วารสารสุขศึกษา
Thai Journal of Health Education
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
Faculty of Public Health Rajabhat Nakhon Ratchasima University

ปีที่ ๔๖ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๖
Vol. 46 No. 2 July – December 2023

บทความวิชาการ

❖ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรหญ้าดอกขาว : เสียงสะท้อนผู้เลิกบุหรี่

บทความวิจัย

❖ ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ
❖ ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการบริหารกายด้วยท่าฤาษีดัดตนและสไลม์พอกเข่าสมุนไพรในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
❖ ผลของโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวน
❖ ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม
❖ ประสิทธิผลของการใช้ไลน์แอปพลิเคชันแชทบอทในการลดความเครียดของบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง
❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
❖ ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
❖ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแปรงฟันที่ถูกวิธีของนักเรียนระดับประถมศึกษาโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา
❖ ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
❖ การเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ในระดับครัวเรือนและชุมชน โดยบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : กรณีศึกษาตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์
❖ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา
❖ การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองบัว ตำบลสักหลง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
❖ การพัฒนารูปแบบการจัดการสารเคมีตกค้างในเลือด ด้วยการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. ในพื้นที่ตำบลท่าลาดขาว อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา
❖ การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
❖ ประสบการณ์ผสมผสานอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษามืออาชีพ

ISSN 3027-6934 (Online)

วารสารสุขศึกษา

Thai Journal of Health Education

ปีที่ 46 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566

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 ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไข ข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสม

วารสารสุขศึกษา

Thai Journal of Health Education

บรรณาธิการ

รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ	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.พรรณี บัญชรหัตถกิจ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
รศ.พญ.ชวัลญ์ญา รัตนพิฑูลย์	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
รศ.ดร.อุไรวรรณ อินทร์ม่วง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
รศ.ดร.ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์	นักวิชาการอิสระ
ผศ.ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ศรัณญา เบญจกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.ทพ.วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ดร.อัศมน ลิ่มสกุล	ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
ผศ.ดร.สุรีย์ ธรรมมิกบวร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
รศ.ดร.ภก.พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.ทิวากรณ์ ราชูธร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

เลขานุการจัดทำวารสาร

นางปัทมาภรณ์ อำไพกูล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
นางสาวอณุภา สุวรรณชาติ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก พิจารณาบทความ (Peer review)

รศ.ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
รศ.ดร.พรรณี บัญชรหัตถกิจ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
รศ.ดร.มลินี สมภพเจริญ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.นิยม จันทร์นวล	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.พวงผกา ตันกิจจานนท์	สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ผศ.ดร.มะลิ โพธิพิมพ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ผศ.ดร.ทพ.ไพบูลย์ จิตประเสริฐวงศ์	สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร.บัณฑิต นิตย์คำหาญ	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.ทพ.วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.สมร นุ่มผ่อง	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.ชินกร สุจิมงคล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
ดร.ภัษภิษิจฐ์ พลศรีประดิษฐ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน พิจารณาบทความ (Peer review)

รศ.ดร.ภก.พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
รศ.ดร.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.ทิวากรณ์ ราชูธร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.ธวัชชัย เอกสันติ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.รชานนท์ ง่วนใจรัก	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.ฐิติกาญจน์ บุญรักษา อินทาปัท	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.ณัฐรัมภาพร ธนปิยวัฒน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ดร.ฐิติมา ระย้าเพ็ชร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ดร.ปาริชาติ วงษ์วริศรา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับและการส่งบทความวิชาการ
หรือบทความงานวิจัยเพื่อเผยแพร่

1. ประเภทบทความ

1.1 วารสารสุขศึกษา รับบทความต้นฉบับทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างรอการตอบรับตีพิมพ์ในวารสารฉบับใด ๆ

1.2 บทความต้นฉบับ ที่เตรียมการเผยแพร่ทั้งในรูปของบทความวิจัย (Research article) บทความปริทัศน์ (Review article) บทความวิชาการหรือบทความพิเศษ (Academic article) ทางสุขศึกษา 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 กำหนดให้มีความยาวของเนื้อหารวมรูปหรือตาราง (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 อีเมล์ เบอร์โทร ตำแหน่ง ที่อยู่ที่ทำงานเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่เกิน 6 คน หากเกินกว่านี้ ให้ระบุคำว่า “และคณะ” สำหรับผู้เขียนในลำดับที่ 7 เป็นต้น พร้อมระบุเชิงอรรถแบบตัวเลขเพื่อเขียนเชิงอรรถด้านล่างเกี่ยวกับตำแหน่งงานและหน่วยงานที่สังกัดพร้อมระบุสัญลักษณ์เพิ่ม “*” 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 มีเนื้อหาดังเช่นหน้าแรก แต่เขียนด้วยภาษาอังกฤษ
- หน้าที่ 3 - 15 ประกอบด้วยหัวข้อการนำเสนอดังนี้

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

<u>ตัวอย่างการจัดเรียงเนื้อหาในบทความต้นฉบับ: กรณีบทความวิจัย</u>

องค์ประกอบบทคัดย่อภาษาไทย

ชื่อบทความวิชาการ

ชื่อผู้นิพนธ์บทความ[1] และผู้ร่วมวิจัย[2, 3, 4] (ใส่ * Corresponding author)

ตำแหน่ง, ชื่อที่ทำงานของผู้นิพนธ์บทความ[1] และผู้ร่วมวิจัย[2, 3, 4]

บทคัดย่อ (ไม่เกิน 350 คำ)

ที่มา/ภูมิหลัง/ปัญหาการวิจัย:

ระเบียบวิธีวิจัย:

ผลการวิจัย:

ข้อเสนอแนะ

คำสำคัญ 1...../ 2...../3.....

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

องค์ประกอบบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

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 ตามลำดับหมายเลขด้วยตัวเลขอารบิคที่พิมพ์แบบตัวยก โดยเริ่มจากหมายเลย 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 สุธาดารัตน์, สุญาณี พงษ์ธนานิกร, กุลวรา เมฆสวรรค์. 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 อิมามี. เทศนิคการวางแผนงานโครงการสุขศึกษาและสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2543. สุรศักดิ์ นิลกานุพงศ์ และสุรวุฒิ ปรีชานนท์ คู่มือโรคข้อ (พิมพ์ครั้งที่ 2)กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2548.
รูปแบบอ้างอิงเฉพาะบทใด ๆ ขอหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและมีบรรณาธิการ	
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 เติมศิริกุลชัย. การชี้แนะสาธารณะด้านสุขภาพ. ใน: สุปรียา ตันสกุล,บรรณาธิการ. กลยุทธ์ทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยุทธรินทร์การพิมพ์: 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 เอี่ยมปู่. 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 เอกสารอ้างอิงควรพิจารณาให้ความสำคัญในการอ้างอิงบทความที่ตีพิมพ์วารสารในฐานข้อมูล 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 ท่าน ต่อไป

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

การออกใบรับรองการตีพิมพ์บทความต้นฉบับใบตอบรับการตีพิมพ์บทความวิชาการลงวารสารสุขศึกษาจะได้รับก็ต่อเมื่อผ่านการพิจารณาจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว 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)

<u>หมายเหตุ</u>

1. การชำระค่าธรรมเนียมการส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่นั้น “ไม่ได้ยืนยันว่าบทความของท่านจะได้รับการตีพิมพ์ลงในวารสารสุขศึกษา” เนื่องจากบทความจะต้องได้รับการประเมินคุณภาพจาก

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

2. ขอแจ้งให้ท่านรับทราบก่อนส่งบทความเพื่อเข้ารับตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขศึกษา กรณีที่บทความของท่าน “ถูกปฏิเสธการลงตีพิมพ์” จากผู้ทรงคุณวุฒิหรือบรรณาธิการ ทางกองบรรณาธิการจะไม่คืนค่าธรรมเนียมให้กับผู้นิพนธ์ทุกกรณี เนื่องจากค่าธรรมเนียมดังกล่าวจะเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความของท่าน

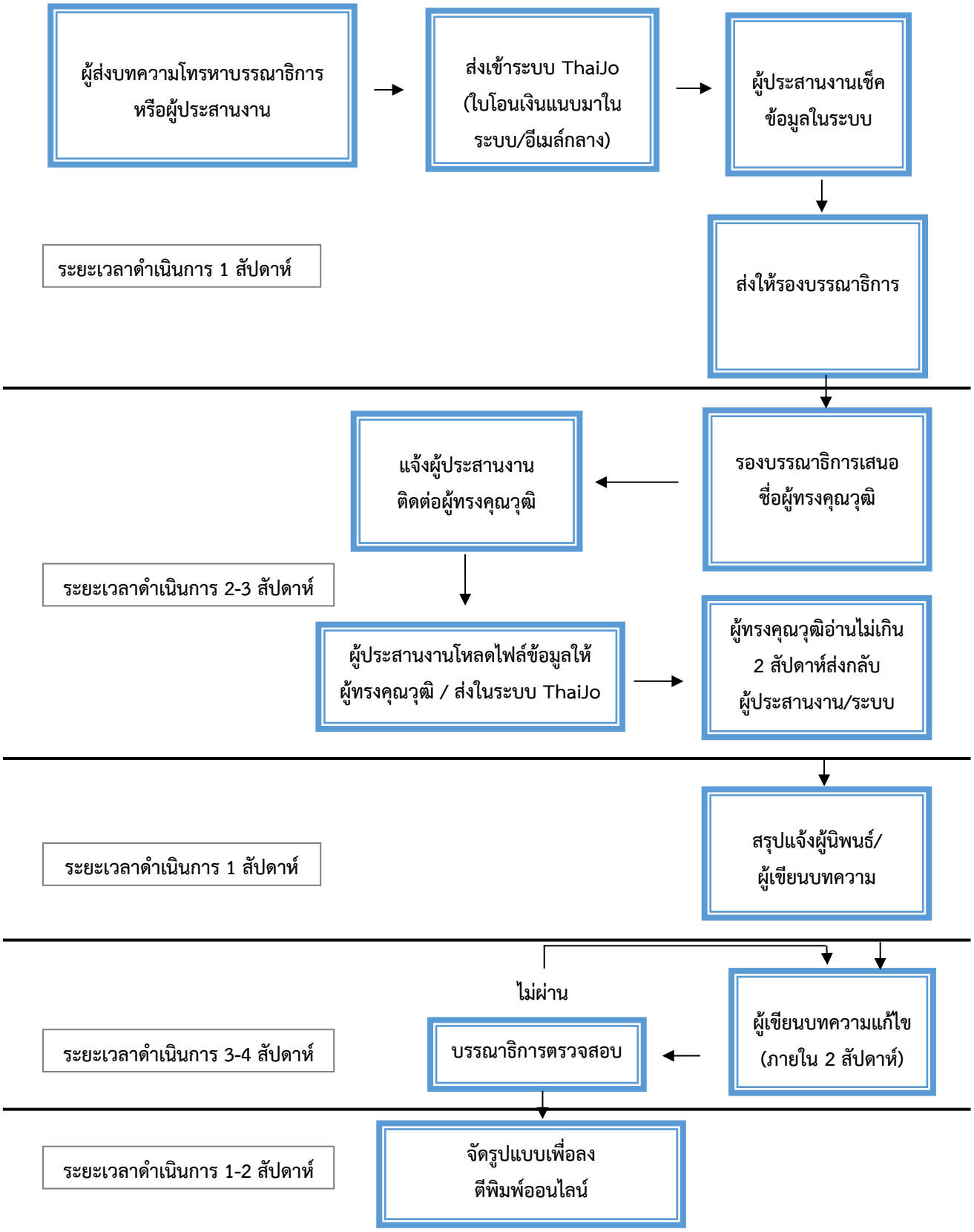
การชำระค่าธรรมเนียม

ชำระค่าธรรมเนียมโดยการโอนเข้าบัญชีธนาคาร

เลขที่บัญชี 419-1-78460-8
ชื่อบัญชี นางธนิดา ผาติเสนะ และ นางปัทมาภรณ์ อำไพกูล
ธนาคาร กรุงศรีอยุธยา สาขา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา **ประเภทบัญชี** ออมทรัพย์

หลังจากชำระค่าธรรมเนียมแล้ว โปรดส่งหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมผ่านทางระบบ ThaiJo หรือทางอีเมล์ phjournal@nrru.ac.th

ตัวอย่างขั้นตอนการรับบทความตีพิมพ์ของวารสารสุขศึกษา



บทบรรณาธิการ

วารสารสุขศึกษา ปีที่ 46 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2566 การดำเนินงานของวารสารดำเนินงานอย่างมีระบบ มีคุณภาพ และใช้ระบบ ThaiJo สำหรับฉบับนี้มีผู้สนใจส่งบทความมาตีพิมพ์เพิ่มมากขึ้น โดยวารสารฉบับนี้ มีบทความทั้งสิ้น จำนวน 16 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง และบทความวิจัย จำนวน 15 เรื่อง บทความวิจัยยังคงมีรูปแบบการวิจัยที่หลากหลาย มีเนื้อหาวิชาการทางสุขภาพที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์อย่างมาก บทความทุกเรื่องผ่านกระบวนการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2-3 ท่าน ทำให้บทความทุกเรื่องมีคุณภาพ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าของผลงานวิชาการ กองบรรณาธิการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้มีส่วนร่วมทำให้วารสารสุขศึกษาฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

รองศาสตราจารย์ ดร.ธนิดา ผาติเสนะ

บรรณาธิการ

สารบัญ

ชื่อบทความ	หน้า
บทความวิชาการ	
❖ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรหญ้าดอกขาว : เสียงสะท้อนผู้เลิกบุหรี่ ***ณัฐิกา ราชบุตร***	1 - 14
บทความวิจัย	
❖ ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ ***พลอยกาญจน์ สร้อยสน, เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์, ยุวดี รอดจากภัย และ เสาวนีย์ ทองนพคุณ***	15 - 35
❖ ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการบริหารกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนและสไลม์พอกเข่าสมุนไพรในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ***สุพัตรา สักขาพรหม, อภินันท์ เสียงสนั่น และ นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์***	36 - 53
❖ ผลของโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวน ***ณัฐณิชา มณีสุวรรณ, สุริยา ฟองเกิด, ขวัญตา เพชรมณีโชติ, วัชรินทร์ ช่างประดับ และ วิชิต ชิตวิเศษ***	54 - 67
❖ ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม ***ชิดชนก จุ้ยทรัพย์ และ นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์***	68 - 85
❖ ประสิทธิผลของการใช้ไลน์แอปพลิเคชันแชทบอทในการลดความเครียดของบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง ***ภาวินี แก้วนิล, อนามัย เทศกะทึก และ ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข***	86 - 100
❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ***พงศกร กระแสร์, นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์ และ พรรณี บัญชรหัตถกิจ***	101 - 115
❖ ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ***กมลรส สาวงาม และ เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์***	116 - 128
❖ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแปรงฟันที่ถูกวิธีของนักเรียนระดับประถมศึกษาโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ***รชานนท์ ง่วนใจรัก, จารุกัณญ์ แสงสี, ณัฐติยา ไชยเวศ, ปิยฉัตร นามวิจิตร, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง และ จิรัญญา บุรีมาศ***	129 - 141

สารบัญ (ต่อ)

ชื่อบทความ	หน้า
❖ ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ***จุฑาทิพย์ เอมเปีย, กรกฎ ฤทธิ์ประสม, ณัฐพัฒน์ ทุมดวง และ ณิรชา แต้มสีคาม***	142 - 152
❖ การเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ในระดับครัวเรือนและชุมชน โดยบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : กรณีศึกษาตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ ***นราวุธ สินสุพรรณ์, กัญญา กิ่งจันทร์, รัฐพล สีหะวงษ์, ศิริชัย พิศเพ็ง และ ปิยวรรณ นามนุ***	153 - 164
❖ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ***ธัญลักษณ์ วิชัย และ รชานนท์ ง่วนใจรัก***	165 - 177
❖ การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองบัว ตำบลสักหลง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ***ชัยณุภาค ขุนพิลึก***	178 - 192
❖ การพัฒนารูปแบบการจัดการสารเคมีตกค้างในเลือด ด้วยการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. ในพื้นที่ตำบลท่าลาดขาว อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ***กาญจนี บุณยวงศ์วิโรจน์, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, พุฒิพงศ์ สัตยวงทิพย์ และ อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง***	193 - 206
❖ การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ***ประสิทธิ์ ศรีผดุง และ พัชรี ศรีกุตา***	207 - 220
❖ ประสบการณ์ผสมผสานอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษามืออาชีพ ***วรัทธน์ ปัญญาทิยกุล และ วรัญญู กองชัยมงคล***	221 - 233

การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรหญ้าดอกขาว : เสียงสะท้อนผู้เลิกบุหรี่

ณัฐิกา ราชบุตร[1*]
[1*]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรหญ้าดอกขาว สามารถช่วยให้ผู้ที่มีพฤติกรรมติดบุหรี่ปรับเปลี่ยนความคิด เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผลมากขึ้น มีวิธีการเผชิญปัญหาของตนมากขึ้น ยอมรับ เข้าใจปัญหาจากการสูบหรี่ของตนเอง มีเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ชัดเจนมากขึ้น มีทักษะในการจัดการความทุกข์ทรมานจากอาการอยากสูบบุหรี่ อีกทั้งผลิตภัณฑ์สมุนไพรหญ้าดอกขาวช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการถอนนิโคตินได้อย่างดี ทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งคุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษาคือผ่านการอบรมความรู้ ขั้นตอน ทักษะการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีความรู้เกี่ยวสมุนไพรหญ้าดอกขาว ขั้นตอนในการนำไปใช้ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอน 1 สร้างสัมพันธภาพ กำหนดเป้าหมายการเลิกบุหรี่ ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษของบุหรี่ อาการ ผลกระทบของการสูบบุหรี่ และกำหนดแผนการเลิกบุหรี่ ขั้นตอนที่ 3 ให้ความรู้เรื่องความคิดที่สัมพันธ์กับการติดบุหรี่ ขั้นตอนที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการความคิดที่ก่อทุกข์ด้วยเทคนิคการปรับความคิด ขั้นตอนที่ 5 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการทุกข์ทรมานจากอาการถอนพิษบุหรี่ด้วยเทคนิคการปรับพฤติกรรม และขั้นตอนที่ 6 ฝึกทักษะการป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำ และติดตามผลการบำบัด ทั้งนี้สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของบริบทผู้รับการบำบัด วิธีการประเมินผลการบำบัด ประเมินการพัฒนาวิธีการคิดที่ยืดหยุ่น มีเหตุผล การจัดการอารมณ์ พฤติกรรมการติดบุหรี่ และคุณภาพชีวิต

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม/ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรหญ้าดอกขาว/ เลิกบุหรี่

[*]ผู้รับผิดชอบบทความ: ณัฐิกา ราชบุตร, อีเมล: Natika.r@nrru.ac.th, โทร.: 08 3894 0019
Received: 1 พฤศจิกายน 2566/ Revised: 28 พฤศจิกายน 2566/ Accepted: 12 ธันวาคม 2566

Cognitive Behavior Therapy with *Vernonia cinerea (L.) Less* Herb Product : Quitter Reflections

Natika Rachabootr[1*]

[1*]Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

Counseling based on the concept of cognitive behavior therapy with the use of *Vernonia Cinerea (L.) Less* Thai Herb Product can help people with smoking behavior change their thinking. There is a change in the thought process that makes more sense. It gives them more ways to deal with their problems, accept and understand their own problems with smoking. There is a clearer goal to stop smoking. Have the skills to manage suffering from the urge to smoke. Moreover, *Vernonia Cinerea (L.) Less* Thai Herb Product is great for relieving suffering from nicotine withdrawal symptoms. Makes it possible to quit smoking continuously. The qualifications of the counselor are training in knowledge, process, and counseling skills based on the concept of cognitive behavior therapy. Have knowledge about Thai such as, *Vernonia Cinerea (L.) Less* Thai Herb Product. This consists of 6 steps: Step 1: Build a relationship and set a goal to stop smoking. Step 2: Provide knowledge about cigarettes, the harms, symptoms, and effects of smoking and determine a plan to stop smoking. Step 3: Provide knowledge about thoughts related to smoking addiction. Step 4: Practice skills in managing upsetting symptoms with thought change techniques. Step 5: Practice skills for managing symptoms. Suffering from symptoms of smoking withdrawal with behavior modification techniques. Step 6: Practice skills to prevent smoking again. and follow up on treatment results. This can be adjusted according to the suitability of the client's needs. Evaluation therapy with the development of flexible thinking, reasoning, emotional management, Smoking addiction behavior and quality of life.

Keywords: Cognitive behavior therapy/ *Vernonia cinerea (L.) Less* Herb Product/ Stop smoking

[*]Corresponding author: Natika Rachabootr, email: Natika.r@nrru.ac.th, Tel.: 08 3894 0019

Received: November 1, 2023/ Revised: November 28, 2023/ Accepted: December 12, 2023

สถานการณ์การสูบบุหรี่และผลกระทบ

ปัญหาด้านการสูบบุหรี่เป็นปัญหาด้านสารเสพติดที่มีแนวโน้มพบมากที่สุดในปี พ.ศ. 2565 พบประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 57.0 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 17.4 กลุ่มอายุ 25-44 ปีมีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 21.0) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 45-59 ปีและ 20-24 ปี (ร้อยละ19.7 และ 18.5ตามลำดับ) เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิงถึง 27 เท่า (ร้อยละ34.7 และ1.3 ตามลำดับ)[1] สาเหตุการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่ที่คือ อยากลอง ร้อยละ 65.9 รองลงมาคือเพื่อนชวนร้อยละ 34.21 ตามลำดับ[2] และจะสูบเพิ่มมากขึ้นเมื่อรู้สึกเครียด กดดัน วิตกกังวล ร้อยละ 33.33[3] การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ มากกว่า 25 ชนิด และทำให้อัตราเสี่ยงเกิดโรคหัวใจเพิ่มสูงขึ้นเป็น 2 เท่า อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็งปอดสูงขึ้นเป็น 6 เท่าและ10 เท่าตามลำดับ ผู้สูบบุหรี่ที่เริ่มสูบตั้งแต่วัยรุ่นและไม่หยุดสูบ ร้อยละ 50 จะเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้จะเสียชีวิตในวัยกลางคนก่อนอายุ 70 ปี[4] คนรอบข้างที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจะมีโอกาสเกิดโรคได้เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ ควันบุหรี่มือสองที่ตกค้างติดอยู่ตามเส้นผม ผิวหนัง เสื้อผ้า และสิ่งของในบ้านอื่น ๆ มีสารพิษตกค้างที่ก่อให้เกิดมะเร็ง เด็กมีโอกาสได้รับอันตรายจากควันบุหรี่มือสองได้มากกว่าผู้ใหญ่ 2 เท่า มีรายงานวิจัยพบว่าเด็กมีปริมาณสารนิโคตินในร่างกายสูงกว่าผู้ใหญ่ ร้อยละ 70 ภายหลังได้รับควันบุหรี่เท่ากัน[1] นอกจากนี้ยังเป็นตัวอย่างที่ไม่ดีและเป็นที่รังเกียจของสังคม เกิดการขัดแย้งกับคนในครอบครัวมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่ 3 เท่า[2] รัฐบาลต้องเสียงบประมาณในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูบบุหรี่จากการศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในปี พ.ศ. 2560 พบว่าค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับยาสูบคาดว่าอย่างน้อย 102,526 ล้านบาท หรือคิดเป็น 9,583 บาทต่อผู้สูบบุหรี่หนึ่งคน ทำให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก เป็นพฤติกรรมเสี่ยงเกิดผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง และคนใกล้ชิดรอบข้าง โดยเฉพาะครอบครัว เป้าหมายการลดอัตราการสูบบุหรี่ของมติที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติกำหนดไว้ว่าแต่ละประเทศควรลดลงร้อยละ 30 ภายในปี 2568[5] แต่พบว่าการลดลงของจำนวนผู้สูบบุหรี่ในไทยก็ไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในระดับประเทศ แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบชาติฯ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2559 – 2562) ตั้งเป้าหมายอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยไว้ที่ร้อยละ 16.7 แต่จากข้อมูลล่าสุดของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2565 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่อยู่ที่ร้อยละ 17.4 ซึ่งแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2570 มีเป้าหมายที่จะลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ให้ไม่เกินร้อยละ 14[1] ดังนั้นการแก้ปัญหาเรื่องการลดอัตราการสูบบุหรี่จึงเป็นเรื่องท้าทายในวงการสาธารณสุขที่จะต้องมีนโยบายและแนวทางการรักษา ปรับพฤติกรรมให้เหมาะกับยุคสมัยที่เปลี่ยนไปเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

แนวทางการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่ มีหลายวิธี การรณรงค์ให้ความรู้ การให้คำปรึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบำบัดทางจิต การใช้ยาทางจิตเวช และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรไทยช่วยเลิกบุหรี่ได้แก่ ยาอมประสะมะแว้ง ยาอมมะขามป้อม กานพลู วิตามินซี และ ยาชงหญ้าดอกขาว[5,6] ผลการประเมินโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2562 พบว่า มีผู้ที่สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูงมากที่สุด ถึงร้อยละ 94.4 สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นานติดต่อกัน 6 เดือนร้อยละ 6.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.0 ทราบว่าการเลิกบุหรี่ต้องทำอย่างไร แต่ก็ไม่สามารถเลิกได้ เนื่องมาจากไม่มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่มากพอ หรือสูบบุหรี่มานานแล้วจนไม่สามารถเลิกได้[5] การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) มีประโยชน์และมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรคถูกพัฒนาขึ้นโดย Beck และ มีการพัฒนาเทคนิคการดำเนินงานขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง และมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับพื้นฐานความรู้เดิมของในแต่ละกลุ่ม จึงทำให้มีเทคนิคออกมาหลากหลายรูปแบบ แต่ทุกกลุ่มมีแนวคิดพื้นฐานเหมือนกันคือความคิดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล ฉะนั้น การสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้นได้ เพราะบุคคล

มีความคิดไม่ถูกต้องเป็นจริง ไม่สมเหตุสมผล เช่น สูบบุหรี่แล้วทำให้มีความมั่นใจมากขึ้น แสดงความเป็นผู้ใหญ่ เหล่านี้เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นแง่มุมความคิดความเชื่อของผู้สูบบุหรี่ดังนั้นวิธีการที่จะปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ดีที่สุด คือ การให้ความสำคัญของการปรับความความคิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมหรือถูกต้องเป็นจริงนั้น การปรับความคิดและพฤติกรรมจะเป็นวิธีการที่สามารถลด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ ด้วยการปรับกระบวนการคิดและเสริมสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสมเป็นจริงที่เป็นแรงเสริม ให้กระทำในทางที่ดีต่อตนเองและครอบครัว ด้วยการพัฒนาการมุ่งถึงเป้าหมายในชีวิต เพื่อเป็นแรงจูงใจกระทำแต่สิ่งดีๆ มีอนาคตที่ดี และในที่สุดสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้[7,8,9,10]

เนื่องจากภาวะการติดบุหรี่มีผลมาจากการติดนิโคตินซึ่งเป็นภาวะเสพติดทางร่างกาย และเมื่อหยุดสูบบุหรี่ผู้ติดบุหรี่มักเกิดอาการถอนนิโคติน ดังนั้นการใช้ยาจึงช่วยบรรเทาหรือป้องกันอาการทางร่างกายดังกล่าวได้ มีการวิจัยยืนยันว่าสมุนไพรไทยหญ้าดอกขาว มีสรรพคุณในการลดความอยากบุหรี่ได้ดีและเป็นตัวช่วยในการลด ละ เลิกบุหรี่ได้พราะเมื่อรับประทานหญ้าดอกขาว โดยเหตุผลสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ คือรับประทานอาหารไม่อร่อย ไม่รู้สึกอยากบุหรี่ รู้สึกเหม็นกลิ่นบุหรี่ รู้สึกอยากอาเจียน ชาลิ้น[3,11,12] จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นผู้เขียนจึงสนใจนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรหญ้าดอกขาว วิธีการนำไปใช้เพื่อช่วยเหลือคนที่ต้องการเลิกบุหรี่ให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คนสูบบุหรี่และคนรอบข้างเครียดลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยลดลง

ความหมายและวัตถุประสงค์การให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

การให้คำปรึกษาเป็นการบำบัดรักษาชนิดหนึ่งซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถ รับรู้ เข้าใจ ยอมรับความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมปัญหา แยกแยะปัญหา และหาแนวทางในการแก้ปัญหา สามารถเข้าใจตนตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเข้าใจสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น ปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นบุคคลที่มีต้องผ่านการอบรมเรียนรู้ขั้นตอนและทักษะการให้คำปรึกษา

วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา

วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษามีดังนี้[13,14]

1. เพื่อประคับประคอง สภาพจิตใจ อารมณ์ และความสัมพันธ์กับสิ่งรอบตัวของผู้รับการปรึกษา

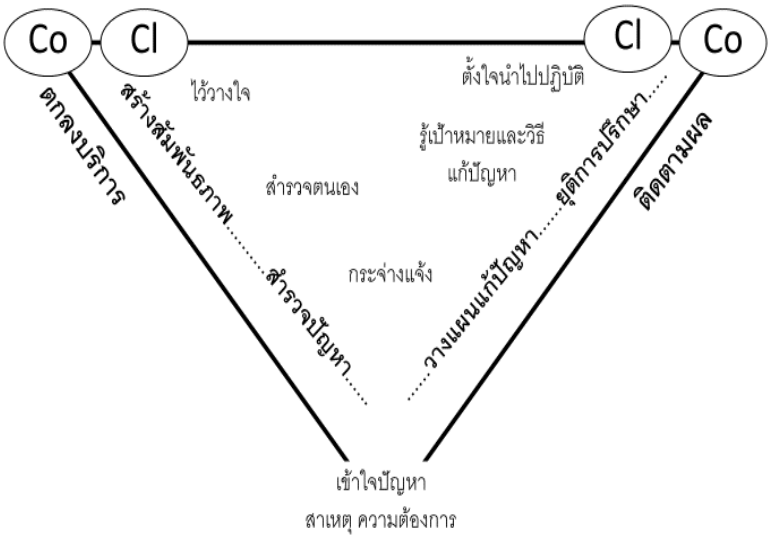
2. เพื่อส่งเสริมความสามารถการตัดสินใจและวางแผนในอนาคต โดยผู้รับการปรึกษาเห็นคุณค่าในตนเองและใช้ศักยภาพของเขาในการพิจารณาและตัดสินใจในสิ่งที่เหมาะสม

3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดทักษะการแก้ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆที่เกิดขึ้น เพื่อลดความขัดแย้งหรือความกดดันในจิตใจของผู้รับการปรึกษา

4. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมที่เป็นปัญหาตามแนวทางที่พึงประสงค์ของผู้รับการปรึกษา และผู้รับการปรึกษาร่วมมือหรือสมัครใจตลอดจนตระหนักด้วยตนเองว่าพฤติกรรมนั้นมีปัญหาต่อตนเองและส่งผลกระทบต่อสังคมอย่างไร

การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือ บำบัดแก่ผู้ที่มีปัญหาด้านความคิด และพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากสูบบุหรี่เป็นผู้ที่มีปัญหาด้านความคิด ความรู้สึก ส่งผลต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม การให้การช่วยเหลือให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ต้องอาศัย สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเพื่อร่วมกันค้นหา

ทำความเข้าใจและหาแนวทางแก้ไขปัญหา อย่างเป็นขั้นตอนดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสำรวจปัญหา 3) การทำความเข้าใจในปัญหา 4) การวางแผนแก้ปัญหา และ 5) การยุติการปรึกษา



ภาพที่ 1 กระบวนการให้คำปรึกษา

ที่มา: https://doh.hpc.go.th/data/bse/counseling_concepts.pdf[15]

การให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) นี้ถูกพัฒนาขึ้นจากผู้นำในแนวคิดการบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) อาจกล่าวได้ว่ามี 2 คน คือ Ellis และ Beck ซึ่ง Ellis มีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้ของคนเรานั้น เป็นเพราะเราคิดแบบไม่มีเหตุผลกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับเรามากกว่า วิธีการบำบัดก็คือเปลี่ยนแปลงความคิดของเราจากไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผล ส่วน Beck เชื่อว่าปัญหาทางด้านจิตใจและพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นเพราะว่าบุคคลมีความคิดในลักษณะปรับตัวไม่ได้ คือความคิดไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง วิธีการบำบัดก็คือมุ่งเน้นที่ความเชื่อพื้นฐาน ฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์และพฤติกรรมไม่เหมาะสม ฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมนั้น ให้ผู้ป่วยประเมินความคิดดังกล่าว และการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ด้วยความคิด ความเชื่อใหม่ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง ซึ่งจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสม[15]

การประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อช่วยเลิกบุหรี่

หลักการเบื้องต้นของการนำการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้มีดังต่อไปนี้[15,16,17]

1. พยายามทำความเข้าใจปัญหาในแง่ความคิด ความเชื่อของผู้รับการบำบัด (Formulation)

2. ต้องมีพื้นฐานการให้คำปรึกษา (Therapeutic alliance) คือ มีความรู้สึกที่อบอุ่นรู้สึกเห็นใจและเข้าใจความรู้สึก (Empathy) การนับถืออย่างจริงใจ ตั้งใจฟัง ฟังอย่างละเอียด สรุปความคิด ความรู้สึกอย่างถูกต้อง และมองโลกในแง่ดี

3. การให้คำปรึกษาจะเน้นความร่วมมือและการมีส่วนร่วมโดยตรง (Active participation) ทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับบริการ

4. การให้คำปรึกษามีจุดมุ่งหมาย (Goal oriented) ในการพบกับผู้รับบริการครั้งแรกจึงเป็นการประเมินว่ามีปัญหาอะไรบ้าง และร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาให้ชัดเจน

5. ในระยะแรกของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจะเน้นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและเน้นที่เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เฉพาะซึ่งทำให้ผู้รับบริการทุกข์ใจ

6. การบำบัดทางความคิด จะเหมือนกับการสอนและให้ความรู้แก่ผู้รับบริการเพื่อเน้นการป้องกันการกลับมามีอาการกำเริบ ผู้บำบัดจะให้ความรู้เกี่ยวบุหรี่ โทษและพิษภัย บุหรี่ มีการดำเนินโรคอย่างไร ผลกระทบต่อการสูบหรี่ รูปแบบการบำบัดเป็นอย่างไร กระบวนการการบำบัดทางความคิด จะเป็นอย่างไร

7. การบำบัดทางความคิดสอนให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดความเชื่อที่ทำให้เป็นปัญหา (Dysfunctional) ให้พบและประเมินความคิด ความเชื่อนั้น และตรวจสอบพฤติกรรมที่เราตอบสนองต่อความคิด ความเชื่อนั้น

8. การบำบัดทางความคิดเป็นการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ มีเทคนิค วิธีการบำบัดต่างๆ หลายวิธี ขึ้นกับผู้บำบัดจะเลือกวิธีใด เหมาะกับผู้รับบริการประเภทใด และตามวัตถุประสงค์ของการบำบัดนั้นๆ

สรุปการให้คำปรึกษาตามแนวคิดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดทางจิตใจรูปแบบหนึ่งโดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นความคิด ความเชื่อพื้นฐานของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตัวเองอย่างชัดเจน ความเชื่อต่อการมองคนอื่นและการมองอนาคต ปรับเปลี่ยนแนวความคิด ความเชื่อใหม่ด้วยมุมมองที่สอดคล้องความเป็นจริงและมีประโยชน์ต่อตนเอง ช่วยให้การตอบสนองทางอารมณ์ได้ดีขึ้นกว่าเดิม และเลิกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

เทคนิคการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อช่วยเลิกบุหรี่

เทคนิคทั่วไป

เทคนิคทั่วไปที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีดังนี้[16,17]

1. การกำหนดขั้นตอน ระเบียบวาระ (Agenda Setting) ในการบำบัดแต่ละครั้งมีกระบวนการ ขั้นตอนที่ชัดเจน ช่วยให้การใช้เวลาในการให้คำปรึกษาได้อย่างเหมาะสม

2. การสรุปความ (Summarizing) การทบทวนเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละ ครั้งของการบำบัดโดยผู้บำบัดใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นในการบำบัด

3. การนำไปสู่การค้นพบ (Guide discovery) เป็นคำถามที่ทำให้เกิดข้อสรุป ซึ่งช่วยให้ผู้รับบริการมองเห็นความคิดและความเชื่อที่ผิดปกติของตนได้ชัดเจนขึ้น หรือคือการค้นหาความคิดอัตโนมัติ นั่นเอง

คำถามอื่นที่ใช้ในการค้นหาความคิดอัตโนมัติ ได้แก่

“ตอนนั้นคุณคิดอะไรอยู่”

“คุณกำลังนึกถึงบางอย่างที่อาจจะเกิดขึ้น” หรือ “คุณกำลังจะบอกว่ามีอะไรบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้นจริงใช่หรือไม่” “เหตุการณ์แบบนี้มีความหมายอย่างไรต่อตัวคุณ”

“คุณกำลังคิดเกี่ยวกับเรื่อง.....”

4. การสะท้อนกลับ (Feedback) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้แสดงถึงความรู้สึกที่มีต่อการบำบัด ความรู้สึกที่มีต่อผู้บำบัด และเพื่อให้ผู้บำบัดได้ใช้กระบวนการนี้ประเมินถึงความเข้าใจของผู้รับการบำบัดที่มีต่อการบำบัด การสะท้อนกลับเป็นส่วนสำคัญที่จะได้ทราบถึงความก้าวหน้าของการบำบัด และผู้บำบัดเองจะได้ตระหนักและเข้าใจในตัวผู้ป่วย

5. การให้การบ้าน (Homework) การมอบการบ้านจะมีทุกครั้งในการพบกัน ผู้บำบัดจะต้องกำหนดเนื้อหาให้ชัดเจน และบอกเหตุผลเกี่ยวกับการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง ค้นหาทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการบ้านที่มอบหมายให้ รวมทั้งทำความเข้าใจถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ทำการบ้านนั้นให้สำเร็จตามมอบหมาย

เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่

เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) ประกอบด้วยทักษะย่อย 8 ประการ ดังนี้[15,16]

1. การตรวจสอบความคิดและความรู้สึก (Monitoring Thought and Feelings) ขั้นตอนแรกในการดำเนินการ คือ ต้องตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจสอบความคิดและความรู้สึกของตนเอง ซึ่งสามารถดำเนินการโดยใช้การบันทึกความคิดประจำวัน

2. การใช้คำถามเพื่อหาหลักฐาน (Questioning the Evidence) เป็นการใช้คำถามเพื่อหาหลักฐานสนับสนุนว่ามีหลักฐานอะไรที่ทำให้ความเชื่อคงอยู่ และเป็นการประเมินความคิดโดยอาศัยหลักฐาน (Evidence – counter evidence technique) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยประเมินความคิดที่เกิดขึ้น โดยอาศัย หลักฐานต่างๆ ที่มาสนับสนุนหรือ คัดค้านความคิดนั้นๆ เพื่อแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย สู่ความคิด ความเชื่อที่เป็นจริง และมีการแปลความหมายอย่างเหมาะสม “อะไรที่ทำให้คุณคิดแบบนั้น หรือ ใครทำให้คุณคิดแบบนั้น”

3. การตรวจสอบความคิดทางเลือกใหม่ที่เปลี่ยนไป (Examining Alternatives) การตรวจสอบความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเผชิญปัญหาที่เข้มแข็ง “คุณรู้สึกอย่างไร เมื่อเปลี่ยนเป็นคิดแบบใหม่นี้”

4. ความไม่ล้มเหลว (De catastrophizing) เป็นเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการช่วยผู้ป่วยในการประเมินสถานการณ์ที่คิดว่าตนเองแย่ ล้มเหลว หรือโชคร้ายมากกว่าความเป็นจริง คำถามที่พยาบาลสามารถถาม ได้แก่ “สิ่งเลวร้ายที่สุดที่เกิดขึ้นกับคุณคืออะไร” “มันคงเป็นเรื่องร้ายแรงถ้าสิ่งนั้นเกิดจริงๆ กับทุกคน” “คนอื่นๆ เผชิญปัญหากับมันอย่างไร” เป้าหมายของการช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นผลที่ตามมาของการดำรงชีวิต เป็นเรื่องที่เกิดได้ทั่วไป ไม่ใช่เกิดกับผู้ป่วยคนเดียวหรือไม่เคยเกิดกับใครเลย ดังนั้นจึงเป็นความล้มเหลวหรือโชคร้ายที่เกิดเพียงเล็กน้อย

5. การคิดเป็นแบบอื่น (Alternative technique) พิจารณาว่าความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ นั้นสามารถมีความคิดเป็นแบบอื่นได้หรือไม่ “คุณสามารถคิดเป็นแบบอื่นได้ไหม อย่างไร”

6. การมองปัญหาในแง่มุมใหม่ (Reframing) เป็นกลวิธีในการเปลี่ยนการรับรู้ของผู้สูบบุหรี่ที่มีต่อเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหา สนับสนุนให้มองปัญหาในมุมมองใหม่ที่แตกต่างจากเดิม การเปลี่ยนวิธีคิดโดยการคิดในมุมมองใหม่นี้จะช่วยให้ปัญหาลดลงได้ดีขึ้น “คุณลองทบทวนดูว่าภรรยาด่าคุณขณะคุณสูบบุหรี่ เพราะภรรยารังเกียจคุณแล้วมองใหม่ว่าภรรยาเป็นห่วง อยากให้คุณมีสุขภาพดีใช่หรือไม่”

7. วิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับ (Cost-benefit analysis) เน้นที่แรงจูงใจของผู้สูบบุหรี่ให้ยอมรับความคิดความเชื่อว่าการสูบบุหรี่ไม่เกิดประโยชน์มากกว่ามีประโยชน์ โดยให้ชั่งน้ำหนักว่าหากคิดในด้านลบแล้วมีแต่โทษต่อร่างกายจิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม จะยังคงเชื่อหรือคิดเช่นเดิมหรือไม่ “ลองทบทวนสิคะว่าการสูบบุหรี่มีประโยชน์และมีโทษต่อร่างกายจิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคมอย่างไรบ้าง” “คุณจะยังคงเชื่อหรือคิดเช่นเดิมหรือไม่”

8. การซักซ้อมให้ผู้ป่วยพัฒนาความคิด (Cognitive rehearsal) เช่น จากการมองในแง่ไม่ดีเป็นการมองในแง่ดีและถูกต้องตามความเป็นจริง ฝึกให้คิดช้าลง (Thought delay) โดยคิดแยกแยะวิเคราะห์ตนเองและมองความคิดอย่างช้าๆ และคิดให้มีความสุข

เทคนิคการปรับพฤติกรรม

เทคนิคการปรับพฤติกรรม (Behavioral procedures) ประกอบด้วยทักษะของการใช้วิธีการ 5 ประการ ดังนี้[16]

1. การจัดตารางกิจกรรมประจำวัน ขั้นแรกต้องให้ผู้รับการบำบัดกรอกกิจกรรมประจำวันตามปกติ เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อน แล้วจึงร่วมกำหนดตารางกิจกรรมใหม่ในแต่ละวันเพื่อสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่เป็นการบ้านให้นำไปปฏิบัติ

2. การหยุดคิด (Thought stopping) โดยใช้ยางรัดข้อมือเวลาคิดอยากสูบบุหรี่ หรือคิดบางอย่างที่ไม่ต้องการหรือไม่จำเป็นต้องคิด ใช้ยางดีดจนรู้สึกเจ็บ เพื่อเตือนตนเองให้หยุดคิด หรือใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการฝึกหายใจ ออกกำลังกาย ฟังเพลง เป็นต้น

3. ฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) ให้สามารถมีความกล้าที่จะทำสิ่งต่างๆ เพื่อตนเองได้อย่างเหมาะสมโดยใช้แบบตัวอย่าง (Modeling) และการแสดงบทบาทสมมติ

4. การฝึกแบ่งปัญหาให้เป็นปัญหาย่อย ๆ แก้ปัญหาจากง่ายไปยากตามลำดับขั้น (Grade task assignment)

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อช่วยเลิกบุหรี่

ประสบการณ์ในการนำโปรแกรมการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อบริการวิชาการแก่สังคมในกลุ่มผู้ติดบุหรี่ที่สมัครใจเลิกบุหรี่ ของประชาชน ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่1

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ดำเนินการประเมินความเครียด พติกรรมการติดบุหรี่ และคุณภาพชีวิต ประเมินองค์ประกอบด้านความคิดและพฤติกรรมการติดบุหรี่ผ่านสถานการณ์จริงที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้จากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของแต่ละคน สรุปความคิดความเชื่อ และช่วยให้มองพฤติกรรมการติดบุหรี่ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดาสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทั่วไป โดยใช้ Normalization technique สรุปความเชื่อมโยงให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง และกำหนดเป้าหมายการเลิกบุหรี่

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษของบุหรี่ อาการ ผลกระทบ โดยให้ความรู้ผ่านประสบการณ์การติดบุหรี่และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการติดบุหรี่ ของแต่ละคน เรียนรู้เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติ ด้านลบ ที่เป็นปัจจัยสำคัญของการติดบุหรี่ ผ่านเหตุการณ์ต่างๆที่เคยเกิดขึ้นในอดีต สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้และนัดหมายในการเข้าร่วมกลุ่มในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องความคิดด้านลบ/ความคิดที่บิดเบือนลักษณะต่างๆที่สัมพันธ์กับการติดบุหรี่ เป็นการทบทวนเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติ ความสัมพันธ์ระหว่าง เหตุการณ์ ความคิดอารมณ์ และพฤติกรรม (ABC Model) และร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์ ความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับการติดบุหรี่ผ่านเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ช่วยให้ฝึกทักษะการวิเคราะห์เหตุการณ์ และความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยหาหลักฐานสนับสนุนหรือคัดค้านเพื่อนำไปสู่ความคิดที่ถูกต้องต่อไป (Evidence counter evidence)

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมฝึกทักษะการจัดการความคิดที่ก่อทุกข์ด้วยเทคนิคการปรับความคิดให้เกิดการคิดแบบใหม่ โดยฝึกทบทวนความคิดด้านลบ/ความคิดบิดเบือน และตรวจสอบเกี่ยวกับความคิดเพื่อให้มีมุมมองเกี่ยวกับการคิดที่มีเหตุและผลตามความเป็นจริงมากขึ้นผ่านสถานการณ์จริงที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามและการตอบตนเองโดยใช้การสืบค้นหาหลักฐานความคิดและการจัดการกับปัญหา (Socratic question) ทำให้มองเห็นปัญหาด้วยตนเอง ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจความคิดด้านลบต่อสาเหตุและผลลัพธ์ของปัญหา ยอมรับและปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่มีเหตุและผลตามความเป็นจริง ส่งผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีที่เหมาะสมด้วยตนเอง ทบทวนสิ่งที่เรียนรู้ มอบหมายการบ้านให้นำไปฝึกทักษะจัดการกับความคิดที่ก่อทุกข์ด้วยเทคนิคการปรับความคิดให้เกิดการคิดแบบใหม่ และนัดหมายในการเข้าร่วมกลุ่มครั้งที่ 3

สัปดาห์ที่ 3

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการกับอาการทุกข์ทรมานจากอาการถอนพิษบุหรี่ด้วยเทคนิค การปรับพฤติกรรม (Behavior technique) ฝึกทักษะปรับตัวและจัดการกับความยากลำบากอันเป็นผลจากภาวะถอนพิษของสารนิโคติน และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เทคนิคผ่อนคลายอาการทุกข์ทรมานจากอาการถอนพิษ (Relaxation) การออกกำลังกาย การเบี่ยงเบนความสนใจ การปรับเปลี่ยนมุมมองอยู่กับความเป็นจริงของเหตุการณ์ปัจจุบัน การฝึกทักษะ เพื่อเตรียมตนเองในการเผชิญปัญหา ทักษะการควบคุมตนเอง (Self-control) ทดสอบความน่าเชื่อถือของความคิดที่ปรับเปลี่ยน ทดลองในรูปแบบต่างๆ ที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาของตนเอง ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมการฝึกทักษะการป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำ และประเมินผลกิจกรรมของโปรแกรม เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนสาระสำคัญของกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ ทบทวนความรู้เรื่องโรคบุหรี่ โทษของบุหรี่ การนำทักษะการจัดการอาการอยากสูบบุหรี่ ตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้เมื่อประสบกับปัญหา เน้นย้ำทักษะการเผชิญปัญหา และการควบคุมตนเองทั้งหมดที่ได้ฝึกทักษะไปเพื่อที่จะจัดการอาการ และให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงของตนเองชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อเป็นแรงจูงใจในการปรับตัว และสามารถจัดการอาการได้ต่อไป และนัดหมายในการเข้าร่วมกลุ่มในสัปดาห์ที่ 8

สัปดาห์ที่ 8

ขั้นตอนติดตามประเมินผล ทบทวนการนำทักษะการจัดการอาการอยากสูบบุหรี่ ตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ เน้นย้ำทักษะการเผชิญปัญหา และการควบคุมตนเองทั้งหมดที่ได้ฝึกทักษะไปเพื่อที่จะจัดการอาการ และให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อเป็นแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ประเมินผลของความเครียด พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ และคุณภาพชีวิต สิ้นสุดโครงการ

ระยะเวลาการบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เวลา 09.00-11.00 น. ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ๆละ 2 กิจกรรมและติดตามผลการบำบัดในสัปดาห์ที่ 8

สรุปขั้นตอนการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

สรุปขั้นตอนการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญดังนี้[8,9,10]

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ดำเนินการประเมินพติกรรมการติดบุหรี่ ประเมินองค์ประกอบด้านความคิดและพฤติกรรมการติดบุหรี่ และกำหนดเป้าหมายการเลิกบุหรี่

ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษของบุหรี่ อาการ ผลกระทบของการสูบบุหรี่ และกำหนดแผนการเลิกบุหรี่

