โรคประจำตัวที่เป็น หรือจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมที่เคยทำงาน การประกอบอาชีพ การเป็นหัวหน้าครอบครัว กัลลหาบทบาทหน้าที่ของตนเองมาเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ และมีรายรับที่ลดลงจากเดิม ซึ่งผู้สูงอายุอาจคิดว่าตนเองนั้นเป็นภาระหรือต้องพึ่งพิงลูกหลาน ผู้สูงอายุอาจรู้สึกกังวลใจ ยอมรับและ เห็นคุณค่าในตนเองลดลง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในด้านเศรษฐกิจและสภาพสังคมเป็นสังคม ที่มีการแข่งขันสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายต่างๆ สูงขึ้น เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่ลดลงเป็นผลให้ ความสัมพันธ์ที่ดีของครอบครัวขาดหาย ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เกิดความเหงา ซึมเศร้า จากการขาดการดูแล เอาใจใส่ ขาดที่พึ่งพิงจากคนในครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดการดูแลตนเองและไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ในชีวิต ขาดการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง อีกทั้งด้านสังคมสภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุ อาศัยอยู่ที่ไม่ให้การดูแลและสนับสนุน ก็มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตและการปรับตัวที่เหมาะสม

สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ พบว่าจำนวนของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุจำนวน 186,183 คน ปี พ.ศ. 2561 มีจำนวน 195,784 คน และเพิ่มสูงขึ้นเป็นจำนวน 203,237 คน ในปี พ.ศ. 2562 ข้อมูลปี 2562 ในระดับพื้นที่ตำบลนาฝาย พบว่า มีประชากรกลุ่มสูงอายุทั้งหมด 2,318 คน ในจำนวนนี้พบว่า มีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 19.54 ของประชากรทั้งหมด³ ซึ่งถือว่ามีส่วนสูงวัยใกล้เคียงการเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มตัวคือมีผู้สูงอายุร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมด จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดสตอลทซ์⁴ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและการฝ่าฟันอุปสรรค หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการตอบสนองต่อปัญหา ความทุกข์ยากลำบาก และ อุปสรรคต่างๆ ในชีวิต จิตใจที่เข้มแข็ง และมองว่าอุปสรรคเป็นเรื่องท้าทายเพื่อเปิดโอกาสให้กับ ความสามารถของตนเอง หากผู้สูงอายุสามารถเผชิญปัญหาและการฝ่าฟันอุปสรรคไปได้ จะเกิด

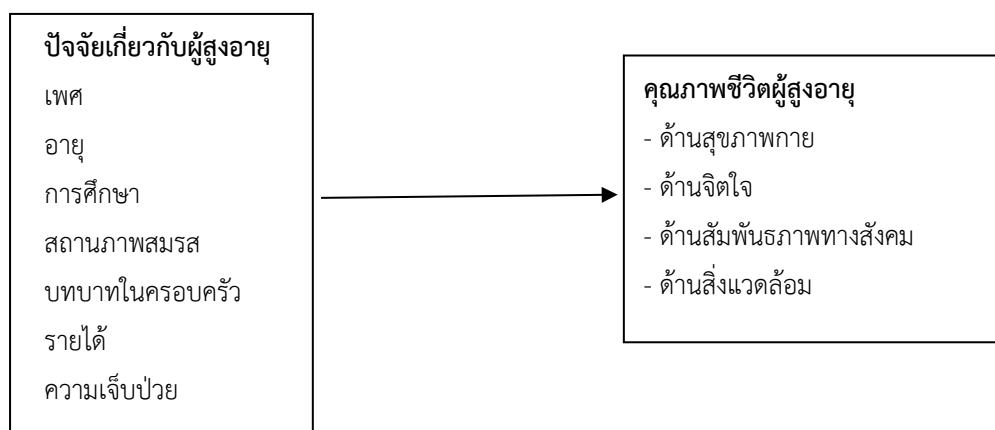
ความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁵ จากแนวคิดของสเคเฟอร์⁶ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อ การได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและบุคคลอื่นในด้านต่างๆ ทั้งด้าน อารมณ์ ด้านวัตถุ และด้านข้อมูลข่าวสาร การเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจะต้องได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว และจากสังคม ทั้งด้านกายภาพและชีวภาพ ถ้าหากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากบุตรหลานมากพอจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ ในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทมากที่สุดในวัยสูงอายุ⁷

จากการทบทวนเอกสารพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงระดับของคุณภาพชีวิตตามบริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษา ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในท้องถิ่นตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ จะทำให้ทราบข้อมูล สถานการณ์ของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบท พื้นที่รอบมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เพื่อที่จะเป็นข้อมูลในการพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน เพื่อตอบสนองนโยบายของภาครัฐ และ นโยบายของมหาวิทยาลัย กล่าวคือยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ตามยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ซึ่งเกี่ยวข้องกับมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน และตามพันธกิจของ มหาวิทยาลัยในประเด็นยุทธศาสตร์ “พัฒนาองค์ความรู้ และนวัตกรรมเพื่อพัฒนาท้องถิ่น” เพื่อให้เกิดการพัฒนาในเชิงพื้นที่ อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างเดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน 2562 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 311 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 2,318 คน

กลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเทียบสัดส่วนจากตารางของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan)⁸ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมดเท่ากับ 311 คน และใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างจากตำบลนาฝาย เขตอำเภอเมือง และใช้การกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนประชากรของแต่ละหมู่บ้าน ได้จำนวนตัวอย่างดังนี้ หมู่ที่ 1 จำนวนตัวอย่าง 17 คน (ร้อยละ 5.5) หมู่ที่ 2 จำนวนตัวอย่าง 16 คน (ร้อยละ 5.1) หมู่ที่ 3 จำนวนตัวอย่าง 19 คน (ร้อยละ 6.1) หมู่ที่ 4 จำนวนตัวอย่าง 19 คน (ร้อยละ 6.1) หมู่ที่ 5 จำนวนตัวอย่าง 18 คน (ร้อยละ 5.8) หมู่ที่ 6 จำนวนตัวอย่าง 17 คน (ร้อยละ 5.5) หมู่ที่ 7 จำนวนตัวอย่าง 19 คน (ร้อยละ 6.1) หมู่ที่ 8 จำนวนตัวอย่าง 15 คน (ร้อยละ 4.8) หมู่ที่ 9 จำนวนตัวอย่าง 10 คน (ร้อยละ 5.8) หมู่ที่ 11 ไม่มีประชากร หมู่ที่ 12 จำนวนตัวอย่าง 18 คน (ร้อยละ 5.8) หมู่ที่ 13 จำนวนตัวอย่าง 13 คน (ร้อยละ 4.2) หมู่ที่ 14 จำนวนตัวอย่าง 15 คน (ร้อยละ 4.8) หมู่ที่ 15 จำนวนตัวอย่าง 19 คน (ร้อยละ 6.1) หมู่ที่ 16 จำนวนตัวอย่าง 18 คน (ร้อยละ 5.8) หมู่ที่ 17 จำนวนตัวอย่าง 18 คน (ร้อยละ 5.8) หมู่ที่ 18 จำนวนตัวอย่าง 16 คน (ร้อยละ 5.1) และ หมู่ที่ 19 จำนวนตัวอย่าง 18 คน (ร้อยละ 5.8) จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้ตัวอย่างจากแต่ละหมู่บ้านจนครบถ้วนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว รายได้ และความเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 เป็นข้อความเกี่ยวกับ ปัจจัยทางสังคม ประกอบไปด้วยสถานภาพในครอบครัว และความสามารถในการดูแลและช่วยเหลือตนเอง 2) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL –BREF – THAI) ที่นำมาประยุกต์ใช้ กับกลุ่มตัวอย่าง เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่า ที่เป็นอัตวิสัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะฉะนั้นนิยามของ QOL จะเน้นไปที่ การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการโรคหรือสภาพต่าง ๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยข้อความ 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) มีข้อความจำนวน 26 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26–130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไรสามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26–60 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดีหรือต่ำ