ขั้นตอนที่ 3 ให้ความรู้เรื่องความคิดด้านลบ/ความคิดที่บิดเบือนลักษณะต่างๆที่สัมพันธ์กับการติดบุหรี่ เป็นการทบทวนเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติ ความสัมพันธ์ระหว่าง เหตุการณ์ ความคิดอารมณ์ และพฤติกรรม (ABC Model) และร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์ ความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับการติดบุหรี่ผ่านเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

ขั้นตอนที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการความคิดที่ก่อทุกข์ด้วยเทคนิคการปรับความคิดให้เกิดการคิดแบบใหม่ ตรวจสอบเกี่ยวกับความคิดเพื่อให้มีมุมมองเกี่ยวกับการคิดที่มีเหตุและผลตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามและการตอบตนเองโดยใช้การสืบค้นหาหลักฐานความคิดและการจัดการกับปัญหา ทำให้มองเห็นปัญหาด้วยตนเอง ช่วยให้เข้าใจความคิดด้านลบต่อสาเหตุและผลลัพธ์ของปัญหา ยอมรับและปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่มีเหตุและผลตามความเป็นจริง ส่งผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีที่เหมาะสมด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 5 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการทุกข์ทรมานจากอาการถอนพิษบุหรี่ด้วยเทคนิคการปรับพฤติกรรม (Behavior technique) เทคนิคผ่อนคลายอาการทุกข์ทรมานจากอาการถอนพิษ (Relaxation) การออกกำลังกาย การเบี่ยงเบนความสนใจ การฝึกทักษะ เพื่อเตรียมตนเองในการเผชิญปัญหา ทักษะการควบคุมตนเอง (Self-control)

ขั้นตอนที่ 6 ฝึกทักษะการป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำ และประเมินผลโปรแกรม ทบทวนสาระสำคัญของกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ ทบทวนความรู้เรื่องโรคบุหรี่ โทษของบุหรี่ การนำทักษะการจัดการอาการอยากสูบบุหรี่ เน้นย้ำทักษะการเผชิญปัญหาและการควบคุมตนเองทั้งหมดที่ได้ฝึกทักษะไปเพื่อที่จะจัดการอาการ และให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงของตนเองชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อเป็นแรงจูงใจในการปรับตัว และสามารถจัดการอาการได้ต่อไป

ขั้นตอนในการนำไปใช้สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของบริบทผู้รับการบำบัด

วิธีประเมินผลตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

วิธีประเมินผลตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ด้วยแนวคิดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ว่า CBT ได้ผลหรือไม่ให้ดูจากพฤติกรรมของผู้ป่วย 5 ประการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยสามารถระบุความคิดที่บิดเบือนได้ และประสบผลสำเร็จที่จะปรับความคิดนี้รวมถึงสามารถทำให้เกิดความคิดที่เหมาะสมมากขึ้น
2. ผู้ป่วยสามารถสร้างประสบการณ์ใหม่ ในการลดอาการและยกระดับอารมณ์ขึ้นได้
3. ผู้ป่วยสามารถระบุความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีอิทธิพลต่อกระบวนการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม
4. ผู้ป่วยสามารถละทิ้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สามารถมีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้
5. ผลที่เกิดขึ้นในระยะภายหลังการบำบัด ผู้รับการบำบัดจะมีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ สามารถตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบกับเหตุผลตามความเป็นจริง มีการพัฒนาความคิดและวิธีการคิดอย่างมีประสิทธิภาพ มีความคิดที่ยืดหยุ่น มีเหตุผล จากวิธีการต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้จากการบำบัด ผู้รับการบำบัดจะเกิดการเรียนรู้ที่จะจัดการหรือปรับอารมณ์ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากและซับซ้อนหรือเมื่อต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในอนาคต เกิดทักษะในการคิดที่จะประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันต่อไป ทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง

ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ หญ้าดอกขาว

หญ้าดอกขาว ชื่อวิทยาศาสตร์ : *Vernonia cinerea (L.) Less*. ชื่อพ้อง : ต้นม่านพระอินทร์ หญ้าหมอน้อย หญ้าละออง ซางห่างฉ่าว หญ้าผ้าสามวัน ฉัตรพระอินทร์ หญ้าเนียมช้าง ม่านสวรรค์ ก้านธูป หญ้าสามวัน เซียวซัวเฮา ถั่วแฮะดิน ฝรั่งโคก เสือสามขา

สรรพคุณทางการแพทย์แผนไทย : แก้บิด แก้หวัด แก้ไข้ แก้อักเสบ ขับปัสสาวะ ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ ลดความดันโลหิต รักษาหอบหืด รักษาตับอักเสบ รักษานิ่ว

สรรพคุณในการช่วยเลิกบุหรี่ : ชาลิ้นหรือลิ้นฝาด ไม่รับรู้ รสชาติ ทำไม่รู้สึกอยากบุรี่ เหม็นกลิ่นบุหรี่เมื่อสูบแล้ว รู้สึกอยากอาเจียน

หญ้าดอกขาวมีสารต้านอนุมูลอิสระค่อนข้างสูง อีกทั้งมี สารกลุ่มฟลาโวนอยด์ เทอร์พีน สเตอรอล และสารกลุ่มไกลโคไซด์ ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้ลิ้นฝาดหรือชา ลดความอยากสูบบุหรี่ได้จริง จากผลการศึกษาในผู้ที่ติดบุหรี่หลังจากดื่มชาหญ้าดอกขาวเป็นเวลา 4 เดือน พบว่ามีอัตราการเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 70 โดยมีเหตุผลสำคัญ คือ หลังจากดื่มชา หรืออมลูกอมหญ้าดอกขาวจะทำให้รู้สึกชาที่ลิ้น เหม็นกลิ่นบุหรี่ ไม่มีความอยากสูบบุหรี่ และเมื่อสูบบุหรี่จะรู้สึกคลื่นไส้อาเจียนทันที ปัจจุบันหญ้าดอกขาว

ถูกบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2555 ในรูปแบบชาชง และลูกอมใช้ในการลดความอยากบุหรี่ในคลินิกเลิกอดบุหรี่ของแต่ละโรงพยาบาล[18]

วิธีการใช้ชาหญ้าดอกขาว เพื่ออดบุหรี่

1. การชงดื่ม ในปริมาณ 2-9 กรัม ต่อน้ำร้อน 120 -200 มิลลิลิตร แช่ไว้ 5-10 นาที ดื่มวันละ 3-4 ครั้งหลังอาหารทันที

2. ลูกอมในปริมาณครั้งละ 2 กรัม อมหลังอาหารทันทีวันละ 3-4 ครั้ง

3. ระยะเวลาที่ใช้ยาเพียง 2 สัปดาห์ซึ่งถ้าให้ยาในระยะเวลาที่นานขึ้น อาจจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น

4. ผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ที่พบมากที่สุด คือ อาการชาลิ้น ร้อยละ 46 รองลงมา คือ อาการมึนงง เวียนศีรษะ และปากแห้ง คอแห้ง ร้อยละ 41 การใช้ในผู้ที่มีประวัติโรคหัวใจ และโรคไต ควรอยู่ในความดูแลของแพทย์ เนื่องจากหญ้าดอกขาวมีสารโพแตสเซียมในปริมาณที่สูง อาจส่งผลกระทบต่อโรคประจำตัวที่เป็นได้[3,18,19]

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้หญ้าดอกขาวสามารถช่วยให้ผู้ที่มีพฤติกรรมติดบุหรี่ได้รับการรักษาทางกาย และได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ ปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหาและการคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา ค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งผลของการบำบัดนั้นสามารถช่วยช่วยให้การตอบสนองทางอารมณ์ ส่งผลให้ความเครียดลดลง และพฤติกรรมที่ดีขึ้นกว่าเดิม สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และมีคุณภาพที่ดีขึ้น

เสียงสะท้อนคนอยากเลิกบุหรี่

จากประสบการณ์การนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรมร่วมกับการใช้ลูกอมหญ้าดอกขาวไปใช้ในการช่วยคนที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ที่อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน ผลการประเมินพบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จจำนวน 12 คน (ร้อยละ 60) เสียงสะท้อนคนเลิกบุหรี่บอกว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผลมากขึ้น มีวิธีการเผชิญปัญหาของตนมากขึ้น ยอมรับ เข้าใจปัญหาจากการสูบหรี่ของตนเอง มีเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากทุกคนมีสัมพันธภาพที่ดี ให้ความเคารพซึ่งกันและกัน บรรยากาศผ่อนคลายตั้งแต่ระยะเริ่มต้น คงความต่อเนื่องตลอดโปรแกรม มีโอกาสได้ระบายความรู้สึกทุกข์ กังวลใจออกมา เกิดความรู้สึกว่า ยังมีคนสนใจและใส่ใจต่อความรู้สึกของตนเอง รวมไปถึงการได้รับการยอมรับ ความจริงใจจากผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม สอดคล้องกับ Corrigan et al[17] ที่กล่าวว่า สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่ดี ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเป็นมนุษย์ ให้ความเคารพซึ่งกันและกัน ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น คงความต่อเนื่องตลอดโปรแกรม ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มให้ข้อมูลด้านความเชื่อ ความคิด และสิ่งที่กังวลตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงโดยที่ไม่รู้สึกว่ากำลังถูกสอบ ซัก หรือตำหนิ นอกจากนี้ยังมีวิธีการส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มมีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ โดยชี้ให้เห็นว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่บางครั้งสามารถเกิดได้กับทุกคน ถ้าเจอเหตุการณ์เช่นเดียวกัน ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา (Normalization) ช่วยลดความรู้สึกถูกมองว่าตนเองเป็นคนไม่ดี คนสร้างปัญหาได้ รวมทั้งยังสร้างความหวังให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ การมีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องโทษและผลกระทบ ของบุหรี่ โดยการให้ความรู้ผ่านประสบการณ์ของแต่ละคน เมื่อผู้วิจัยสอนเรื่องเดิมซ้ำ จึงเกิดการเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบจากการสูบบุหรี่ของตนเองดีมาก ทั้งนี้จากพื้นฐานที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการเลิกสูบบุหรี่ เคยมีประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่จะพยายามเลิกบุหรี่มาก่อนหลายครั้งแต่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ เมื่อเข้าใจ ยอมรับโทษ และผลกระทบของบุหรี่จึงส่งผลต่อความคิดต้องการเลิกบุหรี่ให้ได้อย่างต่อเนื่อง การนำเทคนิคทางพฤติกรรมที่ได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน

ได้แก่ การผ่อนคลายความเครียด ทักษะการควบคุมตนเอง (Self-control) การเบี่ยงเบนความสนใจ ร่วมกับการอมลูกอมหญ้าดอกขาว ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการถอนนิโคตินได้อย่างดี นอกจากนี้กิจกรรมการบำบัดยังเปิดโอกาสให้ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จและความก้าวหน้าเกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของตนเอง เป็นแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดความเครียด สามารถนำทักษะการเผชิญปัญหา รวมทั้งนำเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด คือวิธีการคิดทางเลือกใหม่ที่ทำให้สบายใจ และการควบคุมตนเองทั้งหมดที่ได้ฝึกทักษะไปจัดการความเครียดเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำได้ ดังคำบอกเล่าของคนที่สามารถเลิกบุหรี่ได้

จากการสัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 15 กันยายน 2565

“มีคนที่เข้าใจเรา สามารถเล่าได้ทุกอย่างที่เราเก็บเอาไว้ สบายใจที่จะเล่าปัญหาของตนเองมาก ไม่ได้มีปัญหาเฉพาะเราคนเดียว ดีใจที่ได้เข้าร่วมกลุ่ม” *นาย ส อายุ 65 ปี*

“ได้มาเข้าร่วมกลุ่มแบบนี้ทำให้มีกำลังใจ ฮึกเหิมอยากเลิกบุหรี่ เพื่อนเลิกได้เราก็ต้องเลิกได้ คนเหมือนกัน มั่นใจเลิกได้ 100%” *นาย ป อายุ 54 ปี*

“ได้รับกำลังใจจากอาจารย์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนๆในกลุ่ม ทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้จริงๆ” *นาย ท อายุ 56 ปี*

“จำเป็นต้องมีกลุ่มให้คำปรึกษาแบบนี้ครับ มันดีมาก ถ้ามีเฉพาะให้ยาไปใช้ที่บ้านอาจไม่ได้ผลเพราะไม่มีแรงใจในการมุ่งมั่นตั้งใจครับ บางครั้งอาจไม่กินยา” *นาย ช อายุ 64 ปี*

“ผมสูบบุหรี่มาตั้งแต่อายุ 15 ปี อยากเลิกสูบหลายครั้งแต่ทำไม่ได้ คำพูดอาจารย์พูดดีมากครับ ทำให้เราได้ปรับการมองตัวเอง และคนอื่น มีความคิดใหม่ มีสิ่งดีๆในการใช้แก้ปัญหา ผมเลิกสูบได้ ครอบครัวดีใจมากครับ” *นาย ส อายุ 62 ปี*

สรุป

การให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้หญ้าดอกขาวสามารถช่วยให้ผู้ที่มีพฤติกรรมติดบุหรี่ได้รับการรักษาทางกาย และได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ ปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหาและการคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา ค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา สามารถตรวจสอบความคิดทางลบกับเหตุผลตามความเป็นจริง มีการพัฒนาความคิดและวิธีการคิดอย่างมีประสิทธิภาพ มีความคิดที่ยืดหยุ่น มีเหตุผล จากวิธีการต่างๆ ที่ได้เรียนรู้จากการบำบัด ผู้รับการบำบัดจะเกิดการเรียนรู้ที่จะจัดการหรือปรับอารมณ์ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากและซับซ้อนหรือเมื่อต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในอนาคต เกิดทักษะในการคิดที่จะประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันต่อไป สมุนไพรไทยลูกอมหญ้าดอกขาวช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการถอนนิโคตินได้อย่างดี ทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

คุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษา

1. มีประสบการณ์ด้านทักษะการให้คำปรึกษา
2. ผ่านการอบรมความรู้ ขั้นตอน ทักษะการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
3. มีความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สมุนไพรหญ้าดอกขาว

ขั้นตอนในการนำไปใช้

สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของบริบทผู้รับการบำบัด ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ กำหนดเป้าหมายการเลิกบุหรี่ ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษของบุหรี่ อาการ ผลกระทบของการสูบบุหรี่ และกำหนดแผนการเลิกบุหรี่ ขั้นตอนที่ 3 ให้ความรู้เรื่องความคิดที่สัมพันธ์กับการติดบุหรี่ ขั้นตอนที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการความคิดที่ก่อทุกข์ด้วยเทคนิคการปรับความคิด ขั้นตอนที่ 5 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการทุกข์ทรมานจากอาการถอนพิษบุหรี่ด้วยเทคนิคการปรับพฤติกรรม ขั้นตอนที่ 6 ฝึกทักษะการป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำ และติดตามผลการบำบัด

วิธีการประเมินผลการบำบัด

ประเมินผลการพัฒนาความคิด การคิดที่ยืดหยุ่นมีเหตุผล และพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ความเครียด คุณภาพชีวิต

วิธีการใช้ลูกอมหญ้าดอกขาว

1. สามารถไปขอรับได้ที่คลินิกเลิกบุหรี่ของสถานพยาบาลใกล้บ้าน

2. วิธีการใช้ชาชงดื่ม ในปริมาณ 2-9 กรัม ต่อน้ำร้อน 120-200 มิลลิลิตร แช่ไว้ 5-10 นาที ดื่มหลังอาหารทันที วันละ 3-4 ครั้ง หรือลูกอมในปริมาณครั้งละ 2 กรัม อมหลังอาหารทันทีวันละ 3-4 ครั้ง

3. ระยะเวลาที่ใช้ ใช้ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 8 สัปดาห์

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2566.
2. เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน. ความชุกและผลกระทบทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดสุโขทัย.วารสารวิชาการป้องกนควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2563; 7 (3): 40-53.
3. ดลณชา อิสริยภานันท์, นวลใย พิศชาติ, อุบล ชุ่มจินดา, วิเนตรา แน่นหนา, นภวรรณ แก้ววังอ้อ. ผลของลูกอมสมุนไพรหญ้าดอกขาวในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน ชุมชนบางเตย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2566; 31(2): 142-152.
4. เครือขายวิชาชีพแพทยในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. คูมือการเลิกบุหรี่สำหรับประชาชน (พิมพ์ ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นสวนจำกัด สินทวีกิจ พริ้นติ้ง; 2561.
5. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2563.
6. กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
7. ณัฐิกา ราชบุตร, สุริยา ราชบุตร. การบำบัดด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภท: การทบทวนงานวิจัยเพื่อใช้ในการปฏิบัติในประเทศไทย. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2561; 21(1): 163-177.
8. พรรณปพร ลีวิโรจน์, บุญรัตน์ โง้วตระกูล, ดาริกา กูลแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา และผลการพัฒนาโปรแกรม การปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดการสูบบุหรี่. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2560; 37(4): 76-91.
9. Umaru, Y., Abdullahi, M.I., Oliagba, O., & Sambo, S. (2014). The effect of Cognitive Restructuring Intervention on Tobacco Smoking Among Adolescence in Senior Seconday School in Zaria Kaduna State, Nigeria. European Scientific Journal, 10(5), 922-944.

10. รัชตะ รอสูงเนิน, ธนาคาร เสถียรพูนสุข, สาธิต สีเสนซุย, วัชรากร หวังหุ้นกลาง, วันฉัตร โสพส. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่.วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2564; 15(2): 362-376.
11. Muhammad Murad, Waseem Ul Hameed, Suresh Chandra Akula, Pritpal Singh. Pharmaceutical interventions: A solution to stop smoking. Pharmacy Practice 2022 ;20(2):1-10.
12. ศรินทิพย์ หมื่นแสน. สมุนไพรหญ้าดอกขาว ทางเลือกสำหรับลดความอยากบุหรี่ .วารสารเพื่อการวิจัยและพัฒนาองค์การเภสัชกรรม 2560; 24 (3):16-20.
13. ลักขณา สริวัฒน์. ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา. มหาสารคาม : ธนกรณ์การพิมพ์; 2556.
14. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. คู่มือการให้คำปรึกษาสุขภาพ. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2559.
15. เสาวลักษณ์ สุวรรณไม่ตรี บรรณาธิการ. คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy). นนทบุรี : บียอนด์ พับลิสชิ่ง; 2552.
16. Beck, A.T. Cognitive Therapy and The Emotional Disorder. New York: International Universities Press;1976.
17. Judith S. Beck. Cognitive Therapy: Basic and Beyond. New York: The Guilford Press; 1995.
18. กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก. หญ้าดอกขาว-มะนาว ช่วยเลิกบุหรี่. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2566]: เข้าถึงได้จาก https://www.hfocus.org/content/2020/05/19460.
19. วิโรจน์ วีรชัย, สำนา นิลบรรพ, สมพร สุวรรณมาโจ, ลัดดา ขอบทอง, รสสุคนธ์ ธนธีระบรรจง, สุวภัทร คงหอม, กมลาพร พรหมพฤกษ. การศึกษานำร่องประสิทธิผลของการใช้หญ้าดอกขาว (Vernonia Cinerea (L) Less) ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในการเลิกบุหรี่. วารสารวิชาการเสพติด 2558; 3 (1): 1-15.

ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ

พลอยกาญจน์ สร้อยสน[1] เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์[2*] ยุวดี รอดจากภัย[3] เสาวนีย์ ทองนพคุณ[4]

[1]นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[2*]ศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[3]รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[4]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง จำนวน 44 คน ซึ่งจำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 22 คน ด้วยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งมี 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) รู้สิทธิ รักษา กับการทำฟัน 2) เลือกให้ดี แปรงให้นาน 3) ดูด้วยตา 4) อาหารดี ฟันดี 5) รู้ว่าเสี่ยงแต่เลี่ยงได้ และ 6) ร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อม วัดผลก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ในทั้งสองกลุ่มด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ด้วยการทดสอบค่าที Paired t-test, Independent t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 หลังจากได้รับโปรแกรมดังกล่าวกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเปรียบเทียบระหว่างหลังทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น

ผลการจัดโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทำให้กลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น ซึ่งโปรแกรมนี้สถานประกอบการหรือหน่วยงานต่าง ๆ สามารถนำไปประยุกต์ โดยกำหนดเป็นนโยบายและจัดโปรแกรมเพื่อสุขภาพช่องปากของบุคลากรได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก/ วัยทำงานในสถานประกอบการ/ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

*ผู้รับผิดชอบบทความ: เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์, อีเมล: Aimutchaw@gmail.com, โทร.: 08 1658 0731

Received: 5 กรกฎาคม 2566/ Revised: 31 ตุลาคม 2566/ Accepted: 22 พฤศจิกายน 2566

Effects of Oral Health Literacy Program on Oral Health Care Behaviors of Working People in Workplace

Ploykarn Soison[1] Aimutcha Wattanaburanon[2*] Yuwadee Rodjarkpai[3] Saowanee Thongnopakun[4]
[1]Master student, [2*]Prof., [3]Assoc. Prof., [4]Asst. Prof., Faculty of Public Health, Burapha University

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of oral health literacy program on oral health care behaviors of working people in workplace. The 44 subjects were classified as an experimental group (n=22) and a control group (n=22) by simple random sampling of working people in workplace at Rayong Province. The experimental group received the 6 week – oral health literacy program. The program was composed of 6 activities: 1) Dental Social Security Scheme 2) Oral cleaning 3) self-oral examination 4) dietary 5) oral health risk behaviors, and 6) creating an environment for oral health. The constructed questionnaires used in both groups before, after and follow up experiment were about 1) personal information 2) oral health literacy, and 3) oral health care behaviors. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and paired t-test, independent 2 t-test, and Repeated Measure ANOVA at a 5% significance level. After the program implementation, the experimental group showed statistically significant improvements in mean scores for oral health literacy and oral health care behaviors after intervention and better than the control group ($p < 0.05$). After the one-month follow up the experimental group showed statistically significant improvements in mean scores for oral health literacy and oral health behaviors after intervention ($p < 0.05$).

The oral health literacy program result shows improved oral health care behaviors among the working people in workplace. This program can be applied and implemented by various organizations and entities as policies and programs for the oral health of their personnel.

Keywords: Oral health literacy/ Working people in workplace/ Oral health care behaviors

*Corresponding author: Aimutcha Wattanaburanon, email: Aimutchaw@gmail.com, Tel.: 08 1658 0731
Received: July 5, 2023/ Revised: October 31, 2023/ Accepted: November 22, 2023

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นหนึ่งในปัญหาที่พบมาก และสำคัญในกลุ่มวัยทำงาน เนื่องจากเป็นกลุ่มวัยที่เป็นช่องว่างใหญ่ของการจัดระบบบริการทันตสุขภาพ ด้วยแนวคิดเดิมที่ว่า เป็นกลุ่มที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และควรจะมีศักยภาพในการแสวงหาบริการของตนเอง แต่จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560[1] โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ในกลุ่มวัยทำงานอายุ 35 - 44 ปี พบว่า ปัญหาหลักคือการสูญเสียฟัน ซึ่งมากถึงร้อยละ 85.3 เฉลี่ย 3.6 ซี่/คน มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาถึงร้อยละ 43.3 มีฟันสึกร้อยละ 49.7 ส่วนปัญหาสภาวะเหงือกอักเสบ และสภาวะปริทันต์ พบว่ามีเหงือกอักเสบร้อยละ 62.4 และมีร่องลึกปริทันต์ร้อยละ 25.9 โดยปัญหาดังกล่าวจะแสดงอาการที่รุนแรงจนเกิดความเจ็บปวดและการสูญเสียฟันในช่วงอายุที่มากขึ้น หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมทันเวลา นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสต่อการเกิดโรคในช่องปาก โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ที่พบว่ามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 17.9 เฉลี่ย 10.4 มวน/วัน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก รวมไปถึงพฤติกรรมการไปใช้บริการทันตกรรมในรอบปี พบว่ากลุ่มวัยทำงานใช้บริการทันตกรรม ร้อยละ 42.3 และเหตุผลหลักในการเข้ารับบริการทันตกรรมคือ มีหินปูน รองลงมาคือปวดฟันเสียวฟัน และฟันมีจุดดำ คิดเป็นร้อยละ 44.3, 27.8 และ 26.8 ตามลำดับ และจากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผ่านทางมูลนิธิทันตสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ และมุ่งหวังให้พนักงานในสถานประกอบการสามารถรับผิดชอบสุขภาพช่องปากตนเอง มีสมรรถนะในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้อย่างเหมาะสม และเข้าถึงบริการทางทันตกรรม ตลอดจนการรองรับการเตรียมตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพต่อไปนั้น[2] พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีอายุเฉลี่ย 32.30 ปี มีฟันแท้ผุคิดเป็นร้อยละ 89.6 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ 7.04 ซี่/คน ยังคงมีปัญหาโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 93.6 จากข้อมูลพบว่าความชุกของการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบมีอยู่มาก สำหรับกลุ่มวัยทำงาน นอกจากการส่งเสริมให้มีการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมแล้ว การเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และความรู้เพื่อการดูแลอนามัยช่องปากตนเองก็มีความจำเป็น นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องมีมาตรการควบคุมป้องกันโรค โดยเฉพาะสนับสนุนให้ใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดซอกฟันเพื่อป้องกันโรคปริทันต์และฟันผุบริเวณด้านประชิด จากข้อมูลยังคงพบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงานยังคงมีอยู่ ซึ่งเกิดจากการขาดความตระหนักรวมถึงความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสม ส่งผลไปถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ปัญหาทางสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอจะมีการสูญเสียฟันน้อยกว่าและมีจำนวนฟันที่เหลืออยู่มากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ[3] นอกจากนี้การขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากยังส่งผลถึงค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน และอุด (DMFT) เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย[4] ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลและบริการ กระบวนการ และความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม ครอบคลุมถึงความรู้และความสามารถในการประเมินและประยุกต์ข้อมูลในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก จากการอ่าน การเขียน การพูดและการฟังข้อความ ตารางและกราฟ การแนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้บริการด้านสุขภาพช่องปากเพื่อการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปากให้เหมาะสมกับสุขภาพของตนในการรักษา ป้องกัน และส่งเสริมเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีต่อตนเอง[5] ดังนั้น การสร้างความตระหนัก ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการทำความเข้าใจข้อมูล ทักษะการตัดสินใจใช้ข้อมูล และทักษะการใช้ข้อมูล เพื่อการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องให้กับประชาชน จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม และการมีภาวะสุขภาพช่องปากที่ดี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งมีองค์ประกอบคือการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูล การตัดสินใจใช้ข้อมูล และการใช้ข้อมูลที่ถูกต้องจึงเป็นเสมือนกุญแจสำคัญสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้และกระบวนการสื่อสารสุขภาพ รวมไปถึงการปฏิบัติโดยรวม การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสมจึงมีความเกี่ยวข้องกับการขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จะเห็นได้จากงานวิจัยของ Sistani, et al. (2017)[6] แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ซึ่งได้แก่ การแปรงฟันทุกวัน (≥ 1 ครั้ง / วัน) การบริโภคขนมหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล (< 1 ครั้ง / วันระหว่างมื้ออาหาร) และการไปรับบริการทันตกรรม การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากจะส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับการมีสุขภาพช่องปากที่ดี สำหรับกลุ่มวัยทำงานถูกคาดหวังให้เป็นกลุ่มที่ต้องดูแลผู้ที่ต้องอาศัยการพึ่งพิง และคนในครอบครัว ทั้งวัยสูงอายุ วัยเด็ก และผู้พิการ[7] ทำให้เป็นวัยที่ต้องสามารถจัดการพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง รัฐบาลยังไม่มีนโยบายที่จะดูแลเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากชัดเจนเหมือนกลุ่มวัยอื่น มีเพียงระบบประกันสุขภาพที่เป็นกลไกหนึ่งสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า มีเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการตามความจำเป็นได้ ซึ่งระบบมีความคุ้มครองงานบริการสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ตรวจฟัน ขูดหินน้ำลาย อุดฟัน ถอนฟัน และใส่ฟันเทียม แต่ด้วยกลไกและวิธีการจ่ายเงินสนับสนุนให้หน่วยบริการที่แตกต่างกันจึงส่งผลต่อแรงจูงใจในการจัดบริการ ทำให้ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองความต้องการไม่เท่ากัน[8] ดังนั้น การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มประชากรวัยทำงานนับว่ามีความสำคัญไม่น้อย เพราะวัยทำงานเป็นวัยที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ จึงเป็นกลุ่มที่มีความพร้อมด้านทักษะทางสุขภาพที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตด้วยตนเอง มีความสำคัญและจำเป็น ตามเป้าประสงค์ของกรมอนามัยในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน

จากที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้เห็นผลกระทบและความสำคัญในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ จากการค้นคว้าเพิ่มเติมพบว่าการศึกษาที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ ยังมีน้อย ซึ่งจากผลการสำรวจพบว่ากลุ่มวัยทำงานยังมีแนวโน้มพบปัญหาของโรคในช่องปากเพิ่มขึ้น[1] โดยการศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาผลของการจัดโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานในสถาน ประกอบการจังหวัดระยอง เพื่อให้กลุ่มวัยทำงานเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีความสามารถในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ ซึ่งจะช่วยเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่จะไปช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพิ่มการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูล การตัดสินใจใช้ข้อมูล และการใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง และส่งผลดีต่อการนำสิ่งที่ตนเองปฏิบัติเป็นประจำไปให้คำแนะนำคนในครอบครัวหรือคนรอบข้างได้ทราบ ตลอดจนเป็นแนวทางให้สถานประกอบการจัดโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ เป็นโครงการพิเศษเพื่อส่งเสริมให้วัยทำงานใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่อย่างเต็มที่ ทำให้บุคคลกลุ่มวัยทำงานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และภาวะทันตสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ โดย

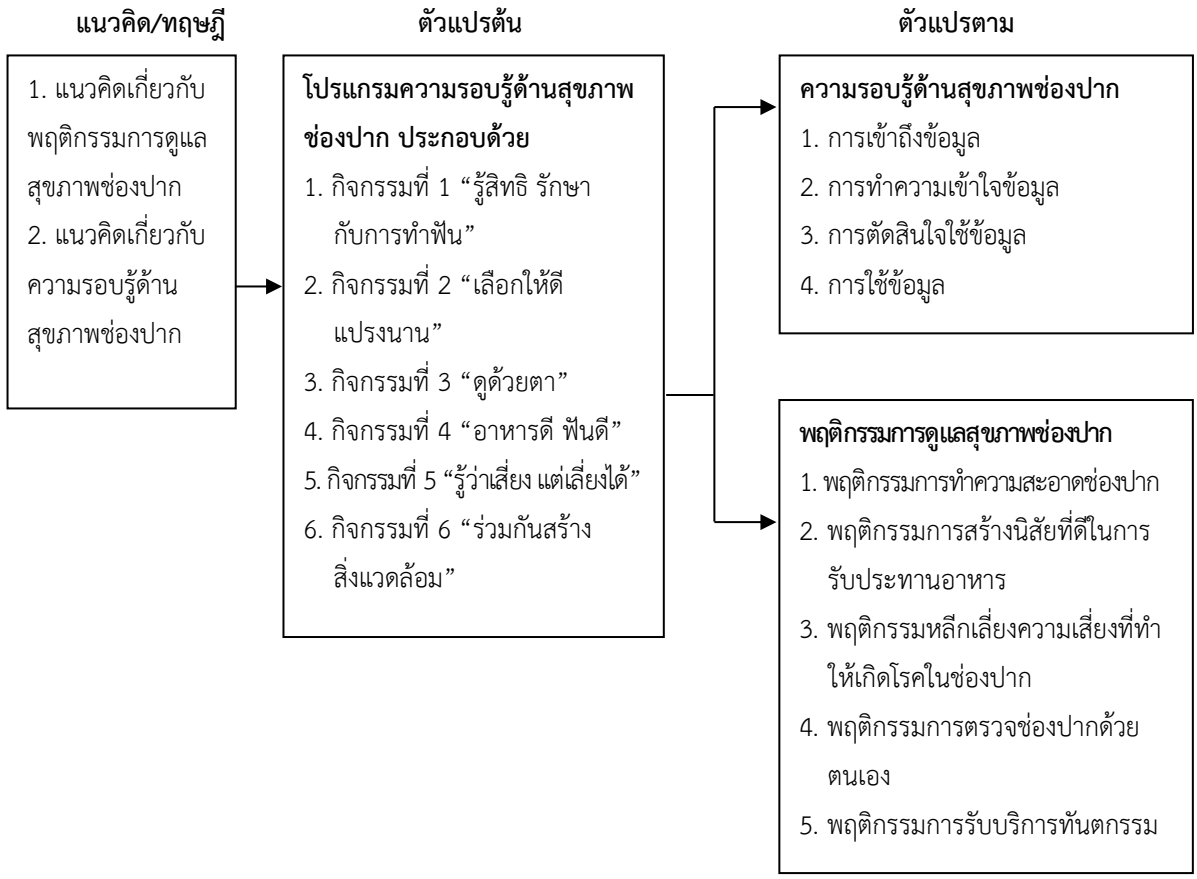
1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากหลังการทดลองและระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยอาศัยกรอบแนวคิด 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีการศึกษา

วิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังการทดลอง (Post-test) และติดตามผลในกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Follow-up) 4 สัปดาห์

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณีประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน จากสูตรของอรุณ จิรวัฒน์กุล[9]

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

โดยกำหนดให้

n คือ จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

Z_α คือ ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.64

Z_β คือ ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่กำหนดให้อำนาจการทดสอบ 90% เท่ากับ 1.28

$(\mu_{1-}\mu_2)$ คือ ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจากการศึกษา เท่ากับ 3.16 – 2.73

σ^2 คือ ความแปรปรวนร่วม (Pool Variance) ของค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คำนวณจากสูตร

$$\sigma^2 = \frac{(n_1 - 1){SD_1}^2 + (n_2 - 1){SD_2}^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

โดยกำหนดให้

n_1 คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

n_2 คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบ

${SD_1}^2$ คือ ความแปรปรวนร่วมของค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง

${SD_2}^2$ คือ ความแปรปรวนร่วมของค่าเฉลี่ยในกลุ่มเปรียบเทียบ

จากกงานวิจัยของ ปริญวิทย์ นุราช[5] เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 3.159 (S.D. = 0.41) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 2.73 (S.D. = 0.36)

ข้อมูลดังกล่าวได้นำมาคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แทนค่าในสูตรจะได้

$$\sigma^2 = \frac{(n_1 - 1){SD_1}^2 + (n_2 - 1){SD_2}^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

ความแปรปรวนร่วม = $\frac{(30-1)0.41^2+(30-1)0.36^2}{30+30-2}$

= 0.15

หลังจากนั้นแทนค่าในสูตร

n/กลุ่ม $= \frac{2\sigma^2(Z_\alpha+Z_\beta)^2}{(\mu_{1-}\mu_2)^2}$

$= \frac{2(0.15)^2(1.64+1.28)^2}{(3.16-2.73)^2}$

$= 13.39$ หรือประมาณ 14 คน

อัตราการสูญหายจากการติดตาม การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา[9] เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา และเป็นตัวแทนประชากร และมีการปรับขนาดตัวอย่างเผื่อสูญเสียหรือมีการถอนตัว ออกจากการศึกษา (Lost to follow-up) ร้อยละ 20 เป็นการนำผู้สูญหายจากการติดตามมาร่วมวิเคราะห์ โดยใช้สูตรดังนี้

$$n_{nds} = \frac{N}{(1-d)^2}$$

โดยกำหนดให้

N คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง

n_{nds} คือ ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

d คือ สัดส่วนตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม

ผู้สูญหายจากการติดตามในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 14 คน คาดว่าจะมีผู้ตกสำรวจร้อยละ 20 แทนค่าได้

$$n_{nds} = \frac{14}{(1-0.2)^2} = 21.88$$

ดังนั้น จำนวนวัยทำงานในสถานประกอบการที่มีอายุ 30 – 44 ปี ที่ต้องใช้กลุ่มละ 22 คน รวมทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 44 คน

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกสถานประกอบการเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ สถานประกอบการที่เคยประกวดสถานประกอบการต้นแบบทันตสุขภาพ เป็นสถานประกอบการขนาดเล็กหรือขนาดกลาง มีพนักงานที่มีอายุ 30 – 44 ปี ตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป และมีประวัติสภาวะสุขภาพช่องปากของพนักงาน มี 3 สถานประกอบการที่ได้ตามเกณฑ์ จากนั้นสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีจับฉลากให้ได้ 1 สถานประกอบการ แล้วจำแนกกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยจับฉลากสลับกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจนครบได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ กลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 30 – 44 ปี ทำงานในสถานประกอบการและมีสิทธิประกันสังคม สามารถสื่อสารด้วยการพูดอ่านและฟังภาษาไทยได้ และมีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่อยู่เข้าร่วมไม่ครบโปรแกรมและตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง (ตารางที่ 1) ประกอบด้วยโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีขั้นตอนการจัดกิจกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่วัยทำงานในสถานประกอบการ มีรูปแบบกิจกรรมเป็นแบบผสมผสาน (Hybrid program) ทั้งแบบ Online และ Onsite ระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 นาที โดยมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 6 กิจกรรม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสม โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.67 – 1.00

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ทั้งแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ ตามแนวโน้มความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ และสอดคล้องกับมาตรการการป้องกันควบคุมโรคของสถานประกอบการที่ยึดหลัก DMHT โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.67 – 1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.83 ประกอบด้วย 3 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก / ส่วนสูง อาชีพ สวัสดิการสุขภาพ รายได้ การศึกษา โรคประจำตัว ความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปาก และช่องทางการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ แบ่งออกเป็น

1) การเข้าถึงข้อมูล การประเมินข้อมูล และการใช้ข้อมูล เป็นแบบประเมินความสามารถของผู้ตอบ มีข้อคำถาม 15 ข้อ โดยมีตัวเลือกให้ผู้ตอบตอบตามระดับความสามารถ 4 ระดับ คือ ทำได้ง่ายมาก 4 คะแนน ทำได้ค่อนข้างง่าย 3 คะแนน ทำได้ค่อนข้างยาก 2 คะแนน และทำได้ยากมาก 1 คะแนน มีการแบ่งระดับโดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[10] ซึ่งใช้เกณฑ์แปลผลออกมาเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60) ระดับพอใช้ (คะแนนร้อยละ 60 - 69) ระดับดี (คะแนนร้อยละ 70 – 79) และระดับดีมาก (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89

2) การเข้าใจข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 4 ตัวเลือก ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 6 คะแนน มีการแบ่งระดับโดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[10] ซึ่งใช้เกณฑ์แปลผลออกมาเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60) ระดับพอใช้ (คะแนนร้อยละ 60 - 69) ระดับดี (คะแนนร้อยละ 70 – 79) และระดับดีมาก (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นแบบสอบถามการแสดงออกของกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการในการปฏิบัติที่เป็นกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 10 ข้อ และคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ได้แก่ พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก พฤติกรรมการสร้างนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก และพฤติกรรมการตรวจช่องปากด้วยตนเอง โดยมีตัวเลือกให้ผู้ตอบตอบตามระดับความถี่ของการปฏิบัติ 4 ระดับ คือ ข้อคำถามเชิงบวก ปฏิบัติเป็นประจำ (5-7 ครั้ง/สัปดาห์) 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติเลย 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ปฏิบัติเป็นประจำ (5-7 ครั้ง/สัปดาห์) 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) 3 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติเลย 4 คะแนน และพฤติกรรมการรับบริการทันตกรรม จำนวน 2 ข้อ แบ่งเกณฑ์การปฏิบัติเป็น 4 ระดับ โดยดัดแปลงจาก Likert type scale คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (1-2 ครั้ง/ปี) 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (2 ปี/ครั้ง) 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (มากกว่า 2 ปี/ครั้ง) 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติเลย 1 คะแนน มีการแบ่งระดับโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[10] ซึ่งใช้เกณฑ์แปลผลออกมาเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60) ระดับพอใช้ (คะแนนร้อยละ 60 - 69) ระดับดี (คะแนนร้อยละ 70 – 79) และระดับดีมาก (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.78

ตารางที่ 1 รายละเอียดโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ

สัปดาห์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของการเรียนรู้	สาระการเรียนรู้	แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก
สัปดาห์ที่ 1	1. รู้สิทธิรักษา กับการทำฟัน (แบบ Online)	1. บอกความสำคัญของการไปรับบริการทันตกรรมได้ 2. อธิบายสิทธิประโยชน์ของสิทธิประกันสังคมตามรายการรักษาทางทันตกรรมได้	1. ความสำคัญของการไปรับบริการทันตกรรม 2. สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของสิทธิประกันสังคม	- การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการรับบริการทันตกรรมตามสิทธิของประกันสังคม ผ่านแอพพลิเคชัน SSO Connect และการสืบค้นข้อมูลเรื่องสิทธิประกันสังคมด้านทันตกรรม - การทำความเข้าใจข้อมูล ผ่านการให้ความรู้ เรื่อง สิทธิประกันสังคมกับการทำฟัน และให้ตอบคำถามในใบงาน “สิ่งที่ต้องรู้เมื่อไปทำฟัน” - การตัดสินใจใช้ข้อมูล โดยอภิปรายและสรุปสาระสำคัญของเนื้อหาที่ได้เรียนรู้ พร้อมทั้งร่วมกันสร้างทางเลือก ข้อดีและข้อด้อยของการไปรับบริการทันตกรรมระหว่างโรงพยาบาลรัฐและคลินิกเอกชน
สัปดาห์ที่ 2	2. เลือกให้ดี แปรงให้นาน (แบบ Onsite)	1. เรียงลำดับการใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากได้ 2. อธิบายวิธีการแปรงฟันแบบแห้งได้	1. วิธีการใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก 2. วิธีการแปรงฟันแบบแห้ง	- การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปากได้ โดยสาธิตวิธีสืบค้นข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปากจากเว็บไซต์ และการดูความน่าเชื่อถือจากแหล่งข้อมูลที่สืบค้น และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแบ่งกลุ่มออกเป็น 5 กลุ่ม ร่วมกันแสดงความเห็นภายในกลุ่มและช่วยกันค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแผ่นภาพอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก 4 ชนิด ได้แก่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ไหมขัดฟัน และน้ำยาบ้วนปาก และให้ตอบคำถามในใบงาน “การค้นคว้าเพิ่มเติมเกี่ยวกับอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก” - การทำความเข้าใจข้อมูล โดยนำเสนอเกี่ยวกับการใช้งานของอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก 4 ชนิดทีละกลุ่ม - การตัดสินใจใช้ข้อมูล ให้แต่ละกลุ่มร่วมกันตัดสินใจเลือกเรียงลำดับก่อน – หลังการใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก 4 ชนิด พร้อมนำเสนอ จากนั้นผู้วิจัยสรุปความรู้ที่ถูกต้องหลังการนำเสนอ

ตารางที่ 1 รายละเอียดโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ (ต่อ)

สัปดาห์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของการเรียนรู้	สาระการเรียนรู้	แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก
				- การใช้ข้อมูล โดยปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากจริงตามการตัดสินใจที่ได้เลือกไว้
สัปดาห์ที่ 3	3. ดูด้วยตา (แบบ Onsite)	1. วิเคราะห์รอยโรคในช่องปาก และตรวจช่องปากด้วยตนเองได้ 2. ประเมินสภาวะช่องปากของตนเองได้	1. วิธีการสังเกตรอยโรคในช่องปาก และตรวจช่องปากด้วยตนเอง 2. การประเมินสภาวะช่องปากของตนเอง	- การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจช่องปากด้วยตนเอง โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับท่าที่ใช้ตรวจช่องปากด้วยตนเอง - การทำความเข้าใจข้อมูล ผ่านการให้ความรู้ เรื่อง การตรวจช่องปากด้วยตนเอง และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกปฏิบัติการตรวจช่องปาก และให้ระบายสีลงในใบงาน “ช่องปากของฉัน” โดยสีแดงแทนฟันผุ สีเหลืองแทนหินปูน และสีฟ้าแทนฟันที่เคยอุดแล้ว ผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันตรวจสอบผ่านกล้องส่องปากดิจิตอล (Intraoral camera)
สัปดาห์ที่ 4	4. อาหารดี ฟันดี (แบบ Online)	1. อธิบายได้ว่าอาหารที่มีประโยชน์และมีโทษต่อช่องปากเป็นอย่างไร 2. เสนอแนวทางการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ได้ 3. บอกวิธีหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำลายฟันได้	อาหารที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก	- การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่ดีและไม่ดีต่อสุขภาพช่องปาก - การทำความเข้าใจข้อมูล ผ่านการให้ความรู้ เรื่อง อาหารดี ฟันดี และการตัดสินใจใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร โดยให้ตอบคำถามในใบงาน “มาเลือกทานอาหารที่ดีกันเถอะ”
สัปดาห์ที่ 5	5. รู้ว่าเสี่ยง แต่เลี่ยงได้ (แบบ Online)	1. วิเคราะห์สาเหตุของแต่ละพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปากได้	พฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก	- การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแบ่งกลุ่มออกเป็น 5 กลุ่ม ช่วยกันสืบค้นภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำร้ายช่องปาก กลุ่มละ 5 ภาพ พร้อมทั้งออกมานำเสนอทีละกลุ่ม

ตารางที่ 1 รายละเอียดโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ (ต่อ)

สัปดาห์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของการเรียนรู้	สาระการเรียนรู้	แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก
สัปดาห์ที่ 6	6. ร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อม (แบบ Onsite)	2. เสนอแนวทางในการส่งเสริมไม่ให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปากได้ 1. อธิบายประสบการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้ 2. เสนอแนวทางการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีได้	การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี	- การทำความเข้าใจข้อมูล ผ่านการให้ความรู้ เรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำร้ายช่องปาก - การตัดสินใจใช้ข้อมูลโดยร่วมกันตัดสินใจเลือกทางเลือกในใบงาน “ถ้าไม่มีฟัน ฉันจะใช้อะไรดี” ผู้วิจัยสรุปความรู้ที่ถูกต้องหลังการทำใบงาน - การมีการใช้ข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปากจากการบอกเล่าเรื่องราวการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง รวมถึงซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องผ่านกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกันจัดสภาพแวดล้อมภายในสถานประกอบการของตนเองเพื่อให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีโดยผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองหลังจากที่ได้เรียนรู้มาทั้ง 5 สัปดาห์ ในหัวข้อ “ช่องปากเล็กแค่นี้ ฉันดูแลได้แน่นอน” จากนั้นแบ่งกลุ่มออกเป็น 5 ร่วมกันคิดหาแนวทาง/นโยบายเพื่อร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีตามหัวข้อสถานที่ดังต่อไปนี้ ห้องน้ำที่บ้าน ห้องน้ำที่ทำงาน บอร์ดประชาสัมพันธ์ ร้านค้าสวัสดิการ และโรงอาหาร นำเสนอแนวทาง พร้อมทั้งนำแนวทางไปปฏิบัติจริง ถ่ายรูปส่งผลงานการปฏิบัติผ่านกลุ่มในแอพพลิเคลันไลน์ที่สร้างขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มทดลองและนัดพบกลุ่มเปรียบเทียบในวันถัดมาเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม การพิทักษ์สิทธิ์ และลงนามเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และดำเนินการทดลอง โดยกลุ่มทดลองดำเนินการทดลองตามโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในวันอังคารซึ่งเป็นวันที่สถานประกอบการจัดตารางให้ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากตามวิธีปกติ โดยการแจกแผ่นพับ หลังเสร็จสิ้นการทดลองผู้วิจัยดำเนินการจัดโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้กับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง และมอบคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสถานประกอบการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและลักษณะพื้นฐานของตัวแปรด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ทดสอบการกระจายของข้อมูลก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Kolmogorov – Smirnov test ผลการทดสอบพบว่าข้อมูลทุกชุดมีการกระจายเป็นโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test ผู้วิจัยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA การทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ใบรับรอง G-HS 097/2565

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.5 และ 72.7 ตามลำดับ มีช่วงอายุ 30 – 34 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.1 และ 63.6 ตามลำดับ สิทธิสวัสดิการสุขภาพ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 95.5 และ 90.9 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 15,001 - 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 59.1 และ 45.5 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 86.4 และ 86.4 ตามลำดับ จากการสอบถามความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความพอใจอยู่ในระดับปานกลาง และแหล่งข้อมูลที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ส่วนใหญ่มักได้รับความรู้จากทางเว็บไซต์/เฟสบุค/ไลน์ ซึ่งเป็นหนึ่งในช่องทางออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 81.8 และ 90.9 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ภายหลังการได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

ค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	กลุ่มทดลอง (n=22) Mean (SD)	ระดับ	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=22) Mean (SD)	ระดับ	t	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวม						
ก่อนทดลอง	49.00 (7.83)	ดี	49.23 (7.59)	ดี	0.000	1.000
หลังทดลอง	52.45 (6.35)	ดี	47.55 (7.23)	ดี	-2.187	0.034*
การเข้าถึงข้อมูล						
ก่อนทดลอง	15.91 (2.47)	ดี	15.77 (2.49)	ดี	0.183	0.856
หลังทดลอง	16.68 (2.30)	ดีมาก	15.45 (2.20)	ดี	1.811	0.077
การตัดสินใจใช้ข้อมูล						
ก่อนทดลอง	14.73 (3.07)	ดี	14.77 (2.41)	ดี	-0.055	0.957
หลังทดลอง	15.41 (2.48)	ดี	14.41 (2.38)	ดี	1.363	0.180
การใช้ข้อมูล						
ก่อนทดลอง	14.86 (2.90)	ดีมาก	14.86 (2.64)	ดี	0.000	1.000
หลังทดลอง	15.18 (2.63)	ดี	14.18 (2.74)	ดี	1.236	0.223
การทำความเข้าใจข้อมูล						
ก่อนทดลอง	3.50 (1.54)	ไม่ดี	3.82 (1.14)	พอใช้	-0.781	0.439
หลังทดลอง	5.18 (0.59)	ดีมาก	3.50 (1.30)	ไม่ดี	5.527	0.000*
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยรวม						
ก่อนทดลอง	42.71 (5.02)	พอใช้	43.77 (4.45)	ดี	-1.429	0.160
หลังทดลอง	45.52 (4.15)	ดี	44.27 (3.67)	ดี	2.076	0.044*
พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก						
ก่อนทดลอง	20.50 (3.23)	ดี	22.09 (2.41)	ดี	-1.851	0.071
หลังทดลอง	23.18 (2.36)	ดีมาก	22.55 (2.43)	ดีมาก	0.882	0.383
พฤติกรรมการสร้างนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร						
ก่อนทดลอง	6.41 (1.94)	ไม่ดี	6.68 (1.70)	ไม่ดี	-0.495	0.623
หลังทดลอง	6.82 (1.65)	ไม่ดี	6.36 (1.50)	ไม่ดี	0.956	0.344
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก						
ก่อนทดลอง	5.77 (1.27)	ดี	5.82 (1.47)	ดี	-0.110	0.913
หลังทดลอง	6.00 (1.51)	ดี	5.91 (1.51)	ดี	0.200	0.843