คะแนน 61–95 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

คะแนน 96–130 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับดี

คุณภาพเครื่องมือการวิจัยของแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) ได้ทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลในเมือง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลและเคารพในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2561 เลขที่รับรอง 009-2561

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
2. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย อำเภอเมือง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ดำเนินการพินิจสิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการให้ข้อมูลในการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 15 นาที และจะนำข้อมูลนำเสนอในภาพรวม จากนั้นเมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม
3. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลส่วนบุคคล และเก็บข้อมูลตามแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ และใช้สถิติไคสแควร์ ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 58.5 อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 44.7 สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 52.1 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 84.2 และมีรายได้ไม่น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน จำนวน 256 คน คิดเป็นร้อยละ 82.3
2. บทบาทในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 มีความสามารถในการดูแลและช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด จำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 98.1 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยทางด้านสังคม

ข้อมูลด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพในครอบครัว		
สมาชิกในครอบครัว	82	26.4
หัวหน้าครอบครัว	198	63.6
ผู้อาศัย	23	7.4
อยู่ลำพัง	8	2.6

ตารางที่ 1 ปัจจัยทางสังคม (ต่อ)

ข้อมูลด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการดูแลและช่วยเหลือตนเอง		
ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด	305	98.1
ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน	6	1.9

3. ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว จำนวน 1 โรค จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7 รองลงมาคือเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว จำนวน 2 โรค จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 29.3 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย

ข้อมูลด้านความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	82	26.4
มีโรคประจำตัว 1 โรค	114	36.7
มีโรคประจำตัว 2 โรค	91	29.3
มีโรคประจำตัว 3 โรค	19	6.1
มีโรคประจำตัว 4 โรคขึ้นไป	5	1.6

4. ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รายด้านตามแบบวัดคุณภาพชีวิต WHO QOL BREFจากผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 250 คน (ร้อยละ 80.4) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 292 คน (ร้อยละ 93.9) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 227 คน (ร้อยละ 73.0) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 233 คน (ร้อยละ 74.9) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 195 คน (ร้อยละ 62.7) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายด้าน

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ		
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
คุณภาพชีวิตรายด้าน			
ด้านสุขภาพกาย	16 (5.1)	292 (93.9)	3 (1.0)
ด้านจิตใจ	79 (25.4)	227 (73.0)	5 (1.6)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	39 (12.5)	233 (74.9)	39 (12.5)
ด้านสิ่งแวดล้อม	112 (36.0)	195 (62.7)	4 (1.3)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	61 (19.6)	250 (80.4)	0 (0)

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ คือ อายุ รายได้ ความเจ็บป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ		χ^2	p-value
	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			1.55*	.462
ชาย	29 (9.3)	100 (32.2)		
หญิง	32 (10.3)	150 (48.2)		
อายุ			1496.04*	.004
60-69 ปี	34 (10.9)	105 (33.8)		
70-79 ปี	18 (5.8)	95 (30.5)		
80-89 ปี	8 (2.6)	45 (14.5)		
90 ปีขึ้นไป	1 (0.3)	5 (1.6)		
การศึกษา			5.18*	.394
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0 (0)	10 (3.2)		
ประถมศึกษา	54 (17.4)	208 (66.9)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	2 (0.6)	17 (5.5)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4 (1.3)	13 (4.2)		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ(ปวช.)หรือเทียบเท่า	0 (0)	1 (0.3)		
ปริญญาตรี	1 (0.3)	1 (0.3)		
สถานภาพสมรส			10.96*	.090
โสด	1 (0.3)	4 (1.3)		
สมรส	43 (13.8)	119 (38.3)		
หย่า	1 (0.3)	7 (2.3)		
หม้ายเนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต	16 (5.1)	115 (37.0)		
แยกกันอยู่	0 (0)	1 (0.3)		
แยกกันอยู่ชั่วคราวตามข้อตกลงของคู่สมรส	0 (0)	3 (1.0)		
แยกกันอยู่ชั่วคราวตามคำสั่งศาล	0 (0)	1 (0.3)		
บทบาทในครอบครัว			7.67*	.175
หัวหน้าครอบครัว	43 (13.9)	155 (50.0)		
ผู้ให้ข้อมูลแทนหัวหน้าครอบครัว	17 (5.5)	60 (19.4)		
ครอบครัวไม่มีบุตร	0 (0)	4 (1.3)		
ครอบครัวพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว	0 (0)	16 (5.2)		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ		χ^2	p-value
	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)		
ผู้สูงอายุเลี้ยงดูเด็กตามลำพัง	0 (0)	7 (2.3)		
ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง	1 (0.3)	7 (2.3)		
รายได้			42.03*	.018
น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	41 (13.2)	194 (62.4)		
3,000 – 10,000 บาทต่อเดือน	18 (5.8)	40 (12.9)		
10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน	2 (0.6)	15 (14.8)		
15,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป	0 (0)	1 (0.3)		
ความเจ็บป่วย			16.01*	.003
ไม่มีโรคประจำตัว	24 (7.7)	58 (18.6)		
มีโรคประจำตัว 1 โรค	27 (8.7)	87 (27.0)		
มีโรคประจำตัว 2 โรค	6 (1.9)	85 (27.3)		
มีโรคประจำตัว 3 โรค	3 (1.0)	16 (5.1)		
มีโรคประจำตัว 4 โรคขึ้นไป	1 (0.3)	4 (1.3)		

*นำเสนอด้วยค่า Fisher exact test

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่า อายุ รายได้ ความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่น สามารถอภิปรายได้ดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เป็นไปตามลักษณะของการเสื่อมตามอายุ ที่มีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การเรียนรู้ในการควบคุมโรค ภาวะพึ่งพา ซึ่งส่งผลคุณภาพชีวิต อธิบายได้ว่า อายุเป็นตัวบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพส่งผลให้ผู้ที่มีอายุมากขึ้นมีโอกาสทำให้เกิดโรคเรื้อรังมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย และเมื่อผู้สูงอายุเมื่อมีโรคเรื้อรังและอายุเพิ่มมากขึ้น ก็ยิ่งทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข และคณะ⁹ ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีมพูน จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ลดลง ได้แก่ อายุ ที่เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อยู่เจริญ และปานเพชร สกฤต¹⁰ และ Seangpraw K, et al.¹¹ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้แก่ อายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Indra Gunawan et al.¹² ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายคุณภาพชีวิตได้แก่ อายุ ซึ่งการมีอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Saurav Chandra Acharya Samadarshi, et al.¹³ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yanping Duan, et al.¹⁴

รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เป็นไปตามลักษณะของรายได้ที่พบว่าหากมีรายได้เพียงพอจะทำให้คุณภาพชีวิตดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Seangpraw K, et al.¹¹ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิต คือ รายได้ เช่นเดียวกับ อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข และคณะ⁹ ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีมพูน จังหวัดขอนแก่น และพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อยู่เจริญ และปานเพชร สกฤต¹⁰ Saurav Chandra Acharya Samadarshi, et al.¹³ ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ

ชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yanping Duan, et al.¹⁴ และการศึกษาของ Panita Krongyuth.¹⁵ ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Santosh Kumar Soren et al.¹⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nadanong Jengan, et al.¹⁷

ความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เป็นไปตามความเจ็บป่วย หากมีโรคประจำตัวจะทำให้มีภาวะพึ่งพา ทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Indra Gunawan, et al.¹² ที่พบว่าความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์และทำนายคุณภาพชีวิตได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อยู่เจริญ และปานเพชร สกุลคู¹⁰ และ Bunyaporn Phoothong, et al.¹⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yanping Duan, et al.¹⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Panita Krongyuth¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ Santosh Kumar Soren, et al.¹⁶ เช่นเดียวกับ Sathees Santhalingam, et al.¹⁹

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรให้ความสนใจและตระหนักถึงอายุของผู้สูงอายุที่มากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ การลดภาวะพึ่งพา การให้ความใส่ใจต่อผู้สูงอายุ การตระหนักถึงการดูแลและใส่ใจผู้ที่มีอายุมากขึ้น

1.2 ควรมีการพัฒนารายได้สำหรับผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมการสร้างรายได้ โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในพื้นที่เพื่อจัดการการสร้างรายได้ และลดรายจ่ายสำหรับครอบครัวของผู้สูงอายุ ส่งเสริมการจัดกิจกรรมการสร้างรายได้เพิ่มขึ้นเพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

1.3 ผู้สูงอายุ ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในพื้นที่ ควรตระหนักถึงการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการควบคุมอาการของโรคประจำตัว ไม่เป็นโรคเพิ่มขึ้น โดยจัดบริการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ในรูปแบบที่สามารถควบคุมโรคประจำตัว และป้องกันโรคแทรกซ้อน ป้องกันการเป็นโรคเพิ่มขึ้น รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลตนเอง ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติของการส่งเสริมความรู้ การปฏิบัติตัว และการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

2.2 ควรจัดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในมิติของการพัฒนาด้านรายได้ การส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้สูงอายุทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัย สดทัยขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2018. กรุงเทพฯ : Printery CO. LTD. 2562.
2. Ronnarithivichai C., "Caring of the older persons in aging society", Journal of Nursing Science and Health 2018 ; 41 (40) : 136-144.

3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). สถิติจำนวนประชากรสูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ . อ้างอิงใน.
<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>
4. Stoltz, P. . Adversity quotient: Turning obstacles into opportunities. USA: John Wiley & Sons, Inc. 1997.
5. วิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ. ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค ปัจจัย สภาพแวดล้อมทางสังคม และปัจจัยลักษณะทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัย พฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2551.
6. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. J Behav Med. 1981; 4(4):381-406.
7. สุปรานี แดงวงษ์. การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนากรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2547.
8. Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. Determining sampling size for research activities. Educational and Psychological Measurement; 30(3) 607-610.1970.
9. อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, พิษสุดา เดชบุญ, กฤติเดช มิ่งไม้, ศศิวิมล โพธิ์ภักตร์, สานุรักษ์ โพธิ์หา และสุชานรี พานิชเจริญ. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารราชพฤกษ์ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2560) 16-26.
10. เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อยู่เจริญ และปานเพชร สกฤตุ. (2564). การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2564) หน้า 27-39.
11. Seangpraw, K., Ratanasiripong, N.T. and Ratanasiripong, P. , "Predictors of quality of life of the rural older adults in Northern Thailand", Journal of Health Research 2019; 33(6) : 450-459.
12. Indra Gunawan, Mei-Hsiang Lin, Hsiu-Chin Hsu (2020). Exploring The Quality of Life and The Related Factors among The Elderly. South East Asia Nursing Research 2020; 2(1) : 1-10.
13. Saurav Chandra Acharya Samadarshi, Pimsurang Taechaboonsermsak, Mathuros Tipayamongkhogul, Korravarn Yodmai. Quality of life and associated factors amongst older adults in a remote community, Nepal. Journal of Health Research 2022; 36(1): 56-67.
14. Yanping Duan, D. L. I. H. K. Peiris, Min Yang, Wei Liang, Julien Steven Baker, Chun Hu and Borui Shang. Lifestyle Behaviors and Quality of Life Among Older Adults After the First Wave of the COVID-19 Pandemic in Hubei China. Frontiers in Public Health | www.frontiersin.org. 2021; December (9): 1-11.
15. Panita Krongyuth. Quality of Life among Elderly People with Chronic Diseases during the First Wave of COVID-19 in Ubon Ratchthani Province. International Journal of Public Health and Health Sciences; IJPHS 2021 ;3(3) : 1-13.
16. Santosh Kumar Soren, Anju Prabha Kumari, Anit Kujur, Shalini Sunderam, Shashi Bhushan Singh, Mayank Raj. Predictors of quality of life among geriatric population in a tribal dominant state of India: A community based analytical study. Journal of Family Medicine and Primary Care 2022; 11(3) : 918-926.
17. Nadanong Jengan, Anunya Pradidthaprech, Piyapong Choomsri, Karnjana Sae-Ung, Panee Sitakalin and Pokkamol Laoraksawong. Factors Associated with the Quality of Life in the Elderly with Non-Communicable Diseases in Nakhon Si Thammarat, Thailand. TRENDS IN SCIENCES 2022; 19(4): 2688.
18. Bunyaporn Phoothong, Chitpong Ayasanond, Wiriya Boonmalert, Thun Chaitorn. The Quality of Life (QOL) Development for Thai Elderly in Nakhon Pathom Province, Thailand. European Journal of Molecular & Clinical Medicine 2021; 8(3) : 72-83.
19. Sathees Santhalingam , Sivayogan Sivagurunathan, Shamini Prathapan, Sivapalan Kanagasabai and Luxmi Kamalarupan. The association of health-related factors with quality of life among the elderly population in the Jaffna district of Sri Lanka. BMC Public Health 2021; 21(464) : 1-10.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

พจนีย์ ผาสุขดี¹ พุดมพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์^{2*}

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล ป.แพทย์ 2

^{2*}รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาล ป.แพทย์ 2 นครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 325 คน ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์แบบการถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 14 ตัวแปร สามารถอธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 25.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมี 3 ตัวแปร คือ ความรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : โรคเบาหวานชนิดที่ 2/ แรงจูงใจในการป้องกันโรค/ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

* ผู้รับผิดชอบบทความ: พุดมพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, อีเมล: Bhuddhipong.s@nrru.ac.th, โทร: 08 7963 1955

Received: 9 พฤษภาคม 2566 / Revised: 4 มิถุนายน 2566 / Accepted: 19 มิถุนายน 2566

Factors Related with Self-care Behaviors for Prevention complications among Type 2 Diabetic Mellitus Patients

Potjanee Phasukdee¹ Bhuddhipong Satayavongthip^{2*}

¹Nurse, P. Phathya 2 Hospital Nakhon Ratchasima

^{2*}Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

The objectives of this cross-sectional survey research were study factors related to self-care behaviors for prevention complications among Type 2 Diabetic Mellitus of patients with Type 2 Diabetic Mellitus at P. Phathya 2 Hospital Nakhon Ratchasima. The samples were 325 patients with Type 2 Diabetic Mellitus. The samples were selected by systematic random sampling. Research instrument was questionnaire. Data was collected in July 2022. Data was analyzed by descriptive statistics such as Frequency, Percentage, Mean, Standard deviation and Multiple Regression Analysis.

The study results were found (1) Factors related to self-care behavior found that all 14 independent variables were able to explain the behavior by 25.6% as statistically significant ($p < 0.05$). (2) There were 3 variables effecting behavior such as knowledge, response efficacy expectancy and self-efficacy expectancy as statistically significant ($p < 0.05$).