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	กลุ่มทดลอง (n=22) Mean (SD)	ระดับ	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=22) Mean (SD)	ระดับ	t	p-value
พฤติกรรมการตรวจช่องปากด้วยตนเอง						
ก่อนทดลอง	2.68 (0.89)	พอใช้	2.73 (0.63)	พอใช้	-0.195	0.847
หลังทดลอง	3.09 (0.75)	ดี	2.82 (0.66)	ดี	0.658	0.209
พฤติกรรมการรับบริการทันตกรรม						
ก่อนทดลอง	6.27 (1.80)	ดี	6.45 (1.47)	ดีมาก	-0.366	0.716
หลังทดลอง	7.68 (0.48)	ดีมาก	6.64 (1.33)	ดีมาก	3.473	0.002*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	ก่อนทดลอง Mean (SD)	ระดับ	หลังทดลอง Mean (SD)	ระดับ	t	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก						
กลุ่มทดลอง (n = 22)	49.00 (7.83)	ดี	52.45 (6.35)	ดี	-2.883	0.009*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)	49.23 (7.59)	ดี	47.55 (7.23)	ดี	2.478	<0.001*
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก						
ก่อนทดลอง (n = 22)	42.71 (5.02)	พอใช้	45.52 (4.15)	ดี	-5.122	0.022*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)	43.77 (4.45)	ดี	44.27 (3.67)	ดี	-0.897	0.380

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

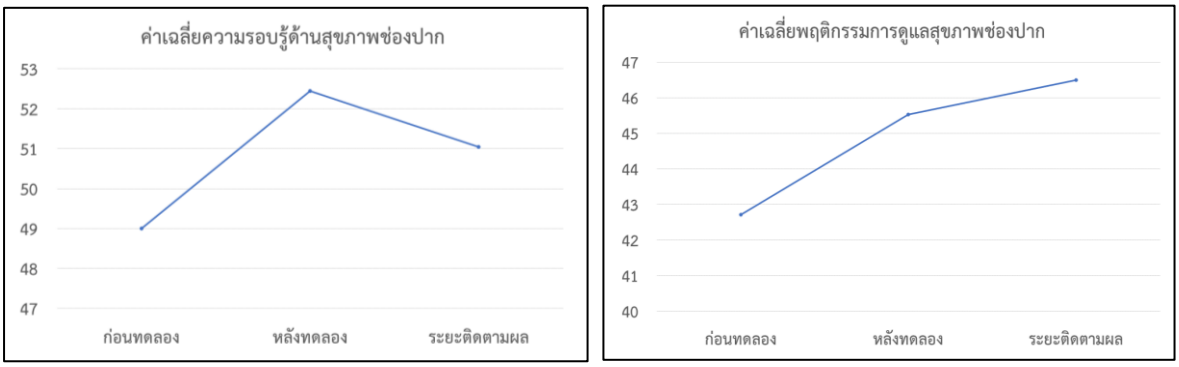
4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่ม	n	Mean	SD	F	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก					
ก่อนการทดลอง	22	49.00	7.825	3.834	0.030*
หลังการทดลอง	22	52.45	6.353		
ระยะติดตามผล	22	51.05	5.296		
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก					
ก่อนการทดลอง	22	42.71	5.019	22.887	<0.001*
หลังการทดลอง	22	45.52	4.146		
ระยะติดตามผล	22	46.50	4.718		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ภาพที่ 2 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความรู้รายคู่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	-		
หลังการทดลอง	0.009*	-	
ระยะติดตามผล	0.192	0.170	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความรู้รายคู่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	-		
หลังการทดลอง	<0.001*	-	
ระยะติดตามผล	<0.001*	0.486	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ สามารถทำให้กลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ถูกต้องมากขึ้น ทั้งนี้เป็นผลเนื่องจากโปรแกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่จัดขึ้นได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทำให้สรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีกว่าการดำเนินงานตามปกติ โดยโปรแกรมฯ มุ่งเน้นให้วัยทำงานในสถานประกอบการได้ค้นหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ มีเนื้อหาเป็นปัจจุบัน และเนื้อหาสาระมีความครอบคลุมในเรื่องของการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยทุกกิจกรรมที่ได้ดำเนินการช่วยให้กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากดีขึ้น การใช้เทคโนโลยีที่ช่วยให้เห็นช่องปากได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นมาช่วยดึงดูดให้กิจกรรมน่าสนใจ รวมถึงเกือบทุกกิจกรรมมีการใช้แอปพลิเคชันเป็นตัวช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ได้ระบุไว้ว่าประชาชนวัยทำงานจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อป้องกันและลดโรคได้นั้น จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางด้านสุขภาพ โดยสร้างโอกาสการเรียนรู้ด้านสุขภาพและจัดปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย[11]

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งประกอบไปด้วยพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก พฤติกรรมการสร้างนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก พฤติกรรมการตรวจช่องปากด้วยตนเอง และพฤติกรรมการรับบริการทันตกรรม พบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นถึงการจัดโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีผลต่อการเพิ่มค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ที่มุ่งเน้นให้วัยทำงานในสถานประกอบการมีความรู้ ความสามารถในการการทำความสะอาดช่องปาก ความสามารถสร้างนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก สามารถตรวจช่องปากได้ด้วยตนเอง และไปรับบริการทันตกรรมที่เหมาะสมต่อตนเองได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในการจัดกิจกรรม เมื่อแยกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากออกเป็นรายด้าน พบผลการศึกษาดังนี้

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ในเรื่องของพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยกิจกรรมที่ 2 “เลือกให้ดี แปรงให้นาน” เป็นกิจกรรมการเรียนรู้การเลือกใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากและฝึกปฏิบัติการแปรงฟันแบบแห้ง ซึ่งเป็นวิธีการแปรงฟันแบบใหม่ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่กล้าลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจและตั้งใจฝึกตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูล โดยใช้การสาธิตวิธีสืบค้นข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปากจากเว็บไซต์ และการดูความน่าเชื่อถือจากแหล่งข้อมูลที่สืบค้น ทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อร่วมกันแสดงความเห็นภายในกลุ่มและช่วยกันค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแผ่นภาพอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก 4 ชนิด ได้แก่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ไหมขัดฟัน และน้ำยาบ้วนปาก และให้ตอบคำถามในใบงาน การทำความเข้าใจข้อมูล โดยนำเสนอเกี่ยวกับการใช้งานของอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก 4 ชนิดทีละกลุ่ม การตัดสินใจใช้ข้อมูล โดยการทำกิจกรรมกลุ่มให้ร่วมกันตัดสินใจเลือกเรียงลำดับก่อน - หลังการใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก 4 ชนิด พร้อมนำเสนอ และการใช้ข้อมูล โดยปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากจริงตามการตัดสินใจที่ได้เลือกไว้รวมถึงการฝึกปฏิบัติการแปรงฟันแบบแห้งพร้อมกับเพื่อนในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงที่กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้ สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกรมอนามัย[12] ได้นิยามไว้ว่า การเข้าถึง เข้าใจข้อมูลความรู้และการจัดบริการสุขภาพสามารถตัดสินใจเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพและใช้บริการสุขภาพตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ในเรื่องของพฤติกรรมการสร้างนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยกิจกรรมที่ 4 “อาหารดี ฟันดี” เป็นการจัดกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ที่มุ่งเน้นให้วัยทำงานสามารถเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อฟันและหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำลายฟันได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการสร้าง นิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่ดีและไม่ดีต่อสุขภาพช่องปาก การทำความเข้าใจข้อมูล ผ่านการให้ความรู้ เรื่อง อาหารดี ฟันดี และการตัดสินใจใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร โดยให้ตอบคำถามในใบงาน ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงที่กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้ สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพโดย Parker, et al.[13] กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเรียนรู้และนำข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของพวกเขา

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ในเรื่องของพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปากเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยกิจกรรมที่ 5 “รู้ว่าเสี่ยงแต่เลี่ยงได้” เป็นการจัดกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ที่มุ่งเน้นให้วัยทำงานวิเคราะห์สาเหตุของแต่ละพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก และเสนอแนวทางในการส่งเสริมไม่ให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก โดยทำกิจกรรมกลุ่มช่วยกันสืบค้นภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำร้ายช่องปาก กลุ่มละ 5 ภาพ พร้อมทั้งออกมานำเสนอ การทำความเข้าใจข้อมูล ผ่านการให้ความรู้ เรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำร้ายช่องปาก การตัดสินใจใช้ข้อมูลโดยร่วมกันตัดสินใจเลือกทางเลือกในใบงาน และผู้วิจัยสรุปความรู้ที่ถูกต้องหลังการทำใบงาน ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงที่กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้ สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดย Helitzer, et al.[14] กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก หมายถึง ความสามารถในการใช้ข้อความมาเป็นข้อมูลในการตัดสินใจอย่างเหมาะสม มีมิติด้านความรู้ในเรื่องราว เจตคติที่นำไปสู่การป้องกัน การรักษา ความสามารถในการถามคำถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การฟัง และการตั้งคำถามเกี่ยวกับข้อมูลเรื่องโรค

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ในเรื่องของพฤติกรรมการตรวจช่องปากด้วยตนเอง พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการตรวจช่องปากด้วยตนเองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยกิจกรรมที่ 3 “ดูด้วยตา” เป็นกิจกรรมที่ใช้การวิเคราะห์รอยโรคและตรวจช่องปากด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจและตั้งใจประเมินช่องปากตนเองจากใบงานที่ให้และการใช้กล้องส่องช่องปาก (Intraoral camera) ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่ช่วยให้เห็นช่องปากได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจช่องปากด้วยตนเอง โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับท่าที่ใช้ตรวจช่องปากด้วยตนเอง และการทำความเข้าใจข้อมูล ผ่านการให้ความรู้ เรื่อง การตรวจช่องปากด้วยตนเอง และให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติการตรวจช่องปาก และให้ระบายสีลงในใบงาน “ช่องปากของฉัน” โดยสีแดงแทนฟันผุ สีเหลืองแทนหินปูน และสีฟ้าแทนฟันที่เคยอุดแล้ว ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันตรวจสอบผ่านกล้องส่องปากดิจิตอล (Intraoral camera) โดยการตรวจช่องปากด้วยตนเองเป็นวิธีเบื้องต้นที่จะทำให้ทราบว่ากลุ่มทดลองแปรงฟันสะอาดดีหรือไม่ มีรอยโรคในช่องปาก ฟันผุ หรือหินปูนที่ใด และเมื่อตรวจพบปัญหาในช่องปากจะได้แก้ไขได้อย่างถูกวิธี ซึ่งกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มักไม่ค่อยได้ตรวจช่องปากของตนเอง กิจกรรมนี้จึงช่วยให้กลุ่มทดลองได้รับรู้ถึงความสำคัญ และเกิดการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยปริญวิทย์ นุราช[5] ได้กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลและบริการ กระบวนการ และความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม ครอบคลุมถึงความรู้และสามารถในการประเมินและประยุกต์ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก จากการอ่าน การเขียน การพูด และการฟังข้อความ ตารางและกราฟ การแนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้บริการด้านสุขภาพช่องปากเพื่อการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปากให้เหมาะสมกับสุขภาพของตนในการรักษา ป้องกัน และส่งเสริมเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีต่อตนเอง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ในเรื่องของพฤติกรรมการรับบริการทันตกรรม พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับบริการทันตกรรมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกิจกรรมที่ 1 “รู้สิทธิ รักษา กับการทำฟัน” ได้มุ่งเน้นให้วัยทำงานบอกความสำคัญของการไปรับบริการทันตกรรม และอธิบายสิทธิประโยชน์ของสิทธิประกันสังคมตามรายการรักษาทางทันตกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการรับบริการทันตกรรมตามสิทธิของประกันสังคม ผ่านแอพพลิเคชัน SSO Connect และการสืบค้นข้อมูลเรื่องสิทธิประกันสังคมด้านทันตกรรม การทำความเข้าใจข้อมูล ผ่านการให้ความรู้ เรื่อง สิทธิประกันสังคมกับการทำฟัน และให้ตอบคำถามในใบงาน และการตัดสินใจใช้ข้อมูล โดยอภิปรายและสรุปสาระสำคัญของเนื้อหาที่ได้เรียนรู้ พร้อมทั้งร่วมกันสร้างทางเลือก ข้อดีและข้อด้อยของการไปรับบริการทันตกรรมระหว่างโรงพยาบาลรัฐและคลินิกเอกชน และนอกจากกิจกรรมนี้แล้ว ผู้วิจัยคาดว่าการที่กลุ่มทดลองมีการไปรับบริการทันตกรรมสูงขึ้น อาจไม่ใช่แค่การรู้สิทธิประกันสังคมในเรื่องของการทำฟันเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวเนื่องกันกับกิจกรรมที่ 3 “ดูด้วยตา” ซึ่งมีส่วนช่วยให้กลุ่มทดลองรับรู้ถึงปัญหาของสุขภาพช่องปากตนเองผ่านการตรวจด้วยตนเอง และผ่านเทคโนโลยีกล้องส่องปากดิจิตอล (Intraoral camera) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญดังข้อสันนิษฐานเบื้องต้นของผู้วิจัย สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดย Ueno, et al.[15] ได้กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก หมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล กระบวนการและความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพช่องปากและบริการที่ต้องการ เพื่อนำไปตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความรู้ สภาวะสุขภาพ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ

นอกจากนี้โปรแกรมยังมีสิ่งที่ช่วยเสริมให้วัยทำงานในสถานประกอบการมีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากให้ถูกต้อง และสม่ำเสมอ โดยใช้การจัดสิ่งแวดล้อมตามสถานที่รอบตัวเนื่องจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมที่ 1 – 5 ของ

โปรแกรมฯ ทำให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้น ซึ่งในกิจกรรมที่ 6 “ร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อม” จึงมุ่งเน้นให้กลุ่มทดลองอธิบายประสบการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง และเสนอแนวทางการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ในเรื่องของการใช้ข้อมูลโดยเป็นการบอกเล่าเรื่องราวการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง รวมถึงการซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องผ่านกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกันคิดหาแนวทาง/นโยบายเพื่อร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ตามหัวข้อสถานที่ดังต่อไปนี้ ห้องน้ำที่บ้าน ห้องน้ำที่ทำงาน บอร์ดประชาสัมพันธ์ ร้านค้าสวัสดิการ และโรงอาหาร นำเสนอแนวทาง พร้อมทั้งนำแนวทางไปปฏิบัติจริง ถ่ายรูปส่งผลงานการปฏิบัติผ่านกลุ่มในแอพพลิเคลันไลน์ที่สร้างขึ้น ประโยชน์ของการปรับสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น นั่นก็คือ ห้องน้ำที่บ้านนั้นเมื่อเลือกยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ไว้ในห้องน้ำ ผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันจะได้รับฟลูออไรด์ในยาสีฟันด้วย ห้องน้ำที่ทำงานต้องจัดสถานที่แปรงฟันสำหรับพนักงาน ประกอบด้วยอ่างบ้วนปาก และกระจกสำหรับดูความสะอาดหลังแปรงฟัน รวมถึงใช้การติดโปสเตอร์หรือแผ่นป้ายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากบริเวณผนังหรือกระจกห้องน้ำ เมื่อพนักงานเข้ามาใช้ก็สามารถเห็นความรู้ในส่วนนี้ บอร์ดประชาสัมพันธ์ในที่ทำงาน หรือการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางอื่น เช่น อีเมล แอปพลิเคชันไลน์ เป็นต้น เมื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทั้งจากการติดแผ่นภาพความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก การเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลผ่านทางเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล ซึ่งเป็นบุคคลที่สามารถให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาเพื่อกระตุ้น เป็นการสนับสนุนช่องทางการเข้าถึงข่าวสารด้านสุขภาพช่องปาก เป็นต้น

ดังนั้น จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยทำงานในสถานประกอบการ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังจะเห็นได้จากผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอมักจะมีสุขภาพช่องปากที่ดี และเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเกิดจากการได้รับข้อมูลทางสุขภาพช่องปาก สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีความรู้ความเข้าใจในข้อมูลที่ถูกต้อง นำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะให้เกิดความสามารถ ส่งผลให้เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในการจัดการภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งช่วยให้วัยทำงานในสถานประกอบการมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรค และการเพิ่มวิธีที่สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพช่องปากรอบตัวของกลุ่มทดลองเองก็เป็นวิธีที่มีแนวโน้มว่าจะสามารถช่วยสร้างความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากในชีวิตประจำวันต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

บุคลากรทันตสาธารณสุขควรนำโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการให้ทันตสุขศึกษา รวมถึงการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพในเครือข่ายบริการสุขภาพตามความเหมาะสมของบริบทในแต่ละพื้นที่ โดยอาศัยความร่วมมือทั้งจากสถานประกอบการ และสถานบริการของรัฐ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. บุคลากรทันตสาธารณสุขควรนำโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ในการจัดกิจกรรมการให้ทันตสุขศึกษา รวมถึงการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพในเครือข่ายบริการสุขภาพตามความเหมาะสมของบริบทในแต่ละพื้นที่ โดยอาศัยความร่วมมือทั้งจากสถานประกอบการ และสถานบริการของรัฐ

2. ควรนำเทคโนโลยีเข้ามาเสริมในกิจกรรม เช่น กล้องส่องปากดิจิตอล (Intraoral camera) เป็นการกระตุ้นและสร้างความอยากเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น

3. ในการจัดกิจกรรมควรจัดกระบวนการกลุ่ม การเล่นเกม การทบทวนความรู้ในแต่ละครั้ง และการออกมานำเสนอเป็นการกระตุ้นและสร้างความอยากเรียนรู้ให้เกิดขึ้น เนื่องจากวัยทำงานในสถานประกอบการสามารถแสดงออกทางความคิดสนุกสนาน และรู้สึกผ่อนคลายไม่น่าเบื่อ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลระยอง สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้และให้การสนับสนุนทุนการวิจัยตลอดโครงการ และขอขอบคุณผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ จำกัด; 2561.
2. โรงพยาบาลระยอง. เอกสารรายงานสรุป โครงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการจังหวัดระยอง ปี 2561-2563: ระยอง; 2564.
3. Blizniuk, A., Ueno, M., Zaitsu, T., & Kawaguchi, Y. Association of oral health literacy with oral health behavior and oral health status in Belarus. Community Dental Health 2015: 32(3): 148-152. doi:10.1922/CDH_3584-Blizniuk05.
4. Baskaradoss, J. K. Relationship between oral health literacy and oral health status. BMC Oral health; 2018.
5. ปริญวิทย์ นุราช. การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. นครนายก: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2561.
6. Sistani, M. M. N., Virtanen, J., Reza, Y., & Murtomaa, H. Association of oral health behavior and the use of dental services with oral health literacy among adults in Tehran, Iran. Eur J Dent 2017;11(2):162-167.
7. นันท์มนัส แย้มบุตร. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขแบบบูรณาการในกลุ่มวัยทำงาน. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2563.
8. วิไลลักษณ์ ทิวากรกฎ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากวัยทำงาน อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2560:36(4): 237-249.
9. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
10. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. เกณฑ์ให้คะแนนจำแนก ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2565.
11. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน. กรุงเทพมหานคร: นิวธรรมดาการพิมพ์; 2559.
12. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. องค์ความรู้ที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงานที่มีมาตรฐาน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี: บริษัท เอ ดรีม สตูดิโอ จำกัด; 2562.
13. Parker, E. J., Misan, G., Chong, A., Mills, H., Roberts-Thomson, K., Horowitz, A. M., & Jamieson, L. M. An oral health literacy intervention for Indigenous adults in a rural setting in Australia. BMC Public Health 2012: 12(1):461. doi:10.1186/1471-2458-12-461

14. Helitzer, D. L., LaNoue, M., Wilson, B., de Hernandez, B. U., Warner, T., & Roter, D. A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient-centeredness and health risk communication. Patient Education and Counseling 2011: 82(1):21-29. doi: 10.1016/j.pec.2010.01.021

15. Ueno, M., Takeuchi, S., Oshiro, A., & Kawaguchi, Y. Relationship between oral health literacy and oral health behaviors and clinical status in Japanese adults. Journal of Dental Sciences 2013: 8(2):170-176. doi:10.1016/j2jds22012.09.012

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการบริหารกายด้วยท่าฤาษีดัดตนและสไลม์พอกเข่าสมุนไพรในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

สุพัตรา สักขาพรหม[1] อภินันท์ เสียงสนั่น[2] นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์[3*]
[1]นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ
[2,3*]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคข้อที่เกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนข้อต่อ การเปลี่ยนแปลงเกิดจากกระบวนการเสื่อมที่ไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมและอาจทวีความรุนแรงขึ้นเข่าแบกรับน้ำหนักมากเกินไปทำให้กระดูกเสื่อมเร็ว เป็นต้นเหตุให้เกิดภาวะทุพพลภาพ การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนร่วมกับสไลม์พอกเข่าสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองสองกลุ่ม จำนวน 60 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรรับรู้อุปสรรค การปฏิบัติตัวด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การวัดระดับความเจ็บปวดด้วยแบบประเมินความรุนแรง และการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนร่วมกับการพอกเข่าด้วยนวัตกรรมสไลม์พอกเข่าสมุนไพร ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนในครั้งแรกเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ทั้งสองกลุ่มใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การปฏิบัติตัวด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การวัดระดับความเจ็บปวดด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนในแต่ละด้านมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$ นอกจากนี้ยังพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 9.53, p-value <0.001, 95% CI = 8.25 ถึง 10.81) และน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 4.20, p-value <0.001, 95% CI = 2.80 ถึง 5.60) ดังนั้น โปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนร่วมกับสไลม์พอกเข่าสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้

คำสำคัญ : ข้อเข่าเสื่อม/ การบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตน/ สไลม์พอกเข่า/ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

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

Received: 15 กันยายน 2566/ Revised: 19 ตุลาคม 2566/ Accepted: 25 ตุลาคม 2566

Effect of Health Promotion Program by Applying Health Belief Model with Hermit Dutton Posture and Herb Slime on Health Promotion among Osteoarthritis Patients

Suphattra Sakkhaphrom[1] Apinan Siangsanan[2] Natnapa Heebkaew Padchasuwan[3*]

[1] Master of Public Health in Health Behavior and Health Promotion

[2,3*]Assistant Professor, Department of Public Health Administration Health Promotion Nutrition

Faculty of Public Health Khon Kaen University

Abstract

Knee degeneracy is a disease caused by the deterioration of the cartilage. The change is caused by irreversible deterioration and can be exacerbated. Knees carry too much weight, causing rapid osteoarthritis. The purpose of this study was to study the effect of the body management program in combination with herbal knee replacement slime to promote the health of 60 patients with degenerative arthritis. The 30 participants were given a health promotion program that the researchers developed, including perceived susceptibility, perceived severity, perceived barriers, self-care treatment for patients with degenerative arthritis, severity assessment pain measurement and prophylactic management combined with an innovative herbal knee roll. The comparison group was administered with a fixed posture, and the research period was 10 weeks. Data were collected by using questionnaires, analyze data using paired t-test statistics, and independent t-test. A statistical significance level was set 0.05.

The results showed that after the experiment, there was an average of knowledge scores on degenerative arthritis, perceived susceptibility of osteoarthritis, perceived severity of osteoarthritis, perceived barriers for patients with degenerative arthritis and self-care practices. The pain level was measured using an evaluation of the severity of degenerative knee arthritis over the comparative group and over before the experiment, statistically significant $p<0.05$. It was also found that after the experiment, the experimental group had a statistically significant mean pain level (Mean diff 9.53, p-value <0.001, 95% CI = 8.25 to 10.81) and statistically significantly lower than before the experiment (Mean diff 4.20, p-value <0.001, 95% CI = 2.80 to 5.60). Therefore, the body management program with herbal kneading slime to promote the health of patients with degenerative arthritis can be used to prevent osteoarthritis.

Keywords: Osteoarthritis/ Exercise program with Hermit Dutton posture/ Herb slime/ Health promotion program

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

Received: September 15, 2023/ Revised: October 19, 2023/ Accepted: October 25, 2023

บทนำ

ผู้ป่วยกระดูกและข้อทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคนเป็น 570 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 โดยเฉพาะโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) ซึ่งอัตราของผู้ป่วยโรคข้อและเข่าเสื่อมคิดเป็น 1,700 และ 2,693 คนต่อประชากร 100,000 กลุ่มนักวิชาการโรคข้อเข่าเสื่อมยืนยันว่าอุบัติการณ์เริ่มพบในประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปี ในจำนวนนี้กว่าร้อยละ 50 เป็นกลุ่มผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี ตำแหน่งของข้อที่มักพบการเสื่อม ได้แก่ ข้อเข่า สะโพก ข้อมือ กระดูกสันหลัง และข้อเท้า แต่ข้อที่ส่งผลกระทบรุนแรงต่อการเจ็บป่วยและการรับบริการ มากที่สุดคือข้อเข่า[1] เนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อที่มีขนาดใหญ่และต้องรับน้ำหนักของร่างกายโดยตรง ทั้งยังต้องทำหน้าที่เคลื่อนไหวเกือบตลอดเวลาทำให้ข้อเสื่อมได้ง่าย จากผลวิจัย เปิดเผยว่า โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคข้อที่เกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนข้อต่อ การเปลี่ยนแปลงเกิดจากกระบวนการเสื่อมที่ไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิม และอาจทวีความรุนแรงขึ้นตามลำดับ เป็นต้นเหตุให้เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้หญิงสูงอายุเป็นอันดับต้นๆ และปัจจัยที่เสี่ยง เช่น อายุที่มากขึ้นร่างกายเริ่มถดถอยลง น้ำหนักตัวที่มากเกินไป ทำให้เข่าแบกรับน้ำหนักมากเกินไปทำให้กระดูกเสื่อมเร็ว[2]

สำหรับประเทศไทยซึ่งกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มตัว โรคข้อเสื่อมถือเป็น โรคที่พบบ่อยอันดับต้นๆ จากสถิติผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อในคนไทย พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้มากกว่า 6 ล้านคน โดยข้อที่เสื่อมมากที่สุดคือ ข้อเข่า[3] ผลการสำรวจข้อมูลจำนวนสูงอายุปี พ.ศ. 2564 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร มีประชากรทั้งหมด 932,796 คน ครอบคลุมทั้งหมด 18 อำเภอ แบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอ 15 แห่ง โดยโรงพยาบาลเจริญศิลป์ อำเภอเจริญศิลป์ มีจำนวนผู้สูงอายุ มากที่สุดในระดับของโรงพยาบาลชุมชน จากการสำรวจพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมี ทั้งหมด 6,030 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 42,255 คน คิดเป็นร้อยละ 40.86 จากการคัดกรองการเคลื่อนไหวภาวะข้อเข่าเสื่อมเบื้องต้นพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการปวดข้อเข่าจำนวน 332 คน คิดเป็นร้อยละ 50.02[4] ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอีกทั้งยังมี ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูงโดยพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยชะลอการ เสื่อมของข้อเข่าได้เป็นอย่างดี แต่พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ที่มีภาวะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมยังไม่มี ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองผู้สูงอายุที่มี ภาวะโรคข้อเข่าเสื่อมบางท่านอาจจะขาดความเข้าใจ หรือเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความท้อถอยขาดการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมีเป้าหมายเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค ลดอาการปวดข้อ และความไม่สุขสบายต่างๆ ป้องกันหรือชะลอการผิดรูปของข้อเข่า ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ตามปกติ และลดการพึ่งพาผู้อื่น[5] การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในปัจจุบัน ประกอบด้วย 2 วิธี คือ การรักษาแบบไม่ผ่าตัด และการรักษาโดยการผ่าตัด[6] ในกรณีที่รักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดไม่ได้ผลจะใช้วิธีการผ่าตัด ซึ่งการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ใช้หลายวิธีประกอบกัน ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำวัน การใช้กายอุปกรณ์เสริมช่วยพยุงเดินหรือการสวมสนับเข่าการทำกายภาพบำบัด แต่ถ้าการรักษาไม่ดีขึ้นแพทย์จะพิจารณาการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ทั้งนี้วิธีการรักษาโดยการไม่ผ่าตัดจึงเป็นวิธีที่มีความเหมาะสมมากที่สุดเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจจะตามมาได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย[7]

การออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันข้อเข่าเสื่อม เพราะเป็นการเสริมสร้างความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อรอบข้อเข่า ทำให้น้ำหนักลงที่เข่าน้อยลงและช่วยลดแรงที่กระทำต่อข้อเข่า ควรพิจารณาระดับการออกกำลังกายตามความเหมาะสมของสภาพร่างกายของแต่ละคน การออกกำลังกายในน้ำเป็นการออกกำลังกายที่ดีต่อข้อเข่ามากที่สุด เพราะน้ำมีแรงพยุงตัวทำให้ข้อเข่ารับน้ำหนักน้อยลงจึงเหมาะกับผู้ที่มีอาการปวดเข่าและมีน้ำหนักตัวมาก แรงหนืดของน้ำทำให้ต้องออกแรงมากขึ้น ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าได้ดีการเดินก็เป็นการออกกำลังที่ดี สามารถเดินเร็วในรายที่กล้ามเนื้อต้นขามีความแข็งแรงพอแต่ถ้ากล้ามเนื้อไม่แข็งแรง ควรเดินช้าๆ หรือเดินเท่าที่จำเป็น การบริหารกล้ามเนื้อต้นขามีความสำคัญมาก หากกล้ามเนื้อมัดนี้มีความแข็งแรง ก็จะช่วยสร้างความมั่นคงให้กับข้อเข่าจะช่วยชะลอข้อเข่าเสื่อมได้โดยป้องกันแรงที่กระทำต่อข้อในขณะที่ใช้ข้อเข่าในการลุกขึ้น และยังป้องกันแรงกระแทกที่กระทำต่อข้อเข่าในขณะเดิน ควรออกกำลังกายดังกล่าวเป็นประจำทุกวัน[8] ปัจจุบันได้มีการสนับสนุนให้มีการนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ ซึ่งจากการวิเคราะห์ ภูมิปัญญา

แห่งการรักษาตนเองของไทยในอดีตที่มีจารึกในคัมภีร์ พบว่ามีการใช้ท่าฤๅษีดัดตนช่วยในการบำบัดอาการต่างๆ มีทั้งหมด 80 ท่า มีทั้งท่ายืน ท่านั่ง และนอน และมีบันทึกท่าต่างๆ ท่าฤๅษีดัดตนเป็นการบริหารร่างกายโดยการเคลื่อนไหวอย่างช้า ควบคู่กับการหายใจเข้า ออก อย่างช้า ๆ และมีสติ เน้นการฝึกลมหายใจและใช้สมาธิร่วมด้วย จัดเป็นทั้งการบริหารร่างกายและบริหารจิตควบคู่กัน มีความปลอดภัยกับผู้ที่จะใช้ออกกำลังกายโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ประโยชน์ของการบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน ทำให้ร่างกายตื่นตัว แข็งแรง ระบบการไหลเวียนเลือดในร่างกายดีขึ้น เป็นการต่อต้านโรค บำรุงรักษาสุขภาพให้มีอายุยืนยาว ช่วยสุขภาพจิตดี และยังมีสรรพคุณในการรักษาโรคเบื้องต้นได้ ถึงปัจจุบันยังไม่พบข้อเสียหรืออันตรายจากการใช้ท่าฤๅษีดัดตน โดยผลวิจัยของสถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย ในระยะที่ 1 พบว่าท่าฤๅษีดัดตนเหมาะสมในการใช้บริหารร่างกาย ลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ และสะบัก โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคออฟฟิศซินโดรม หรืออาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน ท่าที่ได้ผลอาทิ ท่าแก้ลมปวดศีรษะ ท่าแก้เกียจ ท่าแก้ขัดแขน ท่าแก้ปวดท้อง ท่าแก้ไหล่ขา ท่าแก้ลมอันรัดทั้งตัว เป็นต้น ซึ่งจะมีอยู่ในท่าฤๅษีดัดตน 15 ท่าของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก[9] ในส่วนของการแพทย์แผนไทยให้บริการรักษาโดยการนวด ประคบสมุนไพร พอกยาสมุนไพร และสอนการบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน การพอกยาด้วยสมุนไพรเป็นวิธีการรักษาทางแพทย์แผนไทย คือ การนำสมุนไพรที่มีสรรพคุณกระจาย เลือดลมบริเวณข้อเพิ่มไหลเวียนของเลือด ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น ลดอาการบวม นำมาพอกบริเวณอวัยวะที่ ปวดเป็นเวลา 15 – 20 นาที ช่วยรักษาอาการปวดและการอักเสบ มีทั้งยาฤทธิ์ร้อนและยาฤทธิ์เย็น ยาพอกสมุนไพรแก้ ปวดลด การอักเสบ เป็นตำรับยาสมุนไพรไทยดั้งเดิม ที่แพทย์แผนไทยใช้ในการรักษาผู้ป่วย โดยใช้พอกตามบริเวณข้อต่อ กระดูกของร่างกาย เช่น ข้อเข่า ข้อเท้า ข้อไหล่ หรือบริเวณแนวกล้ามเนื้อ เพื่อลดอาการปวด บวม อักเสบ แต่ละสูตรจะมี ความแตกต่างกันออกไปตามจุดมุ่งหมายของการใช้งาน ซึ่งสามารถลดการปวดและอักเสบ บวม แดง และไม่พบอาการแพ้ หรืออาการข้างเคียงใดๆ จึงแสดงให้เห็นว่าการใช้ยาพอกสมุนไพรนั้นเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง เพื่อการรักษาอาการปวดและ อักเสบได้เป็นอย่างดี[10] การใช้ยาพอกสมุนไพรมีขั้นตอนและอุปกรณ์ที่ใช้ค่อนข้างหลายขั้นตอนและยุ่งยาก ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและจำเป็นของการพัฒนาตำรับยาสมุนไพรพอกเข่า นำมาต่อยอดเป็นผลิตภัณฑ์ให้อยู่ในรูปแบบไสลม์เพื่อสะดวกต่อการใช้งาน การจัดเก็บ และการเข้าถึงการรับบริการของผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า จึงได้ทำการพัฒนาผลของโปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนร่วมกับสไลม์พอกเข่าสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

จากแนวคิดของ Rosenstock[11] ได้อธิบายแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค[11] และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ของ House[12] ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) 2) การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal support) 3) การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) และ 4) การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support)[12] จากการศึกษาของ ปิยะพล พูลสุข[13] ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 36 ราย โดยการพอกสมุนไพรบริเวณเข่าทั้ง 2 ข้างเป็นเวลา 15 นาที จำนวน 3 ครั้ง ติดต่อกัน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบ Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis (WOMAC) พบว่า ภายหลังการทดลองระดับความปวดของข้อเข่า ระดับอาการข้อฝืด และช่วงเวลาในการลุกเดินลดลงกว่าก่อนการทดลอง และระดับความสามารถในการใช้งานของข้อเข่าดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนร่วมกับสไลม์พอกเข่าสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในเรื่องต่อไปนี้

2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

2.1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

2.1.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

2.1.4 การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2.1.5 การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2.1.6 การปฏิบัติตัวด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2.2 เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในเรื่องต่อไปนี้

2.2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

2.2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

2.2.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

2.2.4 การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2.2.5 การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

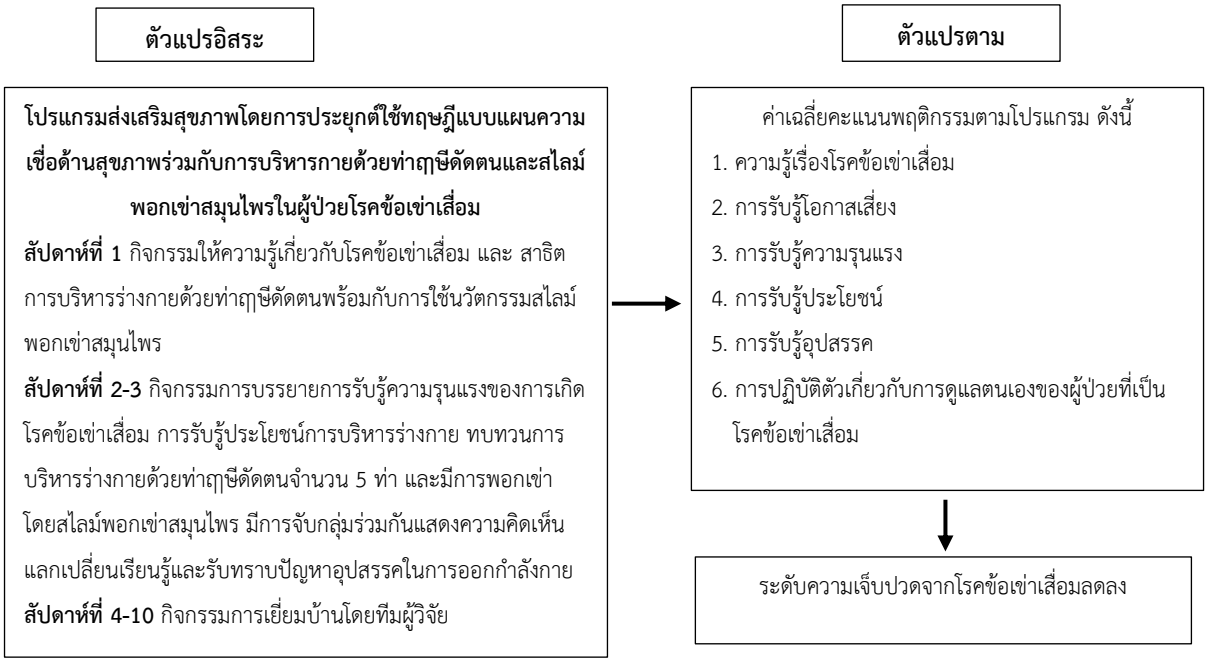
2.2.6 การปฏิบัติตัวด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2.3 เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความแตกต่างการวัดระดับความเจ็บปวดด้วยแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

2.4 เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความแตกต่างการวัดระดับความเจ็บปวดด้วยแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งพบมากในวัยกลางคน และผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษา หรือปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม อาจทำให้มีความเจ็บปวด ข้อเข่าผิดรูป เดินได้ไม่ปกติ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ไม่สะดวก มีความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ ทั้งทางด้านรูปร่างโครงสร้างการทำงานของกระดูกข้อต่อ และกระดูกบริเวณใกล้ข้อ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมและอาจมีความเสื่อมรุนแรงขึ้นตามลำดับ สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และ กลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest – posttest design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยกำหนด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะใช้ชีวิตตามปกติ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 10 สัปดาห์

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนเพศหญิงและประชาชนเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้านอายุรกรรมและแพทย์แผนไทยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 60 คน มีรายละเอียดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 เกณฑ์ในการคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

2.1.1 เป็นผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อายุ 45 – 70 ปี

2.1.2 เป็นผู้ที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เป็นปกติ

2.1.3 เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยว่าป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและมารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลเจริญศิลป์ติดต่อกันเกิน 3 ครั้ง

2.1.4 ยินยอมเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

2.1.5 แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม Oxford knee score อยู่ในระดับ 30-39 คะแนน เนื่องจากพบเริ่มมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม ควรได้รับคำแนะนำจากศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อเรื่องการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การควบคุมน้ำหนักเพื่อไม่ให้อ้วน หลีกเลี่ยงท่าหรือกิจกรรมที่จะทำให้เกิดอาการและความรุนแรงของโรคมากขึ้น และการประเมินระดับอาการของโรค

2.2 เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

2.2.1 มีข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคในการรับวินิจฉัยว่ามีโรคทางระบบประสาทที่มีผลต่อการรับรู้การเคลื่อนไหวและการสื่อสารหรือสื่อความหมายต่างๆ เช่น ผู้ป่วยพิการทางการเคลื่อนไหว, แขนขาอ่อนแรง, ผู้พิการทางการได้ยิน, ผู้ป่วยออทิสติก

2.2.2 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษา เช่น การย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย

2.2.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่มีผลต่ออาการปวดเข่ามาแล้วไม่เกิน 7 วัน ก่อนเข้าร่วมการวิจัย เช่น รับประทานยาแก้ปวด ฉีดยา การนวด การประคบ การฝังเข็ม กายภาพบำบัด เป็นต้น

2.3 เกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากการทดลอง (Withdrawal of participant criteria)

ในกรณีที่อาสาสมัครมีอาการปวดมากขึ้น หรืออาการของโรครุนแรงมากขึ้นในระหว่างการทดลอง อาสาสมัครสามารถขอถอนตัวออกจากการทดลองได้ทันที

2.4 เกณฑ์การยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด (Early termination of study criteria)

ในกรณีที่พบว่าโปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนหรือสไลม์พอกเข่าทำให้ค่า pain score ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีมากกว่า 6 คน ในจำนวน 60 คน จะยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด

2.5 เกณฑ์การปกป้องอาสาสมัครกลุ่มเปราะบาง

ผู้ที่มีอายุ 45-70 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางเนื่องจากจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ จะต้องเป็นผู้ที่สามารถตัดสินเองได้ มีสติสัมปชัญญะที่ดี สื่อสารหรือพูดโต้ตอบได้

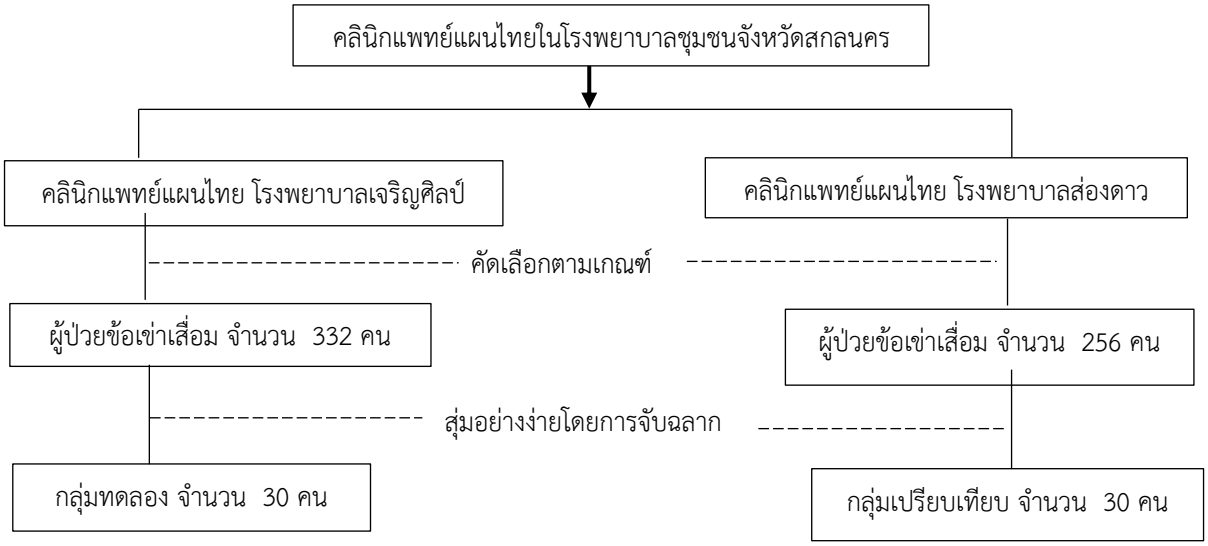
2.6 การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น (Multi-stage sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกโรงพยาบาล ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก (Simple random sampling) จากโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร ทั้ง 18 แห่ง โดยสุ่มเลือกโรงพยาบาลที่มีขนาดประชากรเทียบเท่ากัน

ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยจากแพทย์หรือแพทย์แผนไทยว่าป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เข้ารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทย ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม มีการขออนุญาตจากท่านผู้อำนวยการของโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง และเมื่อได้รับอนุญาตแล้วก็ดำเนินการคัดเลือกในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 นำรายชื่อประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้มาสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sample random sampling) ผู้มารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยเข้าเกณฑ์ตามโครงการวิจัย โดยจับฉลากเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างตามขนาดตัวอย่างที่ต้องการ



ภาพที่ 2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนร่วมกับสไลม์พอกเข่าสมุนไพร เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามของโปรแกรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการบริหารกายด้วยท่าฤาษีดัดตนและสไลม์พอกเข่าสมุนไพรในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม, แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม, แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคข้อเข่าเสื่อม, แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคข้อเข่าเสื่อม, แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

3.3 แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม Oxford Knee score

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content validity) ซึ่งเมื่อได้แบบสอบถามแล้วให้นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมในการใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา โดยนำผลการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Object Congruence Index: IOC) ซึ่งทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

4.2 การตรวจสอบค่าความเที่ยงหรือค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีลักษณะคล้ายคลังกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่รับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร โดยแสดงผลค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านดังต่อไปนี้

4.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.778

4.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.724

4.2.3 การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.841

4.2.4 การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.725

4.2.5 การปฏิบัติตัวด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.715

5. ขั้นตอนการวิจัย

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม Pre-test กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม แผ่นพับเอกสารความรู้การบรรยายพร้อมภาพประกอบของสมุนไพรทั้ง 9 ชนิด สาธิตการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนพร้อมกับการใช้นวัตกรรมสไลม์พอกเข่าสมุนไพร

สัปดาห์ที่ 2-3 กิจกรรมการบรรยายการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์การบริหารร่างกาย ทบทวนการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนจำนวน 5 ท่า และมีการพอกเข่าโดยสไลม์พอกเข่าสมุนไพร มีการจับกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้และรับทราบปัญหาอุปสรรคในการออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 4-10 กิจกรรมการเยี่ยมบ้านโดยทีมผู้วิจัย ทีมเยี่ยมบ้าน เป็นพี่เลี้ยง เพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมในการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนเพื่อบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า และจะช่วยเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัวในการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนที่ถูกต้อง อสม.จะช่วยในเรื่องของการให้กำลงใจกระตุ้นการปฏิบัติตัวและผู้วิจัยนัดหมายครั้งต่อไปเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการบรรยายลักษณะปัจจัยร่วมของกลุ่มตัวอย่าง โดยตัวแปรแจงนับ ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ส่วนตัวแปรต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม รายได้ต่อครอบครัว ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุด และ ค่าสูงสุด

6.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กรณีการแจกแจงปกติใช้สถิติ Paired t-test

6.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง กรณีข้อมูลแจกแจงปกติที่ใช้สถิติ Independent t-test

7. การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662042 เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2566

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 61 ปีขึ้นไป ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนมากที่สุด (BMI = 25 kg/m^2 ขึ้นไป) มีสถานภาพ สมรส/คู่ มากที่สุด ระดับการศึกษาที่มากที่สุดคือ ระดับการศึกษาประถมศึกษา ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีอาชีพเกษตรกรรม/ทำไร่/ทำสวน ลักษณะบ้านพักเป็นแบบสองชั้นหรือมากกว่า ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ที่ 5,000-10,000 บาท ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองระยะเวลมากที่สุดอยู่ที่ 5 ปีขึ้นไป กลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลามากที่สุด 3-4 ปี ทั้งสองกลุ่มไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาการหนึ่งข้าง กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอาการสองข้าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์แผนไทย ระหว่างที่ออกกำลังกายที่บ้านส่วนใหญ่ไม่มีญาติหรือผู้ดูแล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการป้องกันโรค	ก่อนการทดลอง (n=30)						หลังการทดลอง (n=30)					
ข้อเข่าเสื่อม	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	t	95% CI	P-value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	t	95% CI	P-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม												
กลุ่มทดลอง	10.66	1.18	0.56	1.465	0.21 ถึง 1.34	0.148	14.56	0.26	1.03	2.515	0.21 ถึง 1.85	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.23	1.75					13.53	0.31				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม												
กลุ่มทดลอง	7.93	3.59	0.80	0.959	-0.87 ถึง 2.47	0.341	12.56	3.90	6.83	8.179	5.16 ถึง 8.50	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.43	3.70					5.73	2.39				
การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม												
กลุ่มทดลอง	14.56	6.64	4.30	2.975	1.41 ถึง 7.19	0.004	31.56	3.06	21.03	20.183	18.95 ถึง 23.12	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.26	4.31					10.53	4.82				
การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม												
กลุ่มทดลอง	19.1	7.82	0.13	0.063	-4.09 ถึง 4.36	0.949	48.23	4.16	29.76	16.715	26.20 ถึง 33.33	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.96	8.51					18.46	8.82				
การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม												
กลุ่มทดลอง	7.60	2.81	0.46	0.537	-2.20 ถึง 1.27	0.592	16.53	0.94	9.73	13.776	8.32 ถึง 11.15	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.06	3.83					6.80	3.75				
การปฏิบัติตัวด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่าง												
กลุ่มทดลอง	7.56	2.30	7.20	1.202	-0.49 ถึง 1.95	0.234	17.00	1.51	9.63	15.298	8.37 ถึง 10.89	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.83	2.42					7.37	3.10				