Keywords: Type 2 Diabetic Mellitus Patients/ Protection motivation/ Self-care Behaviors

* Corresponding author: Bhuddhipong Satayavongthip, E-mail: Bhuddhipong.s@nrru.ac.th, Tel: 08 7963 1955

Received: May 9, 2023 / Revised: June 4, 2023 / Accepted: June 19, 2023

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย เนื่องจากการเพิ่มจำนวนประชากรของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมากขึ้นเรื่อย ๆ ข้อมูลจากสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ¹ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก จำนวน 415 ล้านคน มีกลุ่มเสี่ยงที่จะเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 318 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก จะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน พบว่าผู้ใหญ่ 1 ใน 10 คน มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคเบาหวาน และทุก 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน¹ จากสถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจากประเทศจีน อินเดีย และญี่ปุ่น ตามลำดับ²

จากข้อมูลสถิติกรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2560 พบว่าคนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวานมากถึงร้อยละ 8.9 หรือมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณ 5 ล้านคน และข้อมูลสรุปสถิติ พ.ศ. 2563 พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานระหว่างปี พ.ศ. 2562-2565 จำนวน 2,896,862 ราย, 3,024,082 ราย, 3,173,405 ราย และ 3,325,105 ราย ต่อแสนประชากร ตามลำดับ³

จากการรายงานในเขตเครือข่ายบริการสุขภาพ เขต 9 (นครราชสีมา, บุรีรัมย์, สุรินทร์ และชัยภูมิ)³ พบจำนวนผู้ป่วยขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 343,255 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.51 และในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 360,771 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.91 อัตราป่วยเพิ่มจากปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 0.4 พบว่าจังหวัดนครราชสีมาพบผู้ป่วยเบาหวานในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 146,650 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.77 และในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 154,635 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.18 เป็นอันดับที่ 1 ในเขตบริการสุขภาพ เขต 9³ ปัจจุบันผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การเลือกรับประทานอาหาร ไม่ได้ออกกำลังกาย ไม่มีเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอ เป็นต้น ทำให้เผชิญกับความเจ็บป่วยและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เป็นอันตรายได้ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตาจนถึงขั้นตาบอด, โรคไตวายจนถึงขั้นฟอกเลือด, โรคหลอดเลือดสมอง และเป็นแผลเรื้อรังที่เท้า เป็นต้น จะมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงสมรรถภาพในการทำงานลดลงไม่สามารถประกอบอาชีพทำให้ขาดรายได้ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล²

โรงพยาบาล ป.แพทย์ 2 นครราชสีมา มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับบริการ ในปี 2559-2563 มีจำนวน 1,500, 1,820, 2,074, 3,104 และ 4,062 ราย ตามลำดับ และในปี พ.ศ.2564 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 5,060 ราย จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จำนวน 30 คน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไต, ตา, เท้า และหลอดเลือดสมองตีบ คิดเป็นร้อยละ 0.75, 0.40, 0.24 และ 0.08 ตามลำดับ

จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาข้างต้นเป็นเหตุผลสำคัญที่ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์⁴ และแนวคิด การดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 3 อ⁵ โดยผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางวางแผนดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ลดความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคและทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม นำไปสู่การมีสุขภาพดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

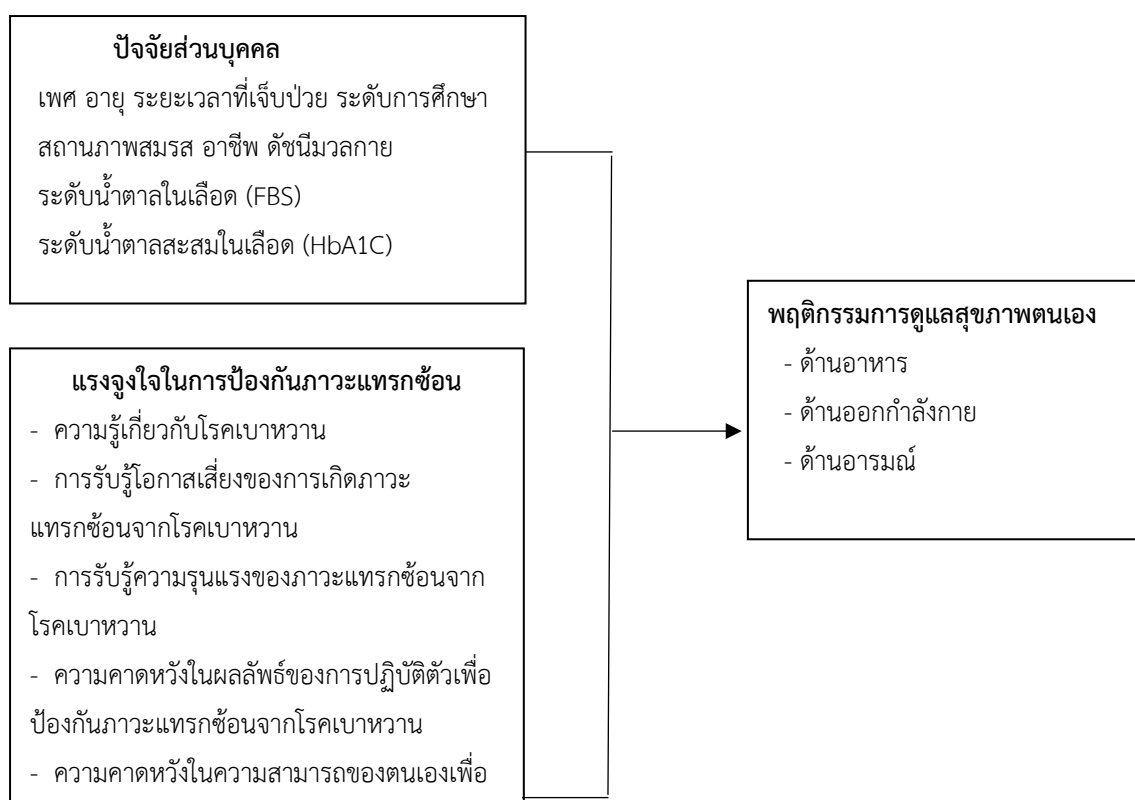
1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน 5 ประเด็น ประกอบด้วย (1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (3) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (4) ความคาดหวังในผลลัพธ์

ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และ (5) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค⁴ และแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 3 อ.⁵ จึงกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research design) มีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. **ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล ป.แพทย์ 2 นครราชสีมา โดยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์รับการรักษาโดยการรับประทานยา ไม่มีโรคอื่นร่วมและไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2,107 คน⁶

2. กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie and Morgan⁷ โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 และสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบในผู้ป่วยทุกๆ ลำดับที่ 6 ของคิวเข้าพบแพทย์ในแต่ละวันจนกลุ่มตัวอย่างครบตามกำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 325 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ ดังนี้

3.1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)

3.1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

3.1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

3.1.4 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

3.1.5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

3.1.6 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

3.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่

4.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ

4.2 แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน จำนวน 8 ข้อ พิจารณาตามเกณฑ์ของบлум⁸

4.3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็น มี 3 ตัวเลือก (เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย) จำนวน 5 ข้อ พิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์⁹

4.4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็น มี 3 ตัวเลือก (เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย) จำนวน 7 ข้อ พิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์⁹

4.5 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็น มี 3 ตัวเลือก (เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย) จำนวน 5 ข้อ พิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์⁹

4.6 แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็น มี 3 ตัวเลือก (เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย) จำนวน 7 ข้อ พิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์⁹

4.7 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ส่วน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (5-7 วัน/สัปดาห์), ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1-4 วัน/สัปดาห์) และไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 10 ข้อ พิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์⁹

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่จะใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่สร้างครอบคลุมความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยจะนำคำถามผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป นำไปใช้ จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครราชสีรา อำเภอมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยวิธี Kuder-Richardson

20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน, การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน, ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน, ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทดสอบโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71, 0.74, 0.73, 0.73 และ 0.83

5. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเคารพในการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย ต้องยินยอมในการให้ข้อมูลถ่ายภาพ โดยความสมัครใจ ไม่มีเปิดเผยข้อมูลและจะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ และขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน ในเรื่องผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายใต้มาตรการควบคุมการระบาดของโรค COVID-19 อย่างเคร่งครัด โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2565 หนังสือรับรองเลขที่ NRPH 046

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1. การวิเคราะห์เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

6.2. การวิเคราะห์เชิงอนุมาน ใช้สถิติ Multiple regression analysis เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.1 มีช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 45.8 ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 48.9 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 29.8 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.7 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 46.2 มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก/ม² ร้อยละ 69.5 มีระดับน้ำตาลในเลือด 126 mg/dl ขึ้นไป ร้อยละ 71.1 และมีระดับ HbA1C 6.50 mg/dl ขึ้นไป ร้อยละ 68.6 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 325)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	159	48.9
หญิง	166	51.1
อายุ		
20-29 ปี	10	3.0
30-39 ปี	73	22.5
40-49 ปี	149	45.8
50-59 ปี	73	22.5
60 ปี ขึ้นไป	20	6.2
Mean = 48.54 ปี, S.D. = 9.779, Min = 21 ปี, Max = 76 ปี		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 325) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวาน		
น้อยกว่า 5 ปี	159	48.9
5-10 ปี	129	39.7
มากกว่า 10 ปี	37	11.4
Mean = 5.94 ปี, S.D. = 4.977, Min = 1 ปี, Max = 30 ปี		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	3	0.9
ประถมศึกษา	97	29.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	58	17.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	78	24.0
อนุปริญญา/ปวส/หรือเทียบเท่า	34	10.5
ปริญญาตรี	49	15.1
สูงกว่าปริญญาตรี	6	1.9
สถานภาพสมรส		
โสด	78	24.0
คู่	207	63.7
หม้าย	17	5.2
หย่า	14	4.3
แยกกันอยู่	9	2.8
อาชีพ		
รับราชการ	7	2.2
รัฐวิสาหกิจ	4	1.2
รับจ้าง	150	46.2
ค้าขาย	44	13.5
เกษตรกรรม	14	4.3
ธุรกิจส่วนตัว	35	10.8
แม่บ้าน	49	15.1
พนักงานเอกชน	22	6.8
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 18.4 กก/ม ²	3	0.9
18.5-24.9 กก/ม ²	96	29.5
ตั้งแต่ 25 กก/ม ²	226	69.5
Mean = 27.96 กก/ม ² , S.D. = 5.326, Min = 16.66 กก/ม ² , Max = 47.91 กก/ม ²		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 325) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)		
ไม่เกิน 125 mg/dl	94	28.9
126 mg/dl ขึ้นไป	231	71.1
Mean = 158.21 mg/dl, S.D. = 51.771, Min = 56 mg/dl, Max = 375 mg/dl		
ระดับ HbA1C		
ไม่เกิน 6.49 mg/dl	102	31.4
6.50 mg/dl ขึ้นไป	223	68.6
Mean = 7.159 mg/dl, S.D. = 1.535, Min = 4.51 mg/dl, Max = 14.99 mg/dl		

ด้านความรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.8 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.7 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามระดับความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (n = 325)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-2 คะแนน)	21	6.5
ระดับปานกลาง (3-5 คะแนน)	103	31.7
ระดับสูง (6-8 คะแนน)	201	61.8

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.2 มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.5 มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.4 และมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.2 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามระดับแรงจูงใจรายด้าน (n = 325)

ปัจจัยด้านแรงจูงใจ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน		
ระดับต่ำ (5.0-8.3 คะแนน)	1	0.3
ระดับปานกลาง (8.4-11.7 คะแนน)	21	6.5
ระดับสูง (11.8-15.0 คะแนน)	303	93.2
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน		
ระดับต่ำ (7.0-11.6 คะแนน)	7	2.1
ระดับปานกลาง (11.7-16.3 คะแนน)	89	27.4
ระดับสูง (16.4-21.0 คะแนน)	229	70.5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามระดับแรงใจรายด้าน (n = 325) (ต่อ)

ปัจจัยด้านแรงใจ	จำนวน	ร้อยละ
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว		
ระดับต่ำ (5.0-8.3 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (8.4-11.7 คะแนน)	28	8.6
ระดับสูง (11.8-15.0 คะแนน)	297	91.4
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง		
ระดับต่ำ (7.0-11.6 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (11.7-16.3 คะแนน)	22	6.8
ระดับสูง (16.4-21.0 คะแนน)	303	93.2

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ร้อยละ 53.8 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (n = 325)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เหมาะสม (10.0-16.6 คะแนน)	7	2.2
เหมาะสมปานกลาง (16.7-23.3 คะแนน)	143	44.0
เหมาะสมมาก (23.4-30.0 คะแนน)	175	53.8

ในการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 14 ตัวแปร สามารถอธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 25.6 มีค่าความคาดเคลื่อน 2.852 ซึ่งตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มี 3 ตัวแปร คือ ความรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง อธิบายได้ว่าเมื่อมีคะแนนความรู้ คะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวและคะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง จะทำให้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอย่างเหมาะสมเพิ่มสูงขึ้นด้วย ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ Multiple Regression ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ($p < 0.05$)

ตัวแปร	Beta	t	Sig
1. เพศชาย (กลุ่มอ้างอิง คือ เพศหญิง)	0.270	0.527	0.599
2. อายุ	-0.056	-0.870	0.385
3. ระยะเวลาป่วยโรคเบาหวาน	0.027	0.506	0.613
4. การศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา (กลุ่มอ้างอิง คือ ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา)	-0.063	-1.078	0.282
5. สถานภาพสมรสคู่ (กลุ่มอ้างอิง คือ โสด,หม้าย,หย่า,แยกกันอยู่)	-0.051	-1.010	0.313
6. อาชีพอื่นๆ (กลุ่มอ้างอิง คือ รับจ้าง)	-0.080	-1.595	0.112

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ Multiple Regression ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ($p < 0.05$) (ต่อ)

ตัวแปร	Beta	t	Sig
7. ดัชนีมวลกาย	-0.073	-1.472	0.155
8. ระดับน้ำตาลในเลือด	0.007	0.139	0.890
9. ระดับ HbA1C	-0.021	-0.394	0.694
10. ความรู้	0.269	5.063	0.000*
11. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน	0.096	1.583	0.114
12. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน	0.066	1.183	0.238
13. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว	0.153	2.331	0.020*
14. ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	0.127	2.000	0.046*

$R = 0.536$, $\text{adjust } R^2 = 0.256$, $S.E. = 2.852$, $F = 8.947$, $P = <0.05$

อภิปรายผล

1. ความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้อง อยู่ในระดับระดับสูง ร้อยละ 61.8 เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับดารณี วงศ์โชติวัฒนา¹⁰ ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.9

2. แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.4 และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.2 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากสื่อหรือบุคลากรทางการแพทย์ในด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ภาวะคุกคามของการเจ็บป่วย ทำให้เกิดความเชื่อ ความกลัวการเกิดโรค จะทำให้เกิดความคาดหวังว่าหากมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างเหมาะสมจะช่วยป้องกันการเกิดโรค และรับรู้ว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค นำไปสู่ความสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับดารณี วงศ์โชติวัฒนา¹⁰ ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.5 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.2