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระดับแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม	ก่อนการทดลอง (n=30)						หลังการทดลอง (n=30)					
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	t	95% CI	P-value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	t	95% CI	P-value
แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม Oxford knee score												
กลุ่มทดลอง	33.73	2.20	0.06	0.109	-1.15 ถึง 1.29	0.913	43.70	2.51	4.20	6.003	2.80 ถึง 5.60	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	33.66	2.52					39.50	2.90				

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม	กลุ่มทดลอง (n=30)						กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)					
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	t	95% CI	P-value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	t	95% CI	P-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม												
ก่อนการทดลอง	10.67	1.18	3.90	10.836	3.16 ถึง 4.64	< 0.001	11.23	1.75	2.30	4.723	1.30 ถึง 3.30	< 0.001
หลังการทดลอง	14.57	1.45					13.53	1.72				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม												
ก่อนการทดลอง	7.93	3.90	4.63	4.252	2.40 ถึง 6.87	< 0.001	5.63	2.17	0.10	0.171	-1.09 ถึง 1.29	0.865
หลังการทดลอง	12.56	3.59					5.73	2.39				
การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม												
ก่อนการทดลอง	14.56	3.06	17.00	12.226	14.16 ถึง 19.84	< 0.001	10.26	4.31	0.26	0.482	-0.86 ถึง 1.40	0.633
หลังการทดลอง	31.56	6.64					10.53	4.82				

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันโรค	กลุ่มทดลอง (n=30)						กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)					
ข้อเข่าเสื่อม	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	t	95% CI	P-value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	t	95% CI	P-value
การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม												
ก่อนการทดลอง	19.10	7.82	29.13	16.466	25.51 ถึง 32.75	< 0.001	18.97	8.51	0.5	0.511	-2.50 ถึง 1.50	0.612
หลังการทดลอง	48.23	4.17					18.46	8.82				
การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม												
ก่อนการทดลอง	7.60	0.51	8.93	17.610	7.89 ถึง 9.97	< 0.001	8.06	3.83	1.26	3.856	0.59 ถึง 1.94	< 0.001
หลังการทดลอง	16.53	0.17					6.80	3.75				
การปฏิบัติตัวด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่าง												
ก่อนการทดลอง	7.56	2.30	9.43	15.059	8.15 ถึง 10.71	< 0.001	6.83	2.42	0.53	0.623	-1.22 ถึง 2.28	0.538
หลังการทดลอง	17	1.51					7.35	3.10				

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระดับแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการป้องกันโรค	กลุ่มทดลอง (n=30)						กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)					
ข้อเข่าเสื่อม	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	t	95% CI	P-value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	t	95% CI	P-value
แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม Oxford knee score												
ก่อนการทดลอง	33.73	2.19	9.53	15.217	8.25 ถึง 10.81	< 0.001	33.66	2.52	5.83	7.662	4.27 ถึง 7.40	< 0.001
หลังการทดลอง	43.26	3.04					39.50	2.90				

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จากผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม มากกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 3.90, p-value <0.001, 95% CI 3.16 ถึง 4.64) และ (Mean diff 1.03, p-value <0.001, 95% CI 0.21 ถึง 1.85) ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพการบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนร่วมกับสไลม์พอกเข่าสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยได้รับกิจกรรมการบรรยายประกอบสื่อพร้อมทั้งแจกแผ่นพับเอกสารความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสูงขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากว่า ได้รับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมพร้อมกับท่าบริหารร่างกายฤๅษีดัดตนทั้ง 5 ท่า ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Bloom et al.[14] ได้อธิบายการเรียนรู้ไว้ว่า การเรียนรู้มาจาก 3 องค์ประกอบ คือ ด้านพุทธพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะพิสัย ด้านพุทธพิสัยเริ่มจากความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมินค่า ด้านจิตพิสัย จำแนกเป็น การรับรู้ การตอบสนอง การสร้างค่านิยม การจัดระบบ ด้านทักษะพิสัย จำแนกเป็นทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกาย, การกระทำตามแบบที่กระทำพร้อมๆกัน, ทักษะการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญจณ์นิชา ทีปรักษพัญนิธิศ[15] ได้ศึกษาเรื่อง การรับรู้ข้อเข่าเสื่อมในวัยทำงานและพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันของกลุ่มคนวัยทำงานในพื้นที่จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มคนวัยทำงานส่วนใหญ่มีการรับรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับดี จำนวน 320 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ส่วนกลุ่มคนวัยทำงานที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันโดยรวมไม่แตกต่างกัน และกลุ่มคนวัยทำงานที่มีการรับรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกันมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการ ทำงาน ด้านการบริโภค และด้านการออกกำลังกาย ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 4.63, p-value <0.001, 95% CI 2.40 ถึง 6.87) และ (Mean diff 6.83, p-value <0.001, 95% CI = 5.16 ถึง 8.50) ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพการบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนร่วมกับสไลม์พอกเข่าสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยได้รับกิจกรรมการบรรยายประกอบสื่อพร้อมทั้งแจกแผ่นพับเอกสารความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคข้อเข่าเสื่อม อธิบายส่วนประกอบของสมุนไพรทั้ง 9 ชนิด มีการประเมินความรู้ก่อนเริ่มทำกิจกรรม ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ Health belief model : HBM ของ Becker[16] กล่าวว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน[17] ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลคูเมือง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่ชุมชนมีส่วนร่วม มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างองค์ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม 2) พัฒนาองค์ความรู้ด้านโรคข้อเข่าเสื่อมให้แกนนำในชุมชน 3) เพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรายใหม่ในกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้การคัดกรองเชิงรุกและ 4) สร้างแนวทางการติดตามผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในพื้นที่ หลังการใช้โปรแกรม พบว่า 1) ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) 2) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุและพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมหลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่

พัฒนาขึ้นนี้ สามารถป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำโปรแกรมการป้องกันนี้ไปใช้ควรคำนึงให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนด้วย

การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 17.00, p-value <0.001, 95% CI = 14.16 ถึง 19.84) และ (Mean diff 21.03, p-value <0.001, 95%CI = 18.95 ถึง 23.12) ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนร่วมกับสไลม์พอกเข่าสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยได้รับกิจกรรมการสร้างการรับรู้ความรุนแรง คือ การบรรยายประกอบสื่อของโรคข้อเข่าเสื่อมร่วมกับ slime พอกเข่าสมุนไพร การบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนทั้ง 5 ท่า การอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสรุปประเด็นการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ Health belief model : HBM ของ Becker[16] กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวินี กุลษรเวทย์, สุธีรา ฮุ่นตระกูล และ นงพิมล นิมิตอานันท์[18] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรค้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังในการปองกันโรคขอเขาเสื่อมชนิดปฐมภูมิ กลุมตัวอยางมีคาคะแนนความรูเรื่องการปองกันโรคขอเขาเสื่อมชนิดปฐมภูมิ การรับรูความสามารถของตนในการปองกันโรคขอเขาเสื่อมชนิดปฐมภูมิ และการรับรูระดับความรุนแรงโรคขอเขาเสื่อมสูงกวากอนการทดลอง อยางมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนคาเฉลี่ยคาดัชนีมวลกายและเสนรอบเอว พบวาลดลงกวากอนเขารวมโปรแกรมฯ อยางมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเอง จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 29.13, p-value <0.001, 95%CI 25.51 ถึง 32.75) และ (Mean diff 29.76, p-value <0.001, 95%CI = 26.20 ถึง 33.33) ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนร่วมกับสไลม์พอกเข่าสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยได้รับกิจกรรม การอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติตัว หลักการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนพร้อมทั้งให้มีการปฏิบัติตาม ฝึกปฏิบัติบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนโดยผู้วิจัยพาปฏิบัติไปพร้อมกันอย่างช้าๆ พอกเข่าโดย Slime พอกเข่าสมุนไพรที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ Health belief model : HBM ของ Becker[16] กล่าวว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ฐิติพร ส่งสังข์, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช[19] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริหารข้อเข่าเพื่อบรรเทาปวดด้วยการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม จังหวัดพิจิตร ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริหารข้อเข่าและความคาดหวังต่อผลลัพธ์การบริหารข้อเข่าสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) อีกทั้งมีระดับความปวดข้อเข่าลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) เมื่อพิจารณาการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าครบตามเกณฑ์ที่กำาหนดพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเอง จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 8.93, p-value <0.001, 95%CI = 7.89 ถึง 9.97) และ (Mean diff 9.73, p-value <0.001, 95%CI 8.32 ถึง

11.15) ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนร่วมกับสไลม์พอกเข่าสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยได้รับกิจกรรม การอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติตัว หลักการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนพร้อมทั้งให้มีการปฏิบัติตาม ฝึกปฏิบัติบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนโดยผู้วิจัยพาปฏิบัติไปพร้อมกันอย่างช้าๆ พอกเข่าโดย Slime พอกเข่าสมุนไพรที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ Health belief model : HBM ของ Becker[16] กล่าวว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพียงระวี นิประพันธ์[20] ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมของผู้ที่อยู่ในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลางและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 (r = .13, r = .17, และ r = .22 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการวางแผนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน และนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมต่อไป

การปฏิบัติตัวด้านการดูแลตนเอง จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 9.43, p-value <0.001, 95%CI 8.15 ถึง 10.71) และ (Mean diff 9.63, p-value <0.001, 95%CI 8.37 ถึง 10.89) ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนร่วมกับสไลม์พอกเข่าสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยได้รับกิจกรรม การอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติตัว หลักการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนพร้อมทั้งให้มีการปฏิบัติตาม ฝึกปฏิบัติบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนโดยผู้วิจัยพาปฏิบัติไปพร้อมกันอย่างช้าๆ พอกเข่าโดยสไลม์พอกเข่าสมุนไพรที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่ง และทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอยากเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งที่นัดหมายเนื่องจากได้ใช้สไลม์พอกเข่า ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom et al.[14] ได้อธิบายเกี่ยวกับการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะพิสัย โดยกล่าวไว้ว่า พฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่วชำนิชำนาญ ซึ่งแสดงออกมาได้โดยตรงโดยมีเวลาและคุณภาพของงานเป็นตัวชี้ระดับของทักษะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิพัฒน์ เพิ่มพูล[21] ได้ศึกษาเรื่อง ความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.50 มีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวมในระดับที่ไม่รุนแรง และความรุนแรงในด้านอาการเจ็บปวดข้อเข่า ด้านความสามารถการทำหน้าที่และการเคลื่อนไหวข้อเข่า ในระดับที่ไม่รุนแรง ร้อยละ 39.00 และ 36.50 ตามลำดับ สำหรับด้านอาการข้อเข่าติดหรือข้อเข่าฝืด พบความรุนแรงของโรคในระดับรุนแรงน้อย ร้อยละ 41.50 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าความรุนแรงด้านอาการเจ็บปวดข้อเข่ามีความสัมพันธ์กับอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.029) ความรุนแรงด้านอาการข้อเข่าติดหรือข้อเข่าฝืด พบว่ามีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.031) นอกจากนั้นยังพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงด้านการทำหน้าที่และการเคลื่อนไหวข้อเข่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.016) ในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.00 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง โดยพบว่าเพศและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.031) และ (p = 0.006) และการศึกษาของ สายสุนีย์ เลิศกระโทก[22] ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม ตำบลหนองแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ

ที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.49 ปี (SD =8.07) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.6) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 43.4) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-79 ปี (ร้อยละ 81.9) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเท่ากับ 1.76 (S.D = 0.49) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความพอเพียงของรายได้ และการใช้อุปกรณ์พยุง (p-value < 0.01) ผู้ดูแลหลักและการรักษาทางเลือก (p-value < 0.05)

การวัดระดับความเจ็บปวดด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการวัดระดับความเจ็บปวดด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff 9.53, p-value <0.001, 95%CI 8.25 ถึง 10.81) และ (Mean diff 4.20, p-value <0.001, 95%CI 2.80 ถึง 5.60) ตามลำดับ 6 ทั้งนี้เนื่องจากว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนร่วมกับสไลม์พอกเข่าสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยได้รับกิจกรรมให้ความรู้โดยการบรรยายประกอบสื่อเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม power point แผ่นพับความรู้การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคข้อเข่าเสื่อม มีการประเมินความรู้ก่อนเริ่มทำกิจกรรม อภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติตัว หลักการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนพร้อมทั้งให้มีการปฏิบัติตาม ฝึกปฏิบัติบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนโดยผู้วิจัยพาปฏิบัติไปพร้อมกันอย่างช้าๆ พอกเข่าโดยสไลม์พอกเข่าสมุนไพรที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมผู้วิจัยและอสม.ให้กำลังใจแก่อาสาสมัคร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อาวุธ หงส์ศิริ และคณะ[23] ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลเจลพอกเข่าต่อระดับความปวดของเข่าในผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ช่อชงโคคลินิกการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดเข่าจำนวนทั้งหมด 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิง 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.00 เพศชาย 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.00 อายุเฉลี่ย 60-69 ปี คิดเป็น ร้อยละ 45.00 กลุ่มตัวอย่างในการพอกเจลครั้งที่ 1 พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดก่อนพอกเจลเท่ากับ 6.00 (S.D.=1.175) ค่าเฉลี่ยหลังการพอกเจล เท่ากับ 3.00 (S.D.=0.697) ในการพอกเจลครั้งที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความปวด เท่ากับ 4.70 (S.D.= 1.198) ค่าเฉลี่ยหลังพอกเจล เท่ากับ 2.00 (S.D.= 0.659) และในการพอกเจลครั้งที่ 3 มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดก่อนพอกเจล เท่ากับ 4.10 (S.D.= 1.141) ค่าเฉลี่ยหลังพอกเจล เท่ากับ 1.90 (S.D.= 0.503) ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05

สรุปผลการศึกษาวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score) อยู่ในระดับคะแนน 40-48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

3. โปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนร่วมกับสไลม์พอกเข่านี้ สามารถนำไปใช้เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การให้โปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนร่วมกับสไลม์พอกเข่าสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีประสิทธิภาพเพียงพอในการทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ

การเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การปฏิบัติตัวด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้ลดระดับความเจ็บปวดจากการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมตามอิริยาบถต่างๆลดลง จึงควรนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพนี้ไปใช้ในการกระตุ้นการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนร่วมกับการใชเสไลม์พอกเข่าสมุนไพร เพื่อลดอาการปวดของกลุ่มที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมตามความเหมาะสมต่อไป

2. การให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มในการฝึกบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนเพื่อแข่งขันเก็บคะแนนร่วมกัน จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการกลับไปฝึกทำที่บ้าน เพื่อกลับมาปฏิบัติในสัปดาห์ต่อไป รวมถึงการใช้สไลม์พอกเข่าสมุนไพรยังกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมาครบทุกครั้งที่นัดหมายโดยไม่ขาดกิจกรรม เนื่องจากผู้วิจัยมีกิจกรรมนันทนาการร่วมกัน ส่งเสริมความรู้ด้านต่างๆเกี่ยวกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

3. การติดตามเยี่ยมบ้านผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้น สอบถามปัญหาและร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา ช่วยย้ำเตือนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ได้รับความรู้ สามารถประเมินตนเองได้ทุกครั้งที่กำลังปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ถูกต้องและเมื่อทำครบทุกข้อผู้เข้าร่วมวิจัยก็สามารถคาดหวังได้ว่าตัวเองต้องดีขึ้น

4. มีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและทำให้ทราบถึงเหตุผลของพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ เพื่อจะได้สามารถนำมาใช้เป็นรูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ. [อินเตอร์เน็ต]. ค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2565; เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistical%20thailand2562.pdf.
2. นงพิมล นิมิตอานันท์. (2557). สถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมในคนไทย. วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม.
3. Health Data Center, Ministry of Public Health. Screening report for osteoarthritis in the elderly 2021 [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 30]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร Health Data Center [HDC]. สรุปผลการดำเนินงานระดับปฐมภูมิงานผู้สูงอายุ. [อินเตอร์เน็ต]. 2565. ค้นเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2565; เข้าถึงได้จาก https://snk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
5. PattarinKittiboonyakunand WatcharinPaktipat. (2015). PrescribingPatternsand MedicationProblems. Related tothe UseofPain Medicationand Adjuvant Drugs inPatients with Osteoarthritis.Thai Journal of Pharmacy Practice, 7(2), 278-287. (In Thai)
6. Warakorn Jingjit. When is osteoarthritis?. Retrieved from http://www.cmed.cmu.ac.th/ th/ knowledge-26. 2016. (In Thai).
7. สุวรรณี สร้อยสงค์. การพยาบาลผู้สูงอายุโคข้อเข่าเสื่อม. วารสารวิชาแพทย์เขต 11, 2562: 33(2).
8. จิตติศักดิ์ ทิมแจ้ง. คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อโรงพยาบาลบางโพ.[อินเตอร์เน็ต]. ค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2565; เข้าถึงได้จาก https://bangpo-hospital.com/know-knee-osteoarthritis/
9. ท่าฤาษีดัดตน. ศูนย์พัฒนาตำราการแพทย์แผนไทย. มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา 2549: หน้า 29-309.
10. วีรวัฒน์ ตันติบริรักษ์, ธัญญาวดี มูลรัตน์, ษิรวิภัจน์ ธัญกัญจณธรณ์. ประสิทธิผลการบรรเทาอาการปวดของยาพอกสมุนไพรร่วมกับกายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตน 4 ท่า สำหรับผู้ป่วยปวดข้อเข่าหรือข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566: 32(4).

11. Ronestock. The Health Belief Model and preventive health. Health Educ Monographs, 1974.
12. House, J.S. Work Stress and Social Support. California: Addison Wesley Publishing, 1981.
13. ปิยะพล พูลสุข. ประสิทธิผลของยาพอกสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2561: 18(1).
14. Bloom BS. Taxonomy of Educational objective The Classification of Educational Goals Handbook 1 Cognitive Domain. London: Longman; 1979.
15. กัญจน์ณิชา ทีปรักษพัญนิธิศ. การรับรู้โรคข้อเข่าเสื่อมในวัยทำงานและพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันของกลุ่มคนวัยทำงานในพื้นที่จังหวัดสงขลา. 2561.
16. Round, R., Marshall, B., & Horton, K. *Planning for effective health promotion evaluation*, Melbourne: Victorian Government Department of Human Services. 2005.
17. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลคูเมือง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2563: 3(1).
18. ภาวินี กุลษรเวทย์, สุธีรา ฮุ่นตระกูล, นงพิมล นิมิตอานันท์. ผลของโปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรค้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์นาวี 2561: 45(3).
19. ฐิติพร ส่งสังข์, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช. เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริหารข้อเข่าเพื่อบรรเทาปวดด้วยการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม จังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2563: 36(2).
20. เพียงระวี นิประพันธ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมของผู้ที่อยู่ในชุมชน. วารสารพยาบาล 2564: 48(1).
21. พิพัฒน์ เพิ่มพูล. ความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลศิริราช. คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2553.
22. สายสุนีย์ เลิศกระโทก, ยุวดี งอมสงัด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม ตำบลหนองแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา 2562: 6(1).
23. อาวุธ หงส์ศิริ, ศศิชา มูลทองคำ, ศุภรัตน์ ดวนใหญ่, เพชรน้ำผึ้ง รอดโพธิ์, อัจฉรา แก้วน้อย. ประสิทธิผลเจลพอกเข่าต่อระดับความปวดของเข่าในผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ช่อชงโคคลินิกการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา 2565: 7(1).

ผลของโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวน

ณัฐณิชา มณีสุวรรณ[1] สุริยา ฟองเกิด[2*]
ขวัญตา เพชรมณีโชติ[3] วัชรินทร์ ช่างประดับ[4] วิชิต ชิตวิเศษ[5]
[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี
[2*,3,4] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[5]นายกเทศมนตรี เทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ที่มารับการรักษาในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 54 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 27 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการได้รับโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=75.11, SD=1.84) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (*t*=-53.22, p-value <.001; 95%CI -30.159 ถึง -27.916) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*t*=42.71, p-value <.001; 95%CI 19.272 ถึง 21.172) การวิจัยนี้เสนอแนะว่า การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพควรประกอบไปด้วยกิจกรรมการสอนให้ความรู้ การฝึกคิดไตร่ตรองตระหนักรู้ การปฏิบัติจริงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นของผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ/ พฤติกรรมการจัดการตนเอง/ ผู้ป่วยเบาหวาน

*ผู้รับผิดชอบบทความ: สุริยา ฟองเกิด, อีมล: suriya@bnc.ac.th, โทร.: 06 5627 9407
Received: 30 สิงหาคม 2566/ Revised: 19 ธันวาคม 2566/ Accepted: 20 ธันวาคม 2566

Effect of Health Literacy Program on Self-management Behaviors of Diabetic Patients Receiving Services at Ban Suan Municipality Public Health Service Center

Natnicha Maneesuwan[1] Suriya Fongkerd[2*]
Kwanta Petmaneechote[3] Wacharin Changpradub[4] Vichit Chitwiset[5]
[1]Registered nurse, Public Health Service Center, Ban Suan Municipality Chonburi Province.
[2*,3,4]Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri, Faculty of Nursing, Phraboromrajchanok Institute
[5]Mayor, Ban Suan Municipality Chonburi Province

Abstract

This is quasi-experimental research two-group pre-post-test control group design. Aims to study the effect of a health literacy program on the self-management behaviors of diabetic patients receiving services at the Ban Suan Municipality Public Health Service Center. The sample group consisted of 54 diabetic patients who could not control their blood sugar levels and were treated at the Ban Suan Municipal Health Service Center, Muang District, Chonburi Province, divided into two groups: an experimental group of 27 people and a control group of 27 people. Two types of tools are used in this research: tools used to collect data and tools used in the experiment. The researcher conducted the data collection himself. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

The results showed that the experimental group had a mean of overall self-management behavior at the high level ($\bar{X}$=75.11, SD = 1.84), and the mean was significantly higher than before the program at the 0.05 level (*t*=-53.22, p-value <.001; 95%CI -30.159 t0 -27.916)The experimental group that received the health literacy program had significantly higher mean self-management behaviors among diabetic patients than the control group receiving regular nursing care at Ban Suan Municipality Public Health Service Center statistically at the 0.05 level (t=42.71, p-value <.001; 95%CI 19.272 to 21.172). This research suggests that Promoting health literacy for effective self-management should include teaching and learning activities. Practicing contemplation and awareness actual practice will lead to changes in self-management behavior for better diabetes patients.

Keywords: Health Literacy/ Self-management Behaviors/ Diabetic Patients

*Corresponding author: Aim-utcha Wattanaburanon, email: suriya@bnc.ac.th, Tel.: 06 5627 9407
Received: August 30, 2023/ Revised: December 19, 2023 / Accepted: December 20, 2023

บทนำ

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของโรคเบาหวานก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ภาวะล้มเหลวในการทำงานของดวงตา ไต เส้นประสาท หลอดเลือด และอื่น ๆ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจเกิดขึ้นได้จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม[1] ผู้ป่วยที่ไม่สามารถลดปัจจัยเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[2] ซึ่งพบว่า ความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมาก การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลของบุคคล สถาบันทางการแพทย์ และระบบบริการสาธารณสุขโดยรวมสูงขึ้น ทำให้ภาระทางการเงินของโรงพยาบาลและผู้ให้บริการด้านสุขภาพยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นไปอีก[3] ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างระบบที่มีประสิทธิภาพในการติดตามและสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อเพิ่มพูนความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเองและอำนวยความสะดวกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลักษณะนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างความมั่นใจในการจัดการและควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานอย่างเหมาะสม[4] ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องพัฒนาให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดี

ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นความสามารถทางปัญญาและทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละคนในการแสวงหาความรู้ ทำความเข้าใจ จูงใจ เข้าถึง และใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อทำการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนอย่างรอบรู้และนำไปใช้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[5] การจัดการตนเองเป็นความสามารถของแต่ละบุคคลในการจัดการโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับการศึกษาสูง มีความรู้ด้านสุขภาพสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเอง[6] บุคคลที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างจำกัดจะมีความเสี่ยงสูงที่จะประสบปัญหาด้านสุขภาพ[7] และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดสะสม[8] การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมากมีอิทธิพลต่อความสามารถในการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงสามารถยืนยันได้ว่าการมีความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดูแลรักษาสุขภาพที่ดีที่สุด เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะแสดงทักษะการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งจะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 142 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.00 ของประชากรผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานถึงร้อยละ 85.22 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[9] ทั้ง ๆ ที่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้รับคำแนะนำในการรับประทานอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกายจากแพทย์ พยาบาล และทีมแพทย์ นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่เป็นแหล่งข้อมูลภายในชุมชน ให้ข้อมูลอัปเดตเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานทุกสัปดาห์ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะหาแนวทางการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยเชื่อว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานให้บุคคลมีข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจ และตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งการแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

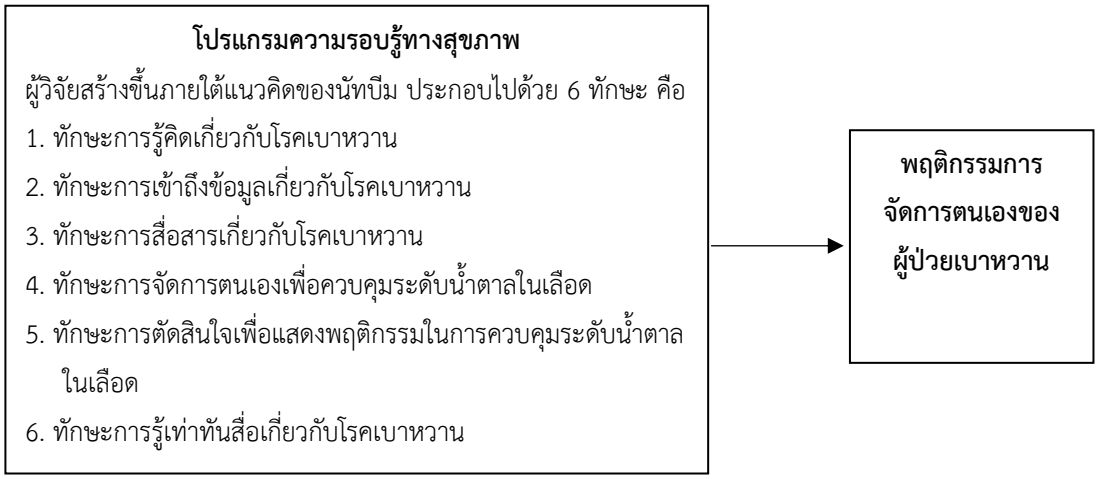
สมมติฐาน

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม[10] เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ 1) ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ การมีทักษะของความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน และ การมีปัญญา รวมทั้งทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม และ 3) ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณญาณ เพื่อตอบข้อกังวลในงานประจำว่า “ภายหลังการได้รับโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดแตกต่างกันอย่างไร” และได้สร้างโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพ สำหรับในเป็นเครื่องมือทดลอง และสร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในด้านทักษะความรู้ความเข้าใจ การแปลความที่ถูกต้อง ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยง ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ[3] และใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick[11] มาเป็นตัวแปรตาม ซึ่ง Kanfer and Gaelick อธิบายว่า การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา มีกระบวนการชัดเจนที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ ตระหนักถึงพฤติกรรมของตนเองในการปฏิบัติมากขึ้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวข้างตนมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (pretest-posttest control group design) ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 142 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้โดยมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด หรือ HbA1C ครั้งล่าสุดไม่เกินระยะเวลา 3 เดือน มากกว่า 7% และมารับการรักษาในในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 54 คน

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จากการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่อิสระต่อกันโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4[12] กำหนดให้มีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ t-independent two groups ทดสอบแบบทางเดียว และกำหนดขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) ชนิด Difference between two mean จากงานวิจัยของ สาวิตรี นามพะธาย[13] ซึ่งได้ค่าเท่ากับ .90 กำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power test = 1-β) เท่ากับ .90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้กลุ่มละ 27 คน ใช้เทคนิคการจับคู่ (match pair) ระหว่างคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่ให้แตกต่างกัน และป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นคนละหมู่บ้าน คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 27 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการตรวจตามนัดในวันอังคาร และอาศัยอยู่ในหมู่ 8 ตำบลบ้านสวน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 27 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการตรวจตามนัดในวันพฤหัสบดี และอาศัยอยู่ในหมู่ 10 ตำบลบ้านสวน ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มจะไม่ได้พบเจอกันเลยในช่วงทำการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และมีรายงานเป็นโรคเบาหวานไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ที่ได้รับการตรวจไม่เกิน 3 เดือน มากกว่า 7% เป็นเพศชายและเพศหญิงที่อ่านออกเขียนได้ เข้าใจและตอบคำถามได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยไม่ครบทุกกิจกรรม และระยะเวลาที่กำหนด มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรมหรือต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่รับรอง CBO Rec 65-057 วันที่รับรอง 19 ธันวาคม 2565 และผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการและเป็นการตัดสินใจโดยอิสระ และลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม และใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น จะวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และหากกลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมโครงการสามารถปฏิเสธและออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ โดยไม่มีผลเสียหายใด ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง 2561[3] ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามบางส่วน มาปรับใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยเบาหวาน โดยสร้างตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม[10] มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 58 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน เพื่อใช้คัดกรองผู้ป่วยเบาหวานก่อนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา โรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นแบบสอบถาม มีทั้งหมด จำนวน 30 ข้อ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีข้อคำถาม 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ถ้าตอบถูก ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ให้ 0 คะแนน 2) ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีข้อคำถาม 3 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 4 ระดับ ตั้งแต่ 0–3 คือ ไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง 3) ด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีข้อคำถาม 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 4 ระดับ ตั้งแต่ 0–3 ไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง 4) ด้านทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีข้อคำถาม 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 4 ระดับ ตั้งแต่ 0–3 ไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง 5) ด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อแสดงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีข้อคำถาม 4 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 4 ระดับ ตั้งแต่ 0–3 ตอบผิด ถูกน้อย ถูกบางส่วน และถูกต้องทั้งหมด และ 6) ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีข้อคำถาม 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 4 ระดับ ตั้งแต่ 0–3 ไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง

ใช้เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลของ อังศินันท์ อินทรกำแหง[14] แปลผลคะแนนความรอบทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็มแต่ละด้าน แสดงว่ามีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับน้อย คะแนนร้อยละ 60-80 ของคะแนนเต็มแต่ละด้าน แสดงว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และ คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็มแต่ละด้าน แสดงว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Kanfer and Gaelick[11] มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ คำตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ปานกลาง และ น้อย โดยคะแนนมาก ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 72-90 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี คะแนนปานกลาง ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 54-71 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองพอใช้ และคะแนนน้อย ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-53 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่ดี

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ให้มีทักษะการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง[10] โดยในที่นี้จะจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ที่เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ ความสามารถและทักษะการจัดการตนเองด้านการรักษา อาหาร และการออกกำลังกาย โดยประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ทั้ง 6 ด้าน โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 17 สัปดาห์ ดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม **“รู้จักฉันรู้จักเธอ”**

- สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตนเองทำความรู้จักกันระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง
- อธิบายรายละเอียดของโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

- ทำแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนการทดลอง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม **“ทำอย่างไรให้สามารถเข้าถึงข้อมูลเรื่องการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน”**

- แนะนำสารสนเทศเพื่อการสืบค้นข้อมูลเรื่องการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

- ฝึกอ่านข้อมูล และตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ด้วยกระบวนการใคร่ครวญ

- ฝึกทักษะการคิดเพื่อตรวจสอบเชื่อมโยงด้วยหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือจากองค์กรที่เกี่ยวกับสุขภาพหรือสังคม

- ให้ข้อมูลความถูกต้องตามหลักวิชาการทางสุขภาพสสำหรับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม **“พัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ”**

- การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทัศนคติ ในประเด็น “การสืบค้นข้อมูลทางสุขภาพเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน”

- ฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพโดยใช้กิจกรรม “ปฏิเสธอย่างไรไม่ให้เสียความเป็นเพื่อน”

- สาธิตย้อนกลับโดยใช้กิจกรรม “แสดงบทบาทสมมติ”

- สะท้อนคิดกิจกรรมแสดงบทบาทสมมติ

- ประเมินความรู้เรื่อง ทักษะการสื่อสาร และทักษะการตัดสินใจเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม **“พัฒนาทักษะการตัดสินใจเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน”**

- ดูคลิปวีดีโอ เรื่องสั้น “เบาหวาน (ทำให้) เราไม่เท่ากัน”

- วิเคราะห์คลิปวีดีโอ เรื่องสั้น “เบาหวาน (ทำให้) เราไม่เท่ากัน” ถึงทักษะการตัดสินใจของผู้ป่วยเบาหวาน

- อภิปรายผลการวิเคราะห์คลิปวีดีโอ เรื่องสั้น “เบาหวาน (ทำให้) เราไม่เท่ากัน” ถึงทักษะการตัดสินใจของผู้ป่วยเบาหวาน

- ระดมสมองเพื่อหาแนวทางการตัดสินใจที่เหมาะสมเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรม **“รู้วิธีจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อคือหนทางแห่งความชนะ”**

- ให้ความรู้เรื่อง การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

- วิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับวิธีการจัดการตนเอง และการปฏิเสธการบริโภคสื่อสังคมออนไลน์ที่ชักนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

- การระดมสมองเพื่อสร้างแนวทางการจัดการตนเอง และการปฏิเสธการบริโภคสื่อสังคมออนไลน์ที่ชักนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

- สรุปผลกิจกรรม และทบทวนความรอบรู้ทางสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 8 เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ครั้งที่ 1 พร้อมกระตุ้น แก้ปัญหา และให้การช่วยเหลือ

สัปดาห์ที่ 11 เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ครั้งที่ 2 พร้อมกระตุ้น แก้ปัญหา และให้การช่วยเหลือ

สัปดาห์ที่ 14 เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ครั้งที่ 3 พร้อมกระตุ้น แก้ปัญหา และให้การช่วยเหลือ

สัปดาห์ที่ 17 ทำแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือประกอบด้วย ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา นำแบบสอบถาม 1) ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ 2) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และ 3) โปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพ มาหาคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงตามเนื้อหา โดยใช้วิธีตรวจสอบความแม่นตรงตามเนื้อหา (CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย วัตถุประสงค์ และความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับแก้เนื้อความตามข้อเสนอแนะ และนำมาคำนวณหาค่าแม่นตรงตามเนื้อหา[15] ได้ค่า CVI ที่เท่ากับ 0.83, 0.78 และ 0.96 ตามลำดับ ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.67 จึงเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และมีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาสูงแสดงว่าเครื่องมือวิจัยฉบับนี้มีคุณภาพที่ดี

2) การหาความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ นำแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน แล้วนำไปวิเคราะห์หาค่าความน่าเชื่อถือได้ดังนี้ 1) แบบสอบถามทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้วยวิธี Kuder Richardson (KR-20) ได้ค่า r เท่ากับ 0.84 2) แบบสอบถามทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 3) แบบสอบถามทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 4) แบบสอบถามทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 5) แบบสอบถามทักษะการตัดสินใจเพื่อแสดงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 6) แบบสอบถามทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และ 7) แบบประเมินการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยวิธีวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.74, 0.87, 0.96, 0.72, 0.91, และ 0.89.ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าแบบสอบถามดังกล่าว มีความน่าเชื่อถือสูงและสามารถนำไปใช้ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายกเทศมนตรี และผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวน เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการดำเนินการวิจัย หลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการ เก็บข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตามโปรแกรมที่วางแผนไว้ตั้งแต่วันที่ 27 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 25 เมษายน 2566 จำนวน 17 สัปดาห์ ๆ ละ 1 วันๆ ละ 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้ นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองมีเพศชายร้อยละ 51.90 เพศหญิงร้อยละ 48.10 อายุเฉลี่ย 65.37 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.70 มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 59.30 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 96.30 มีระยะเวลาการเป็นเบาหวานมากที่สุดคือ 1-5 ปี และ มากกว่า 15 ปี จำนวนเท่ากัน ร้อยละ 29.60 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 25.90 และน้อยที่สุด 11 – 15 ปี ร้อยละ 14.80 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 70.40 อายุเฉลี่ย 64.78 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.80 มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 63.00 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 88.90 มีระยะเวลาการเป็นเบาหวานมากที่สุดคือ มากกว่า 15 ปี ร้อยละ 48.10 รองลงมา 1-5 ปี ร้อยละ 33.30 และน้อยที่สุด 11 – 15 ปี ร้อยละ 7.40 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t*/F**	*p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					1.674*	0.100
ชาย	14	51.90	8	29.60		
หญิง	13	48.10	19	70.40		
การศึกษา					-0.901*	0.372
ประถมศึกษา	18	66.70	21	77.80		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	9	33.30	6	22.20		
รายได้					0.274*	0.785
เพียงพอ/มีเหลือเก็บ	11	40.70	10	37.00		
ไม่เพียงพอ	16	59.30	17	63.00		
มีโรคร่วม					-1.030*	0.308
มี	1	3.70	3	11.10		
ไม่มี	26	96.30	24	88.90		
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน					3.516**	0.319
1 – 5 ปี	8	29.60	9	33.30		
6 – 10 ปี	7	25.90	3	11.10		
11 – 15 ปี	4	14.80	2	7.40		
มากกว่า 15 ปี	8	29.60	13	48.10		
อายุ (เฉลี่ย)	65.37 ปี		64.78 ปี		-0.186*	0.853

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนการทดลอง

ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน (t= -0.090, p-value =0.928; 95%CI อยู่ระหว่าง -4.293 ถึง 3.922) และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน (*t*= -1.398, p-value =0.168; 95%CI อยู่ระหว่าง -1.894 ถึง 0.339) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Independent t-test) (n=54)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=27)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=27)		*df*	*t*	Mean Difference	95%CI		*p-value*
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				Lower	Upper	
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	46.67	8.39	46.85	6.53	52	-0.090	-0.185	-4.293	3.992	0.928
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	46.07	1.99	46.85	2.08	52	-1.398	-0.778	-1.894	0.339	0.168

3. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพ

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=75.11, SD=1.84) และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (*t*=-53.22, p-value <.001; 95%CI อยู่ระหว่าง -30.159 ถึง -27.916) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังจากการได้รับการพยาบาลตามปกติของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวนมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (*t*=-16.88, p-value <.001; 95%CI อยู่ระหว่าง -9.015 ถึง -7.059) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนทดลองกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Paired t-test) (n=54)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		*df*	*t*	Mean Difference	95%CI		*p-value*
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				Lower	Upper	
กลุ่มทดลอง	46.07	1.99	75.11	1.84	26	-53.22	-29.037	-30.159	-27.916	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	46.85	2.08	54.89	1.62	26	-16.88	-8.037	-9.015	-7.059	<.001

ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (*t*=42.71, p-value <.001; 95%CI อยู่ระหว่าง 19.272 ถึง 21.172) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Independent t-test) (n=54)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	n	$\bar{x}$	SD	*df*	*t*	Mean Difference	95%CI Lower	95%CI Upper	*p-value*
กลุ่มทดลอง	27	75.11	1.84	52	42.71	20.222	19.272	21.172	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	27	54.89	1.62						

อภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังการใช้โปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า โปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพครั้งนี้เป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ให้มีทักษะการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง ประกอบไปด้วย 6 ทักษะ[10] ได้แก่ 1) พัฒนาทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) พัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 3) พัฒนาทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 4) พัฒนาทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 5) พัฒนาทักษะการตัดสินใจเพื่อแสดงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ 6) พัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยกิจกรรมการพัฒนาในโปรแกรมจะมีการสอนทฤษฎี ฝึกกระบวนการคิด การฝึกปฏิบัติ รวมถึงการเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือนและเสริมความรู้และทักษะความรอบรู้เพื่อการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้[16] พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เช่นเดียวกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในบริบทคลินิกหมอครอบครัว: กรณีศึกษาในจังหวัดเพชรบุรี[17] พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการพัฒนาความรอบรู้ของผู้ป่วยเบาหวานนั้นหากมีกระบวนการพัฒนาที่ชัดเจน กำหนดจุดมุ่งหมายให้ชัดเจนและมีกิจกรรมที่กระตุ้นอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom[18] ที่อธิบายไว้ว่า การที่ผู้เรียนจะเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้เรียนจะต้องมีความกระตือรือร้นตลอดเวลา จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งที่เราจะเรียนรู้ เมื่อมีความเข้าใจแล้วต้องวิเคราะห์ให้ได้ก่อน จากนั้นถึงจะประเมินค่า จากทฤษฎีดังกล่าว กล่าวว่ามนุษย์จะเกิดการเรียนรู้ใน 3 ด้านคือ ด้านสติปัญญา ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ทุกสิ่งนี้ต้องดำเนินไปอย่างพร้อมๆ กัน ถึงจะเป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่ากลุ่ม

เปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีการฝึกทักษะที่ชัดเจน มีเป้าหมาย มีการติดตามโดยการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการตระหนักรู้ในตนเองและต้องปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ร่วมกันกับผู้วิจัยเพื่อจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยเบาหวานจึงเกิดความตระหนักรู้ในตนเอง และมีความแตกฉานทางสุขภาพจึงสามารถแสดงออกทางพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้[19] พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (8.21) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (9.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ อติญาณ์ ศรเกษตริน จินตนา ทองเพชร วารุณี เกตุอินทร์ ณัฐพร อุทัยธรรม สุปราณี หมู่คุ่ย และทิพวัลย์ มีทรัพย์[17] พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานเน้นการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว มีกิจกรรม “6 ฐานกับการพิชิตเบาหวาน” ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์

สรุป

การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับผู้ป่วยเบาหวามอย่างมีรูปแบบและมีความต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมให้ความรู้ การฝึกคิดไตร่ตรองตระหนักรู้ การปฏิบัติจริง และการลงพื้นที่ในการเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้น ทบทวนความรอบรู้ทางสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 3) ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 4) ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 5) ทักษะการตัดสินใจเพื่อแสดงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่ม ไม่ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดกิจกรรมในลักษณะการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพควรประกอบไปด้วยกิจกรรมการสอนให้ความรู้ การฝึกคิดไตร่ตรองตระหนักรู้ การปฏิบัติจริง

2. การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเป็นกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุน กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม และเป็นการแสดงออกถึงความเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยของพยาบาล หากต้องการให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพจะต้องมีการเยี่ยมบ้านแบบทีมสหสาขาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

1. สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวีย์ อภิจันทรเมธากุล, นิลุบล นันตา และจุฑามาศ สุขเกษม. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560; 28(2): 93-103.
2. สลิดา รันนันท์ และพาพร เหล่าสีนาท. พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562; 16(3): 138-148.

3. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561. [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ต.ค. 20]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nkphospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180627124613.pdf
4. อรุณี สมพันธ์ แสงทอง, ธีระทองคำ นพวรรณ, เปียซื่อ และ สมนึก สกุลหงส์โสภณ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน. Rama Nurs J 2558; 21(1): 96-109.
5. World Health Organization. Health literacy toolkit for low- and middle-income countries: A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. WHO Regional Office for South-East Asia. [Internet]. 2015 [Cited on 2022 Oct. 20]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/205244
6. จตุพรแต่งเมือง แลเบญจา มุกตพันธุ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสุขศึกษา 2561; 41(1): 103-113.
7. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2559 (NCD) กรุงเทพฯ: สำนักงานธุรกิจการพิมพ์. องค์การทหารผ่านศึกแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ 2559.
8. วรรณรัตน์ รัตนวรางค์ และวิทยา จันทร์ทา. ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 จังหวัดชัยนาท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2561; 24(2): 34-51.
9. ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวน. รายงานประจำปี 2564. ชลบุรี: ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (เอกสารอัดสำเนา) 2564.
10. Nutbeam, D. The Evolving Concept of Health Literacy. Social Science and Medicine 2008; 67: 2072-2078. http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050
11. Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), Helping people change: A textbook of methods. Pergamon Press 1991; pp. 305–360.
12. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. et al. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods 2009; 41: 1149–1160. https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149
13. สาวิตรี นามพะธาย. ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยคริสเตียน 2561.
14. อังศินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา = Health literacy: measurement and development. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์ 2560.
15. Polit, D. F. & Beck, C. T. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (8th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins 2008.
16. บุญญธิดา ยาอินทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2564; 18(1): 35-48.
17. อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, อติญาณ์ ศรเกษตริน, จินตนา ทองเพชร, วารุณี เกตุอินทร์, ณัฐพร อุทัยธรรม, สุปราณี หมู่คุ่ย และทิพวัลย์ มีทรัพย์. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในบริบทคลินิกหมอครอบครัว: กรณีศึกษาในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยระบบสุขภาพ 2564; 15(2): 155-173.
18. Anderson, L. W., & Krathwohl, D. R. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Addison Wesley Longman 2001.

19. รัตนาภรณ์ กล้ารบ, อรพินท์ สีขาว และชฎาภา ประเสริฐทรง. ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(3): 274-283.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม

ชิดชนก จุ้ยทรัพย์[1] นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์[2*]

[1]นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

[2*]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และความพิการในระยะยาวที่เกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองสองกลุ่ม จำนวน 60 คน ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยมีกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การบรรยายสร้างการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบสื่อวีดีทัศน์ การใช้บุคคลต้นแบบ การใช้โมเดลอาหารตัวอย่าง การสาธิตการออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ การเลือกอาหารสุขภาพ และใช้นวัตกรรมหัวใจ 3 สีบ่งชี้สุขภาพ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรักษาตามปกติ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = -16.83, 95%CI = -20.81 ถึง -12.84, P-value <0.001) และภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = -8.17, 95%CI = -12.14 ถึง -4.19, P-value = 0.001) ดังนั้น โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมนี้ สามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

คำสำคัญ: ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/โรคความดันโลหิตสูง

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

Received: 18 สิงหาคม 2566/ Revised: 3 พฤศจิกายน 2566/ Accepted: 18 พฤศจิกายน 2566

Effects of Stroke Prevention Behavior Promotion Program among Patients with Hypertension Unable to Control Blood Pressure by Applying the Protection Motivation Theory and Social Support

Chidchanok Juisub[1] Natnapa Heebkaew Padchasuwan[2*]

[1] Master of Public Health in Health Behavior and Health Promotion

[2*] Assistant Professor, Department of Public Health Administration Health Promotion Nutrition, Faculty of Public Health Khon Kaen University

Abstract

Stroke is the cause of death. and long-term disability that can occur in both females and males, especially among patients with high blood pressure and an inability to control blood pressure, which is a risk factor that causes stroke. The objective of this study was to study the effects of a stroke prevention behavior promotion program on uncontrolled hypertension patients by applying the protection motivation theory and social support. It was quasi-experimental research, consisting of 60 people divided into two groups: an experimental group of 30 people and a comparison group of 30 people. The experimental group received a behavior promotion program organized by the researcher. It consisted of lectures to educate about stroke. Noxiousness, perceived probability, response efficacy, self-efficacy, and practices to prevent stroke assemble video media and use a role model's demonstration of exercise, meditation, and choosing healthy food. In addition, we use heart innovation-three colors to indicate health. The comparison group received treatment as usual. The duration of the research was 10 weeks. Data was collected using questionnaires. The data were analyzed using a paired t-test and an independent t-test. The statistical significance level was set at 0.05.

The results showed that after the experiment, the experimental group had the highest mean scores for knowledge of stroke. recognizing the severity of nervousness, perceived probability, response efficacy, self-efficacy, and practices to prevent stroke more than the comparison group and more than before the experiment, statistically significant at $p<0.05$. In addition, it was found that after the experiment, the experimental group had a lower mean systolic blood pressure (SBP) than the comparison group, statistically significant (Mean diff = -16.83, 95%CI = -20.81 to -12.84, P-value <0.001), and after the experiment, the mean systolic blood pressure (DBP) was lower than the comparison group, statistically significant (Mean diff = -8.17, 95%CI = -12.14 to -4.19, P-value = 0.001). Therefore, this behavior promotion program can be used to promote stroke prevention behaviors in patients with hypertension.