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ร้อยละ 53.8 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างงดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพอย่างเหมาะสมด้วยหลัก 3 อ. ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์ เพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน สอดคล้องกับอุมการ ใจยังยืน, ญัฏฐวรรณ คำแสน, เพ็ญรุ่ง วรรณดี และสาวิตรี แก้วน่าน¹¹ ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน พบว่าด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารซึ่งมีระดับพฤติกรรมในระดับดีเช่นเดียวกัน ($\bar{x} = 2.91$, $SD = 0.28$) และพฤติกรรมการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 2.05$, $SD = 0.39$)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คือ ความรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์⁴ ที่กล่าวว่าการรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ในการหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จลงได้ เป็นปัจจัยสำคัญซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Morowatisharifabad, et al.¹² ได้ศึกษาผลของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมทางกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดแห่งหนึ่งของประเทศอิหร่าน พบว่าทุกองค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ค้นพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ ความรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ช่วยเพิ่มให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความเชื่อ ความกลัว การเกิดโรค จะทำให้บุคคลเกิดความคาดหวังว่าหากมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างเหมาะสมจะช่วยป้องกันการเกิดโรค และรับรู้ว่าคุณสมบัติในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค นำไปสู่ความเชื่อตนเองว่ามีความสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้

1.1 จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการตรวจการทำงานของตา, ไต และเท้า อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ตระหนักถึงความรุนแรงและความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และมีการคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนต้องได้รับการตรวจการทำงานของตา, ไต และเท้า อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

1.2 จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองบางเรื่องที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำตาล รับประทานอาหารรสหวานจัด รสมัน ดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม และออกกำลังกายปฏิบัติเป็นบางครั้ง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้แก่ผู้รับบริการในเรื่อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

1.3 จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คือ ความรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ดังนั้นควรมีการสร้างเสริมความรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เช่น ให้ความรู้ ให้เอกสารแนะนำผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและทำได้ไม่ยาก

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษางานวิจัยในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas Seventh Edition [อินเทอร์เน็ต].2558. [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.IDF Diabetes Atlas Seven edition.org>.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี : บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2560.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงานมาตรฐาน HDC. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.spd.moph.go.th>.
4. Roger, R.W. Protection motivation theory of fear appeals and attitude change. The Journal of Psychology 1975; 91: 93-114.
5. กรมอนามัย. แนวทางการดูแลสุขภาพด้วยหลัก 3 อ. อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
6. โรงพยาบาล ป.แพทย์ 2. ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน. นครราชสีมา, 2564.
7. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3) : 607-610.
8. Bloom, B. S. Mastery learning. UCLA – CSEIP evaluation Comment,1(2), Losangeles. University of CaliforniaatLos Angeles, 1968.
9. Best, John W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc. 1977.
10. ดารณี วงศ์โชติวัฒนา. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่ : รพ.สต.ท่าข้าม เชียงใหม่, 2560.
11. อุมกร ใจยังยืน, ญัฐวรรณ คำแสน, เพ็ญรุ่ง วรรณดี และสาวิตรี แก้วน่าน. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2559; 35(6).
12. Morowatisharifabad MA, et al. The Predictive Effects of Protection Motivation Theory on Intention and Behaviour of Physical Activity in Patients with Type 2 Diabetes. [Internet]. 2018 [cited 2020 May 14]; 6(4) : 709-714. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5927508/>.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

มะลิ โพธิพิมพ์^{1*} ปณิตดา สำราญถิ่น² อธิรุทธ อุดมพร³ จุน หน่อแก้ว⁴

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

²นักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

^{3,4}อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้มากกว่าบุคคลอื่น การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลหนองระเวียง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดนครราชสีมา 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 217 คน โดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือการวิจัยคือแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ค่าความเชื่อมั่น 0.71 และ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับการมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มี 1) ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.9) การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 93.5) พฤติกรรมการป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 99.1) 2) ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.21, 0.32, 0.54, 0.24$ และ 0.29 ตามลำดับ)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความรู้ และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้/ การรับรู้ด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมการป้องกันโรค Covid 2019/ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

* ผู้รับผิดชอบบทความ: มะลิ โพธิพิมพ์, อีเมล: malipho6@gmail.com, โทร: 08 1547 5041

Received: 5 เมษายน 2566/ Revised: 15 พฤษภาคม 2566/ Accepted: 16 มิถุนายน 2566

The Correlation Between Knowledge, Health Perception and Covid Prevention Behaviors in Type II Diabetes Patients

Mali Photipim^{1*} Panadda Sumratin² Teerayuth Udomporn³ Jun Norkaew⁴

^{1*}Asst. Prof., Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

²Student, Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

^{3,4}Lecturer, Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

Abstract

Coronavirus disease 2019 prevention behavior in type II diabetes patients is important because patients infected with the coronavirus 2019 are more likely to have serious complications than other people. This cross-sectional study aimed to study 1) The knowledge, health perception and prevention behavior of the Covid 19 among type II diabetes patients live in Nong Rawiang Subdistrict, Phimai District, Nakhon Ratchasima Province. 2) The relationship between knowledge, health perception and prevention behavior of the COVID 19 among type II diabetes patients. The sample consisted of 217 type II diabetes patients. Systematic randomization was used in this study. Research tools were tests and questionnaires created by the researcher which the reliability was 0.71 – 0.78. Data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson product moment correlation ($p < 0.05$).

The results of this study showed that 1) subjects had a high level of knowledge (83.9%), health perception (93.5%) and prevention behavior of the Covid 19 (99.1%). 2) Knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and perceived barrier had a significantly relationship with prevention behavior of the COVID 19 among type II diabetes patients ($r=0.21, 0.32, 0.54, 0.24, 0.29$ respectively).

The results of this study can be applied in order to educate and promote the appropriate preventive behavior among type II diabetes patients.

Keywords: Knowledge/ Health perception/ Covid prevention behaviors/ Type II diabetes patients

* Corresponding author: Mali Photipim, E-mail: malipho6@gmail.com, Tel: 08 1547 5041

Received: April 5, 2023/ Revised: May 15, 2023/ Accepted: June 16, 2023

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เป็นปัญหาที่ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต และส่งผลกระทบต่อสภาพสังคม เศรษฐกิจอย่างรุนแรงทั่วโลก¹ มีรายงานอัตราการเสียชีวิตในแต่ละประเทศทั่วโลกแตกต่างกันไปตั้งแต่ ร้อยละ 0.7-10.8 ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมาองค์การอนามัยโลกได้รายงานยืนยันจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด 19 ทั่วโลกจำนวน 642,379,243 คน และมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกสูงถึง 6,624,118 คน² สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อยืนยันจำนวน 4,711,528 คน และผู้เสียชีวิตจากโควิด 19 จำนวน 33,285 คน คิดเป็นร้อยละ 0.71³

กลุ่มผู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อาการหนัก และเสียชีวิตส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁴ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 บางส่วนที่อาการหนักจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การขาดความต่อเนื่องในการกินยา ขาดความต่อเนื่องในการรักษา มีข้อจำกัดในการเข้าถึงยาเบาหวาน รวมถึงการภาวะขาดภูมิคุ้มกัน และการไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^{2,5} ดังนั้นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงควรมีการป้องกันโรคอย่างเพียงพอเหมาะสม ข้อมูลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลหนองระเวียง ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 500 คน พบการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 7 คน ในจำนวนนี้ไม่พบการเสียชีวิตแต่อย่างใด⁶

แนวคิดด้านการปฏิบัติในการป้องกันโรคของเพนเดอร์⁷ เชื่อว่าบุคคลจะมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคก็ต่อเมื่อมีการรับรู้และคาดหวังต่อผลลัพธ์ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 6 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลจากสถานการณ์ สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ที่เชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพโดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดๆ ด้วยความเชื่อว่าการป้องกันไม่ให้เป็นโรครุนแรงกับปัจจัยหลักสามประการ ประการแรกคือ ความพร้อมที่จะปฏิบัติ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ภายใต้กรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์⁸ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรค ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรค อย่างไรก็ตาม การรับรู้โอกาสของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรค⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา พบว่า ผลการศึกษามีความแตกต่างกันทั้งในและต่างประเทศ บางการศึกษา พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^{9,10,11} แต่บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019¹² ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานยังมีน้อย และผลการศึกษายังมีความแตกต่าง ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆเพิ่มเติม เพื่อยืนยันความสอดคล้อง ประกอบกับทั่วโลกยังพบผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ในกลุ่มนี้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อ อาการหนัก และเสียชีวิต ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองระเวียง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ทั้งนี้ผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเป็นข้อมูลให้ทีมสุขภาพ สามารถเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพของประชาชนในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

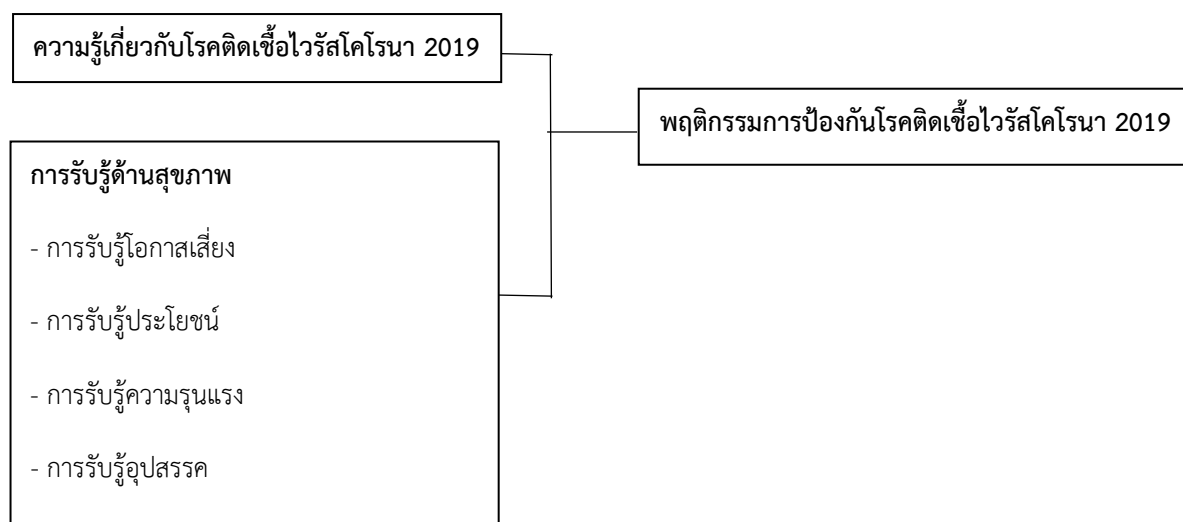
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองระเวียง อำเภอฟินมาย จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค การรับรู้โดยรวมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลหนองระเวียง อำเภอฟินมาย จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยดัดแปลงจากกรอบแนวคิดการปฏิบัติในการป้องกันโรคของเพนเดอร์⁷ ที่เชื่อว่าบุคคลจะมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคก็ต่อเมื่อมีการรับรู้และคาดหวังต่อผลลัพธ์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์⁸ ที่เชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันไม่ให้เป็นโรค เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลหนองระเวียง อำเภอพินาย จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองระเวียงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองขาม ตำบลหนองระเวียงทั้งเพศชายและเพศหญิง ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 500 คน (ข้อมูลระบบ HOSxp โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม ตำบลหนองระเวียง อำเภอพินาย) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 217 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง Krejcie & Morgan (1970)¹³ ใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ตามทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานในระบบ มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) และ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

- 1) สมัครใจเข้าร่วมวิจัย
- 2) สามารถเข้าใจภาษาไทย
- 3) มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลเป็นปกติ ติดต่อสื่อสารได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

- 1) ไม่สามารถให้ข้อมูล หรือตอบคำถามได้จนจบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเป็นประเภทสอบถามรายการ (Check list) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคแทรกซ้อนอื่น ๆ

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และ ไม่ทราบ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด การให้คะแนนหากตอบถูก ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด หรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของ Bloom¹⁴ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้สูง ปานกลาง ต่ำ ตามคะแนน ดังนี้ ความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ตอนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งออกเป็น 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 ข้อ และ 4) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ การรับรู้ให้ 1 คะแนน ปานกลางให้ 2 คะแนน มากให้ 3 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Best¹⁵ โดยใช้คะแนน สูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนกลุ่ม คือ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ การรับรู้ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33) ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ 3, 2 และ 1 หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 20 ข้อ การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์ของ Best¹⁵ โดยใช้คะแนน สูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนกลุ่ม คือ มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33) ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบทดสอบไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 30 คน แบบทดสอบความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.71 แบบสอบถามการรับรู้ และพฤติกรรมได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (α) เท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เอกสารรับรองหมายเลข CE-029/2565 ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล สิทธิในการให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตามความต้องการ รวมถึงการนำเสนอผลการวิจัยจะมีการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองขาม และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองระเวียง ตำบลหนองระเวียง เพื่อขอเก็บข้อมูล จากนั้นได้เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล และอสม.ในพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบถ้วน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดเพื่อนำสู่กระบวนการวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประกอบด้วย ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) ประกอบด้วย ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรค กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลหนองระเวียง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 217 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 167 คน (ร้อยละ 77.0) มีช่วงอายุระหว่าง 60-79 ปี จำนวน 114 คน (ร้อยละ 52.5) สถานภาพสมรสจำนวน 167 คน (ร้อยละ 77.0) การศึกษาประถมศึกษาจำนวน 185 คน (ร้อยละ 85.3) มีอาชีพเกษตรกรจำนวน 133 คน (ร้อยละ 61.3) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 15000 บาทจำนวน 177 คน (ร้อยละ 81.6) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี และ 5-10 ปี จำนวน 80 คน ร้อยละ (36.9) มีภาวะโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 70 คน (ร้อยละ 32.3)
2. ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า
 - 2.1 ระดับความรู้ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 83.9) รองลงมาที่มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 15.2)
 - 2.2 ระดับการรับรู้ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 93.5) รองลงมาที่มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 5.6)
 - 2.3 ระดับพฤติกรรม ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 99.1) รองลงมาที่มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 0.9) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=217)

ระดับตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้		
สูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	182	83.9
ปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	33	15.2
ต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	2	0.9
ระดับการรับรู้		
สูง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00)	204	93.5
ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33)	11	5.6
ต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66)	2	0.9
ระดับพฤติกรรม		
สูง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00)	215	99.1
ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33)	2	0.9

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า

3.1 ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.21$, $p=0.00$)

3.2 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.32$, $p<0.001$)

3.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.54$, $p<0.001$)

3.4 การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.24$, $p<0.001$)

3.5 การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.29$, $p<0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=217)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับ
1.ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019	0.21	<0.001	ต่ำ
2.การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.32	<0.001	ต่ำ
3.การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.54	<0.001	ปานกลาง
4.การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.24	<0.001	ต่ำ
5.การรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.29	<0.001	ต่ำ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลหนองระเวียง อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยอภิปรายผลในแต่ละประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษา พบว่า 1) ระดับความรู้ ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่า ประชาชนที่ศึกษาที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง^{11,16, 17} ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Subyani et al.⁵ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับ Shi et al.¹⁸ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ระดับต่ำ 2) ระดับการรับรู้ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับสูง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสนธร เรื่องฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา, วรินทร์มาศ เกษทองมา, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล¹⁷ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ในระดับปานกลาง 3) ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายลดเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อต่างๆได้ง่าย และหากมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก็มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้อาการเลวลงจนเกิดการเสียชีวิตได้ง่าย^{18, 19} ดังนั้น หน่วยงานที่รับผิดชอบหลักคือ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการสร้างการรับรู้ สื่อสารความเสี่ยงของโรค รวมถึงการรณรงค์การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆทั้งทางสังคมออนไลน์ การจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ การสื่อสารผ่านบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล โดยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองระเวียงได้มีการจัดทำโครงการโรงเรียนเบาหวานและทุกครั้งที่มารับยาจะมีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเมื่อกลับเข้าสู่ชุมชนจะมีพี่เลี้ยงคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่คัดกรอง ให้ความรู้ในการป้องกันโรคโดย อสม. หนึ่งคนรับผิดชอบดูแลประชาชนในพื้นที่ 10 ครัวเรือน เน้นย้ำกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน สูงอายุ มีภาวะอ้วน และโรคเรื้อรังอื่นๆจึงทำให้ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอยู่ในระดับสูง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ในการป้องกันโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในระดับต่ำ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงสุดกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ การรับรู้โดยรวม และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อธิบายได้ ดังนี้