Keywords: Theory of motivation to prevent disease/ Stroke/ Hypertension

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

Received: August 18, 2023/ Revised: November 3, 2023/ Accepted: November 18, 2023

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ของผู้ป่วยที่ไม่สามารควบคุมความดันโลหิตสูงได้ ความน่ากลัวของโรคความดันเลือดสูง มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90-95 ไม่สามารถตรวจหาสาเหตุที่ชัดเจนได้ว่าเกิดขึ้นจากอะไร ทำให้โรคความดันเลือดสูงถูกขนานนามว่า “โรคเพชฌฆาตเงียบ” โดยทางการแพทย์นั้นได้อธิบายโรคความดันเลือดสูงนี้ว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นจากธรรมชาติของมนุษย์ เช่น เกิดจากกรรมพันธุ์ อายุที่มากขึ้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากร และมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้นแต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ และยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1] สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น อาจแสดงอาการต่างๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย วิงเวียน สับสน หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ทั้งนี้ หากได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มต้น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต พร้อมติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น และจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้เป็นอย่างดี[2]

จากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อยังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศไทยที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบโดยตรงต่อเศรษฐกิจและสังคม สำหรับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลก ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาสำคัญ 4 ปัจจัยคือ 1) ภาวะความดันโลหิตสูง 2) ภาวะไขมันในเลือดสูง 3) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 4) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ นั้นเกิดจากการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญประกอบด้วย 1) การบริโภคยาสูบ 2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 4) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอของแต่ละบุคคล ถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่หากผู้ป่วยนั้นมีการประเมินตนเองว่าสามารถที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้และจะเกิดผลดีกับตนเองก็จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดียิ่งขึ้น[3]

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มักมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด หวานจัด มันจัด ไขมันในเลือดสูง มีภาวะเบาหวาน ขาดการออกกำลังกาย อ้วนหรือมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น เครียดเรื้อรัง สูบบุหรี่ การรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่องและดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วย อายุ เพศ กรรมพันธุ์ จิตใจและอารมณ์ สิ่งแวดล้อม ดัชนีมวลกาย และผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคไต ที่ได้รับสารสเตียรอยด์เป็นเวลานานๆ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ ต่อมไทรอยด์ ต่อมหมวกไต ต่อมใต้สมอง การได้รับยาหรืออาหารที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง[4] แต่ถ้าหากปล่อยให้มีระดับความดันโลหิตสูงอยู่เป็นระยะเวลานาน ประกอบกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนไปยังอวัยวะที่สำคัญโดยเฉพาะที่สมองทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดหรือภาวะเลือดออกในสมอง และเมื่อเกิดโรคนี้แล้วผู้ป่วยที่แม้ว่าจะรอดชีวิตมักมีความบกพร่องหรือมีความพิการของร่างกายตามมา ต้องเป็นภาระแก่ครอบครัวส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ความเป็นอยู่และสังคมของผู้ป่วย รวมถึงครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เป็นจำนวนมาก ทั้งนี้อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รู้จักกัน คือ อาการอ่อนแรงของแขนขาซีกหนึ่งที่มักพบร่วมกับอาการปากเบี้ยวด้วยที่เรียกว่า อัมพาตหรืออัมพฤกษ์[5]

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอด่านขุนทดมีสถิติ 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2564 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยดังนี้ 12,436, 13,035, 13,525, 14,093 และ 14,742 ราย ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี[6]

และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปรง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี คือ 205, 226, 237, 285 และ 331 ราย ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 50.15 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด[7] ซึ่งผู้ป่วยยังมีความการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองยังไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมมาช่วยในการกระตุ้นและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค จากแนวคิดของ Rogers[8] ที่มีแนวคิดว่าการที่บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหรืออันตราย รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการได้รับอันตราย มีความคาดหวังในความสามารถของตน ทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมต่อการป้องกันโรค ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ การประเมินการเผชิญปัญหา การสร้างความตั้งใจ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ร่วมด้วย เพื่อให้คนมีพฤติกรรมนั้นๆ ด้วยการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนวัตถุสิ่งของต่างๆ โดยตรงต่อความจำเป็นโดยการที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ อสม. ชุมชน อันจะส่งผลให้พฤติกรรมเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ในเรื่องต่อไปนี้

2.1.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

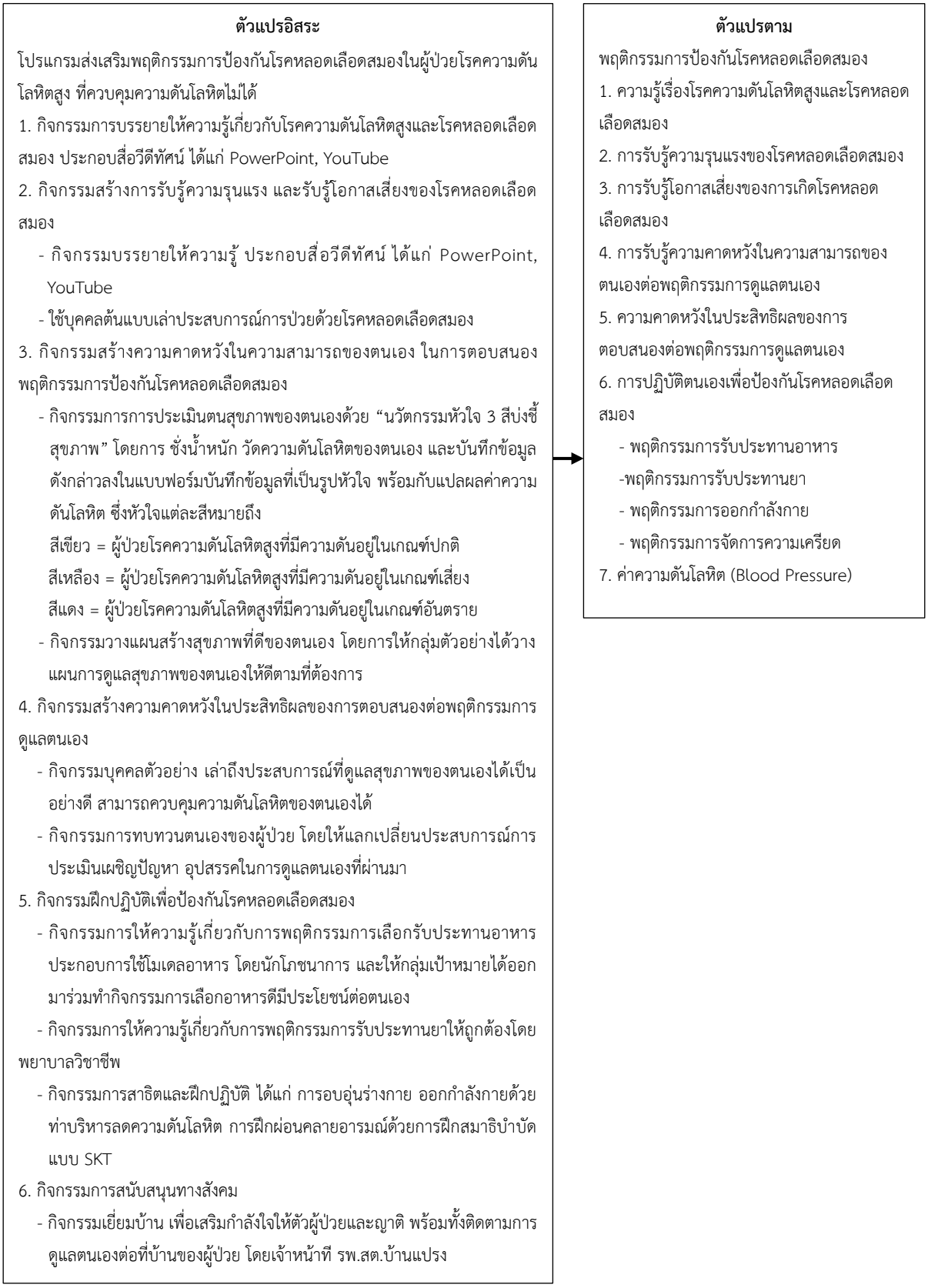
2.1.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.4 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.5 การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวความคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิด

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยนวัตกรรมหัวใจ 3 สี บ่งชี้สุขภาพ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยจำนวน 10 สัปดาห์ ในส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการตามปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปรง และอาศัยอยู่ในชุมชนเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปรง ปีงบประมาณ 2565 อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 332 ราย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รักษาในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนป่าโอป อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 256 ราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีในการร่วมวิจัย และมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าในการวิจัย โดยมีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร ของ อรุณ จิรวัฒน์กุล[18] ดังนี้

สูตร

$$\sigma^2 = \frac{(n_1 - 1)S{d_1}^2 + (n_2 - 1)S{d_2}^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่างสูงสุดที่ได้จากการคำนวณ คือ 19 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 30 คน

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่เข้ารับบริการรักษาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปรง จำนวน 30 ราย

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่เข้ารับบริการรักษาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนป่าโอป จำนวน 30 ราย

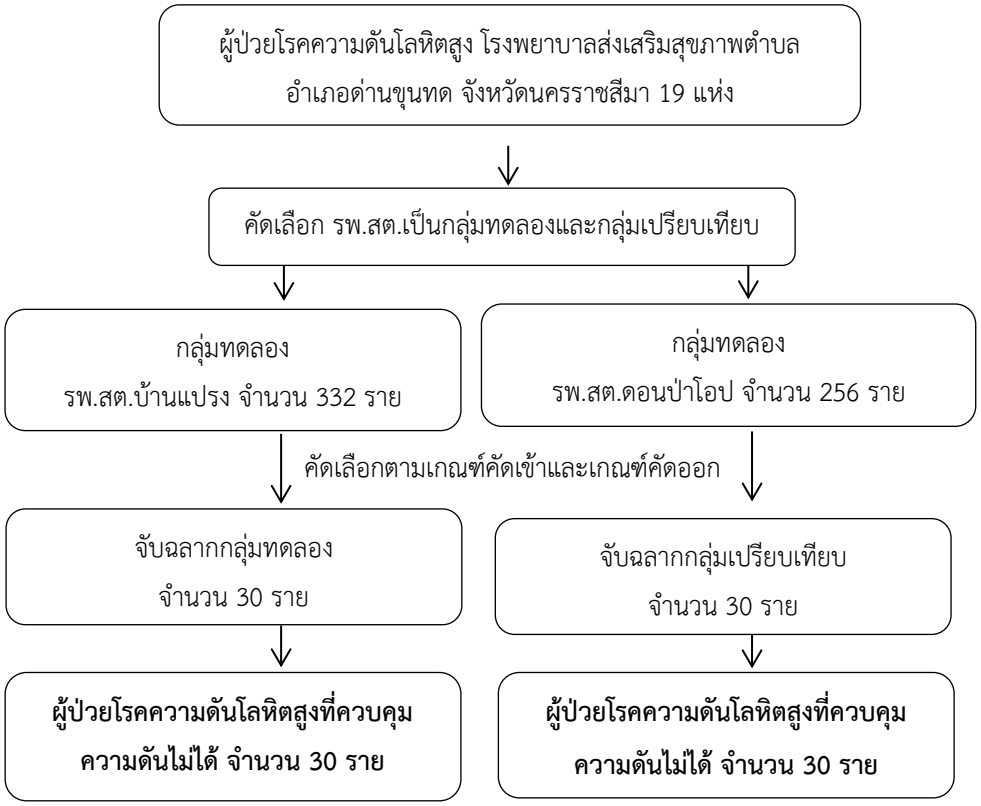
เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

1. มีค่าความดันโลหิตตัวบนตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และค่าความดันโลหิตตัวล่างตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 3 เดือน
2. มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน
3. ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย ดังนี้

มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย เช่น โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคไตเรื้อรัง

3. การสุ่มตัวอย่าง



ภาพที่ 2 การสุ่มตัวอย่าง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ การรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 5 พฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

5.1 ตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบแก้ไขและพิจารณาเนื้อหา ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

5.2 การตรวจสอบค่าความเที่ยงหรือค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะคล้ายคลังกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน ที่รับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระจรเข้ เขตพื้นที่อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา

5.2.1 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.861

5.2.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเรื่องการรับรู้ โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นแต่ละด้าน ได้ดังนี้

1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.802

2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.830

3) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.882

4) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.915

5.2.3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.810

5.2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.915

6. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม Pre-test กลุ่มทดลองจะได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตสูง และกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง กิจกรรมประเมินสุขภาพของตนเองด้วยการใช้ "นวัตกรรมหัวใจ 3 สีบ่งชี้สุขภาพ" โดยการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และบันทึกข้อมูลดังกล่าวลงในแบบฟอร์มบันทึกข้อมูล พร้อมกับแปลผลค่าความดันโลหิต และกิจกรรมบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบสื่อวีดีทัศน์ ได้แก่ PowerPoint, YouTube

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้ ประกอบสื่อวีดีทัศน์ ได้แก่ Power Point, YouTube เรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง รู้ เร็ว รอด และกิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมวางแผนสร้างสุขภาพที่ดีของตนเอง โดยการให้ท่านวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีตามที่ต้องการ และกิจกรรมแลกเปลี่ยนแผนการดูแลสุขภาพของตนเองภายในกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมบุคคลตัวอย่าง เล่าถึงประสบการณ์ที่ดูแลสุขภาพของตนเองได้เป็นอย่างดี สามารถควบคุมความดันโลหิตของตนเองได้ กิจกรรมการทบทวนตนเองของผู้ป่วย โดยให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การประเมินเผชิญปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองที่ผ่านมา

สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารประกอบการใช้โมเดลอาหาร และทำกิจกรรมการเลือกอาหารดีมีประโยชน์ต่อตนเอง กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการพฤติกรรมการรับประทานยาให้ถูกต้องโดยพยาบาลพยาบาลวิชาชีพและกิจกรรมการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ได้แก่ การอบอุ่นร่างกาย ออกกำลังกายด้วยท่าบริหารลดความดันโลหิต การฝึกผ่อนคลายอารมณ์ด้วยการฝึกสมาธิบำบัด SKT ประกอบสื่อจาก YouTube ซึ่งเป็นท่าบริหารที่มีผลดีต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบภูมิต้านทานของร่างกาย ระบบไหลเวียนเลือด อารมณ์และพฤติกรรม และระบบอื่นๆในร่างกายได้เป็นอย่าง

สัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 10 กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เสริมกำลังใจ พร้อมทั้งติดตามการดูแลตนเองต่อที่บ้าน และถาม – ตอบปัญหาข้อสงสัย และในกิจกรรม Post-test ในสัปดาห์ที่ 10 (ตอบแบบสอบถาม และวัดความดันโลหิต)

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 สถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีตัวแปรเป็นข้อมูลแบบแจงนับ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัวร่วม และผู้ดูแลหลัก ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ในกรณีตัวแปรเป็นข้อมูลต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย (BMI) รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด

7.2 สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและ

หลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

8. การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่รับรอง HE662036

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คือ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลองร้อยละ 60 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 73.3) และมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (กลุ่มทดลองร้อยละ 76.7 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 70) มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วง 18.5 – 22.9 (กลุ่มทดลองร้อยละ 60 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 36.7) มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ระดับประถมศึกษา (กลุ่มทดลองร้อยละ 93.3 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 83.3) และอยู่ในสถานภาพสมรส (กลุ่มทดลองร้อยละ 60 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 73.3) และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (กลุ่มทดลองร้อยละ 43.3 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 53.3) มีรายได้ส่วนใหญ่ 5,000 – 10,000 บาท (กลุ่มทดลองร้อยละ 60 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 40) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	12	40.0	8	26.7
หญิง	18	60.0	22	73.3
อายุ (ปี)				
< 50 ปี	3	10.0	3	10.0
50-60 ปี	4	13.3	6	20.0
> 60 ปี	23	76.7	21	70.0
X, S.D., Min, Max	68.5, 13.3, 35, 91		67.6, 14.2, 39, 92	
ดัชนีมวลกาย(BMI)				
18.5 – 22.9	18	60.0	11	36.7
23.00 – 24.9	10	33.3	11	36.7
25.0 ขึ้นไป	2	6.7	8	26.6
X, S.D., Min, Max	22.3, 2.5, 18.4, 31.2		23.6, 2.1, 19.5, 27.9	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	2	6.7	5	16.7
ประถมศึกษา	28	93.3	25	83.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
โสด	4	13.3	3	10.0
สมรส	18	60.0	22	73.3
หม้าย	5	16.7	3	10.0
หย่า/แยกกันอยู่	3	10.0	2	6.7
อาชีพ				
ว่างงาน	3	10.0	2	6.7
เกษตรกรรม	13	43.3	16	53.3
รับจ้าง	11	36.7	10	33.3
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	3.3	2	6.7
นักเรียน/นักศึกษา	2	6.7	0	0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
น้อยกว่า 5,000 บาท	6	20.0	12	40.0
5,000–10,000 บาท	18	60.0	12	40.0
10,001-15,000 บาท	4	13.3	4	13.3
15,001-20,000 บาท	2	6.7	2	6.7
ระยะเวลาการป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูง				
< 5 ปี	5	16.7	5	16.7
5-10 ปี	3	10.0	13	43.3
> 10 ปี	22	73.3	12	40.0
X, S.D., Min, Max	13.9, 6.3, 3, 27		10.1, 5.5, 1, 21	
โรคประจำตัวร่วม				
ไม่มี	12	40.0	7	23.3
โรคเบาหวาน	6	20.0	10	33.3
โรคไตวาย	0	0	3	10.0
โรคหัวใจ	3	10.0	2	6.7
โรคอื่นๆ	9	30.0	8	26.7
ผู้ดูแลหลัก				
สามี/ภรรยา	13	43.3	12	40.0
ญาติพี่น้อง	9	30.0	10	33.3
อาศัยอยู่คนเดียว	5	16.7	5	16.7
อื่นๆ	3	10.0	3	10.0

1. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 3.73, 95%CI = 3.21 ถึง 4.25, p-value <0.001) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff =12.73, 95%CI = 11.53 ถึง 13.92, p-value <0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff =14.60, 95%CI = 13.40 ถึง 15.79, p-value <0.001) ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff =13.77, 95%CI = 12.54 ถึง 14.99, p-value <0.001) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff =12.43, 95%CI = 11.73 ถึง 13.26, p-value <0.001) และพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff =11.36, 95%CI = 4.15 ถึง 18.58, p-value =0.002) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	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
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง										
กลุ่มทดลอง	4.26	0.94	0.9	0.34 to 1.45	0.002	8.03	0.85	3.73	3.21 to 4.25	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.36	1.18				4.30	1.14			
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง										
กลุ่มทดลอง	11.70	1.87	0.57	-0.38 to 1.51	0.232	24.46	2.35	12.73	11.53 to 13.92	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.13	1.79				11.73	2.25			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง										
กลุ่มทดลอง	10.73	1.74	0.23	-0.67 to 1.13	0.611	25.26	1.76	14.60	13.40 to 15.79	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.50	1.75				10.66	2.74			
การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง										
กลุ่มทดลอง	11.13	1.96	0.97	-0.06 to 2.00	0.066	24.20	2.07	13.77	12.54 to 14.99	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.16	2.06				10.43	2.63			
การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง										
กลุ่มทดลอง	10.40	2.11	0.90	-0.10 to 1.90	0.077	22.00	0.83	12.43	11.73 to 13.26	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.50	1.75				9.50	1.92			
พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง										
กลุ่มทดลอง	32.83	4.43	1.40	-1.06 to 3.86	0.260	43.53	18.93	11.36	4.15 to 18.58	0.002
กลุ่มเปรียบเทียบ	31.43	5.09				32.16	5.60			

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = -16.83, 95%CI = -20.81 ถึง -12.84, p-value <0.001) และภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = -8.17, 95%CI = -12.14 ถึง -4.19, p-value =0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความดันโลหิต	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
ค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP)										
กลุ่มทดลอง	146.1	6.67	0.44	-3.03 to 3.90	0.800	128.23	8.31	-16.83	-20.81 to -12.84	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	145.66	6.76				145.06	7.07			
ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (DBP)										
กลุ่มทดลอง	82.67	7.69	-0.09	-4.49 to 4.31	0.964	75.40	6.88	-8.17	-12.14 to -4.19	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	82.76	9.28				83.57	8.43			

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = -3.73, 95%CI = -4.23 ถึง -3.30, p-value <0.001) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff =- 12.76, 95%CI = -13.85 ถึง -11.66, p-value <0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = -14.53, 95%CI = -15.43 ถึง -13.62, p-value <0.001) การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = -13.07, 95%CI = -14.96 ถึง -12.02, p-value <0.001) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 11.60, 95%CI = -12.42 ถึง -10.77, p-value <0.001) และพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = -10.70, 95%CI = -17.80 ถึง -3.59, p-value = 0.004) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	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
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง										
ก่อนการทดลอง	4.26	0.94	-3.77	-4.23 to -3.30	<0.001	3.36	1.18	-0.94	-1.53 to -0.34	0.003
หลังการทดลอง	8.03	0.85				4.30	1.14			
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง										
ก่อนการทดลอง	11.70	1.87	-12.76	-13.85 to -11.66	<0.001	11.13	1.79	-0.60	-1.65 to 0.45	0.257
หลังการทดลอง	24.46	2.35				11.73	2.25			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง										
ก่อนการทดลอง	10.73	1.74	-14.53	-15.43 to -13.62	<0.001	10.50	1.75	-0.16	-1.34 to 1.02	0.788
หลังการทดลอง										
การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง										
ก่อนการทดลอง	11.13	1.96	-13.07	-14.96 to -12.02	<0.001	10.16	2.06	-0.27	-1.49 to 0.95	0.659
หลังการทดลอง	24.20	2.07				10.43	2.63			
การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง										
ก่อนการทดลอง	10.40	2.11	11.60	-12.42 to -10.77	<0.001	9.50	1.75	-0.06	-0.01 to 0.88	0.899
หลังการทดลอง	22.00	0.83				9.56	1.92			
พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง										
ก่อนการทดลอง	32.83	4.43	-10.70	-17.80 to -3.59	0.004	31.43	5.09	-0.73	-3.49 to 2.03	0.599
หลังการทดลอง	43.53	18.93				32.16	5.60			

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 17.87, 95%CI = 13.97 ถึง 21.76, p-value <0.001) และภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 7.27, 95%CI = 3.49 ถึง 11.04, p-value =0.003) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความดันโลหิต	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
ค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP)										
ก่อนการทดลอง	146.10	6.67	17.87	13.97 to 21.76	<0.001	145.66	6.76	0.60	-2.97 to 4.17	0.738
หลังการทดลอง	128.23	8.31				145.06	7.07			
ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (DBP)										
ก่อนการทดลอง	82.67	7.69	7.27	3.49 to 11.04	0.003	82.76	9.28	-0.80	-5.38 to 3.78	0.728
หลังการทดลอง	75.40	6.88				83.56	8.43			

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.73 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาส ขุมทอง และคณะ[11] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โดยมีกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สื่อที่ใช้ ได้แก่ PowerPoint คู่มือรู้ทันมหันตภัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภัยเงียบใกล้ตัว ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย จูลเมตต์ และคณะ[15] ได้ศึกษาผลของประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยมีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องความรุนแรง โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ประกอบสื่อวีดีทัศน์ที่เข้าใจง่าย มีภาพประกอบชัดเจน จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน มากกว่าก่อนการทดลอง 12.76 คะแนน และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ[12] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยมีกิจกรรมการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้ ประกอบภาพสไลด์เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การประเมินอาการตนเอง การเสนอบุคคลต้นแบบที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และกิจกรรมประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ให้ความรู้และมอบแผ่นพับพร้อมคู่มือดูแลตนเองของโรคความดันโลหิตสูง ให้สมาชิกกลุ่มเล่าถึงการปฏิบัติตนที่ผ่านมา และความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองรวมทั้งอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความเห็นเกี่ยวกับ

ผลดี และปัญหาอุปสรรค ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชื่นชม สมพล และคณะ[9] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค ประกอบการการชมวีดีทัศน์ การบรรยายประกอบสไลด์ การร้องเพลงโรคหลอดเลือดสมอง และทำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรค แจกคู่มือสุขภาพพร้อมกับสอนการบันทึกข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่าก่อนทดลอง 14.60 คะแนน และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 14.60 สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิภารัตน์ บุญกุล และคณะ[13] ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรคและการสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต มีกิจกรรมการสร้างเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายของโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมแจกแบบคัดกรองซึ่งเนื้อหาประกอบไปด้วย ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย และคำอธิบายระดับความดันโลหิตถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่ออันตราย การบรรยายประกอบกับฉายวิดีทัศน์เกี่ยวกับความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายของภาวะแทรกซ้อนทางไตในโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05)

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่าก่อนทดลอง 13.07 คะแนน และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 13.77 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พอใจ พลพิมพ์[14] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อความรู้ และการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลเชียงขวัญ ใช้ระยะเวลาศึกษา 6 เดือน โดยมีกิจกรรมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายที่เหมาะสมการผ่อนคลายความเครียดด้วยการนั่งสมาธิ และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการบรรยายและการสาธิต ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.02)

การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน มากกว่าก่อนการทดลอง 11.60 คะแนน และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 12.43 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีดี ยศดา และคณะ[16] โดยศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม โดยมีกิจกรรมพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านอาหาร ออกกำลังกาย และผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งกิจกรรมอภิปราย ซักถามปัญหาการปฏิบัติตนป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน มากกว่าก่อนการทดลอง 10.70 คะแนน และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 11.37 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณิภารัตน์ บุญกุล และคณะ[13] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรค และการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีกิจกรรมฝึกปฏิบัติตัวเองในเรื่อง การรับประทานอาหาร โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมรับประทานอาหารตามที่ผู้ศึกษาและผู้ร่วมกิจกรรมนำมา โดยผู้ศึกษานำอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงมา ส่วนผู้ร่วมกิจกรรมนำอาหารที่ตนรับประทานอยู่ทุกวันมาเป็นอาหารปรุงสำเร็จ ร่วมกันประเมินความเหมาะสมของอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เรื่องการออกกำลังกาย เรื่องรับประทานยา ผ่อนคลายคลายความเครียด เล่าถึงการคลายเครียด ฝึกสมาธิ สังเกตอาการผิดปกติของร่างกายเมื่อความดันโลหิตสูงขึ้น ผลการศึกษาพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ระดับค่าความดันโลหิต จากผลการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ลดลงแตกต่างจากการก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่าระดับความดันโลหิตบน (SBP) ลดลงแตกต่างจากก่อนการทดลอง 17.87 มิลลิเมตรปรอท และระดับค่าความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) จากผลการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวตัวล่าง (DBP) ลดลงแตกต่างจากการก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนการทดลอง 7.27 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา กาวไธสง และคณะ[17] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา โดยจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ชี้ให้เห็นอันตราย ความรุนแรงและความเสี่ยง เน้นย้ำเพื่อสร้างความตะหนักตื่นตัวกับปัญหา และประโยชน์ในการมีพฤติกรรมป้องกันโรค กิจกรรมเสนอตัวแบบด้านบวกที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี การอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกสังเกตและประเมินพฤติกรรม และจดบันทึกสุขภาพ ซึ่งเป็นการจูงใจและกระตุ้นความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมสาธิตและฝึกปฏิบัติเลือกอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกาย โดยการเดินเร็ว การผ่อนคลายความเครียดด้วยการนั่งสมาธิ และรับประทานยา การอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติของแต่ละคน สรุปปัญหาและอุปสรรค ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยค่าระดับความดันโลหิต และค่าระดับไขมันในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

สรุปผลการศึกษาวิจัย

1. หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

2. หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตน้อยกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

3. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนี้ สามารถนำไปใช้เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และนวัตกรรมหัวใจ 3 สีบ่งชี้สุขภาพไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนและส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองแก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และเป็นการยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. วัดความดันอย่างไร สูงเกินไปคุมให้ดี ช่วยยืดชีวิให้ยืนยาว. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 ธันวาคม 2565], เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.ppnews=25290&dept.
2. กองโรคไม่ติดต่อ สำนักสื่อสารความเสี่ยง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลกหรือวันอัมพาตโลก. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2565], เข้าถึงได้จาก https://goodhealth.moph.go.th/?url=pr/detail/all/02/180623/text=%E0%
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 ธันวาคม 2565], เข้าถึงได้จาก http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge.pdf.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางลดเสี่ยง...เลี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs). [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 6 ธันวาคม 2565], เข้าถึงได้จาก https://www.nayokhospital.go.th/dept/ NCDs-Center/wp-content/uploads/2019/03/80.%E0%B9%81%E0%B8%99%%.pdf
5. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 6 ธันวาคม 2565], เข้าถึงได้จาก http://www.thaihypertension.org/hypert442.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา Health Data Center [HDC]. สรุปผลการดำเนินงานสาขาโรคไม่ติดต่อ ปี 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 4 มีนาคม 2566], เข้าถึงได้จากhttps://nma.hdc.moph.go.th/hdc/main/search.php?search=การตรวจภาวะแทรกซ้อน
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปรง. ทะเบียนรายงานการติดตามผลการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปรง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2564; 2564.
8. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change, A revised theory of Protection Motivation. In: J.T.Cacioppo & R.E. Petty (Eds.).R, Social Phycology: 1983 A sourcebook (153-176). New York: Guilford
9. ชื่นชม สมพล, ทัศนีย์ รวิวรกุล, พัชราพร เกิดมงคล. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค. วิทยานิพนธหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560.
10. พันทิพพา บุญเศษ, ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2561.

11. จุฑามาศ ขุมทอง, วิทยา จันตุ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564: 39(1): 39-48
12. จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ. การติดตามผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในประชากรกลุ่มเสี่ยง. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2561: 33(6): 543-550
13. ณิภารัตน์ บุญกุล, รุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรค และการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนา พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2555: 27(4): 366-372
14. พอใจ พลพิมพ์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อความรู้และการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลเชียงขวัญ. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2564: 2(3): 167-175
15. พรชัย จูลเมตต์, สมชาย ตรีทิพย์สถิตย์, ฉวีวรรณ ชื่นชอบ, จิดาภา จุฑาภูวดล, และกนิษฐา ภู่พวง. (2561). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
16. ปรีดี ยศดา, วาริณี เอี่ยมสวัสกุล, และมุกดา หนุ่ยศรี. (2562). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพยาบาล, 68(4), 39-48, 2562. ค้นหา 4 สิงหาคม 2565, จาก https://he02.tcithaijo.org/index. php/TJN/article.
17. ชลธิชา กาวไธสง, รุจิรา ดวงสงค์. (2557). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร ค้นเมื่อ 8 กรกฎาคม 2566, จาก http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_preview=T&art_id=1874
18. อรุณ จริวัฒน์กุล. สถิติและสติ การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงกับการอ้างอิงทางสถิติ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2547; 13(4); 557-558.

ประสิทธิผลของการใช้ไลน์แอปพลิเคชันแชทบอทในการลดความเครียดของบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง

ภาวินี แก้วนิล[1] อนามัย เทศกะทึก[2*] ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข[3]

[1]นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[2*]ศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความเครียดทั่วไปและความเครียดจากการทำงาน ศึกษาประสิทธิผลและประเมินระดับความพึงพอใจหลังการใช้ Line application chat bot ของบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 41 คน เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2565 เครื่องมือแบบสอบถาม 4 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน แบบประเมินความเครียด (SPST-20) แบบประเมินความเครียดจากลักษณะงาน (Thai JCQ) และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบแมคนีมาร์ ประเมินเพื่อหาระดับความเครียดก่อนใช้งาน Line application chat bot โดยกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเพื่อนในแอปพลิเคชันไลน์และเลือกใช้วิธีจัดการความเครียดได้อย่างอิสระตามเนื้อหาที่ผู้วิจัยสร้างไว้เป็นข้อความตอบกลับอัตโนมัติในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยตั้งเป็นข้อความบรอดแคสต์ส่งข้อมูลความรู้ จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้กลุ่มตัวอย่างเมื่อครบกำหนดประเมินความเครียดอีกครั้ง

ผลการวิจัย พบว่าก่อนใช้ Line application chat bot โดยภาพรวมบุคลากรมีระดับความเครียดทั่วไปสูง ร้อยละ 53.6 พิจารณารายข้อระดับปานกลางขึ้นไปมีผลกระทบด้านร่างกาย 4 ข้อมากสุด ได้แก่ กล้ามเนื้อตึงหรือปวด รองลงมาปวดหลังและปวดหัวจากความตึงเครียด ภายหลังการใช้พบว่ามีระดับความเครียดทั่วไปสูง ร้อยละ 46.3 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) การจำแนกลักษณะงานตาม Demand Control Model ของ Karasek พบว่า อิสรภาพเชิงทักษะค่าคะแนนเฉลี่ย 3.3, การควบคุม 2.9 ข้อเรียกร้องจากงาน 2.8 การสนับสนุนทางสังคม 3.2 มีการทำงานเชิงรับ ร้อยละ 43.9 รองลงมาความเครียดจากงานสูง ร้อยละ 24.3 ความเครียดจากงานต่ำ ร้อยละ 19.5 และการทำงานเชิงรุก ร้อยละ 12.2

ข้อเสนอแนะองค์กรสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพจิตบุคลากรกับกลุ่มตัวอย่างอื่นได้ เนื่องจากเข้าถึงง่ายผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ควรเพิ่มคีย์เวิดเพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถเลือกโดยอิสระมากขึ้น ปรับจากการพิมพ์ข้อความเป็นรูปแบบการ์ดกดผ่านรูปภาพ เพื่อความง่ายและดึงดูดน่าใช้งาน และพัฒนาการแจ้งเตือนอัตโนมัติให้ผู้ใช้งานเมื่อต้องนัดหมายพบนักจิตวิทยาเพื่อเป็นทางเลือกให้บุคลากรนำมาใช้ในลดความเครียดจากการทำงาน

คำสำคัญ: ไลน์แอปพลิเคชันแชทบอท/ บุคลากรโรงพยาบาลเอกชน/ ความเครียด/ ระยอง

[*]ผู้รับผิดชอบบทความ: อนามัย เทศกะทึก, อีเมล์: anamai@buu.ac.th โทร. 08 1692 1013

Received: 27 มิถุนายน 2566/ Revised: 3 ตุลาคม 2566 / Accepted: 1 ธันวาคม 2566

The Effectiveness of Line Application Chat Bot in Reducing Stress Among A Private Hospital Staff in Rayong Province

Pawinee Kaewnin[1] Anamai Thetkathuek[2*] Tanongsak Yingratanasuk[3]

[1] Master of Science program students Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health Burapha University

[2*]Professor of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health Burapha University

[3]Assistant Professor of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health Burapha University

Abstract

This research study aims to assess general stress levels and work-related stress among hospital staff of a private hospital in Rayong province. Additionally, the study aims to evaluate the effectiveness and satisfaction levels after using a Line application chat bot. The sample group consisted of 41 participants, and data were collected from June to August 2022 using four survey instruments: personal information, work-related data, stress assessment (SPST-20), Thai version of Job Content Questionnaire (Thai JCQ), and satisfaction assessment. Data analysis was conducted using descriptive and inferential statistics, including Pearson correlation and McNemar's test. The study aimed to determine stress levels before using the Line application chatbot by adding friends in the Line application and selecting individualized stress management methods based on the predefined text responses generated by the research author. The study also included four broadcast knowledge messages sent by the research author once a week. After the specified period, stress levels were reassessed.

The research findings indicate that before using the Line application chatbot, the overall stress levels among the private hospital staff were high, with 53.6% experiencing general stress. This high stress had significant physical impacts, including muscle tension or pain, followed by back pain and headaches resulting from stress. After using the chatbot, there was a reduction in the overall general stress levels, with 46.3% experiencing stress. This reduction was statistically significant (p-value < .05). Based on of classification of job characteristics using the Demand Control Model Karasek, the following findings were observed skill discretion average score of 3.3, decision authority average score of 2.9, Job demands average score of 2.8, social support average score of 3.2, active jobs 43.9%, high strain jobs 24.3%, low strain jobs 19.5%, passive jobs 12.2%.

The research suggests several recommendations for the organization to consider to take care of the physical, mental, and social well-being of the staff. These recommendations include increasing opportunities for employee involvement in decision-making, soliciting opinions for developing a job knowledge system that combines active and passive approaches, organizing work schedules to achieve a work-life balance, and reducing stress resulting from work.

Keywords: Line application chatbot/ Private hospital staff/ stress/ Rayong

[*]Corresponding author: Anamai Thetkathuek, email: anamai@buu.ac.th Tel. 08 1692 1013

Received: June 27, 2023/ Revised: October 3, 2023/ Accepted: December 1, 2023

บทนำ

สภาพสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วผู้คนจึงต้องปรับตัวในการทำกิจกรรมต่างๆ การใช้ชีวิตประจำวัน การเรียนและการทำงาน บุคลากรทางการแพทย์นับเป็นอาชีพหนึ่งที่ต้องปฏิบัติงานแข่งกับเวลา[1] ในแต่ละวันมีการทำงานที่หลากหลายการปฏิบัติงานภายใต้ความกดดันจากผู้ป่วย ญาติและสังคม เช่น การคุกคาม[2] และอันตรายจากการทำงาน เช่น ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าบุคคลอื่น[3] จนอาจเกิดความรู้สึกกดดัน ตึงเครียด กลัว หดหู่ ท้อแท้และเหนื่อยล้าจากการทำงาน[4] ประกอบกับในช่วงโรคระบาด COVID-19 มีรายงานว่าบุคลากรทางการแพทย์มีระดับความเครียด ความเหนื่อยล้าและอารมณ์ซึมเศร้าในระดับที่สูงขึ้น[5] ตามรายงานสถิติการเกิดโรคซึมเศร้าของประชาชนทั่วโลกประมาณ 300 ล้านคน และภาวะเครียดโรควิตกกังวลประมาณ 260 ล้านคน[6] ในประเทศไทยสถิติผลการสำรวจสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต โดยการสุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศตามเขตสุขภาพ จำนวน 605 คน ครั้งที่สอง จำนวน 578 คน พบว่าในระยะเวลาผ่านไป 2 สัปดาห์ ระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น โดยมีความเครียดระดับปานกลางจาก ร้อยละ 24 เป็นความเครียดระดับมากและมากที่สุด จากร้อยละ 6.40 เป็นร้อยละ 7.90[7]

การเกิดความเครียดจากการทำงาน ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตใจและร่างกายของบุคลากรทางการแพทย์ได้ ถ้าร่างกายตกอยู่ภายใต้ภาวะความเครียดเป็นเวลานานทำให้ระบบในร่างกาย และฮอร์โมนต่าง ๆ เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น หลั่งคอร์ติซอล (Cortisol) เพิ่มขึ้นส่งผลให้มีความดันเลือดสูงขึ้น[8] กรดอะมิโนในเลือดมีความเข้มข้นมากขึ้น ร่างกายปล่อยกรดไขมันเพิ่มขึ้น[9] สร้างกลูโคสจากสารที่ไม่ใช่กลุ่มคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้นภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลงจึงเจ็บป่วยได้ง่าย[10] ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่[7] ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความเครียดในการทำงานเป็นตัวการสำคัญที่อาจส่งผลทำให้มีโรคจิตเวชตามมา มีผลต่อศักยภาพในการทำงานคุณภาพชีวิตและคุณภาพการทำงานของแรงงาน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดความเครียดมีหลายประการ[11] ตามแนวคิด Brown & Moberg[12] สรุปปัจจัยไว้หลายด้าน ได้แก่ เรื่องอาชีพ บทบาทหน้าที่สัมพันธภาพในสังคม สภาพสิ่งแวดล้อมสถานที่ทำงาน การขาดอิสระ สภาพแวดล้อมทางกายภาพและอุปนิสัยส่วนบุคคล ส่วนแนวคิดของ Cooper and Cartwright[13] สรุปปัจจัย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านที่เกี่ยวกับตัวงาน ด้านบทบาทในองค์การ ด้านสัมพันธภาพในที่ทำงาน ด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ ด้านโครงสร้างและบรรยากาศขององค์การ ยังมีงานวิจัยระบุปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความพึงพอใจในงาน ความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว จำนวนชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์ การทำงานในเขตเมืองหรือชนบท ประเภทของสถาบันและอายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการลาออก การลดชั่วโมงทำงาน การขึ้นเงินเดือน การเพิ่มโอกาสในการพัฒนาและฝึกอบรมอาชีพ สนับสนุนและให้กำลังใจแพทย์และด้านอื่น ๆ ที่ไม่ใช่งาน

การดูแลสุขภาพบุคลากรไม่เพียงแค่การรักษาสภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย เพื่อป้องกันโรคและการบาดเจ็บ แต่ยังรวมถึงการให้ความสำคัญกับการดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติและมีความสุขด้วย ในประเทศไทยมีการดูแลสุขภาพของลูกจ้างเพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิตร่างกายและจิตใจอันเนื่องมาจากการทำงาน กระทรวงแรงงานยังให้ความสำคัญในการตรวจสุขภาพของลูกจ้าง การตรวจร่างกายและสภาวะทางจิตใจ เพื่อประเมินความเหมาะสมของสภาวะสุขภาพของลูกจ้างที่เกิดจากการทำงาน[14] การประเมินสุขภาพจิตตามวิธีทางการแพทย์ การใช้แบบประเมินสุขภาพจิต เช่น แบบประเมินความเครียดทั่วไป[15] แบบประเมินความเครียดจากการทำงาน[16] มีคลินิกทางสุขภาพจิตมีบริการให้คำปรึกษาและดูแลตามวิธีต่าง ๆ เพื่อช่วยลูกจ้างลดความเครียด เช่น การให้คำปรึกษาการตรวจประเมินเฝ้าระวังสุขภาพจิต การสำรวจตนเอง การประเมินและวิธีการช่วยเหลือผ่านการสื่อสารทางโทรศัพท์ ออนไลน์ หรือผ่านแอปพลิเคชัน การคัดกรองผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงและการให้การช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยง การฝึกอบรม การกำหนดนโยบายองค์กรเพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการดูแลจิตใจของตนเองผ่านแอปพลิเคชันที่ให้คำปรึกษาดูแลจิตใจ[17] ทั้งหมดนี้เป็นวิธีการป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรได้

ปัจจุบันมีการนำเอาเทคโนโลยีมาพัฒนาเป็นแอปพลิเคชันสุขภาพจิตหลายรูปแบบมาใช้ เช่น แอปพลิเคชันของกรมสุขภาพจิต ที่เรียกว่า Mental health check up เป็นบริการเชิงรุกผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์และแชทบอททำงานผ่าน

ไลน์แอปพลิเคชัน โดยไม่ต้องลงแอปพลิเคชันเพิ่ม ซึ่งจะช่วยลดพื้นที่การใช้งานโทรศัพท์ หากบุคลากรมีปัญหาสุขภาพจิตสามารถใช้ในการลดความเครียดได้[17] นับเป็นช่องทางการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพเข้าถึงบริการได้มากยิ่งขึ้น รวมถึงเทคโนโลยีดิจิทัลปัจจุบันในรูปแบบสมาร์ทโฟนมีบทบาทสำคัญต่อชีวิตประจำวัน การนำแอปพลิเคชันมาใช้ในการดูแลสุขภาพจิตผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เช่น ไลน์แอปพลิเคชันแชทบอท (Line application chat bot) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์เข้าถึงและเผยแพร่ในกลุ่มประชากรจำนวนมากติดต่อสื่อสารได้ง่าย ลดระยะเวลาการเดินทางไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้งาน[17, 18 ,19] ดังนั้นจะเห็นว่า Line application chat bot เป็นเครื่องมือที่น่าสนใจในการนำมาดูแลสุขภาพจิตได้

ผลการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการจัดการความเครียด โดยการนำเทคโนโลยีแอปพลิเคชันมือถือมาใช้ในการดูแลสุขภาพทางจิต[20] มีการศึกษาการใช้แอปพลิเคชันไลน์สำหรับบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ที่สามารถตอบคำถามเบื้องต้นได้ตลอดเวลาและคัดกรองคำถามตามความต้องการของผู้ใช้[21] อย่างไรก็ตามยังขาดการศึกษาการใช้ Line application chat bot ในการลดความเครียดในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรที่ดำเนินงานทางอาชีวอนามัยจึงศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้ Line application chat bot ในการลดความเครียดของบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคลากรให้ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดของบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง
2. เพื่อสร้าง Line application chat bot ให้กับบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ Line application chat bot ในการลดความเครียดของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง
4. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจหลังจากการใช้ Line application chat bot ของบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบ One group pretest posttest design ดำเนินการทดลองก่อน-หลัง กับกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว นำผลที่ได้ไปเปรียบเทียบกัน เพื่อดูความแตกต่างโดยเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดระยอง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอยู่ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2565

ประชากร คือ เป็นบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง ตามฐานข้อมูลฝ่ายทรัพยากรบุคคล ปี 2564 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากจำนวนทั้งหมด 176 คน โดยการจับสลากจากรายชื่อทั้งหมดที่เรียงรหัสพนักงานจากน้อยไปมาก กลุ่มทดลองเป็นบุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดระยอง ก่อนทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้แบบประเมินความเครียดทั่วไปของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) และแบบประเมินความเครียดจากการทำงาน (Thai Job Content Questionnaire, JCQ) เพื่อประเมินระดับความเครียดของบุคลากร และเพื่อคัดเข้าเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 41 คน

เกณฑ์คัดเลือกตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ Power analysis of sample size โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดของค่าแอลฟ่า 0.05 ใช้ค่า Power 0.8 และ Effect size ตามคำแนะนำ Cohen[22] คือ 0.5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 34 คน เพื่อป้องกันสูญหายการถอนตัวได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง[23] ร้อยละ 20 จึงได้ตัวอย่างเป็น 41 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสอบถาม 4 ส่วนที่ คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน จำนวน 10 ข้อ คำถามปลายปิด-เปิด ส่วนที่ 2) แบบประเมินความเครียดจากการทำงาน (Thai JCQ; Job content content)[24] จำนวน 21 ข้อ การตอบ 4 ระดับ แปลผลลักษณะงานเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีความเครียดจากการทำงานสูง 2) กลุ่มที่มีความเครียดจากการทำงานต่ำ 3) กลุ่มงานเชิงรุก 4) กลุ่มงานเชิงรับใช้ค่ามัธยฐานเป็นตัวแบ่ง[24] ส่วนที่ 3) แบบประเมินความเครียด (SPST-20) จำนวน 20 ข้อ การตอบ 5 ระดับ (1-5 คือ ไม่รู้สึกเครียด-รู้สึกเครียดมากที่สุด) แปลผลคะแนนรวมเทียบกับเกณฑ์ คือ 0-23 คะแนน หมายถึง เครียดน้อย 24-41 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง 42-61 คะแนน หมายถึง เครียดสูง 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง เครียดรุนแรง ส่วนที่ 4) แบบประเมินความพึงพอใจหลังใช้ Line application chat bot จำนวน 8 ข้อ การตอบ 3 ระดับ (1-3 คือ น้อยไปมาก) ประกอบด้วยการรับรู้คุณค่าประโยชน์ที่ได้รับ การรับรู้ความยากง่ายในการใช้งานเมนูต่าง ๆ แปลผลวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยข้อมูลระดับความพึงพอใจในการใช้งาน

ผู้วิจัยสร้าง Line application chat bot ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) แบบประเมินความเครียด (SPST-20) สามารถประเมินระดับความเครียดได้ด้วยตนเอง 2) คำแนะนำด้านสุขภาพจิต แนวทางการดูแลจิตใจเลือกวิธีจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง เช่น การออกกำลังกาย ฝึกสมาธิ วิดีโอคำแนะนำการปรับตัว การฟังเพลง 4) แอปพลิเคชันตรวจสอบสุขภาพจิตด้วยตนเอง 5) บทความสั้นคลายเครียด และ 6) ช่องทางการติดต่อ ลงทะเบียนนัดหมายขอคำปรึกษากับนักจิตวิทยา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 2 ส่วน ด้วยการประเมินหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ และอาจารย์ทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 3 ท่าน หาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ที่ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89 ซึ่งถือได้ว่าอยู่ในระดับดีมาก

ขั้นตอนการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการวิจัยและเก็บข้อมูลบุคลากรในโรงพยาบาล

1.2 หลังจากได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยประสานกับหัวหน้างานฝ่ายทรัพยากรบุคคลเพื่อเชิญชวนบุคลากรเข้าร่วมการเก็บข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยศึกษาระดับความเครียดของบุคลากร จำนวน 176 คน โดยใช้แบบประเมินความเครียด (SPST-20) และ แบบประเมินความเครียดจากการทำงาน (Thai JCQ) ด้วยแบบสอบถามแบบสอบถามออนไลน์ (Google Forms)

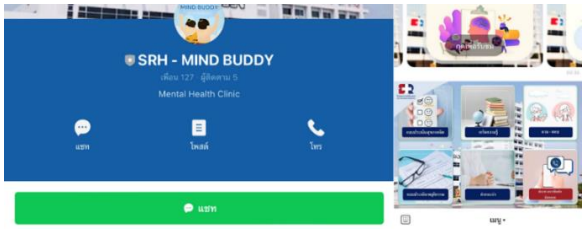
1.4 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มทดลองที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง (Tryout) แต่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม

2. การดำเนินการเก็บข้อมูล

2.1 ประเมินระดับความเครียดทั่วไปในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ด้วยแบบประเมินความเครียด (SPST-20) และ ประเมินความเครียดจากการทำงาน ด้วยแบบประเมินความเครียดจากการทำงาน (Thai JCQ) กับบุคลากร 2 กลุ่ม คือ 1) บุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลโดยตรง ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานเวรเปล และ 2) บุคลากรไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ได้แก่ เจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงินและบัญชี เจ้าหน้าที่งานพัสดุ เภสัชกร/พนักงานจ่ายยา พนักงานขับรถ พนักงานทำความสะอาด เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย จำนวน 126 คน ผู้วิจัยสรุปผลระดับความเครียดทั่วไปของบุคลากร และเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด

2.2 สร้างโปรแกรมให้คำปรึกษาในรูปแบบออนไลน์ด้วย Line application chat bot เพื่อการขอคำปรึกษาหรือติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและความเครียด โดยมีรูปแบบการแบ่งเป็นช่องรายการเมนู เนื้อหาประกอบด้วย 1) แบบประเมินความเครียด (SPST-20) 2) คำแนะนำด้านสุขภาพจิต 3) วิธีการจัดการความเครียด 4) แอปพลิเคชันตรวจสอบ

สุขภาพจิตด้วยตนเอง 5) บทความสั้นเพื่อคลายเครียด และ 6) ช่องทางการติดต่อ นอกจากนี้ยังมีการสแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อเพิ่มเพื่อนและเลือกรายการได้อย่างอิสระ โดยตัวอย่างหน้ารายการรวมของ Line application chat bot เพื่อเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวกและง่าย (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ตัวอย่างหน้ารายการรวมของ Line application chat bot
ที่มา: ภาวินี แก้วนิล (25 เมษายน 2564)

รายการที่ 1 เป็นแบบประเมินความเครียด (SPST-20) ผ่าน Google Forms ประกอบด้วย 20 ข้อ เช่น กลัวทำงานผิดพลาด ไปไม่ถึงเป้าหมาย ครอบครัวขัดแย้งเรื่องเงินหรืองานในบ้าน กังวลเรื่องสารพิษหรือมลภาวะ รู้สึกต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ เงินไม่เพียงพอ กล้ามเนื้อตึงหรือปวด ปวดศีรษะจากความตึงเครียด ปวดหลังความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง ปวดศีรษะข้างเดียวรู้สึกวิตกกังวลรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด รู้สึกเศร้า ความจำไม่ดี รู้สึกสับสน ตั้งสมาธิลำบาก รู้สึกเหนื่อยง่าย เป็นหวัดบ่อยๆ ผลการประเมินมีระดับความเครียด 5 ระดับ (1-5 คือ ไม่รู้สึกเครียด-รู้สึกเครียดมากที่สุด) โดยผู้ใช้งานสามารถประเมินระดับความเครียดของตนเองและได้รับคำแนะนำตอบกลับ

รายการที่ 2 เกี่ยวกับคำแนะนำด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตปี 2563 เน้นการดูแลจิตใจของบุคลากรที่มีความเครียดทั่วไปเกิดจากการทำงานตามบทบาทหน้าที่ ซึ่งอาจทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด, วิตกกังวล, เศร้าหมอง, หรือเบื่อหน่าย ประกอบด้วย 3 ข้อ ดังนี้ 1) DO : สิ่งที่บุคลากรควรทำ 2) DON'T : สิ่งที่บุคลากรควรหลีกเลี่ยง 3) หลักการ CARE

รายการที่ 3 วิธีจัดการความเครียดด้วยตัวเอง มีกิจกรรมให้เลือกปฏิบัติ ดังนี้ 1) การออกกำลังกายผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 2) ฝึกสมาธิเพื่อคลายเครียด 3) การปรับตัวในการใช้ชีวิตประจำวัน 4) การผ่อนคลายด้วยการฟังเพลง โดยเลือกฟังเพลงที่มีเสียงผ่อนคลาย 5) การฟังบรรยายการวิธีจัดการกับความเครียดทั่วไปและความเครียดจากการทำงาน หากผู้ใช้งานคลิกหรือพิมพ์ข้อความในช่องดังกล่าว ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีจัดการความเครียดจะปรากฏขึ้นมา โดยเนื้อหาจะเป็นเคล็ดลับที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ในการจัดการความเครียดด้วยตัวเองในรูปแบบต่างๆ เช่น วิดีโอภาพและดนตรีประกอบที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรู้จักกับความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดทั่วไปและความเครียดจากการทำงาน

รายการที่ 4 แอปพลิเคชันตรวจสอบสุขภาพจิตด้วยตนเอง 3 แอปพลิเคชัน ได้แก่ 1) แอปพลิเคชัน "สบายใจ" เช็กสถานะทางใจประเมินความรู้สึกผ่านแบบคัดกรอง 9 ข้อ พร้อมแนวทางการปฏิบัติตนให้ก้าวผ่านความเศร้า กังวล ความโกรธและความสับสนด้วยพลังใจที่ดี 2) แอปพลิเคชัน "สติ" พื้นที่เพื่อแสดงความรู้สึก รับฟังโดยไม่ตัดสินและเชื่อมต่อกับผู้ฟังอาสาที่ได้ผ่านการอบรมการฟังด้วยใจ ตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อคุณรู้สึกเครียด วิตกกังวลหรือต้องการการสนับสนุน 3) แอป "Mental Health Checkup" เครื่องมือประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นและคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาโรคจิตเวช เพื่อให้คนที่มีความเสี่ยงเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว เช่น ความเครียด ซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ความสุขและพลังสุขภาพจิต

รายการที่ 5 บทความสั้นคลายเครียด ผู้วิจัยตั้งค่าฝังลิงก์ไว้เป็นบทความที่เกี่ยวกับคนทำงาน เพื่ออ่านเป็นบทความสั้นคลายเครียดเกี่ยวกับมนุษย์เงินเดือน เงินเดือนหมด มนุษย์ออฟฟิศเอาไว้ใช้กับเพื่อน

รายการที่ 6 ช่องทางติดต่อขอคำปรึกษาเพิ่มเติมนอกจากคำแนะนำภายใน Line application chat bot

2.3 การศึกษาประสิทธิผลของการใช้ Line application chat bot ในการลดความเครียดของบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง 1) ผู้วิจัยเชิญเพิ่มเพื่อนใน Line application chat bot เพื่อรวบรวมข้อมูลและติดตามกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามออนไลน์และการใช้ Line application chat bot ศึกษาผลกระทบก่อนและหลังกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 41 คน การใช้ Line application chat bot ในการลดความเครียดและประเมินความพึงพอใจของบุคลากร 2) ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างใช้ Line application chat bot เพื่อจัดการความเครียดเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ด้วยข้อความบรอดแคสต์ที่มีเนื้อหาแตกต่างกันในแต่ละสัปดาห์ เพื่อประเมินและจัดการความเครียด กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้งาน Line application chat bot เพื่อประเมินตนเองและรับคำแนะนำตามความต้องการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถใช้งานระบบจะแจ้งเตือนขึ้นมาให้ผู้วิจัยทราบ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การประเมินระดับความเครียดทั่วไป กลุ่มประชากรทั้งหมด 176 คน ก่อนใช้ Line application chat bot ใช้เครื่องมือแบบประเมิน (SPST-20) ผ่าน Google Forms ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมามีเหตุการณ์ข้อใดเกิดขึ้นและรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น จำนวน 20 ข้อ แปลผลคะแนนรวมเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด

2) การประเมินความเครียดจากการทำงาน (Thai JCQ) ผ่าน Google Forms ประเมินจากลักษณะงาน 21 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน อิสรภาพในเชิงทักษะการควบคุม ข้อเรียกร้องจากงาน และการสนับสนุนทางสังคม ผลประเมินระดับความเครียดจัดเป็น 4 กลุ่ม 1) ความเครียดจากการทำงานสูง 2) ความเครียดจากการทำงานต่ำ 3) งานเชิงรุก และ 4) งานเชิงรับ โดยใช้ค่ามัธยฐานตามแนวคิด Job Demand Control Model ของ Karasek

3) การสร้าง Line application chat bot ให้กับบุคลากรเป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาในผ่านรูปแบบออนไลน์ผ่านการตอบกลับอัตโนมัติของ Line official account สามารถให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นช่องทางติดต่อขอคำปรึกษาสุขภาพจิตทั้งทางแชทบอทและคุยกับนักจิตวิทยาได้ 4) การศึกษาผลของการใช้ Line application chat bot เพื่อลดความเครียดของบุคลากร ผู้วิจัยอธิบายการเก็บข้อมูลและเชิญกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 41 คน ให้เพิ่มเพื่อนกับ Line application chat bot เพื่อรวบรวมข้อมูลติดต่อและติดตามกลุ่มตัวอย่างใช้งานอิสระเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อศึกษาผลก่อน-หลังในการลดความเครียดและประเมินความพึงพอใจหลังใช้งาน

3. การประเมินผล

1) การประเมินความเครียดหลังใช้ Line application chat bot กลุ่มตัวอย่างที่ใช้งานครบระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเครียดอีกครั้ง ด้วยแบบประเมินความเครียด (SPST-20) และแบบประเมินความเครียดจากการทำงาน (Thai JCQ) เพื่อศึกษาผลหลังการใช้ Line application chat bot ในการลดความเครียดของบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดระยอง

2) การประเมินความพึงพอใจหลังใช้ Line application chat bot ผู้วิจัยประเมินใน 2 ด้าน คือ 1) คุณค่าของประโยชน์ที่ได้รับ 2) ความยากง่ายในการใช้งานเมนูภายในแอปพลิเคชันไลน์มีการแบ่งหมวดหมู่ชัดเจนและสามารถใช้งานได้ด้วยตนเอง มีความรวดเร็วและน่าสนใจ การออกแบบสวยงามทันสมัย ภาษาถูกต้องและเข้าใจได้ ภาพรวมในการใช้งาน Line application chat bot

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติเชิงพรรณนาใช้หาจำนวนร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคล และ เพื่อเปรียบเทียบ (Dependent t-test) ที่เป็นไม่อิสระต่อกัน ระดับความเครียดก่อน-หลัง จากการใช้ Line application chat bot ของบุคลากรในคน ๆ เดียวกันโดยใช้แบบประเมินความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST-20) และแบบประเมินความเครียดจากการทำงาน (Thai JCQ) ใช้สถิติการทดสอบของแมคนีมาร์ (McNemar test for significance of change) การทดสอบเพื่อดูความเปลี่ยนแปลงกับกลุ่มตัวอย่างชุดเดียวกัน

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS014/2565 รับรอง : วันที่ 27 พฤษภาคม 2565

ผลการวิจัย

การประเมินระดับความเครียดทั่วไปและความเครียดจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 41.40 ศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 70.70 ตำแหน่งพยาบาล ร้อยละ 31.70 รองลงมาเป็นผู้ช่วยพยาบาล ร้อยละ 19.50 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 51.20 ทำงาน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีการทำงานล่วงเวลาและไม่รู้สึกอึดอัดใจในการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (n=41)

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน	จำนวน (n=41)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	12.20
หญิง	36	87.80
ช่วงอายุ (ปี) Min=22 ,Max=54, =35.5 , S.D.=9.4		
20-29	12	29.30
30-39	17	41.50
40-49	8	19.50
50-59	4	9.80
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	19.50
อนุปริญญา/ปวส.	3	7.30
ปริญญาตรี	29	70.70
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	1	2.40
ตำแหน่งงาน		
เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลโดยตรง	22	53.70
ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลโดยตรง	19	46.30
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (ปี)		
น้อยกว่า 3	10	24.40
3-5	10	24.40
มากกว่า 5	21	51.20
แผนกที่ปฏิบัติงาน		
กลุ่มงานปฏิบัติงานทางด้านการพยาบาล	22	53.70
กลุ่มงานออฟฟิศ	19	46.30

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (n=41) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน	จำนวน (n=41)	ร้อยละ
เงินเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 10,000	1	2.40
10,000-15,000	12	29.30
15,001-20,000	13	31.70
20,001-25,000	8	19.50
มากกว่า 25,000	7	17.10
จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ (ชั่วโมง)		
น้อยกว่า 48	6	14.60
มากกว่าหรือเท่ากับ 48	35	85.40
Min=44, Max=86, $\bar{x}$ =58.44, S.D.= 11.79		
การทำงานล่วงเวลา		
ไม่ได้ทำ	14	34.10
ทำ	27	65.90
ความรู้สึกพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ		
รู้สึกอึดอัดใจ	6	14.60
ไม่รู้สึกอึดอัดใจ	35	85.40
รวม	41	100.00

การศึกษาพบว่าก่อนใช้ Line Application chat bot ระดับความเครียดทั่วไปสูง ร้อยละ 53.60 ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.30 และหลังใช้ ระดับความเครียดทั่วไปสูง ร้อยละ 46.30 ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.70 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละข้อมูลระดับความเครียดทั่วไป ก่อน-หลังใช้ Line application chat bot (n=41)

ระดับความเครียดทั่วไป	ก่อนใช้ Line application chat bot		หลังใช้ Line application chat bot	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย	0	0.00	4	9.80
ระดับปานกลาง	10	24.30	13	31.70
ระดับสูง	22	53.60	19	46.30
ระดับรุนแรง	9	21.90	5	12.20

การจำแนกลักษณะงานตามแนวคิด Demand-Control Model ของ Karasek[31] โดยใช้ค่ามัธยฐานเป็นจุดตัด (Cut point) ในการเปรียบเทียบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อและรายด้านสูงหรือต่ำกว่าค่ามัธยฐาน พบว่าก่อนใช้ Line application chat bot มีค่าเฉลี่ยของอิสรภาพในเชิงทักษะ 3.3 (S.D. = 0.1) สูงกว่าค่ามัธยฐาน คือ บุคลากรได้ทำงานที่ได้ใช้ทักษะและความชำนาญสูง การควบคุม 2.9 (S.D. = 0.6) ค่าต่ำกว่ามัธยฐาน คือ ไม่ได้แสดงความเห็นได้เต็มที่ในเรื่องที่เกิดขึ้นในงานหรือการได้ตัดสินใจน้อย ข้อเรียกร้องจากงาน 2.8 (S.D. = 0.3) ค่าต่ำกว่ามัธยฐาน คือ บุคลากรไม่ต้องทำงานหนักหรือมากเกินไป และการสนับสนุนทางสังคม 3.2 (S.D. = 0.4) มีค่าคะแนนสูงกว่ามัธยฐาน ในงานมีการช่วยเหลือกันได้รับการสนับสนุนจาก

หัวหน้างาน มีการทำงานเชิงรับ ร้อยละ 43.90 ระดับความเครียดจากการทำงานสูง ร้อยละ 24.30 ระดับความเครียดจากการทำงานต่ำ ร้อยละ 19.50 และการทำงานเชิงรุก ร้อยละ 12.20 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การแสดงจำนวน ร้อยละการจัดกลุ่มงานตาม Demand-Control Model (n = 41)

การจัดกลุ่มงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เครียดสูง (High strain job)	10	24.40
เครียดต่ำ (Low strain job)	8	19.50
เชิงรุก (Active job)	5	12.20
เชิงรับ (Passive job)	18	43.90

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้ Line application chat bot ในการลดความเครียดของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง การศึกษาประสิทธิผลในการลดความเครียดใช้แบบประเมินความเครียด (SPST-20) ก่อน-หลังเพื่อดูระดับความเครียดทั่วไป และใช้แบบประเมินความเครียดจากการทำงาน (Thai JCQ) เพื่อประเมินลักษณะงานของแต่ละกลุ่มงาน สร้าง Line application chat bot เป็นโปรแกรมการจัดการความเครียดออนไลน์ให้คำปรึกษารายบุคคลรวมถึงนัดหมายกับนักจิตวิทยา ข้อมูลการใช้งาน Line application chat bot ของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) ข้อมูลการเพิ่มเพื่อนใน Line application chat bot พบว่า มีการเพิ่มเพื่อน 111 คน เป็นการเพิ่มเพื่อนโดยอิสระจากกลุ่มประชากร 126 คน แต่จะนำเพียงกลุ่มตัวอย่าง 41 คนมาเปรียบเทียบก่อน-หลังเท่านั้น

2) ข้อมูลการส่งข้อความบอร์ดแคสต์อัตโนมัติ แต่ละสัปดาห์ของทุกวันศุกร์ จำนวน 4 สัปดาห์ โดยแบ่งรายละเอียดของจำนวนการเปิดดูข้อความในแต่ละสัปดาห์ ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 เรื่อง รู้ได้อย่างไรว่าเครียดเกินไป จำนวน 114 คน ร้อยละ 82.60 สัปดาห์ที่ 2 คำแนะนำด้านสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 85 คน สัปดาห์ที่ 3 เรื่อง การประเมินความเครียดด้วยตนเองใจเป็นสุข จำนวน 91 คน และสัปดาห์ที่ 4 ข้อความเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียดและการปล่อยวาง จำนวน 93 คน

ผู้วิจัยสามารถทราบถึงข้อมูลการเพิ่มเพื่อน การได้รับข้อความบอร์ดแคสต์ในแต่ละสัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า ความเครียดทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้ Line application chat bot ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*p-value* < .05)

การประเมินระดับความพึงพอใจหลังใช้ Line application chat bot ของบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการใช้ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 41 คน ในด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของประโยชน์ที่ได้รับ ร้อยละ 94.30 ภาพรวมการรับรู้ถึงความยากง่ายในการใช้งานเมนูต่าง ๆ ใน Line Application ร้อยละ 90.20 โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรวม ร้อยละ 92.30 ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.7, S.D. = 0.4)

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ประภาสอน[25] ศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยเห็นว่าเพศหญิงและชายมีระดับความเครียดที่แตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างของสภาพร่างกายและสภาพแวดล้อมสังคมที่ต่างกันในที่ทำงาน[26] ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ที่ 30-39 ปีและมีการศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่าตำแหน่งงานพยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาลมีระดับความเครียดจากงานสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างในอาชีพอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Labrague et al.[27] พบว่าผู้จัดการพยาบาลมีระดับความเครียดปานกลาง ส่วนใหญ่เกิดจากภาระงานหนัก การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมส่งเสริมการ

ควบคุมงานมีความสำคัญในการลดความเครียดในการทำงาน ส่วนใหญ่รายได้ 15,001-20,000 บาท รวมถึงชั่วโมงการทำงานสัปดาห์ละ 48 ชั่วโมง และมีการทำงานล่วงเวลาเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤตภพ ฐิตารีย์[1] ที่กล่าวว่า รายได้และชั่วโมงการทำงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากงาน อาจเป็นเพราะการปฏิบัติงานมีผู้รับบริการจำนวนมากและส่วนใหญ่ทำงานในตำแหน่งพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ[28] และ Cooper & Cartwright[29] กล่าวว่า การทำงานเกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ส่งผลเสียต่อสุขภาพและความเครียดของผู้ทำงาน อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความเครียดจากการทำงานและมีบริบท (Context) ในการศึกษาที่แตกต่างกัน

การประเมินระดับความเครียดของบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง

ความเครียดทั่วไปในบุคลากรมีระดับสูง พิจารณารายข้อมีผลกระทบต่ออาการปวดตึงกล้ามเนื้อ ปวดหลัง และปวดศีรษะ ร้อยละ 53.60 สอดคล้องกับการศึกษาของ Choobineh et al.[30] พบว่า ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่าง (Low back pain) ในพยาบาลชาวอิหร่าน มีการใช้โปรแกรมการแทรกแซงกลยุทธ์การเผชิญปัญหาเพื่อลดความเครียดจากการทำงานและเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง (Low back pain) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการประเมินความเครียดทั่วไป ซึ่งอาการปวดหลังอาจไม่เกี่ยวข้องกับการทำงานได้

ผลการศึกษาความเครียดจากการทำงานซึ่งประเมินจากลักษณะงานของบุคลากร จำแนกตามแนวคิด Demand-Control ของ Karasek[31] พบว่า ส่วนใหญ่มีการทำงานแบบเชิงรับ (Passive job) ค่าคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบของงานด้านอิสรภาพในเชิงทักษะมีค่าสูงกว่าค่ามัธยฐาน หมายความว่า โรงพยาบาลประเมินทักษะและความชำนาญของบุคลากรเป็นประจำ ลักษณะงานเป็นงานที่ใช้ทักษะและความชำนาญสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ[28] กล่าวว่า งานในโรงพยาบาลเกี่ยวข้องกับสุขภาพและชีวิตของผู้ป่วย ลักษณะงานเน้นความรับผิดชอบสูง ในด้านการควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจ มีค่าต่ำกว่ามัธยฐานอาจเป็นเพราะไม่ได้แสดงความเห็นได้เต็มที่หรือการตัดสินใจในงานน้อย

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลากรต้องทำงานตามระเบียบปฏิบัติที่เข้มงวด ซึ่งก่อให้เกิดความกดดันทางจิตใจได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กานดา จันทร์แย้ม[32] และ จารุวรรณ ประภาสอน[25] กล่าวว่า องค์กรบางครั้งไม่เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่งผลให้บุคลากรมีความเครียดในการปฏิบัติงาน แต่ค่าคะแนนในข้อเรียกร้องจากงานต่ำ ในขณะเดียวกันลักษณะงานในช่วงการวิจัยโควิด-19 ทำให้บุคลากรต้องเปลี่ยนหมุนแผนกงานและปฏิบัติงานหลายอย่าง (Multitasking) ทำให้ไม่ต้องทำงานซ้ำๆ และพบว่า โดยทั่วไปบุคลากรไม่ต้องทำงานหนักหรือมากเกินไป เนื่องจากมีการจัดอัตรากำลังตามตารางเวร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข[24] และด้านการสนับสนุนทางสังคม มีค่าคะแนนสูงกว่ามัธยฐาน อาจเป็นเพราะความช่วยเหลือจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานซึ่งช่วยลดความเครียดของบุคลากร อย่างไรก็ตามกลุ่มประชากรและรูปแบบในการศึกษามีความแตกต่างกันในการศึกษาครั้งนี้

การศึกษาพบว่าบุคลากรในองค์กรมีการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้าและเพื่อนร่วมงานที่มีความสัมพันธ์ดี สัมพันธภาพที่ดีช่วยลดความเครียดและส่งเสริมความสำเร็จในงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ประภาสอน[25] กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในองค์กรล้วนแต่มีอิทธิพลต่ออารมณ์และความเครียดของบุคคล ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่าลักษณะงานส่วนใหญ่เป็นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก เนื่องจากความเครียดต่ำและการควบคุมต่ำ แสดงให้เห็นว่าเป็นการทำงานตามที่ผู้บังคับบัญชามอบหมาย ทำงานตามหน้าที่ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเฉื่อยชาในการทำงาน ขาดความกระตือรือร้นและความคิดสร้างสรรค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ สังหรณ์[33] กล่าวว่า โอกาสในการทำงานเชิงรุกสำหรับพยาบาลมีข้อจำกัดเนื่องจากงานนอกเวลาและหลากหลายหน้าที่ทำให้พยาบาลอ่อนล้า ความกดดันจากปริมาณงานและเวลาที่จำกัดส่งผลทำให้มีผลลบต่อความคิดสร้างสรรค์ในการทำงานเชิงรุกของบุคลากร

การสร้าง Line application chat bot ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง

การสร้างโปรแกรมจัดการความเครียด ประกอบด้วย 6 ส่วน เพื่อประเมินผลในการลดความเครียดเป็นการป้องกันเชิงรุกด้วยการประเมินเบื้องต้น นำเอาเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการพัฒนาบริการสุขภาพจิต ผ่าน Line official account

เพื่อให้ความรู้และคำปรึกษา นับว่าแชทบอทสามารถนำมาใช้ประโยชน์ลดความเครียดได้ ที่ผ่านมาเคยมีการศึกษาใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้า Samoh et al.[34] นำแชทบอทมาจัดการความตระหนักรู้ประเมินอาการซึมเศร้า 2Q , ST-5 และ 9Q ของกรมสุขภาพจิต พบว่า แชทบอทสามารถลดความเครียดได้ อย่างไรก็ตามนวัตกรรมแชทบอทดังกล่าวไม่ได้ใช้กับบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน และในการศึกษาของ Hungerbuehler et al.[35] ได้นำแชทบอทมาการประเมินสุขภาพจิตพนักงาน แต่ยังพบข้อจำกัด คือ อัตราการตอบกลับต่ำส่วนหนึ่งเป็นเพราะขาดการโต้ตอบแชทบอท มีข้อเสนอแนะให้เพิ่มการมีส่ วนร่วมโต้ตอบให้มากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Park et al.[36] ได้ออกแบบลำดับการสนทนาสำหรับสัมภาษณ์และการสนทนากับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พบว่า แชทบอทสามารถสนทนาเพื่อจัดการความเครียดและส่งเสริมการทบทวนตนเอง และควรเพิ่มลำดับสนทนาที่หลากหลายตามบริบทเพื่อประสิทธิภาพการสนทนาที่ดีขึ้น

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้ Line application chat bot ในการลดความเครียดของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง

การสอบถามบุคลากรก่อนใช้ Line application chat bot ในโรงพยาบาล พบว่า บุคลากรมีระดับความเครียดสูงจากงานร่วมด้วย ในการประเมินเดิมใช้เพียงการวัดความรู้สึกอารมณ์ตนเองทุกๆ 3 เดือน เท่านั้น การให้คำปรึกษาต้องเข้ามาในโรงพยาบาลเท่านั้น ทำให้บุคลากรไม่สะดวกและมีการเข้ามารับการได้เพียงส่วนน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 41 คน ก่อนใช้ Line application chat bot มีค่าเฉลี่ยรวมความเครียดเท่ากับ 2.5 หลังใช้มีค่าเฉลี่ยรวมความเครียดเท่ากับ 2.3 แสดงว่าระดับความเครียดทั่วไปของบุคลากรลดลงหลังใช้ Line application chat bot อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ คณิติน จรโคกกรวด[37] ที่ว่าแอปพลิเคชันสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นมีรายการเมนูแสดงกิจกรรม ประเมินความเครียดเบื้องต้นและให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิต มีการติดต่อนัดหมายกับนักจิตวิทยาได้ แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน ในภาพรวมการประเมินความพึงพอใจหลังใช้ Line application chat bot พบว่า อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงมณี แสนมั่น[38] อาจเป็นเพราะสามารถใช้งานได้ง่ายผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีเมนูและข้อความตอบกลับอัตโนมัติ เป็นต้น

สรุป

Line application chat bot สามารถลดความเครียดของบุคลากร โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยองได้

ข้อเสนอแนะ

1) Line application chat bot ลดความเครียดในบุคลากรโรงพยาบาลเอกชน สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นได้ เนื่องจากเข้าถึงง่ายผ่านแอปพลิเคชันไลน์

2) ควรเพิ่มคีย์เวิด, คำแนะนำอัตโนมัติเพิ่มเติมใน Line application chat bot เพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถเลือกโดยอิสระมากขึ้น

3) ปรับรูปแบบการให้คำแนะนำเป็นรูปแบบการ์ดกดผ่านรูปภาพ เพื่อความง่ายและดึงดูดน่าใช้งาน

4) พัฒนาการแจ้งเตือนอัตโนมัติให้ผู้ใช้งานเมื่อต้องนัดหมายพบนักจิตวิทยา

5) องค์กรใช้ข้อมูลนี้ในการวางแผนดูแลสุขภาพทางด้านจิตใจ กาย และปัจจัยทางจิตสังคม รวมถึงการเพิ่มโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมและเสนอข้อคิดเห็น

6) องค์กรให้ความรู้เกี่ยวกับการทำงานแบบเชิงรุก-เชิงรับเพื่อลดความเครียดจากการทำงานและจัดสรรเวลาการทำงานเหมาะสม

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1) ศึกษาการใช้ Line application chat bot เพื่อลดความเครียดในกลุ่มอาชีพอื่น

2) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการลดความเครียดระหว่างรูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านการใช้ Line application chat bot กับรูปแบบการให้คำปรึกษาโดยเดินทางมายังสถานพยาบาลแตกต่างกันอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1. กฤตภพ ฐิตารีย์. การศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องต่อความเครียดจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. วารสารการแพทย์ธรรมศาสตร์. 2561;19:115-32.
2. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2015;12(1):652-66.
3. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsi E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun. 2020; 88:901-7.
4. Shepherd-Banigan M, Bell JF, Basu A, Booth-LaForce C, Harris JR. Workplace stress and working from home influence depressive symptoms among employed women with young children. International Journal of Behavioral Medicine. 2016;23(1):102-11.
5. Zerbini G, Ebigbo A, Reicherts P, Kunz M, Messman H. Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 - a survey conducted at the University Hospital Augsburg. German Medical Science: GMS e-journal, 18, Doc05.
6. บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์. สถิติผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสูงอันดับ 2 อาชีพตำรวจก็ด้วย; 2560 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ม.ค. 2564] จาก: https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27623
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สำรวจสุขภาพใจบุคลากรทางสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 17 ต.ค. 2564] จาก: https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2417.
8. Trudel X, Gilbert-Ouimet M, Vézina M, Talbot D, Mâsse B, Milot A, Brisson C. Effectiveness of a workplace intervention reducing psychosocial stressors at work on blood pressure and hypertension. Occupational and Environmental Medicine. 2021;78(10):738-44.
9. พัชรินทร์ ไรเดน. ความสัมพันธ์ของความเครียดกับการเกิดโรคอัลไซเมอร์. เชียงใหม่วารสาร. 2563;59(4):253-66.
10. Straub RH, Cutolo M. Psychoneuroimmunology-developments in stress research. Wiener Medizinische Wochenschrift (1946). 2018;168(3-4):76-84.
11. Lu Y, Hu XM, Huang XL, Zhuang XD, Guo P, Feng LF, Hu W, Chen L, Zou H, Hao YT. The relationship between job satisfaction, work stress, work-family conflict, and turnover intention among physicians in Guangdong, China: A cross-sectional study. BMJ open. 2017;7(5):e014894.
12. Brown WB, Moberg DJ. Organizational theory and management: A macro approach. New York: John Wiley & Sons; 1980.
13. Cooper AL, Brown JA, Leslie GD. The impact of organizational values on nurse resilience: A mixed-methods study. Journal of Nursing Management. 2021;29(7):2074-83.
14. กฎกระทรวง กำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน พ.ศ. 2566. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 140, ตอนพิเศษ 29 ง (ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566).
15. ปัณณทัต ตันธนปัญญากร. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรน่าไวรัส-2019 ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งสังกัดกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิจัยและพัฒนาวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2565;17(1):111-25.

16. สาวิตรี แก้วน่าน. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับความพึงพอใจในงานของอาจารย์พยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. Journal of Public Health Nursing. 2560; 31:163-76.
17. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลสังคมจิตใจบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19 สำหรับกลุ่มทั่วไปและกลุ่มที่มีความเครียด; 2563 [เข้าถึงข้อมูลวันที่ 14 ต.ค. 2564] จาก: https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/files/21aug2563-1.pdf
18. สำนักเทคโนโลยีสำรสนเทศ กรมสุขภาพจิต. Mobile Applicationกรมสุขภาพจิต; 2563 [วันที่เข้าถึงข้อมูล 17 ต.ค. 2564] จาก: https://ict.dmh.go.th/events/events/files/DMH%20mobile% 20application.pdf.
19. สุจิตราภรณ์ ทับครอง. ผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้เข้าใจโรคเบาหวานของบุคลากรในสถานศึกษา. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2561;19(36):78-87.
20. Mauriello ML, Tantivasadakarn N, Mora-Mendoza MA, Lincoln ET, Hon G, Nowruzi P, Simon D, Hansen L, Goenawan NH, Kim J, Gowda N, Jurafsky D, Paredes PE. A suite of mobile conversational agents for daily stress management (Popbots): Mixed methods exploratory study. JMIR formative Research. 2021;5(9):e25294.
21. วสุ บัวแก้ว. การพัฒนาระบบ LINE BOT สำหรับบัณฑิตวิทยาลัย. ในการประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา. ; บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต; 2563. ; 2406-2413.
22. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
23. ฐิติมาโกศัลวิตร, กัญญารัตน์กันยะกาญจน์, สุทธิพงษ์สุทธิลักษมุนีกุล, ขนิษฐาหล้ามาชน. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี. Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences. 2017;1(1):45-63.
24. ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข. ลักษณะงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี. บูรพาเวชสาร. 2563;7(1):32-46.
25. จารุวรรณ ประภาสอน. ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564;15(38):469-83.
26. Migliore MC, Ricceri F, Lazzarato F, d'Errico A. Impact of different work organizational models on gender differences in exposure to psychosocial and ergonomic hazards at work and in mental and physical health. International Archives of Occupational and Environmental Health. 2021;94(8):1889-904.
27. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Leocadio MC, Van Bogaert P, Cummings GG. Stress and ways of coping among nurse managers: An integrative review. Journal of Clinical Nursing. 2018;27(7-8):1346-59.
28. นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ และคณะ. ปัจจัยพยากรณ์ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลในจังหวัดพิษณุโลก. EAU Heritage Journal Social Science and Humanities. 2562;9(3):194-201.
29. Cooper CL, Cartwright S. Managing workplace stress. New York: SAGE; 1997.
30. Choobineh A, Museloo BK, Ghaem H, Daneshmandi H. Investigating association between job stress dimensions and prevalence of low back pain among hospital nurses. Work (Reading, Mass.). 2021;69(1):307-14.
31. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. Administrative Science Quarterly. 1979;24(2):285-308.
32. กานดา จันทร์แย้ม. ความเครียดจากการทำงานตามแบบจำลองข้อเรียกร้อง-การควบคุมในงาน: สาเหตุผลกระทบและแนวทางการป้องกัน. วารสารปาริชาต. 2561;31(1):23-41.
33. กนกวรรณ สังหรณ์ และคณะ. การสนับสนุนขององค์กรตามการรับรู้และพฤติกรรมการทำงานเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพ. Nursing Journal. 2560;44(4):134-44.

34. Samoh SE, Nakomah T, Palawan A, Matayong S. Chatbots for depression awareness management according to depression evaluation 2Q, ST-5 &9Q of Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Journal of Southern Technology. 2022;15(1):39-54.
35. Hungerbuehler I, Daley K, Cavanagh K, Garcia Claro H, Kapps M. Chatbot-based assessment of employees' mental health: Design process and pilot implementation. JMIR Formative Research. 2021;5(4):e21678.
36. Park S, Choi J, Lee S, Oh C, Kim C, La S, Lee J, Suh B. Designing a chatbot for a brief motivational interview on stress management: Qualitative case study. Journal of Medical Internet Research. 2019;21(4):e12231.
37. คณิติน จรโคกกรวด, ลักขณา สริวัฒน์. การพัฒนาแอปพลิเคชันด้านสุขภาพจิตสำหรับการให้การปรึกษารายบุคคลแบบออนไลน์เพื่อลดความเครียดของวัยรุ่น. วารสารชุมชนวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2565;16(3):222-35.
38. ดวงมณี แสนมั่น. การพัฒนาสื่อการเรียนการสอนด้วยแอปพลิเคชันสมาร์ทโฟนในรายวิชาโลหิตวิทยา. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร. 2561;38(3):73-89.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

พงศกร กระแสร์[1] นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์[2*] พรรณี บัญชรหัตถกิจ[3]
[1]นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2*]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[3]รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้บ่อยและผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมหรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและนำไปสู่การเสียชีวิต การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัย และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 36 คน ดำเนินชีวิตและเข้ารับบริการสุขภาพในสถานบริการตามปกติ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้วยสถิติ Independent t–test และ Paired t–test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Systolic: $mean_{diff}$ 12.90, 95%CI 10.91-15.88 $p < 0.001$ and Diastolic: $mean_{diff}$ 8.08, 95%CI 6.91-12.43, $p < 0.001$) และก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Systolic: $mean_{diff}$ 13.25, 95%CI 10.31-18.58 $p < 0.001$ and Diastolic: $mean_{diff}$ 8.13, 95%CI 6.78-12.73, $p < 0.001$) ซึ่งโปรแกรมนี้สามารถส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้นได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ/ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมสุขภาพ/ แรงสนับสนุนทางด้านสังคม

*ผู้รับผิดชอบบทความ: นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์, อีเมล: k.pongsakon88@gmail.com, โทร.: 08 8033 3772
Received: 19 มิถุนายน 2566/ Revised: 2 พฤศจิกายน 2566/ Accepted: 22 พฤศจิกายน 2566

Effects of Health Literacy and Social Support Program on Hypertension Control Behaviors Among Essential Hypertension Patients, Mueang District, Khon Kaen Province

Pongsakon Krasae[1] Natnapa Heebkaew Padchasuwan[2*] Pannee Banchonhatthakit[3]

[1]Master student of Public Health in Health Education and Health Promotion,

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

[2*]Asst. Prof., Faculty of Public Health, Khon Kaen University

[3]Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University

Abstract

Hypertension is a chronic, noncommunicable disease that is very common, and cases tend to increase every year. If the patient does not receive proper care or has an inability to control blood pressure levels, this will cause complications and lead to death. This research study is quasi-experimental. To study the effects of a health literacy promotion program combined with social support on blood pressure control behavior in patients with hypertensive disease. The cause is unknown. The experimental group of 36 people received a health behavior promotion program. By applying the concept of health literacy combined with social support from the researcher and a comparison group of 36 people living their lives and receiving health services in normal facilities the duration of the activity was 12 weeks. General data were analyzed using descriptive statistics. and analyze the comparison of mean scores with independent t-test and paired t-test statistics at the statistical significance level of 0.05.

The research results show that after the experiment, the experimental group had a mean score of health literacy and health behavior in controlling high blood pressure that was significantly higher than in the comparison group and before the experiment. The mean blood pressure of the experimental group was lower than the comparison group (systolic: $mean_{diff}$ 12.90, 95% CI 10.91–15.88, $p < 0.001$, and diastolic: $mean_{diff}$ 8.08, 95% CI 6.91–12.43, $p < 0.001$), and before the experiment, it was statistically significant (systolic: $mean_{diff}$ 13.25, 95% CI 10.31–18.58, $p < 0.001$, and diastolic: $mean_{diff}$ 8.13, 95% CI 6.78–12.73, $p < 0.001$). This program can promote and support patients with high blood pressure. High blood pressure can continuously change your health habits and help you control your high blood pressure better.

Keywords: Patients with idiopathic hypertension/ Health literacy promotion program/ Health behavior/ Social support

*Corresponding author: Natnapa Heebkaew Padchasuwan, email: k.pongsakon88@gmail.com, Tel.: 08 8033 3772

Received: Jun 19, 2023/ Revised: November 2, 2023/ Accepted: November 22, 2023

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้บ่อยและผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมหรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น หลอดเลือดสมอง หัวใจ ไต ตา เป็นต้น ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงราวหนึ่งพันล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 1.56 พันล้านคน และนำไปสู่การเสียชีวิต ทั้งนี้มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณปีละ 8 ล้านคน[1] จากข้อมูลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559-2563 พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,258.76, 1,287.00, 1,325.22, 1,339.67 และ 1,355.22 คนต่อประชากรแสนคนตามลำดับ[2] และข้อมูลจากสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2562 พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 222,438 คิดเป็น 1,032.93 คนต่อประชากรแสนคน จึงจำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อไป[3]

จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่า จังหวัดขอนแก่นมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 5 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2563 ได้แก่ 25,404 คน, 27,093 คน, 22,621 คน, 17,425 คน และ 17,153 คน ตามลำดับ[4] สำหรับคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 (โนนชัย) จังหวัดขอนแก่น พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ สะท้อนได้จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี คือ ปี พ.ศ .2561-2563 พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 530 คน ,663 คน และ 898 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้มีจำนวน 156 คน (ร้อยละ 29.43), 210 คน (ร้อยละ 31.6) , และ 300 คน (ร้อยละ 33.4) ตามลำดับ และพบว่ามีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 36 คน (ร้อยละ 6.7), 49 คน (ร้อยละ 7.3) และ 68 คน (ร้อยละ 7.5) ตามลำดับ โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 38 คน (ร้อยละ 7.1) 45 คน (ร้อยละ 6.7), และ 76 คน (ร้อยละ 8.4) ตามลำดับ และจากการปฏิบัติงานในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 (โนนชัย) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในแต่ละวันมีจำนวนมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาพบแพทย์ค่อนข้างน้อย ในระหว่างรอพบแพทย์ผู้ป่วยจะได้รับความรู้จากพยาบาลหรือเภสัชกร ซึ่งลักษณะการให้ความรู้จะเป็นรายกลุ่มและใช้การบรรยาย ซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตัว นอกจากนี้เนื้อหาของการให้ความรู้เป็นลักษณะทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงต่อปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ไม่มีแบบแผนการให้ความรู้ที่ชัดเจนและทำไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งผู้ป่วยไม่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย การรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ และไม่ได้รับการฝึกทักษะเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง ส่วนการติดตามผลการรักษาใช้การมาตรวจตามนัด โดยแพทย์นัดให้ผู้ป่วยมาพบที่คลินิก ซึ่งตามปกติจะนัดทุก 3 เดือน ในระหว่างนั้นผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพด้วยตนเอง[5] และจากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นโดยผู้วิจัยด้วยวิธีการสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในคลินิกดังกล่าว จำนวน 3 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกจำนวน 5 คน และญาติผู้ป่วยจำนวน 3 คน ร่วมกับการศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่มี 2 ประเภท คือ 1) ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เลย คือ ตั้งแต่ 140 / 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป (ร้อยละ 14.15) และ 2) ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้บ้างเป็นครั้งคราว คือ ระดับความดันโลหิตลดลงถึง 120 /80 มิลลิเมตรปรอท แล้วกลับมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้นไปอีก (ร้อยละ 19.15) ผู้ป่วยทั้งสองประเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตไม่เพียงพอ ขาดทักษะการนำความรู้หรือข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้เป็นปกติและสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของตนเอง จึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเมื่ออยู่ที่บ้านได้

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นทักษะการทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลซึ่งหมายถึงการบรรลุระดับความรู้ ทักษะส่วนบุคคล และความมั่นใจในการดำเนินการเพื่อปรับปรุงสุขภาพส่วนบุคคลและชุมชนโดยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ส่วนบุคคล ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการเพิ่ม

ขีดความสามารถการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน และความสามารถในการใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ[6] ทั้งนี้ยังพบว่าทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเพิ่มศักยภาพให้กับบุคคลสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี[7] ตามแนวคิดของ House และคณะ ได้เสนอประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใยการให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) ทำให้ทราบผลถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นการให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษาและการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หากเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ ด้วยวิธีการที่หลากหลาย อาทิ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบกลุ่มซึ่งเป็นวิธีการที่พบมากที่สุด และประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางบวกมากที่สุด จะสามารถก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและลดอัตราการเกิดโรคได้ ซึ่งจากการศึกษาของรุ่งนภา อาระหัง และคณะ เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนวัยผู้ใหญ่อายุ 35 - 59 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.05)[8]

ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปฏิบัติตนในการควบคุมความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงเห็นว่ามีความจำเป็นที่จะนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุด้วยตนเอง โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารหรือประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่ม สามารถวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง เพิ่มทักษะการเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อและการนำไปใช้ ร่วมทั้งเพิ่มความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัย โดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนใช้ในชีวิตประจำวัน เพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการให้คำปรึกษาและการนัดหมายเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในหน่วยงาน เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ในเรื่องต่อไปนี้

2.1.1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

2.1.2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

2.1.3 การสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

2.1.4 การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

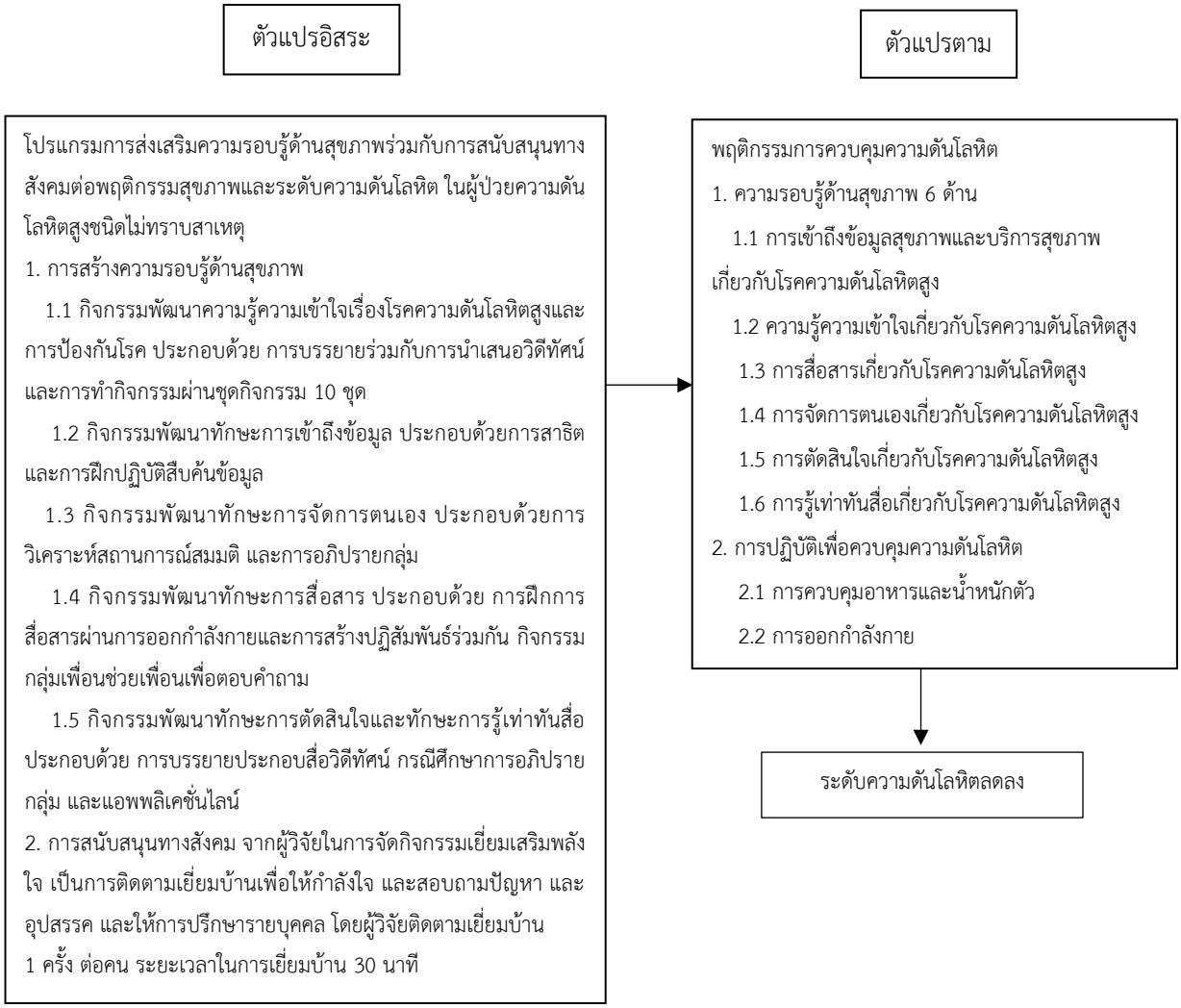
2.1.5 การตัดสินใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

2.1.6 การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

2.1.7 การปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต

2.1.8 ระดับความดันโลหิต

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม วัดสองครั้ง (Two groups pretest-posttest design) สุ่มพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง จากนั้นสุ่มตัวอยางแบบงายด้วยการจับฉลาก โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 18-59 ปี รับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 18-59 ปี รับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) มีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 35-65 ปี 2) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ Stage 1 ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายอยู่ในช่วง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท 3) สามารถอ่านออก เขียนได้ และช่วยเหลือตนเองได้ดี 4) มีการ

ใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนและใช้ application LINE/LINE group ในการสื่อสารได้ 5) สมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดกิจกรรม และมีเกณฑ์คัดออก คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคไต 2) อยู่ในขณะตั้งครรภ์

การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ จากการศึกษาวิจัยใกล้เคียงของ ชุติมา ฆารสมบูรณ์ และปาริชา นิพพานนทน์ ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและความแตกฉานต่อความแตกฉานด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงวัย ในเทศบาลตำบลอุ่มเม่า อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 88 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 44 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 44 ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต (SBP) 135.50 มิลลิเมตรปรอท (SD = 9.60) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต (SBP) 141.50 มิลลิเมตรปรอท (SD = 6.30)[9] ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนำมาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน[10]

สูตรที่ใช้คำนวณ $n = \frac{(z_1+\frac{\alpha}{2}+z_1-\beta)^2[\sigma_1^2+\frac{\sigma_2^2}{r}]}{\Delta^2}$

แทนค่าในสูตร $n = \frac{(1.96+0.84)^2\ [9.60^2+6.30^2]}{6.00^2}$

$= 28.714$

≈ 29

โดยคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 29 คน และป้องกันการสูญหายจากการติดตาม (Drop out) ด้วยการปรับขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ร้อยละ 10 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการโดยไม่ตัดผู้ที่สูญหายจากการติดตามออกจากการศึกษา ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน ซึ่งวิเคราะห์ตามสูตรที่คำนวณ[11]

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

$n_{adj} = \frac{29}{(1-0.10)^2} =$ 36 คน

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่มด้วยแบบสอบถาม (*Two Group Pre–Post Test Design)* ประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก สวนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ขอ ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเทากับ 0.77 ส่วนที่ 3 การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารการรักษาโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเทากับ 0.87 ส่วนที่ 4 การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต จำนวน 5 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเทากับ 0.84 ส่วนที่ 5 การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เทากับ 0.81 ส่วนที่ 6 การมีทักษะตัดสินใจในการควบคุมความดันโลหิต จำนวน 5 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 ส่วนที่ 7 การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเทากับ 0.88 สวนที่ 8

การปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต จำนวน 5 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 ทั้งนี้แบบสอบถามส่วนที่ 2-8 ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (*Likert's scale)* ลักษณะคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มี 5 *scales* ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง (7 วันต่อสัปดาห์) ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง (5 – 6 วันต่อสัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (3 – 4 วันต่อสัปดาห์) ไม่ค่อยได้ปฏิบัติ (1 – 2 วันต่อสัปดาห์) และไม่เคยปฏิบัติเลย (ไม่เคยปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์) มีเกณฑ์ให้คะแนน 3 ระดับ โดยการวิเคราะห์ระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามเกณฑ์ของบลูม (*Bloom,*1979) [12] ดังนี้ ระดับดี คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 – 79.9 ขึ้นไป และระดับควรปรับปรุง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบใช้ชีวิตและเข้าสู่ระบบบริการตามปกติ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ฯ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและสร้างสัมพันธภาพแบบเป็นกันเองระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลองโดยใช้กิจกรรมการละลายพฤติกรรมพร้อมทั้งดำเนินกิจกรรมสร้างความรู้ความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทกซ้อน ด้วยการบรรยายประกอบสื่อและรับชมวีดิโอตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน จัดให้มีบริการรับคำปรึกษาเรื่องโรคความดันโลหิตสูงในวันพฤหัสบดีของแต่ละสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลโรคความดันโลหิตและการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่ถูกต้องโดยการอบรมและบรรยายประกอบสไลด์หนังสั้นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และทำกิจกรรมผ่านชุดกิจกรรม 10 ชุด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

สัปดาห์ที่ 3 การเข้าถึงแหล่งข้อมูลการควบคุมความดันโลหิตสูง และการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วย โดยการบรรยายประกอบสไลด์ การฝึกปฏิบัติค้นข้อมูลการควบคุมความดันโลหิต และกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้