2.1 ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับประเทศ ระดับชุมชน และอสม.มีกระบวนการสื่อสารให้ความรู้ในการป้องกันโรค โดยมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม²⁰ กรณีการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย พิการและเสียชีวิตจำนวนมาก จึงถือเป็นความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความรู้ความเข้าใจตระหนักถึงความสำคัญ เพื่อให้ประชาชนได้รู้วิธีในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมป้องกันโรค อันจะนำมาซึ่งทักษะ และมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆทั้งใน และต่างประเทศ^{9, 10, 11} ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา อุดมเลิศและคณะที่พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มณฑา อุดมเลิศ และคณะ¹²

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อธิบายได้ว่า การที่บุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพอย่างไร่อมมีโอกาสเป็นไปได้ว่าเขาจะมีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อของเขา²¹ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค

(perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค(perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค (perceived barriers to disease prevention) กรณีผู้ป่วยเบาหวานที่รับรู้ว่าเขาเป็นกลุ่มเสี่ยงในการติดเชื้อมากกว่าบุคคลทั่วไป หากมีการติดเชื้อจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนอาจเสียชีวิต และรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค และแนวคิดดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศ^{9, 22, 23, 24}

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ จากผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้โดยภาพรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ตลอดจนท้องที่ท้องถิ่นรวมถึงอสม.ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ สร้างการรับรู้เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเห็นถึงความเสี่ยงรุนแรงของโรค เห็นประโยชน์ของการป้องกันโรคอันจะนำไปสู่การปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้องเพื่อลดโอกาสติดเชื้อ และลดการเสียชีวิตต่อไป

2. ควรศึกษาวิจัยการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Hasyim, H, Putri, G, Dale, P. Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal) 2022; 17 (Special Issue 1).
2. World Health Organization [WHO]. Global Situation (2022). [internet] 2022 [cited 2022 October 30]. Available from: <https://COVID-19.who.int/>
3. World Health Organization [WHO]. Thailand Situation (2022). [internet] 2022 [cited 2022 October 30]. Available from: <https://COVID-19.who.int/region/searo/country/th>
4. Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q, et al. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. Int J Infect Dis. 2020; May;94:91-95.
5. Subyani, A A., Fadel, H A, Bokhary, A., Ahmed, M., Ghunaim, M A., Alharbi, H H, Alghamdi, A K., et al. Knowledge, Attitudes, and Practices of COVID-19 Safety Measures Among Type 1 Diabetes Mellitus Patients at King Abdulaziz University Hospital: A Cross-Sectional Study. Cureus. 2022; 14(8): e27713.
6. Nakhon Ratchasima Provincial Office COVID-19. The situation of the number of people infected with COVID-19. [internet] 2021 [cited 2021 October 30]. Available from: <https://COVID-19.nakhonratchasima.go.th/>
7. Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A.. Health promotion in nursing practice (5th ed). Upper Saddle River, N.J. Pearson Education; 2006.
8. Becker, M.H. The health belief model and sick role behavior. Health Education Monographs. 1974; 2(4): 409 – 19.
9. Limkunakul, C, Phuthomdee, S, Srinithiwat1, P, Chanthanaroj, S, Watchara, B, & Sawanyawisuth, K. Factors associated with preventive behaviors for COVID-19 infection among healthcare workers by a health behavior model. Tropical Medicine and Health. 2022; 50(65): 2-7. (in Thai).
10. Lee, KW., Yap, SF., Ong, HT., Leong, PP., Mohamad, Hatta N. and Lye, MS. Knowledge, Perceptions and Behaviors Related to COVID-19 in a University Setting in Malaysia. Front. Public Health. 2022; 10:873022.

11. Melesie Taye G, Bose L, Beressa TB, Tefera GM, Mosisa B, Dinsa H, Birhanu A, Umata G. COVID-19 Knowledge, Attitudes, and Prevention Practices Among People with Hypertension and Diabetes Mellitus Attending Public Health Facilities in Ambo, Ethiopia. *Infect Drug Resist.* 2020; Nov 23;13:4203-4214.
12. Udomlerd, M, Khiaolueang, D, Saengkiew, P, Netchang, S, Prasitnarapun, R, Srijaiwong, S. Knowledge, Attitudes and Preventive Behaviors of COVID-19 among Nursing Students: Boromarajonani Collage of Nursing, Uttaradit Boromarajonani College of Nursing, *Uttaradit Journal.* 2022; 14(1):78-90. (in Thai).
13. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement.* 1970; 30(3), 607–610.
14. Bloom, B.S. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning.* New York : McGraw–Hill. 1971.
15. Best, J. W. *Research in Education* Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall. 1978.
16. Khumsaen, N. Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among People Living in Amphoe Uthong, Suphanburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province.* 2021; 4(1): 33-48. (in Thai).
17. Ruengrueharn, P, Kedthongma, W, Phakdeekul, W. Prevention behaviors of coronavirus disease 2019 (COVID-19) of elderly with diabetes mellitus in sakon nakhon province. *Research and Development Health System Journal.* 2022; 15(2): 254-268. (in Thai).
18. Shi, Z., Yan, A., Zimmet, P., Sun X, Cristina do Vale Moreira N, Cheskin LJ, Wang L, Qu W, Yan H, Hussain A, Wang Y. COVID-19, Diabetes, and Associated Health Outcomes in China: Results from a Nationwide Survey of 10 545 Adults. *Horm Metab Res.* 2021; 53(5):301-310.
19. Matias, LDM., Lucena, JGS., Azevedo, TF., Silva, ALDA., Costa, MML., Andrade, LL. Factors related to the prevention of COVID-19 in people with diabetes: a cross-sectional study. *Braz J Nurs.* 2021; 20 Suppl 1:e20216517.
20. Rogers, E. M. *Traditional midwives as family planning communication in Asia.* Honolulu: The East West Communication Institute. 1978.
21. Rosenstovk, Irain M. The Health Belief Model and Prevention Behavior. *Health Education Monographs.* 1974; 2(4), 354-38.
22. Bunthan, w., Whaikit, p., Soysang, V., Soynahk, C., Akaratanapol, P., Kompayak, J. factor influencing to health promotion behavior for coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention of older adults. *Journal of the Police Nurse.* 2020; 12(2): 323-337. (in Thai).
23. Karimy, M., Bastami, F., Sharifat, R. et al. Factors related to preventive COVID-19 behaviors using health belief model among general population: a cross-sectional study in Iran. *BMC Public Health.* 2021; 21, 1934.
24. Zewdie A, Mose A, Sahle T, Bedewi J, Gashu M, Kebede N, Yimer A. The health belief model's ability to predict COVID-19 preventive behavior: A systematic review. *SAGE Open Med.* 2022; Jul 22;10:20503121221113668.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

340 ถนนสุรนารายณ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000

หมายเลขโทรศัพท์: 0 4425 9009 อีเมล: phjournal@nrru.ac.th