สัปดาห์ที่ 4 การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง โดยการฝึกการสื่อสารผ่านการออกกำลังกายและการสร้างปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อตอบคำถาม กิจกรรมไลน์กลุ่ม และสรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 5 การส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง โดยการบรรยายให้ความรู้และทัศนคติที่ดีในการจัดการตนเอง รับชมวีดิโอโมเดลอาหารสำหรับผู้ป่วยความดัน บรรยายและสาธิตอาหารต้านความดันโลหิต การทำกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย และสรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 6 การส่งเสริมการมีทักษะตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง โดยการบรรยายขั้นตอนในการตัดสินใจ การกำหนดแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง การสร้างสัมพันธภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และสรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 7 การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตสูง ดูโฆษณาเกี่ยวกับอาหารและผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ วิเคราะห์ผลดีของโฆษณา และวิเคราะห์ผลเสียของโฆษณา ว่ามีความเหมาะสม และน่าเชื่อถือหรือไม่ และสรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 8-11 กิจกรรมการลงเยี่ยมบ้านและการติดตามผ่านไลน์กลุ่ม เพื่อให้กำลังใจ และสอบถามปัญหา และอุปสรรค และให้การปรึกษารายบุคคล รวมทั้งติดตามการปฏิบัติตามแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองตามที่ได้กำหนดไว้ การออกกำลังกาย และทบทวนท่าการออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมความดันโลหิตสูงและกิจกรรมออกกำลังกายที่ได้สอดแทรกตลอดระยะเวลา 11 สัปดาห์เปิดโอกาสซักถามและตอบประเด็นสงสัยเพิ่มเติม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมและมีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิจัยครั้งนี้

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ผ่านการฝึกอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่าน CITI Program Course : CITI – Social and

Behavioral Research Best Practices for Clinical เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 และงานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ.2564 (HE642219) โดยผู้วิจัยให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด ตามเงื่อนไขของสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยพิจารณาด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) การเคารพตัวบุคคลการให้ความเคารพในการตัดสินใจของกลุ่มทดลอง การยินยอมให้ข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรมการบันทึกภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวด้วยความสมัครใจ ไม่ขู่เข็ญหรือบังคับขัดต่อประเพณี วัฒนธรรมและข้อกฎหมาย 2) การชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอน การรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มทดลองจะได้รับและนำผลการวิจัยใส่ซองปิดผนึกแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบรายบุคคล 3) อันตรายหรือข้อผิดพลาด ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองด้วยความระมัดระวังไม่ให้เกิดอันตราย ข้อผิดพลาด หรือสร้างความเดือดร้อนต่อร่างกายและจิตใจของกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.10 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 50.00 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-55 ปี ร้อยละ 75.00 และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีอาชีพรับจ้างเป็นอาชีพหลัก และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 68.70 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 64.40 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 83.41 และร้อยละ 84.40 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงครั้งสุดท้ายภายใน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.3 และร้อยละ 37.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรตาม	ก่อนทดลอง (n = 36)					หลังทดลอง (n = 36)				
	$\bar{x}$	S.D.	Mean Diff.	95%CI	p-value	$\bar{x}$	S.D.	Mean Diff.	95%CI	p-value
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร										
กลุ่มทดลอง	5.62	1.35	0.14	-0.81 - 1.51	0.657	7.79	1.01	2.37	1.82 - 2.95	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.76	1.37				5.62	1.35			
ความรู้ ความเข้าใจ										
กลุ่มทดลอง	5.59	1.37	0.06	-0.71 - 2.59	0.858	8.56	1.51	2.97	2.24 - 3.65	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.65	4.20				5.59	4.47			
การสื่อสารข้อมูล										
กลุ่มทดลอง	5.29	1.14	0.14	-0.42 - 2.71	0.604	7.59	0.89	2.27	0.24 - 2.53	0.008
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.15	1.81				5.32	1.09			
การจัดการตนเอง										
กลุ่มทดลอง	8.50	1.60	0.15	-0.14 - 2.93	0.709	11.85	1.84	3.38	2.69 - 4.08	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.35	1.63				8.47	1.66			
การตัดสินใจ										
กลุ่มทดลอง	11.26	1.83	0.33	-1.19 - 2.54	0.458	12.97	1.77	1.79	0.86 - 2.38	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.59	1.74				11.18	1.91			
การรู้เท่าทันสื่อ										
กลุ่มทดลอง	8.47	2.74	0.12	0.03 - 2.57	0.936	9.88	1.54	1.38	0.49 - 2.57	0.005
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.35	1.46				8.50	1.35			

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ตัวแปรตาม	ก่อนทดลอง (n = 36)					หลังทดลอง (n = 36)				
	$\bar{x}$	S.D.	Mean Diff.	95%CI	p-value	$\bar{x}$	S.D.	Mean Diff.	95%CI	p-value
การปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต										
กลุ่มทดลอง	29.82	3.27	0.02	-1.62 - 1.56	0.971	44.85	3.30	14.85	13.29 - 16.38	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30.00	3.25				29.82	3.03			
ค่าความดันซิสโตลิค										
กลุ่มทดลอง	139.60	10.62	0.62	0.23-1.08	0.647	126.35	5.63	12.90	10.91 - 15.88	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	138.98	14.28				139.25	13.40			
ค่าความดันไดแอสโตลิค										
กลุ่มทดลอง	80.73	5.63	0.34	0.10-1.64	0.745	72.60	5.58	8.08	6.91 - 12.43	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	81.07	7.46				80.68	10.14			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 36)					กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 36)				
	$\bar{x}$	S.D.	Mean Diff.	95%CI	p-value	$\bar{x}$	S.D.	Mean Diff.	95%CI	p-value
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร										
ก่อนทดลอง	5.62	1.35	2.17	1.62 - 2.73	< 0.001	5.76	1.37	0.15	-0.02 - 3.27	0.203
หลังทดลอง	7.79	1.01				5.62	1.35			
ความรู้ ความเข้าใจ										
ก่อนทดลอง	5.59	1.37	2.97	2.28 - 3.66	< 0.001	5.65	1.32	0.06	-0.13 - 1.25	0.535
หลังทดลอง	8.56	1.51				5.59	1.37			
การสื่อสารข้อมูล										
ก่อนทดลอง	5.29	1.14	2.29	1.80 - 2.80	< 0.001	5.15	1.81	0.17	-0.14 - 2.49	0.263
หลังทดลอง	7.59	0.89				5.32	1.09			
การจัดการตนเอง										
ก่อนทดลอง	8.50	1.60	3.35	2.56 - 4.15	<0.001	8.35	1.63	0.12	-0.26 - 3.50	0.535
หลังทดลอง	11.85	1.84				8.47	1.66			
การตัดสินใจ										
ก่อนทดลอง	11.26	1.83	1.71	0.69 - 2.72	0.002	11.59	1.74	0.41	-0.12 - 2.94	0.124
หลังทดลอง	12.97	1.77				11.18	1.91			
การรู้เท่าทันสื่อ										
ก่อนทดลอง	9.88	1.54	1.41	0.29 - 2.53	0.015	8.50	1.35	0.15	-0.08 - 2.84	0.201
หลังทดลอง	8.47	2.74				8.35	1.46			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 36)					กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 36)				
	$\bar{x}$	S.D.	Mean Diff.	95%CI	p-value	$\bar{x}$	S.D.	Mean Diff.	95%CI	p-value
การปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต										
ก่อนทดลอง	29.82	3.27	15.03	13.29 -16.77	<0.001	30.00	3.03	0.18	-0.73 – 1.02	0.735
หลังทดลอง	44.85	3.30				29.82	3.03			
ค่าความดันซิสโตลิค										
ก่อนทดลอง	139.60	10.62	13.25	10.31 -18.58	<0.001	138.98	14.28	0.27	-0.23 - 1.64	0.454
หลังทดลอง	126.35	5.63				139.25	13.40			
ค่าความดันไดแอสโตลิค										
ก่อนทดลอง	80.73	8.34	8.13	6.78 – 12.73	<0.001	81.07	7.46	0.39	-0.45 - 2.54	0.367
หลังทดลอง	72.60	5.58				80.68	10.14			

อภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงกว่าสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <0.001) เป็นไปตามสมมติฐานอธิบายได้ว่า ในการดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างเสริมทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกัน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมย่อย การนำเสนอภาพนิ่งประกอบชุดกิจกรรมการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในทำความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระและสามารถอธิบายเกี่ยวกับวิธีการในการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต รวมถึงสามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของแนวทางการปฏิบัติวิธีต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ประกอบด้วย กิจกรรมบรรยาย การสาธิตการใช้เทคโนโลยีในการเข้าถึงข้อมูล ทำให้กลุ่มทดลองมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล สามารถสืบค้นข้อมูลและเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพและบริการสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม รู้วิธีการค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหาข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพที่ถูกต้อง และสามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้ อีกทั้งยังสามารถยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ โดยจากการทำกิจกรรมนั้น กลุ่มทดลองสามารถอธิบายและอภิปรายกลุ่มได้อย่างเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้จริง 3) ทักษะการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองได้ฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาและเผชิญปัญหาอุปสรรคอย่างเหมาะสมด้วยกิจกรรมแสดงบทบาทสมมติ และได้ฝึกปฏิบัติด้วย 10 ชุดกิจกรรม ทั้งนี้กลุ่มทดลองสามารถวิเคราะห์ และวางแผนจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยวิธีเรียนรู้หรือการฝึกปฏิบัติ การมีส่วนร่วมเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง 4) ทักษะการสื่อสาร กลุ่มทดลองได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและได้ใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ ซึ่งเป็นกิจกรรมเทคโนโลยีการสนทนาแบบส่วนร่วม และได้ร่วมเสนอความคิดเห็น ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยเสริมพลังซึ่งกันและกัน 5) ทักษะการตัดสินใจและ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน (Line group) กลุ่มทดลองได้ใช้เป็นช่องทางการสื่อสาร การนัดหมายร่วมกิจกรรมการให้กำลังใจซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่ม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้คำแนะนำในข้อสงสัย ทั้งนี้ ผู้ทำวิจัยได้ส่งเนื้อหาวิชาการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีข้อความด้านความรู้ในเรื่องความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ข้อความ ข้อความการกระตุ้นเตือนเพื่อส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 30 ข้อความ โดยส่งข้อความทุกวัน วันละ 2 ข้อความ ซึ่งส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิตสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001)

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความดันเลือดแดงเฉลี่ยมีค่าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[13] และการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดัชนีมวลกาย และความดันเลือดแดงเฉลี่ยในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่งาม อำเภอแจ้ห่ม จังหวัดลำปาง ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนดัชนีมวลกายและความดันเลือดแดงเฉลี่ยมีค่าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการกลุ่มเสี่ยงพัฒนาไปเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง[14] และสอดคล้องกับการศึกษา

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองระดับความดันโลหิตและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับโคเลสเตอรอลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองนี้สามารถพัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองและส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ แต่ไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับโคเลสเตอรอลในเลือดในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา[15]

สรุป

ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับความดันโลหิตน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตสูงสามารถทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น หน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะ

1) โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปลอดภัยเพิ่มขึ้น โดยจากการจัดกิจกรรม ผ่านชุดกิจกรรม 10 ชุด การแจกใบงานสถานการณ์ตัวอย่างจากสื่อโฆษณา สื่อหนังสือพิมพ์ และสื่อวิดีทัศน์วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค พร้อมนำเสนอแลกเปลี่ยนกับกลุ่มผู้เข้าร่วม สามารถสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น

2) การจัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกับกิจกรรมวิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่าง ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สามารถแสดงออกทางความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงได้เป็นอย่างดี อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัยในการติดตามเยี่ยมบ้าน ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3) ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้นำชุมชนหรือกลุ่มตัวแทนผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำวิทยานิพนธ์จากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 (โนนชัย) และศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 (หนองใหญ่) และกลุ่มวิจัยผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Regional Office for South, East Asia. Hypertension fact sheet. Retrieved on August 10, 2022, from http://www.searo.who.int/entity/Noncommunicable.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติ. ค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2564. จาก http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562. นนทบุรีฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2562
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). ค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2564. จาก https://kkhdc.moph.go.th/hdc/reports
5. ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3. ผลการดำเนินงานคลินิกผู้ป่วยเรื้อรัง. ขอนแก่น: ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น; 2564.
6. World Health Organization [WHO]. Health promotion Glossary. Geneva: WHO Publications; 1998.
7. House, J.S.Work Stress and Social Support. Addison-Wesley Pub. Co.; 1981.
8. รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ฮุ่นตระกูล, ศศิธร รุจนเวช. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์นาวี 2561 45(3): 509-526.
9. ชุติมา ฆารสมบูรณ์. ผลของการประยุกต์ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและความแตกฉานด้านสุขภาพต่อความแตกฉานด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงวัย เทศบาลตำบลอุ่มเม่า อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขศึกษา 2560: 40(2): 141-156.
10. เชษฐา งามจรัส. การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
11. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2552.
12. Bloom BS. Taxonomy of Educational Objective the Classification of Educational Goals Handbook 1 Cognitive Domain. London: Longman; 1979.
13. กฤศภณ เทพอินทร์. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2562: 11(1): 197-212.
14. ศิรินภา วรรณประเสริฐ. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2562: 20(2): 92-104.
15. ประสบสุข ศรีแสนปาง, วิพร เสนารักษ์, สมพงษ์ ศรีแสนปาง, บุษบา สมใจวงษ์, และการุณย์ หงส์การ. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. วารสารสภาการพยาบาล 2546: 18(4): 44-58.

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

กมลรส สาวงาม[1] เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์[2*]
[1]นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[2*] ศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ประชากรคือผู้สูงอายุหมู่10 บ้านใหม่ไทยเจริญ ตำบลคลองทับจันทร์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 67 คน สุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อแบ่งระดับความรู้ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับน้อยมากที่สุด ภายหลังการทดลองอยู่ในระดับดีมากที่สุด 2) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อแบ่งระดับพฤติกรรมก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ภายหลังการทดลองอยู่ในระดับดีมากที่สุด และ 3) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในงานวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สื่อสารและคอยเตือนกลุ่มตัวอย่างเมื่อใกล้ถึงวันที่ต้องมาเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง หากนำโปรแกรมนี้ไปใช้ต่อในพื้นที่ควรประสานงานกับคนในพื้นที่ทุกครั้ง

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง/ การดูแลสุขภาพช่องปาก/ ผู้สูงอายุ

*ผู้รับผิดชอบบทความ: เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์, อีเมล: aimutchaw@gmail.com, โทร.: 08 1658 0731
Received: 5 กรกฎาคม 2566/ Revised: 5 ตุลาคม 2566/ Accepted: 24 พฤศจิกายน 2566

Effects of Oral Health Care Program Applying Self-Efficacy Theory on Oral Health Care Behaviors among Elderly

Kamolros Sao-ngam[1], Aim-utcha Wattanaburanon[2*]

[1]Master Degree of Public Health, Faculty of Public Health, Burapha University

[2*]Professor, Faculty of Public Health, Burapha University

Abstract

This research aims to assess the effects of oral health care programs applying self-efficacy theory on the oral health care behaviors of the elderly. The population is the elderly Moo.10 Ban Mai Thai Charoen village, Khlong Thap Chan subdistrict, Aranyaprathet district, Sa Kaeo province, a total of 67 people, which were divided into 30 people in the experimental group and 30 people in the control group. The research instruments were an oral health care program applying self-efficacy theory, a questionnaire among the elderly, Pre – Post Test of knowledge about oral health and a questionnaire on the oral health care behaviors among elderly. Data were analyzed using percentages, mean, standard deviation, paired t-test, and independent t-test, which were statistically significant at a .05 level.

The results showed that 1) The average scores of oral health knowledge in experiment group after the experiment were higher than those before the experiment, which were statistically significant at a .05 level. When divided the level of knowledge before the experiment, the mean score of oral health knowledge was at the lowest level. After the experiment, it was at the best level. 2) The average scores of oral health care behaviors in experiment group after the experiment were higher than those before the experiment, which were statistically significant at a .05 level. When divided the level of behaviors before the experiment, the mean score of oral health care behaviors was at the most moderate level. After the experiment, it was at the best level. and 3) After the experiment, the experimental group had a higher mean score of oral health knowledge and oral health care behaviors than the control group. which were statistically significant at a .05 level.

According to recommendations from research results, the oral health care program applying self-efficacy theory in this research was successful. Due to the courtesy of the village headman and village health volunteers Communicated and remind the sample group when the date of participation in the program. If this program is continued to be used in the area, it should be coordinated with people in the area every time.

Keywords: Self-efficacy/ Oral health care/ Elderly

*Corresponding author: Aim-utcha Wattanaburanon, email: aimutchaw@gmail.com, Tel.: 08 1658 0731

Received: July 5, 2022/ Revised: October 5, 2023/ Accepted: November 20, 2023

บทนำ

ผู้สูงอายุเมื่อมีอายุที่เพิ่มมากขึ้นประสิทธิภาพของระบบการทำงานและอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายก็เริ่มถดถอยลง ไม่เว้นแม้แต่ช่องปากและฟันก็มีความถดถอยลงได้เช่นกัน เช่น ฟันเป็นอวัยวะที่ใช้บดเคี้ยวอาหารให้ละเอียดเพื่อส่งไปยังกระเพาะ เมื่อใช้งานนานหลายปีตัวฟันก็สึกและกร่อนจนรูปร่างฟันเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ” ทำให้ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะด้านสุขภาพช่องปากซึ่งเป็นประตูด่านแรกนำสารอาหารที่มีประโยชน์เข้าสู่ร่างกาย โดยต้องใช้ฟันในการบดเคี้ยวอาหาร และมีเอนไซม์ในน้ำลายย่อยอาหารก่อนส่งต่อไปยังกระเพาะอาหารและลำไส้ ฉะนั้นหากผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี ก็จะส่งผลให้สุขภาพร่างกายดีขึ้นด้วยเช่นกัน

จากรายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบปัญหาสำคัญ เกี่ยวกับการสูญเสียฟันโดยเฉพาะการสูญเสียฟันทั้งปากในผู้สูงอายุระหว่าง 60 – 74 ปี มากถึงร้อยละ 8.70 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงอายุ 80 – 85 ปี เพิ่มสูงถึงร้อยละ 31.00 ทำให้ผู้สูงอายุมีเคยมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านการบดเคี้ยวลดลงกว่าเมื่อก่อน ส่วนในช่องปากพบว่าผู้สูงอายุ 60 – 74 ปี มีฟันคงเหลืออยู่ในช่องปาก 4 ใน 6 ส่วนต่อคน (4 sextants) ในจำนวนนี้มีหินน้ำลายและมีเหงือกอักเสบ ซึ่งต้องได้รับการดูแล เพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์และขูดหินน้ำลาย[1] เมื่อพิจารณาด้านพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากยังคงเป็นการแปรงฟันโดยเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 89.00 เป็นร้อยละ 92.00 แปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้าทุกวันลดลงจากร้อยละ 94.20 เป็นร้อยละ 72.50 แปรงฟันก่อนเข้านอนทุกวันโดยกลุ่มนี้แปรงฟันก่อนเข้านอนแล้วนอนทันทีลดลงจากเดิมร้อยละ 65.50 เป็นร้อยละ 53.70 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจที่ผ่านมา ในด้านการเข้ารับบริการทันตกรรมพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 57.00 ไม่เคยเข้ารับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา โดยเหตุผลหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ไปรับบริการคือ รู้สึกว่าช่องปากของตนเองไม่มีความผิดปกติร้อยละ 81.10[2] ซึ่งอาจสะท้อนความไม่ครอบคลุมของการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม หรือความไม่ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุจึงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมือนกัน

การแสดงออกของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในแต่ละคนนั้นไม่เหมือนกัน แม้จะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมือนกัน เป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self- efficacy) ของ Bandura ที่ได้กล่าวไว้ว่าความคาดหวัง คือตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมส่วนบุคคล แม้ว่าแต่ละคนจะมีความสามารถเหมือนกันก็ตาม แต่อาจมีผลต่อการกระทำและการแสดงออกของพฤติกรรมที่แตกต่างกันได้ เนื่องจากแต่ละคนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน[3] Bandura ได้เสนอแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้ดังนี้ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่น 3) การมีคำพูดชักจูง และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ และยังพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลเรียนรู้อย่างซึมซับจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม และสิ่งต่างๆ รอบตัวตลอดช่วงชีวิตตั้งแต่ในวัยเด็กจนถึงวัยชรา[4] ถ้าผู้สูงอายุขาดความคาดหวังในการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ก็จะส่งผลให้แสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากออกมาไม่เหมาะสมจนเกิดโรคในช่องปากขึ้น

จากรายงานสถิติผู้สูงอายุได้รับบริการทางทันตกรรมจังหวัดสระแก้ว[5] ปี พ.ศ. 2565 พบผู้สูงอายุอำเภออรัญประเทศได้รับบริการทางทันตกรรมมากที่สุดร้อยละ 83.43 แต่ปรากฏว่ามีอยู่หนึ่งตำบลที่มีการตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยทันตบุคลากรแล้ว พบปัญหาสุขภาพช่องปากมากที่สุด ตามหลักการหากมารับบริการทางทันตกรรมบ่อยครั้ง ต้องพบปัญหาสุขภาพช่องปากน้อย แต่ตำบลคลองทับจันทร์กลับตรงกันข้ามกับหลักการ ปัญหาสุขภาพช่องปากมีดังนี้ ปัญหาการสูญเสียฟันจำนวน 46 คน จาก 619 คน คิดเป็นร้อยละ 7.43 ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 67.21 โรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อและกระดูกรองรับรากฟันร้อยละ 80.45 จัดกลุ่มปริทันต์อักเสบอยู่ในระดับรุนแรงมากร้อยละ 59.45 และมีรากฟันผุที่สัมพันธ์กับเหงือกร่นร้อยละ 40.23 ซึ่งเมื่อเทียบกับระดับประเทศพบว่ามีค่าร้อยละที่สูงกว่า ปัญหาดังกล่าวสามารถป้องกัน

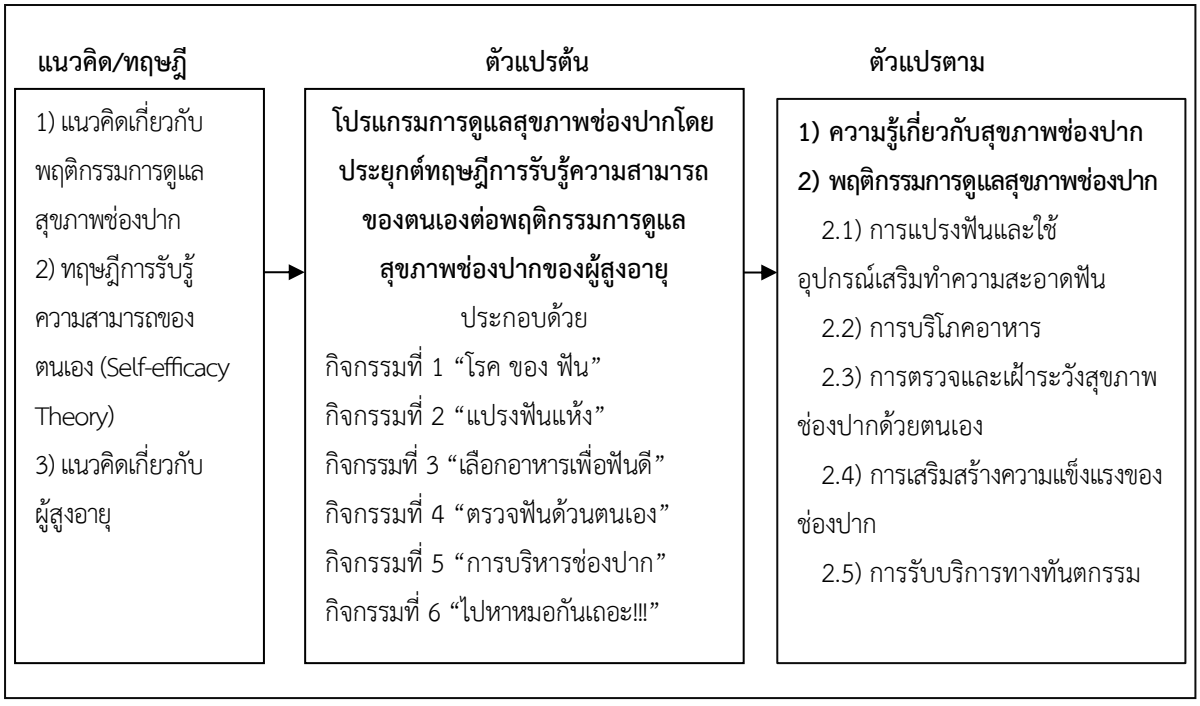
ได้หากผู้สูงอายุมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง เช่น การแปรงฟันแห้งวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน จะช่วยลดปริมาณคราบจุลินทรีย์บนผิวฟันได้ และลดความเสี่ยงที่จะเกิดโรคฟันผุด้วย แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่แปรงฟันก่อนนอน ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าการเข้าไปให้คำแนะนำโดยทันตบุคลากรเพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอต่อการเกิดความตระหนักและการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ พบว่า การจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักกลับมาดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกวิธีและเหมาะสม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่าทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เช่น การได้เห็นประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่น จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจและเกิดความคาดหวังในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นทันตบุคลากรจึงมีความสนใจที่จะจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากให้ผู้สูงอายุในพื้นที่มาเข้าร่วมทำกิจกรรม ซึ่งแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมจะเป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี ลดปัญหาการเกิดโรคในช่องปาก ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนเป็นแนวทางให้ทันตบุคลากรหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานทันตสาธารณสุขได้วางแผนจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงคของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุบ้านใหม่ไทยเจริญ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

1) ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในตำบลคลองทับจันทร์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ที่มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60 – 69 ปี หมู่ 10 บ้านใหม่ไทยเจริญ จำนวน 67 คน โดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แล้วสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยจับฉลากครั้งแรกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และจับฉลากครั้งที่สองเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน

2) เนื้อหา ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ การแปรงฟันแห้งและใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดฟัน พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพช่องปาก การตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การเสริมสร้างความแข็งแรงของช่องปาก และการเข้ารับบริการทางทันตกรรม

3) ตัวแปร ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และตัวแปรตาม คือ ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ การแปรงฟันแห้งและใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดฟัน พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพช่องปาก การตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การเสริมสร้างความแข็งแรงของช่องปาก และการเข้ารับบริการทางทันตกรรม

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นกระบวนการที่นำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสร้างกิจกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยมีการดำเนินกิจกรรม 6 กิจกรรม จนครบ 6 สัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “โรค ของ ฟัน” กิจกรรมที่ 2 “แปรงฟันแห้ง” กิจกรรมที่ 3 “เลือกอาหารเพื่อฟันดี” กิจกรรมที่ 4 “ตรวจฟันด้วยตนเอง” กิจกรรมที่ 5 “การบริหารช่องปาก” และกิจกรรมที่ 6 “ไปหาหมอฟันกันเถอะ!!!”

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ว่าจะสามารถดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ และได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการแปรงฟันแห้ง และใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดฟัน เลือกบริโภคอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพช่องปาก การตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง 2) การได้เห็นประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่น โดยการตรวจสุขภาพช่องปากต้นแบบผู้สูงอายุฟันดีที่ไม่มีโรคในช่องปาก สาธิตและเล่าประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก การเสริมสร้างความแข็งแรงของช่องปากที่ทำเพิ่มเติม และการเข้ารับบริการทางทันตกรรม 3) การมีคำพูดชักจูง เป็นการชักจูงหรือสร้างแรงจูงใจให้กับผู้สูงอายุที่กล้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยการพูดให้กำลังใจ และกล่าวชื่นชมพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จ หรืออาจเชิญชวนผู้สูงอายุเหล่านั้นมาเป็นต้นแบบในการจัดโปรแกรมครั้งต่อไปเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ

ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก หมายถึง ความเข้าใจและความสามารถเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ เข้าใจเกี่ยวกับโรคในช่องปากของผู้สูงอายุ ทราบสาเหตุและกลไกการเกิดโรคหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรค การป้องกันและรักษาโรคในช่องปาก รวมไปถึงการรู้เรื่องการแปรงฟันแห้งและใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดฟัน การเลือกบริโภคอาหาร การตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การเสริมสร้างความแข็งแรงของช่องปาก และการรับบริการทางทันตกรรม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง การกระทำในชีวิตประจำวัน ในการศึกษาครั้งนี้ คือ การกระทำเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ได้แก่ การแปรงฟันแห้ง และใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดฟัน การเลือกบริโภคอาหาร การตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การเสริมสร้างความแข็งแรงของช่องปาก และการรับบริการทางทันตกรรม

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนในหมู่10 บ้านใหม่ไทยเจริญ ตำบลคลองทับจันทร์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถึง 69 ปี สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเอง และมีฟันอยู่ในช่องปาก ไม่น้อยกว่า 20 ซี่

รูปแบบวิธีวิจัย

การวิจิยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังการทดลอง (Post-test)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในตำบลคลองทับจันทร์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ที่มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60 – 69 ปี หมู่ 10 บ้านใหม่ไทยเจริญ จำนวน 67 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือก ดังนี้

1) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.80 มาประมาณค่าขนาดตัวอย่างจากตารางประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen[6] ปี 1977ด้วยแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 95% และคำนวณค่าอำนาจในการตรวจสอบ (Power Analysis) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน

จากขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้กลุ่มละ 26 คน ระยะเวลาที่ที่เข้าร่วมโปรแกรม 6 สัปดาห์ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15.00 หรือเพิ่มอีก 4 คน เพื่อป้องกันปัญหาการสูญหายจากการติดตาม[6] จึงปรับขนาดตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน

2) เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) มีอายุ 60 - 69 ปี เพศหญิงหรือเพศชายที่อาศัยอยู่ในหมู่10 ตำบลคลองทับจันทร์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว และผ่านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต.คลองทับจันทร์ อยู่ในระดับปกติ (2Q ไม่มีทั้ง 2 ข้อ, 14 ข้อคำถาม ≤ 30 คะแนน และ AMT > 7 คะแนน) 2) มีฟันในช่องปากอย่างน้อย 20 ซี่ และ 3) ไม่มีปัญหาในด้านการอ่าน เขียน และการสื่อสารภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ขอถอนตัวออกจากการวิจัยหรือไม่สามารถติดตามได้ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตัวเองไม่ได้ และ 2) มีความผิดปกติร้ายแรงจนไม่สามารถร่วมงานวิจัยได้ครบ เช่น จิตเวชฉุกเฉิน เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง เช่น ก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง สับสน หวาดระแวง เป็นต้น

3) ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในการแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลากครั้งแรกเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และจับฉลากครั้งที่สองเป็นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติด้านต่าง ๆ พอๆ กัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง[3] ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ มีขั้นตอนการจัดกิจกรรมที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 “โรค ของ ฟัน” เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถเรื่องโรคในช่องปาก สามารถบอกลักษณะของโรค สาเหตุของการเกิดโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การป้องกันและวิธีรักษาโรคในช่องปาก

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 “แปรงฟันแห้ง” เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถระบุขั้นตอนการแปรงฟันแห้งที่ถูกวิธีและดีต่อฟันได้ ผู้วิจัยสาธิตการแปรงฟันแห้งโดยใช้โมเดลฟัน พร้อมทั้งอธิบายสูตรลับฟันดี 2-2-2 และสาธิตการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดฟันในโมเดลฟัน จากนั้นแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุฝึกแปรงฟันแห้งอย่างถูกวิธี และฝึกการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดฟัน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 “เลือกอาหารเพื่อฟันดี” เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถในการจำแนกอาหารที่ส่งผลดีต่อฟันได้ และเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อฟันได้ และหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำลายฟันได้

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 “ตรวจฟันด้วยตนเอง” เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถระบุวิธีการตรวจฟันด้วยตนเองได้ และแสดงขั้นตอนการตรวจฟันด้วยตนเองได้

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5 “การบริหารช่องปาก” เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถบอกขั้นตอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า ลิ้น และต่อมน้ำลายได้

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 6 “ไปหาหมอกันเถอะ!!!” เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถบอกความผิดปกติของฟันที่ต้องไปพบทันตบุคลากรได้ และระบุสิทธิการรักษาทางทันตกรรมของตนเองได้

ทุกกิจกรรมมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนเอกสารวิชาการที่ผ่านมา โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และการเข้ารับบริการทางทันตกรรม

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ระดับความรู้ตามเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ของ Bloom[8] ดังนี้

ต่ำกว่าร้อยละ 60	(น้อยกว่า 5 คะแนน)	หมายถึง ระดับความรู้น้อย
ร้อยละ 60 – 79	(6 – 7 คะแนน)	หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(8 คะแนนขึ้นไป)	หมายถึง ระดับความรู้ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 10 ข้อ คำถามจะเป็นเชิงบวกและเชิงลบ มี 4 ตัวเลือก คือ ไม่ปฏิบัติเลย, ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1-3 วัน / สัปดาห์), ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4-6 วัน / สัปดาห์) และปฏิบัติประจำ (7 วัน / สัปดาห์) เกณฑ์การพิจารณาระดับคะแนนตามแนวคิดของ Best[9] ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 10.0 – 13.3	หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติระดับปรับปรุง
คะแนนเฉลี่ย 13.4 – 26.7	หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 26.8 – 40.0	หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

นำโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากนั้นนำเครื่องมือไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และภาษาที่ใช้ พิจารณาคำนวนหาค่า IOC (Index of Item - Objective Congruence) เพื่อคัดเลือกข้อคำถามที่มีความตรงเชิงเนื้อหา โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 และปรับแก้ภาษาของข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

จากนั้นตรวจสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้อง โดยการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Try - out) กับผู้สูงอายุตำบลผ่านศึก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.8 และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.8

แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.43 - 0.80 และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.23 – 0.64

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เค้าโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS096/2565(C1) ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566 การวิจัยนี้ได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยมีการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมทั้งข้อมูลอื่น ๆ ที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับไม่เปิดเผยชื่อ และจะนำผลประเมินที่ได้เป็นข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น การศึกษาในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างที่จะยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยขณะดำเนินการวิจัยอยู่ได้ โดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

วิธีการเก็บรวมรวมข้อมูล

1. ทำการติดต่อประสานงานกับผู้ใหญ่บ้านหมู่ 10 บ้านใหม่ไทยเจริญ และ อสม. หมู่ 10 พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ที่จะทำการวิจัย นัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งแรก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ที่จะทำการวิจัย และดำเนินการขอความยินยอมจากอาสาสมัครก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ผู้วิจัยจะจัดจุดคัดกรองตรวจหาเชื้อ COVID-19 ด้วย ATK ก่อนทำกิจกรรมทุกครั้ง และใคร่ขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างใส่หน้ากากอนามัยตลอดการเข้าร่วมกิจกรรม และนั่งประจำจุดที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ โดยเว้นระยะห่างระหว่างกันอย่างเหมาะสม พกเจลแอลกอฮอล์ กดล้างมือทุกๆ 30 นาที หากทำกิจกรรมที่มีการเปิดช่องปาก ให้ทำอยู่หลังฉากกั้นที่ผู้วิจัยเตรียมไว้เท่านั้น และผู้วิจัยจะแบ่งเวลาเป็น 2 ช่วง ช่วงเช้าและช่วงบ่าย รายละเอียดดังนี้

ช่วงเช้า เวลา 09.00 น. – 12.00 น. กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน : ผู้วิจัยแจกตารางนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยการทำแบบทดสอบความรู้ฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมฯ Pre-test จะอยู่ในกิจกรรมที่ 1 และแบบทดสอบความรู้ฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมฯ Post-test จะอยู่ในกิจกรรมที่ 6 ของโปรแกรมฯ สิ่งสำคัญผู้วิจัยจะเน้นย้ำวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย เพื่อไม่ให้กลุ่มทดลองเปิดเผยกิจกรรมในโปรแกรมฯ กับผู้อื่น จนกว่าจะสิ้นสุดการทำวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลจริงในการศึกษาครั้งนี้

ช่วงบ่าย เวลา 13.00 น. – 16.00 น. กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน : ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบทดสอบความรู้ฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมฯ Pre-test และกำหนดวันนัดหมายครั้งที่ 2 ซึ่งจะนัดหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมฯกับกลุ่มทดลองแล้ว เพื่อให้กลุ่มควบคุมทำแบบทดสอบความรู้ฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมฯ Post-Test และแจกเอกสารความรู้ของโปรแกรมฯ พร้อมทั้งอธิบายอย่างละเอียดตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 – 6 เพื่อให้กลุ่มควบคุมได้รับความรู้ และเกิดความคาดหวังในตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

3. รวบรวมแบบสอบถามตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบทดสอบความรู้ฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมฯ

4. นำแบบทดสอบความรู้ฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมฯ ทั้งหมด มาคิดคะแนนตามที่กำหนดไว้

5. นำผลคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายจำนวนเท่ากันคือ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 โดยผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ามีช่วงอายุ 63 – 65 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.70 และ 36.70 ตามลำดับ ระดับการศึกษาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 70.00 และ 63.30 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และเคยเข้ารับบริการทางทันตกรรมทุกๆ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 86.70 และ 100.00 ตามลำดับ

2. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่1 พบว่า

2.1.1 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน

2.1.2 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่1 พบว่า

2.2.1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2.2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก	n	Mean	S.D.	t	df	p-value	Mean diff.	95%CI of Mean diff.	
								Lower	Upper
ก่อนการทดลอง				0.48	58	0.629	0.333	-1.045	1.712
กลุ่มทดลอง	30	5.07	3.14						
กลุ่มควบคุม	30	4.73	2.06						
หลังการทดลอง				2.03	58	0.049*	1.300	0.007	2.593
กลุ่มทดลอง	30	8.67	1.39						
กลุ่มควบคุม	30	7.37	3.21						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ	n	Mean	S.D.	t	df	p-value	Mean diff.	95%CI of Mean diff.	
								Lower	Upper
ก่อนการทดลอง				1.385	58	0.171	1.067	-0.474	2.608
กลุ่มทดลอง	30	17.97	3.222						
กลุ่มควบคุม	30	16.90	2.721						
หลังการทดลอง				14.397	58	<0.001*	11.533	9.915	13.151
กลุ่มทดลอง	30	33.97	1.847						
กลุ่มควบคุม	30	22.43	3.980						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น ทั้งนี้เป็นผลเนื่องจากโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่จัดขึ้นได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน คือ 5.07 และ 4.73 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ฯอยู่ในระดับความรู้น้อยทั้ง 2 กลุ่ม สอดคล้องกับงานวิจัยของขวัญเรือน ชัยนันท์ และคณะ[10] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้โรคในช่องปาก ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคในช่องปาก ไม่แตกต่างกัน

กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองซึ่งอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่าผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมที่ 1 “โรค ของ ฟัน” ผู้วิจัยได้เชิญผู้สูงอายุฟันดีมาเป็นต้นแบบบอกเล่าประสบการณ์ที่เกิดจากการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ปรบมือและกล่าวยกย่องบุคคลต้นแบบ จากนั้นผู้วิจัยได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะของการเกิดโรคในช่องปาก 5 โรคที่พบบ่อยในวัยผู้สูงอายุ โดยใช้โมเดลฟันประกอบการอธิบายเพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นภาพชัดแจนถึงระยะของการเกิดโรคในช่องปากทั้ง 5 โรค แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ มีความรู้เรื่องโรคในช่องปาก สามารถบอกลักษณะของโรค สาเหตุของการเกิดโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การป้องกันและวิธีรักษาโรคในช่องปาก ทำให้หลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภศิลป์ ดีรักษา[11] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองด้านทันตสุขภาพด้วยกิจกรรมฐานการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองทางทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย โดยโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองด้านทันตสุขภาพนั้น มีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและสุขภาพช่องปาก และกิจกรรมสนทนากลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นถึงการจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากมีผลต่อการเพิ่มค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้ ที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม และเนื้อหาสาระมีความครอบคลุมในเรื่องสุขภาพช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นฤมล จันทร์สุข และคณะ[15] ที่ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับ สุนิศา แก้วรุ่ง[7] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองต่อความรู้การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลเกาะลิพง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ผลการวิจัยพบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยความรู้การรับรู้ความสามารถตนเอง กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญเรือน ชัยนันท์ และคณะ[10] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้โรคในช่องปาก ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคในช่องปาก ภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ศุภศิลป์ ดีรักษา[11] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองด้านทันตสุขภาพด้วยกิจกรรมฐานการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองทางทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน คือ 17.97 และ 16.90 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมฯอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 2 กลุ่ม สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรษชล ลุนาวัน และคณะ[13] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังยาง อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง การปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่ากลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมที่มีการฝึกปฏิบัติจริงในกิจกรรมที่ 2 “แปรง ฟัน แห้ง” ทำในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยสาธิตการแปรงฟันแห้งโดยใช้โมเดลฟัน พร้อมทั้งอธิบายสูตรลับฟันดี 2-2-2 และสาธิตการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดฟันในโมเดลฟัน จากนั้นแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุฝึกแปรงฟันแห้งอย่างถูกวิธี และฝึกการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดฟัน ผู้วิจัยกล่าวชมเชยผู้สูงอายุที่ปฏิบัติถูกต้อง และกล่าวเชิญชวนให้ผู้สูงอายุแปรงฟันแห้งในช่องปากของตนเองทุกคน หลังจากแปรงฟันแห้งเสร็จ ผู้วิจัยตรวจความสะอาดและบันทึกลงในแบบบันทึกผู้สูงอายุ นำไปสู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเกิดความคาดหวังที่จะมีสุขภาพช่องปากที่ดี ส่งผลให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีตามไปด้วย เช่นเดียวกับงานวิจัยของประภัสสร ลือโสภา และคณะ[14] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การเฝ้าระวังตนเองทางทันตสุขภาพร่วมกับการดูแลโดยกลุ่มเพื่อนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลสระบัว อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังที่ได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลรักษาฟัน อยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงาน นฤมล จันทร์สุข และคณะ[15] ที่ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่าการจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากมีผลต่อการเพิ่มค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองออกมา เกิดกระบวนการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบผู้สูงอายุฟันดี และการได้รับคำพูดชักจูงในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองจากผู้วิจัย ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความคาดหวังในตนเองว่าจะมีสุขภาพช่องปากที่ดีได้ จากการที่ตนเองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งในงานวิจัยนี้ประกอบไปด้วย พฤติกรรมการแปรงฟันและใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดฟัน การบริโภคอาหารที่ดีต่อฟัน การตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การเสริมสร้างความแข็งแรงของช่องปาก และการรับบริการทางทันตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนิศา แก้วรุ่ง[7] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองต่อความรู้การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลเกาะลิพง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรรษชล ลุนาวัน และคณะ[13] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังยาง อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง การปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในงานวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่างและคอยเตือนกลุ่มตัวอย่างเมื่อใกล้ถึงวันที่ต้องเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง หากนำโปรแกรมนี้ไปใช้ต่อในพื้นที่ควรประสานงานกับคนในพื้นที่ทุกครั้ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยมีการติดตามผลด้วย

2. ควรจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่อื่นๆ ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ)จำกัด; 2561.
2. ชัยรัช ตั้งสงวนนุช. อุบัติการณ์รอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากของประชาชน. พุทธชินราชเวชสาร. 2561;35(3):319-327.
3. Bandura. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood, NJ: Prentice II. all; 1986. 617 p.
4. เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์. หลักการทางสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์; 2556.
5. รายงานสถิติผู้สูงอายุได้รับบริการทางทันตกรรมจังหวัดสระแก้ว [อินเทอร์เน็ต]. สระแก้ว : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. 2557 - [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://skw.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5&id=9a40129f2df2a139b7eb03dc9f684a6d
6. ศิริชัย กาญจนวาสี. สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
7. สุนิศา แก้วรุ่ง. ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวัง และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลเกาะลิบง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ปริญญานิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดตรัง; 2562.
8. Bloom BS, Hastings JT, Hastings JT, Madaus GF, Baldwin TS. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning: New York: McGraw-Hill; 1971.
9. Best JW, Kahn JV. Research in Education: India: Pearson India; 2016.
10. ขวัญเรือน ชัยนันท์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเทศบาลนครรังสิตจังหวัดปทุมธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(1):91-107.
11. ศุภศิลป์ ดีรักษา. ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองด้านทันตสุขภาพด้วยกิจกรรมฐานการเยนรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองทางทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย. วารสาร ทันตาภิบาล, 2563;31(1):165-184.
12. ศรีไพร ปอสิงห์ และอนงค์ หาญสกุล. ประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัวโคก อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. 2555;19(1):39- 53.
13. วรรษชล ลุนาวัน และคณะ. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังยาง อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2563;9(2):80-89.
14. ประภัสสร ลือโสภา และคณะ. ผลของโปรแกรมประยุกต์การเฝ้าระวังตนเองทางทันตสุขภาพร่วมกับการดูแลโดยกลุ่มเพื่อนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลสระบัว อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2557;33(1):46-54.
15. นฤมล จันทร์สุข และคณะ. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่2. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2562;27(1):30-39.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแปรงฟันที่ถูกวิธีของนักเรียนระดับประถมศึกษาโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

รชานนท์ ง่วนใจรัก[1] จารุกัณญ์ แสงสี[2] ณัฐติยา ไชยเวศ[3] ปิยฉัตร นามวิจิตร[4]
อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง[5] จิรัญญา บุรีมาศ[6*]
[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ [2,3,4] นักศึกษา [5]รองศาสตราจารย์ [6*]อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแปรงฟันที่ถูกวิธีของนักเรียนระดับประถมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนจำนวน 213 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิโดยแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มตามระดับชั้นที่กำลังศึกษา จากนั้นสุ่มตัวอย่างนักเรียนในแต่ละระดับชั้นตามสัดส่วนของประชากร เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนและผู้ปกครองของนักเรียน ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม 2564 ด้วยแบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบลอจิสติกพหุคูณ นำเสนอค่า Odds ratios (ORs), 95%CI และ p-value ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมีผลลัพธ์อยู่ในระดับที่เพียงพอหรือเหมาะสมในด้านความรู้ (ร้อยละ 85.5) ทัศนคติ (ร้อยละ 70.9) และการแปรงฟันที่ถูกวิธี (ร้อยละ 56.8) สำหรับผู้ปกครองมีความรู้และทัศนคติที่เพียงพอ (ร้อยละ 90.6 และ 75.1 ตามลำดับ) แต่การแปรงฟันที่ถูกวิธีของผู้ปกครองยังไม่เหมาะสม (ร้อยละ 65.3) นอกจากนี้ อายุของผู้ปกครอง (ORadj=2.05; 95%CI=1.04-4.02; p=0.037) และทัศนคติของนักเรียน (ORadj=3.29; 95%CI=1.62-6.70; p=0.01) มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันที่ถูกวิธีของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าในกลุ่มเด็กวัยเรียนโดยเฉพาะนักเรียนที่มีผู้ปกครองอายุน้อยหรือไม่มีประสบการณ์ในการเป็นพ่อแม่มาก่อน จำเป็นต้องได้รับการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

คำสำคัญ: การแปรงฟัน/ เด็กวัยเรียน/ สุขภาพช่องปาก/ พฤติกรรมสุขภาพ

*ผู้รับผิดชอบบทความ: จิรัญญา บุรีมาศ, อีเมล: Jiranya.b@nrru.ac.th, โทร.: 09 3937 7726

Received: 12 มิถุนายน 2566/ Revised: 5 พฤศจิกายน 2566/ Accepted: 14 พฤศจิกายน 2566

Factors Related to Correct Tooth Brushing Among Elementary School Students in Municipal School of Nakhon Ratchasima Province

Rachanon Nguanjairak[1] Jarugun Sangsee[2] Nattiya Chaiyavej[3] Piyachat Namwichit[4]
Atthawit Singsalasang[5] Jiranya Bureemas[6*]
[1] Asst. Prof., [2,3,4]Student, [5]Assoc Prof., [6*]Lecturer, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

This cross-sectional analytic study aimed to identify factors related to correct tooth brushing among elementary school students in Nakhon Ratchasima Province. The study's sample size included 213 students. Using stratified random sampling by dividing the population into groups according to their study level. Then, randomly sample students at each grade level in proportion to the population. Data were collected from June to December 2021 using an online questionnaire. For data analysis, descriptive statistics, such as percentages, means, standard deviations, medians, minimums, and maximums, were used. Adjusted odds ratios (ORs), 95% confidence intervals (95%CI), and p-values were determined using multiple logistic regression analysis. The study findings revealed that students had an appropriate level of knowledge (85.5%), attitude (70.9%), and correct tooth brushing (56.8%). It was also found that parents demonstrated an adequate level of knowledge and attitude (90.6% and 75.1, respectively), but their correct tooth brushing was deemed inappropriate (65.3%). In addition to parental age (ORadj=2.05; 95%CI=1.04-4.02; p=0.037) and students' attitudes (ORadj=3.29; 95%CI=1.62-6.70; p=0.01), there was also a significant relationship with students' correct tooth brushing. This study indicates that among school-aged children, especially those with young parents or no prior parenting experience, oral health awareness needs to be raised.

Keywords: Tooth brushing/ School-aged children/ Oral health/ Health behavior

*Corresponding author: Jiranya Bureemas, email: Jiranya.b@nrru.ac.th, Tel.: 09 3937 7726

Received: June 12, 2023/ Revised: November 5, 2023/ Accepted: November 8, 2023

บทนำ

โรคฟันผุเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญในเด็กวัยเรียน หากฟันผุลุกลามอาจก่อให้เกิดความเจ็บปวดหรือมีการติดเชื้อของฟันและส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม เช่น การมีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าปกติ เนื่องจากประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารลดลง รวมถึงการมีความเจ็บปวด ทำให้รบกวนการนอน ส่งผลต่อการหลั่งฮอร์โมนที่ควบคุมการเติบโตของร่างกาย ทำให้มีผลต่อพัฒนาการของเด็กในที่สุดหรืออาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอื่นๆ ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพทั้งในช่วงวัยเด็กและต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่[1] จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่า เด็กวัยเรียนมีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 52.00 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.4 ซี่/คน ซึ่งใกล้เคียงกับผลจากการสำรวจครั้งที่ 7 ที่มีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 52.30 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.3 ซี่/คน และปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อสภาวะเหงือกอักเสบคือพฤติกรรมการแปรงฟันโดยพบว่า ร้อยละของการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันของเด็กอายุ 12 ปี ลดลงจากร้อยละ 53.90 เป็นร้อยละ 44.70 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ผ่านมา[2] ในเด็กวัยเรียนพบว่าไม่แปรงฟันก่อนนอนร้อยละ 46.50 ดื่มน้ำอัดลมร้อยละ 73.70 รับประทานลูกอมร้อยละ 47.40 รับประทานขนมกรุบกรอบ 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 37.10 ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้สูญเสียฟัน[3] นอกจากนี้ สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุในเด็กยังมาจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองไม่เหมาะสม เช่น ผู้ปกครองขาดความเอาใจใส่ดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก รวมถึงการพาเด็กเข้ารับบริการทันตกรรมโดยผู้ปกครอง[4-6]

การแปรงฟันเป็นวิธีการป้องกันโรคฟันผุเพราะการแปรงฟันทำให้ปากสะอาด ขจัดเศษอาหารไม่ให้ตกค้างในช่องปาก และช่วยลดจำนวนเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก รวมทั้งต้องไม่ทำอันตรายต่อเหงือก และมีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติด้วย[7] พฤติกรรมการแปรงฟันมีผลในการช่วยลดการเกิดฟันผุในเด็กวัยเรียน เนื่องจากการแปรงฟันจะช่วยป้องกันการก่อตัวของเชื้อแบคทีเรีย อีกทั้งยังสามารถหยุดและชะลอการเกิดฟันผุในระยะเริ่มแรกได้ บุคลากรสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแปรงฟัน และคุณภาพของการแปรงฟัน[8, 9] เด็กวัยเรียนเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่เปลี่ยนผ่านจากชุดฟันน้ำนมเป็นฟันถาวร จากการศึกษาของนัฐวุฒิ โนนเภา และคณะ[10] พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่แปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้าทุกวันหรือเกือบทุกวันร้อยละ 89.50 ส่วนการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน นักเรียนร้อยละ 31.50 แปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน และร้อยละ 14.50 ไม่ได้แปรงฟันเลย นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันของเด็กวัยเรียน เช่น การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง ระดับการศึกษาและความตระหนักของผู้ปกครอง รับรู้ความสามารถของตนเอง ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน เป็นต้น[5, 10-12]

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภค ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม การทำความสะอาดช่องปาก และพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็ก ทั้งนี้ เนื่องจากการแปรงฟันที่ถูกวิธีเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อสุขภาพช่องปาก และการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการแปรงฟันจำเป็นต้องจัดให้เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กในแต่ละวัย[13] อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันที่ถูกวิธีของเด็กวัยเรียนในจังหวัดนครราชสีมาที่ชัดเจน นอกจากนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้กำหนดเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ. 2562 ไว้ว่า เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 75 โดยในปี พ.ศ. 2566 พบว่าเด็กอายุ 12 ปี ที่ได้รับบริการตรวจสุขภาพชองปากและปราศจากฟนผุร้อยละ 65.10 ซึ่งมีสัดส่วนที่ลดลงจากปีที่ผ่านมาคือร้อยละ 66.40[14, 15] ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันที่ถูกวิธีของเด็กระดับประถมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการวางแผนและสร้างเสริมทันตสุขภาพในเด็กกลุ่มเป้าหมายให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน และส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์

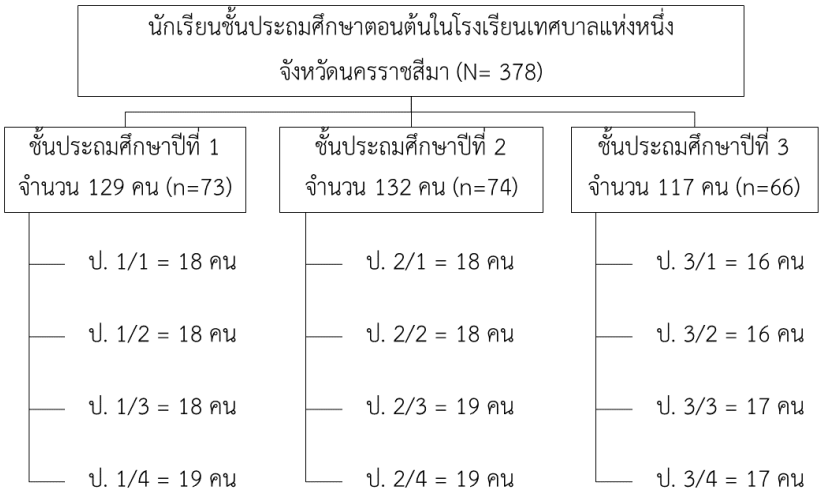
1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และการแปรงฟันที่ถูกวิธีของนักเรียนและผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติกับการแปรงฟันที่ถูกวิธีของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบของการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) เน้นศึกษาประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการแปรงฟันที่ถูกวิธีของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้น และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว เก็บข้อมูลในช่วงปีการศึกษา 2564 ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม 2564

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรของการศึกษาครั้งนี้เป็นนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้นจำนวน 378 คน ในโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ กลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้นและกลุ่มผู้ปกครองของเด็กนักเรียนที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบประชากรทั้งหมด[16] โดยคาดการณ์ค่าสัดส่วนของเด็กวัยเรียนที่มีพฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอนทุกวันและแปรงฟันหลังอาหารกลางวันเท่ากับ 0.53 ซึ่งค่าคาดการณ์นี้อ้างอิงจากโครงการวิจัยก่อนหน้านี้[17] การคำนวณขนาดตัวอย่างกำหนดค่า α=0.05 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ e=0.05 จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 191 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยจึงได้มีการปรับขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 รวมมีขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 213 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลของนักเรียนรวมถึงผู้ปกครองของนักเรียน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มตามระดับชั้นที่กำลังศึกษา จากนั้นสุ่มตัวอย่างนักเรียนในแต่ละระดับชั้นตามสัดส่วนของประชากร ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การสุ่มตัวอย่าง

3. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย แบบสอบถามนักเรียนจำนวน 31 ข้อ และแบบสอบถามผู้ปกครองจำนวน 31 ข้อ โดยประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP) และทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

3.1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นข้อคำถามปลายปิดแบบให้เลือกตอบหลายตัวเลือก (Checklist) ได้แก่ แบบสอบถามนักเรียนจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน ผู้ดูแลหลัก การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธี และแบบสอบถามผู้ปกครองจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ต่อเดือน จำนวนเด็กในความดูแล

3.2 ความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธี เป็นข้อคำถามปลายปิดแบบให้เลือกตอบ โดยแต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก (ใช่/ ไม่ใช่/ ไม่แน่ใจ) โดยมีคำตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียว ตอบข้อที่ถูกได้ 1 คะแนน ตอบข้อที่ผิดหรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน รวมจำนวน 10 ข้อ และมีการแปลผลแบ่งออกเป็น 2 ช่วงคะแนน โดยประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom[18] คือระดับเพียงพอ (มีคะแนนเฉลี่ย $\geq$ 6 คะแนน) และระดับไม่เพียงพอ (มีคะแนนเฉลี่ย $<$ 6 คะแนน)

3.3 ทัศนคติเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธี เป็นข้อคำถามปลายปิดแบบการประมาณค่า 3 ระดับ แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก (เห็นด้วย/ ไม่แน่ใจ/ ไม่เห็นด้วย) มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบรวมจำนวน 7 ข้อ และมีการแปลผลแบ่งออกเป็น 2 ช่วงคะแนน ตามเกณฑ์ของ Best[19] คือ ระดับทัศนคติเหมาะสม (มีคะแนนเฉลี่ย $\geq$ 19 คะแนน) และระดับทัศนคติไม่เหมาะสม (มีคะแนนเฉลี่ย $<$ 19 คะแนน)

3.4 การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธี เป็นข้อคำถามปลายปิดแบบการประมาณค่า 3 ระดับ แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก (ปฏิบัติประจำ/ ปฏิบัติบางครั้ง/ ไม่เคยปฏิบัติ) มีทั้งข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบรวมจำนวน 9 ข้อ และมีการแปลผลแบ่งออกเป็น 2 ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ของ Best[19] คือ ระดับการปฏิบัติที่เหมาะสม (มีคะแนนเฉลี่ย $\geq$ 22 คะแนน) และระดับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม (มีคะแนนเฉลี่ย $<$ 22 คะแนน)

ทั้งนี้ แบบสอบถามดังกล่าวได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการพิจารณาความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหาและสอดคล้องตามวัตถุประสงค์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาและปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการของ Kuder Richardson โดยใช้สูตร KR-20 สำหรับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธี ได้ค่าความน่าเชื่อถือในภาพรวมสำหรับนักเรียนและผู้ปกครองเท่ากับ 0.78 และ 0.74 ตามลำดับ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับข้อมูลทัศนคติและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธี ได้ค่าความน่าเชื่อถือด้านทัศนคติเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธีในภาพรวมสำหรับนักเรียนและผู้ปกครองเท่ากับ 0.71 และ 0.78 ส่วนค่าความน่าเชื่อถือด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธี ในภาพรวมสำหรับนักเรียนและผู้ปกครองเท่ากับ 0.81 และ 0.89

4. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคล การเคารพในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่รับรอง HE-200-2564 วันที่ 29 กรกฎาคม 2564

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แล้วผู้วิจัยจัดเตรียมแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ (Google Form) สำหรับกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ยื่นหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียน และส่งแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ไปยังครู กระจายแบบสอบถามให้เด็กนักเรียนและผู้ปกครองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ความถูกต้อง และความสอดคล้องกันของคำตอบในแต่ละข้อของแบบสอบถามทุกชุด เพื่อนำข้อมูลจากแบบสอบถามเข้าสู่การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัย เมื่อเก็บ

รวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมากำหนดรหัส บันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยไปเขียนรายงานนำเสนอในขั้นตอนต่อไป

6. การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายลักษณะส่วนบุคคลของนักเรียนและผู้ปกครอง ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการแปรงฟัน นำเสนอในรูปแบบการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ส่วนสถิติเชิงอนุมานใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันที่ถูกวิธีของนักเรียน ประกอบด้วย การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรเดี่ยว โดยไม่คำนึงถึงตัวแปรอิสระอื่น (Bivariate analysis) โดยใช้สถิติ Simple logistic regression นำเสนอค่า Crude odds ratios (ORs) ช่วงเชื่อมั่น 95% (95%CIs) และ p-value และการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariable analysis) ภายหลังจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว จะใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ (Multiple logistic regression) โดยวิธีการขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) นำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยค่า Adjusted ORs, 95%CIs และ p-value

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะส่วนบุคคลของนักเรียน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 46.50 มีอายุเฉลี่ย 7.9 ปี (SD=0.8) มีบิดาหรือมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 78.40 กำลังเรียนอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 34.70 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธีจากผู้ปกครอง ร้อยละ 73.20 สำหรับลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.90 มีอายุเฉลี่ย 36.9 ปี (SD=7.8) มีอาชีพประจำ ร้อยละ 82.60 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 76.50 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 56.30 จำนวนเด็กในความดูแล 1-2 คน ร้อยละ 87.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
คุณลักษณะทั่วไปของนักเรียน (n=213)		
เพศ		
ชาย	114	53.50
หญิง	99	46.50
อายุ (ปี) Mean=7.9; SD=0.8; Median=8; Max=9; Min=7		
ระดับชั้นเรียน		
ประถมศึกษาปีที่ 1	73	34.30
ประถมศึกษาปีที่ 2	74	34.70
ประถมศึกษาปีที่ 3	66	31.00
ผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลัก		
บิดา/ มารดา	167	78.40
ปู่ย่า/ ตายาย	32	15.00
ลุงป้า/ น้าอา	14	6.60

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธี		
โทรทัศน์	77	36.10
อินเทอร์เน็ต	108	50.70
ครู	150	70.40
ผู้ปกครอง	156	73.20
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	71	33.30
แผ่นพับ	13	6.10
หนังสือ	28	13.10
แผ่นภาพ	7	3.30
คุณลักษณะทั่วไปของผู้ปกครอง (n=213)		
เพศ		
ชาย	62	29.10
หญิง	151	70.90
อายุ (ปี) Mean=36.9; SD=7.8; Median=36; Max=66; Min=22		
อาชีพ		
มีอาชีพประจำ	176	82.60
ไม่มีอาชีพประจำ	37	17.40
การศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	163	76.50
ปริญญาตรี	50	23.50
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 15,000 บาท	120	56.30
ตั้งแต่ 15,000 บาทขึ้นไป	93	43.70
Mean=12802; SD=5732; Median=14000; Max=70000; Min=800		
จำนวนเด็กในความดูแล		
1-2 คน	186	87.30
ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป	27	12.70
Mean=1.6; SD=0.8; Median=1; Max=6; Min=1		

2. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธี

สำหรับด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธีของนักเรียน ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 85.50 นักเรียนมีทัศนคติอยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 70.90 และมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธีอยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 56.80 ส่วนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธีของผู้ปกครอง พบว่า

ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 90.6 ทัศนคติของผู้ปกครองอยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 75.1 และมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธีอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ร้อยละ 65.3 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธี

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
นักเรียน	ด้านความรู้ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)		
	เพียงพอ (≥ 6 คะแนน)	182	85.50
	ไม่เพียงพอ (< 6 คะแนน)	31	14.50
	Mean=7.5; SD=1.9; Median=7; Max=10; Min=1		
	ด้านทัศนคติ (คะแนนเต็ม 21 คะแนน)		
	เหมาะสม (≥ 19 คะแนน)	151	70.90
	ไม่เหมาะสม (< 19 คะแนน)	62	29.10
	Mean=19.3; SD=1.9; Median=20; Max=21; Min=10		
	การปฏิบัติตัว (คะแนนเต็ม 27 คะแนน)		
	เหมาะสม (≥ 22 คะแนน)	121	56.80
	ไม่เหมาะสม (< 22 คะแนน)	92	43.20
	Mean=21.9; SD=2.6; Median=22; Max=27; Min=11		
ผู้ปกครอง	ความรู้ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)		
	เพียงพอ (≥ 3 คะแนน)	193	90.60
	ไม่เพียงพอ (< 3 คะแนน)	20	9.40
	Mean=4.2; SD=1.1; Median=5; Max=5; Min=0		
	ทัศนคติ (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)		
	เหมาะสม (≥ 28 คะแนน)	160	75.10
	ไม่เหมาะสม (< 28 คะแนน)	53	24.90
	Mean=28.4; SD=2.3; Median=29; Max=30; Min=20		
	การปฏิบัติตัว (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)		
	เหมาะสม (≥ 25 คะแนน)	74	34.70
	ไม่เหมาะสม (< 25 คะแนน)	139	65.30
	Mean=25.4; SD=2.8; Median=26; Max=30; Min=17		

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธีของนักเรียน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบพหุ เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า ระดับทัศนคติของนักเรียน และอายุของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์การแปรงฟันที่ถูกวิธีของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนที่มีทัศนคติในระดับเหมาะสมมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธีเป็น 3.29 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนที่มีทัศนคติในระดับ

ไม่เหมาะสม (95%CI=1.62–6.70; p-value=0.001) และผู้ปกครองที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปจะมีนักเรียนที่แปรงฟันถูกวิธีเป็น 2.05 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ปกครองที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี (95%CI=1.04–4.02; p-value=0.037) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันที่ถูกวิธีของนักเรียน

ตัวแปร	จำนวน	การแปรงฟันที่ถูกวิธี (%)	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการแปรงฟันทางโทรทัศน์ของนักเรียน						0.361
ไม่ได้รับ	136	51.50	1	1	1	
ได้รับ	77	66.20	1.85	1.35	0.71-2.56	
ความรู้ของนักเรียน						0.820
ไม่เพียงพอ	31	41.90	1	1	1	
เพียงพอ	182	59.30	2.02	1.11	0.45-2.73	
ทัศนคติของนักเรียน						0.001*
ไม่เหมาะสม	62	37.10	1	1	1	
เหมาะสม	151	64.90	3.14	3.29	1.62-6.70	
เพศของผู้ปกครอง						0.921
ชาย	62	56.50	1	1	1	
หญิง	151	57.00	1.02	1.03	0.54-1.98	
อายุของผู้ปกครอง						0.037*
น้อยกว่า 40 ปี	146	52.10	1	1	1	
ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	67	67.20	1.88	2.05	1.04-4.02	
อาชีพของผู้ปกครอง						0.991
ไม่มีอาชีพประจำ	37	62.10	1	1	1	
มีอาชีพประจำ	176	55.70	0.76	0.99	0.43-2.28	
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง						0.084
ต่ำกว่าปริญญาตรี	163	54.60	1	1	1	
ปริญญาตรีขึ้นไป	50	64.00	1.48	1.90	0.92-3.95	
จำนวนเด็กในความดูแล						0.423
1-2 คน	186	55.90	1	1	1	
ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป	27	63.00	1.34	1.46	0.58-3.72	
ความรู้ของผู้ปกครอง						0.523
ไม่เพียงพอ	20	70.00	1	1	1	
เพียงพอ	193	55.40	0.53	0.68	0.21-2.22	
ทัศนคติของผู้ปกครอง						0.583
ไม่เหมาะสม	53	66.00	1	1	1	
เหมาะสม	160	53.80	0.60	0.80	0.35-1.80	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันที่ถูกวิธีของนักเรียน (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	การแปรงฟันที่ถูกวิธี (%)	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
การปฏิบัติตัวของผู้ปกครอง						0.910
ไม่เหมาะสม	139	56.8	1	1	1	
เหมาะสม	74	56.8	1.00	0.96	0.50-1.85	

* p-value < 0.05. OR, odds ratio; CI, confidence interval.

อภิปรายผล

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธี รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันที่ถูกวิธีของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธีอยู่ในระดับเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา ประภายนต์ และคณะ[20] ที่พบว่า นักเรียนมีทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยพฤติกรรมที่นักเรียนปฏิบัติเป็นประจำคือ การแปรงฟันตอนเช้า การแปรงฟันก่อนนอน การใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติระดับน้อยคือ การใช้ไหมขัดฟัน และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของธนานัฐ บุญอินทร์[21] ได้ศึกษาสภาวะโรคฟันผุและพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่า นักเรียนระดับประถมศึกษามีพฤติกรรมการแปรงฟันอย่างน้อยวันละสองครั้งร้อยละ 76.30 เวลาที่ใช้ในการแปรงฟันนานสองนาทีหรือมากกว่า ร้อยละ 73.70 โดยปัจจัยด้านความถี่ในการแปรงฟันในแต่ละวันและการแปรงฟันก่อนเข้านอนมีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กอายุ 12 ปี ในประเทศเยอรมัน พบว่า ประสิทธิภาพของการแปรงฟันในเด็กอยู่ในระดับต่ำ มีเด็กเพียงร้อยละ 7.50 ที่แปรงทั่วทุกซี่ทุกด้านของฟัน[22]

ทัศนคติของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันอย่างถูกวิธีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา[23-25] ดังเช่นการศึกษาของ Shirzaee และคณะ[26] ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันนักเรียนกลุ่มอายุ 13-15 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศอิหร่าน พบว่า นักเรียนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมีพฤติกรรมการแปรงฟันเพิ่มขึ้นร้อยละ 24 (OR=1.24; 95%CI=1.08-1.42) และการศึกษาของ Kasmaei และคณะ[27] ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการแปรงฟันของนักเรียนหญิง (OR=2.60; 95%CI=1.50-4.52 และ OR=0.37; 95%CI=0.21-0.66 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ทัศนคติเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยจูงใจให้เกิดการแสดงพฤติกรรมของบุคคล นักเรียนส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธีอยู่ในระดับเหมาะสมร้อยละ 70.90 แสดงให้เห็นว่า นักเรียนให้ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ภายใต้การควบคุมดูแลของผู้ใหญ่ หากพิจารณารายข้อพบว่า นักเรียนมีทัศนคติเกี่ยวกับการแปรงฟันที่เหมาะสมควรแปรงหลังกินอาหารทุกครั้งมากถึงร้อยละ 88.70 และการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ช่วยลดการเกิดโรคฟันผุได้มากร้อยละ 74.20 แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ เบญญาภา ผิวนวล[11] ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแปรงฟันในช่วงพักกลางวันของนักเรียน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมการแปรงฟัน

อายุของผู้ปกครองมีผลต่อการแปรงฟันที่ถูกวิธีของนักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง รวมถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม มีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของเด็ก[28, 29] ดังเช่นการศึกษาของ Uzel และ Kuter[30] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก พบว่า มารดาที่มีอายุมากขึ้น จะมีความถี่ของการเกิดฟันผุในเด็กลดลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ปกครองที่มีอายุมากขึ้น มักมีประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตรหลานมาก่อน รวมถึงมีโอกาสได้รับ

ข้อมูลข่าวสารหรือฝึกอบรมในการดูแลเด็ก ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กได้มีโอกาสได้รับการแปรงฟันอย่างถูกวิธีมากขึ้น การให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ปกครองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กได้[6, 31-32] นอกจากนี้ Collett และคณะ[12] ยังพบว่า ทักษะการแปรงฟันของผู้ปกครองและระยะเวลาที่ใช้ในการแปรงฟันมีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็ก ในขณะที่การศึกษาของกมลวรรณ สุวรรณ, ชัมชูดีน เจะเฮาะ และนวพร วงศ์สุวรรณ์[33] กลับพบว่า อายุของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องฟันผุของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้น จังหวัดยะลา (r=-0.348)

ข้อจำกัดของงานวิจัยครั้งนี้คือ การวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการแปรงฟันของนักเรียน ที่ใช้แบบสอบถามโดยให้ผู้ที่ถูกศึกษาเป็นผู้ตอบเอง ซึ่งอาจทำให้เกิดอคติจากการให้ข้อมูลคลาดเคลื่อน (Information bias) ส่งผลให้การประมาณขนาดความสัมพันธ์อาจมากหรือน้อยกว่าความเป็นจริง ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป เพื่อลดอคติที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว ผู้วิจัยควรเลือกใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม เช่น การใช้แบบสังเกต หรือการบันทึกภาพเคลื่อนไหว เป็นต้น นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลจากนักเรียนและผู้ปกครองในโรงเรียนเพียงแห่งเดียว อาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้ในประชากรกลุ่มอื่น (Generalizability) เนื่องจากลักษณะทางประชากร สิ่งแวดล้อม และบริบทที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันออกไป ซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษาที่ได้แตกต่างกัน

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีการแปรงฟันที่ถูกวิธี โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันที่ถูกวิธีของนักเรียน ได้แก่ ทัศนคติของนักเรียน และอายุของผู้ปกครอง ทั้งนี้ แม้ว่าส่วนใหญ่จะมีการแปรงฟันที่ถูกวิธีดังกล่าว แต่การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ไม่เหมาะสมยังพบสูงถึงร้อยละ 43.20 ซึ่งยังคงเป็นปัญหา ดังนั้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายควรหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว รวมถึงการเสริมสร้างความตระหนักแก่เด็กวัยเรียนในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง โดยเฉพาะในนักเรียนกลุ่มที่ผู้ปกครองมีอายุน้อยหรือไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรมาก่อน เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมทางทันตสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ควรออกแบบกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียนและผู้ปกครอง ซึ่งควรคำนึงถึงการให้ความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งการเสริมสร้างทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน โดยเฉพาะนักเรียนในกลุ่มที่ผู้ปกครองมีอายุน้อย หรือไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรมาก่อน

2. การศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรศึกษาบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมพฤติกรรมการแปรงฟันสำหรับเด็กวัยเรียน โดยเน้นการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่ใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและบุตร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหาร คณาจารย์และบุคลากร หน่วยงานเครือข่าย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand K, Weintraub JA, Ramos-Gomez F, et al. Dental caries. Nat Rev Dis Primers. 2017; 3: 17030.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สามเจริญพาณิชย์; 2561.

3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียน ปี 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1610352705.pdf.
4. กนกวรรณ กลิ่นเพย, วัลลีรัตน์ พบคีรี, ยุวนุช สัตยสมบูรณ์, ปิยะธิดา ขจรชัยกุล. การพานักเรียนประถมศึกษาเข้ารับบริการทันตกรรมโดยผู้ปกครอง. วารสารทันตาภิบาล 2565: 33(1): 129-42.
5. Tadakamadla SK, Rathore V, Mitchell AE, Kaul A, Morawska A. Child- and family-level factors associated with toothbrushing frequency in a sample of Australian children. Int J Paediatr Dent 2022: 32(5): 639-48.
6. สุภา คำมะฤทธิ์. บทบาทของผู้ปกครองในการดูแลป้องกันฟันผุสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า 2563: 31(2): 257-68.
7. Hayasaki H, Saitoh I, Nakakura-Ohshima K, Hanasaki M, Nogami Y, Nakajima T, et al. Tooth brushing for oral prophylaxis. Japanese Dental Science Review 2014: 50(3): 69-77.
8. วิยดา ล้อมทอง. ประสิทธิผลของการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างเป็นระบบต่อสภาวะทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2559: 21(2): 54-62.
9. ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์, สุวรรณี ดวงรัตนพันธ์, ภาพิมล ชมพูอินไหว, วริศรา ศิริมหาราช. การแปรงฟันกับการป้องกันฟันผุ. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2549: 11(1-2): 41-8.
10. นัฐวุฒิ โนนเภา, พัทธพล นามศรี, อนุพงษ์ สอดสี, วสันต์ ปิ่นวิเศษ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารทันตาภิบาล 2561: 29(1): 26-35.
11. เบญญาภา ผิวนวล, ขวัญวิภา เวทการ, ปริญญา จิตอร่าม, ธนกฤต ธนวงศ์โภคิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันในช่วงพักกลางวันที่โรงเรียนของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลสุพรรณบุรี. วารสารทันตาภิบาล 2562 : 30(1): 15-28.
12. Collett BR, Huebner CE, Seminario AL, Wallace E, Gray KE, Speltz ML. Observed child and parent toothbrushing behaviors and child oral health. Int J Paediatr Dent 2016: 26(3): 184-92.
13. Lee J, Han DH, Kim H, Park SY. Factors related to children's tooth-brushing at different ages: an application of the theory of planned behavior. Psychol Health Med 2021: 26(2): 228-41.
14. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. การดำเนินงานทันตสาธารณสุขในกลุ่มปฐมวัย และกลุ่มวัยเรียน. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก http://www.korathealth.com/korathealth/download/attractfile/15154252026.pdf.
15. ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ปราศจากฟันผุ (Caries free) ระดับอำเภอ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/dentalcariesfree/ampur?year=2023&cw=30.
16. Naing L, Winn T, Nordin R. Pratical Issues in Calculating the Sample Size for Prevalence Studies. Archives of Orofacial Sciences 2006: 1: 9-14.
17. จันทร์เพ็ญ เกสรราช, นงลักษณ์ ดาวลอย, ปองชัย ศิริศรีจันทร์. พฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดสุรินทร์. วารสารทันตาภิบาล 2560: 28(2): 28-44.
18. Bloom, B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw–Hill; 1971.
19. Best, J.W. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
20. กุลธิดา ประภายนต์, ชฎาพร โรจน์บัวทอง, วารุณี สุดตา. ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนอำนวยเวทย์ อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารทันตาภิบาล 2562: 30(2): 13-24.

21. ธนานัฐ บุญอินทร์. สภาวะโรคฟันผุและพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 2560: 1(3): 12-28.
22. Deinzer R, Cordes O, Weber J, Hassebrauck L, Weik U, Kramer N, et al. Toothbrushing behavior in children - an observational study of toothbrushing performance in 12 year olds. BMC Oral Health 2019: 19(1): 68.
23. Fernandez de Grado G, Ehlinger V, Godeau E, Arnaud C, Nabet C, Benkirane-Jessel N, et al. Changes in tooth brushing frequency and its associated factors from 2006 to 2014 among French adolescents: Results from three repeated cross sectional HBSC studies. PLoS One 2021: 16(3): e0249129.
24. Nordström A, Birkhed D. Attitudes and behavioural factors relating to toothbrushing and the use of fluoride toothpaste among caries-active Swedish adolescents - a questionnaire study. Acta Odontol Scand 2017: 75(7): 483-7.
25. Zare MS, Noroozi A, Tahmasebi R. Factors Influencing Tooth Brushing Behaviour based on Health Belief Model among Bushehr Primary School 5th & 6th grade Students. Journal of Hayat 2013: 19(2): 67-78.
26. Shirzaee N, Saied-Moallemi Z, Mohammadi M, Okati-Aliabad H. Toothbrushing and related factors among high school students in the Southeast of Iran: A cross-sectional study. Int J Dent Hyg 2021: 19(4): 360-5.
27. Kasmaei P, Amin Shokravi F, Hidarnia A, Hajizadeh E, Atrkar-Roushan Z, Karimzadeh Shirazi K, et al. Brushing behavior among young adolescents: does perceived severity matter. BMC Public Health 2014: 14(1): 8.
28. Fernandez de Grado G, Ehlinger V, Godeau E, Sentenac M, Arnaud C, Nabet C, et al. Socioeconomic and behavioral determinants of tooth brushing frequency: results from the representative French 2010 HBSC cross-sectional study. Journal of Public Health Dentistry 2018: 78(3): 221-30.
29. Casanova-Rosado AJ, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, Minaya-Sánchez M, Mendoza-Rodríguez M, et al. Tooth brushing frequency in Mexican schoolchildren and associated socio-demographic, socioeconomic, and dental variables. Med Sci Monit 2014: 20: 938-44.
30. Uzel İ, Kuter B. The Influence of Maternal Factors on Children's Oral Health: Mothers' Age, Education Level, Toothbrushing Habit and Socioeconomic Status. The Journal of Pediatric Research 2020: 7(4): 331-5.
31. Ozbek CD, Eser D, Bektas-Kayhan K, Unur M. Comparison of the tooth brushing habits of primary school age children and their parents. J Istanb Univ Fac Dent 2015: 49(1):33-40.
32. Hamilton K, Cornish S, Kirkpatrick A, Kroon J, Schwarzer R. Parental supervision for their children's toothbrushing: Mediating effects of planning, self-efficacy, and action control. British Journal of Health Psychology 2018: 23(2): 387-406.
33. กมลวรรณ สุวรรณ, ซัมซูดีน เจะเฮาะ, นวพร วงศ์สุวรรณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกัน โรคฟันผุในเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะฟันผุกรณีศึกษาโรงเรียนบ้านนิบงพัฒนา ตำบลสะเตงนอก อำเภอเมืองจังหวัดยะลา. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2566: 6(2): 115-27.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

จุฑาทิพย์ เอมเปีย[1*] กรกฎ ฤทธิ์ประสม[2] ณัฐพัฒน์ ทุมดวง[3] ณิรชา แต้มสีคาม[4]

[1*,2]อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[3,4]นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ และ สหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเริ่มมีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 145 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแบ่งกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และตัวแปรต่อเนื่องด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 133/88 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งอยู่ในระดับสูงร้อยละ 71.04 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีร้อยละ 58.62 และระดับพอใช้ ร้อยละ 41.38 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการจัดการตนเอง และด้านทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ ยังพบว่า ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย ($p < 0.05$) ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่พึงประสงค์เพื่อให้สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมการดูแลตนเอง/ โรคความดันโลหิตสูง

[*]ผู้รับผิดชอบบทความ: จุฑาทิพย์ เอมเปีย, อีเมล: juthathip@scphc.ac.th, โทร.: 08 5094 2259

Received: 21 สิงหาคม 2566/ Revised: 5 พฤศจิกายน 2566/ Accepted: 28 พฤศจิกายน 2566

Associations between Health Literacy and Self-Care Practices among Hypertension Patients at Nong Mai Daeng Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang Chonburi District, Chonburi Province

Juthathip Empia[1*] Korakod Ritprasom[2] Natthaphat Thumduang[3] Niracha Tamsikam[4]

[1*],[2]Lecturer, Department of Community Public Health, Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[3,4]Bachelor of Public Health Program in Community Public Health, Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

Abstract

Health literacy is a crucial role in population behavioral health management. This cross-sectional analytical study aimed to investigate the association between health literacy and self-care practices among hypertension patients in Nong Mai Daeng Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang Chonburi District, Chonburi province. One hundred forty-five hypertension patients were collected by using self-administered questionnaire including general information, health literacy and self-care practices of hypertension questionnaires. Data were analyzed by using Chi-square test for discrete variables, and Spearman rank correlation for continuous variables.

The results showed that the average blood pressure of hypertension patients was 133/88 mmHg, high level for a while accounted for 71.04 percent, and self-care practices were high level and moderate level at 58.62 and 41.38 percent, respectively. The health literacy, including Cognitive skill, Self-management skill and Decision skill, associated significantly with the self-care practices ($p<0.001$). Moreover, univariate analysis revealed that smoking and consuming alcohol were also associated with the self-care practices ($p<0.05$). Therefore, health care providers should find strategies, based on these data, to develop health literacy of hypertension patients to use for desirable health behavior, thereby controlling hypertension appropriately.

Keywords: Health literacy/ Self-care practices/ Hypertension

[*]Corresponding author: Juthathip Empia, email: juthathip@scphc.ac.th, Tel.: 08 5094 2259

Received: August 21, 2023/ Revised: November 5, 2023/ Accepted: November 28, 2023

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ และยังมีแนวโน้มของประชากรที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและกระจายไปทุกพื้นที่ รวมถึงเขตบริการสุขภาพที่ 6 ตามรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขพบว่า สถานการณ์ความชุกและอัตราการเสียชีวิตของประชากรด้วยสาเหตุจากโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564[1] ภายใต้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ตามเกณฑ์การจำแนกระดับความดันโลหิตของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย การควบคุมระดับความดันโลหิตคือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้มีค่าน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท[2] ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึงปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เนื่องจาก การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หรือไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะเส้นเลือดสมองแตก และภาวะหัวใจวาย อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ตลอดจนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[3]

สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มาจากหลายสาเหตุหลักร่วมกัน ทั้งจากปัจจัยด้านพันธุกรรมและจากการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงหรืออาหารรสเค็ม รวมถึงการมีภาวะเครียด เป็นต้น[4] ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ปัญหาหลักของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือการที่ผู้ป่วยไม่มีความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย การขาดความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงมาตามเกณฑ์ปกติ ทำให้นำไปสู่ผลเสียต่อสุขภาพตามมา ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงยังเป็นเรื่องที่ท้าทายในการพัฒนาแนวทางเพื่อควบคุมระดับค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ เพื่อนำมาวิเคราะห์และตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพของตนเอง ได้ถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชน ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะและทักษะของบุคคล ตามลักษณะพื้นฐาน 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ[5] หากบุคคลสามารถเข้าใจและใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างดี จะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้ดีขึ้นได้[6]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประชากรที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง มีค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำกว่า กลุ่มประชากรที่ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในทุกองค์ประกอบ[7] จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมทางสุขภาพไม่เหมาะสม สำหรับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี โดยเฉพาะข้อมูลระดับตำบลยังมีอยู่อย่างจำกัด ภายใต้สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมจนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย และช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

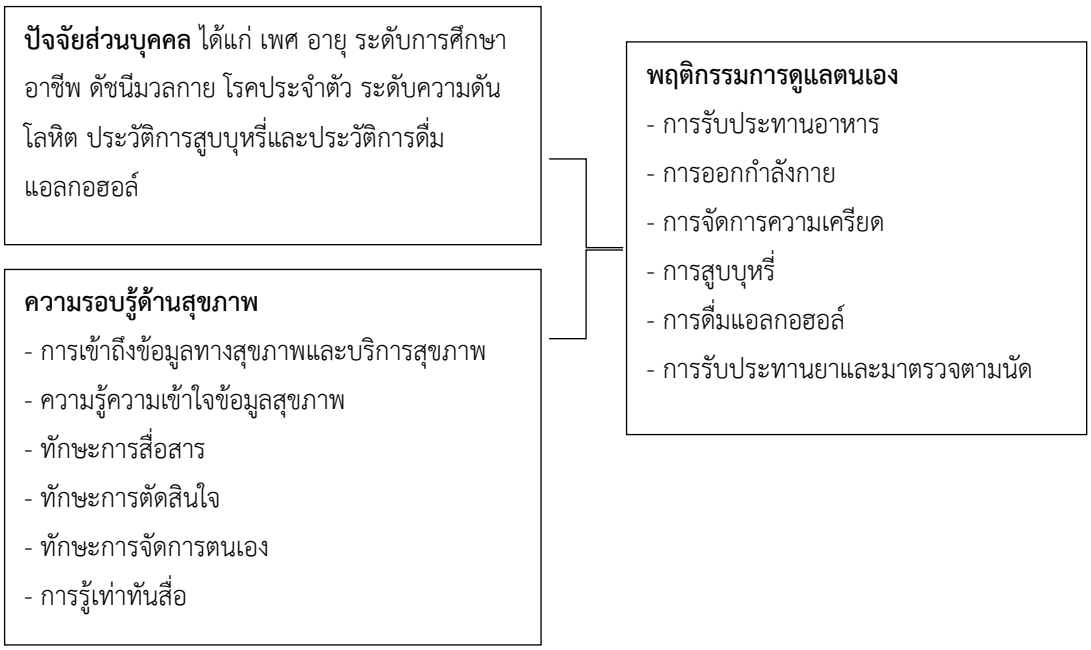
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวคิดตามทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[5] ที่ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ การมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ประกอบกับการทบทวนเอกสารการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมาใช้เป็นกรอบแนวคิดการศึกษา (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี มีขอบเขตการศึกษานี้

ขอบเขตด้านเนื้อหา คือ การศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรต้นของการศึกษา ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีองค์ประกอบ 6 ด้านได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ การมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ และตัวแปรตามของการศึกษา คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีองค์ประกอบได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด

ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 145 คน (ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยช่วงเดือนกันยายน ถึงพฤศจิกายน 2565)

ขอบเขตด้านระยะเวลา คือ การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Research) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566

ประชากรที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากร ที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 145 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจากการวินิจฉัยของแพทย์ 2) อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคทางระประสาทและสมอง 4) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และเกณฑ์คัดออกจากการวิจัยคือ ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามได้จนจบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามประเภทตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระดับความดันโลหิต ประวัติการสูบบุหรี่และประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประยุกต์จากแบบสอบถามของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[7] ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 19 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ประกอบด้วย ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ และแบ่งระดับคะแนนตามหลักเกณฑ์ของ Best[8] 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ สำหรับด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน และตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom[9] 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี ระดับพอใช้ และระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ คำตอบมีลักษณะประมาณค่า 5 ระดับตามความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมในหนึ่งสัปดาห์ ประกอบไปด้วย ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 4-5 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ และไม่ปฏิบัติ จำนวน 7 ข้อ ในส่วนของการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด คำตอบมีลักษณะประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ คำถามจำนวน 3 ข้อและแบ่งระดับคะแนนตามหลักเกณฑ์ของ Best[8] 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี ระดับพอใช้ และระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index) มากกว่า 0.7 ขึ้นไป หลังจากปรับเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ จึงนำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนอกเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไม้แดงจำนวน 30 คน สำหรับแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และทักษะการตัดสินใจ มีค่าความเชื่อมั่น (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.71 และ 0.70 ตามลำดับ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.70

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ตามเอกสารรับรองหมายเลข COA.NO. 2023/S23 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2565 โดยก่อนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงสิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และการนำเสนอผลในภาพรวมตามข้อเท็จจริงโดยไม่มีความลำเอียง

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำเอกสารขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จากนั้น จึงลงพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการวิจัยกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไม้แดง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่มีการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 2 วันต่อเดือน ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าการวิจัย รับทราบข้อมูลการวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนเริ่มให้ข้อมูลตามแบบสอบถาม และสามารถซักถามข้อมูลในเรื่องที่สงสัยได้ตลอดระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประชากรตอบแบบสอบถามครบทั้ง 145 ฉบับ และผ่านการตรวจสอบความสมบูรณ์ทุกฉบับเพื่อนำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม IBM SPSS Version 21 โดยนำเสนอข้อมูลทั่วไปของประชากร ด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแบบแบ่งกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่อเนื่องด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน (Spearman rank correlation) ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.95

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 145 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.21 และมีอายุเฉลี่ย 68.15 ปี โดยประชากรส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่อกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 94.48 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 64.14 มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 62.07 มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 20.00 และมีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 22.76 ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.08 กิโลกรัมต่อเมตร^2 และมีค่าความดันโลหิตในวันที่เก็บข้อมูลอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 71.04 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 41.38 และระดับดี ร้อยละ 58.62 ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (ตารางที่ 1) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ ($p<0.001$) และประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ($p=0.042$) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=145)

	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	ระดับไม่ดี (ร้อยละ)	ระดับพอใช้ (ร้อยละ)	ระดับดี (ร้อยละ)
การรับประทานอาหาร	12(8.27)	38(26.21)	95(65.52)
การออกกำลังกาย	18(12.41)	31(21.38)	96(66.21)
การจัดการความเครียด	30(20.69)	10(6.90)	105(72.41)
การดื่มแอลกอฮอล์	9(6.21)	0(0.00)	136(93.79)
การสูบบุหรี่	11(7.59)	0(0.00)	134(92.41)
การรับประทานยาและมาตรวจตามนัด	0(0.00)	0(0.00)	145(100)
พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม	0(0.00)	60(41.38)	85(58.62)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=145)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		x^2	P-value
	ระดับพอใช้ (ร้อยละ)	ระดับดีมาก (ร้อยละ)		
เพศ			1.762	0.184
ชาย	24(16.55)	25(17.24)		
หญิง	36(24.83)	60(41.38)		
ระดับการศึกษา			0.936	0.470
ต่ำกว่าปริญญาตรี	58(40.00)	79(54.48)		
ปริญญาตรี	2(1.38)	6(4.14)		
อาชีพ			4.962	0.084
รับจ้าง/ ลูกจ้าง	16(11.03)	11(7.59)		
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	11(7.59)	14(9.66)		
ไม่ประกอบอาชีพ	33(22.76)	60(41.38)		
โรคประจำตัวอื่น			0.373	0.541
มี	21(14.48)	34(23.45)		
ไม่มี	39(26.90)	51(35.17)		
ประวัติการสูบบุหรี่			15.104	<0.001
สูบเป็นประจำ	8(5.52)	0(0.00)		
สูบเป็นบางครั้ง	1(0.69)	0(0.00)		
เคยสูบแต่เลิกสูบแล้ว	5(3.45)	15(10.34)		
ไม่เคยสูบ	46(31.72)	70(48.28)		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=145) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		x^2	P-value
	ระดับพอใช้ (ร้อยละ)	ระดับดีมาก (ร้อยละ)		
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์			8.014	0.042
ดื่มเป็นประจำ	4(2.76)	1(0.69)		
ดื่มเป็นบางครั้ง	5(3.45)	5(3.45)		
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	3(2.07)	15(10.34)		
ไม่เคยดื่ม	48(33.10)	64(44.14)		
ค่าความดันโลหิต			6.723	0.247
เหมาะสม (<120/<80 มม.ปรอท)	8(5.52)	12(8.28)		
ปกติ (120-129/80-84 มม.ปรอท)	6(4.14)	16(11.03)		
สูงกว่าเกณฑ์ (>130/>85 มม.ปรอท)	46(31.73)	30(39.30)		

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.69 ร้อยละ 55.86 และร้อยละ 61.38 ตามลำดับ ในขณะที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 55.86 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 55.10 และร้อยละ 46.21 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ (r=0.343, p<0.001) ทักษะการตัดสินใจและทักษะการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง (r=0.608 และ r=0.694 ตามลำดับ, p<0.001) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=145)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	-0.118	0.157	ต่ำ
ความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	0.343	<0.001	ต่ำ
ทักษะการสื่อสาร	0.118	0.157	ต่ำ
ทักษะการตัดสินใจ	0.608	<0.001	ปานกลาง
ทักษะการจัดการตนเอง	0.694	<0.001	ปานกลาง
การรู้เท่าทันสื่อ	0.113	0.176	ต่ำ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ทำการเก็บข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 145 คน โดยองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.62 และระดับพอใช้ ร้อยละ 41.58 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนกนันท์ แสนสุนนท์และคณะ[10] ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งอาจเป็นผลมาจากนโนบายในการควบคุมความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองที่ถูกต้องตามแนวทางการรักษาและเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยจากสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย [2] จากบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวม โดยเห็นได้จากประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิวัฒน์ อัครพัฒนากูล และคณะ [11] ที่ทำการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และการรับรู้ผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มอยู่ในระดับแบบเสี่ยงต่ำ (Low-risk drinker) และมีการรับรู้ถึงผลกระทบของแอลกอฮอล์ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่รับรู้ถึงผลกระทบของแอลกอฮอล์มีระดับของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในขั้นของการตัดสินใจที่จะปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคมากขึ้น นอกจากนี้ จากการวิจัยของ รุ่งนภา สังข์แก้ว[12] ยังแสดงให้เห็นถึงความตั้งใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ต้องการเลิกพฤติกรรมการสูบบุหรี่เพื่อการมีสุขภาพที่ดี การวิจัยนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเกิดจากการหลีกเลี่ยง หรือปฏิเสธการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ส่งผลให้ระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับที่พอใช้ จนถึงระดับดี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ อริยสิทธิ์[13] ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่า ความรู้และเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และทักษะในการจัดการตนเอง จะนำไปสู่การวิเคราะห์และตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เห็นได้จากการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีด้วย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังพบว่า การรู้เท่าทันสื่อ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับไม่ดี ทั้งนี้ อาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของความสามารถในการการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ รวมถึงการสื่อสารทางสุขภาพเพื่อแสวงหาความรู้และเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ นริศรา แก้วบรรจักร และคณะ[7] ที่อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการตัดสินใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ พิม สุวรรณิน[14] ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยจะเห็นว่า ทักษะการจัดการตนเองและทักษะการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง เนื่องจาก พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเริ่มต้นจากกระบวนการรับรู้และเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ จนเกิดการเป็นทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรม ผู้ที่มีระดับความรอบรู้สุขภาพที่เพียงพอมีโอกาสน้อยที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยง ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสมรรถนะสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงควรมีการส่งเสริมให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอในทุกด้าน เพื่อให้มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์และประเมินคุณค่าข้อมูลสุขภาพ จนสามารถตัดสินใจนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ คือ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ และด้านทักษะการจัดการตนเอง ร่วมกับการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการลดหรือเลิกสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป คือ ควรทำการศึกษาในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์พื้นที่การวิจัยและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2565 NCDs [อินเตอร์เน็ต].2565. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Report2565NCDs.pdf
2. Thai Hypertension Society. Thai Guidelines on the Treatment of Hypertension 2012 update 2015 [อินเตอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf
3. Weber MA, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. The journal of clinical hypertension 2014: 16(1): 14-26.
4. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารรสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อลดอัตตราการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นในโรคความดันโลหิตสูง [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก http://hed.go.th/linkHed/443
5. Nutbeam, D. The evolving concept of Health Literacy. Social Science & Medicine 2008; 67(12): 2072-2078.
6. Shi D, et. Al. Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study. Internal and Emergency Medicine 2017: 12(6): 765-776.
7. นริศรา แก้วบรรจักร, ประไพจิตร ชุมแวงวาปี และ กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์. ปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563: 3(3): 1-15.
8. Best, John W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.; 1977.
9. Bloom, B. S. Mastery learning. UCLA – CSEIP evaluation Comment,1(2), Los-angeles.: University of California at Los Angeles; 1968.9.
10. ชนกนันท์ แสนสุนนท์ และกฤชกันทร สุวรรณพันธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564: 7(2): 42-61.
11. อภิวัฒน์ อัครพัฒนานุกูล, ภูมิ ชมพูศรี และจิตรลดา อุทัยพิบูลย์. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงแสน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2562: 6(2): 1-11.
12. รุ่งนภา สังข์แก้ว, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2562: 33: 21-36.

13. จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารทางการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 2023: 20(3): 117-23.
14. พิม สุวรรณิน. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หน่วยตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ โรงพยาบาลตำรวจ. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2564: 1(2): 10-19.

การเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ในระดับครัวเรือนและชุมชน โดยบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : กรณีศึกษาตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์

นราวุธ สินสุพรรณ์[1*] กัญญา กิ่งจันทร์[2] รัฐพล สีหะวงษ์[3] ศิริชัย พิศเพ็ง[4] ปิยวรรณ นามนุ[5]

[1*,2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ [3]นักวิทยาศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

[4] งานบริการทั่วไป [5]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นต้นแบบสุขภาพในการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่างเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2565 กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 89 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด -19 ร้อยละ 100 มีการค้นหาหรือคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบร้อยละ 85.40 ทำการคัดกรองครบทุกหลังคาเรือนร้อยละ 94.74 มีการจัดทำบัญชีรายชื่อแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ ร้อยละ 100 มีการให้ข้อมูลข่าวสาร และติดตามเยี่ยมสังเกตอาการผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่บ้าน ร้อยละ 100 มีความพร้อมด้านอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน เช่น หน้ากากอนามัย ปรอทวัดไข้ร้อยละ 89.90 ด้านการป้องกันตนเองจากการติดโรคโควิด -19 พบว่า ส่วนใหญ่ล้างมือก่อนและหลังทำกิจกรรมทั้งในครัวเรือนและชุมชน ร้อยละ 96.60 ส่วนใหญ่สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่นอกบ้าน ร้อยละ 96.60 ส่วนใหญ่มีการเว้นระยะห่างเมื่ออยู่ในพื้นที่ชุมชน ร้อยละ 94.40 ด้านความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด -19 พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 48.30 รองลงมาคือระดับต่ำร้อยละ 31.50 ปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด - 19 พบว่าประชาชนในหมู่บ้านมีการปกปิดข้อมูลการเดินทางจากต่างพื้นที่ ไม่ให้ความร่วมมือในการคัดกรอง และขาดอุปกรณ์ในการในการป้องกันโรค เช่น หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์เจล ข้อเสนอแนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรได้รับความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มาตรการกักตัวและตรวจหาเชื้อ การแยกประเภทผู้ป่วย และการใช้ผลิตภัณฑ์ฆ่าเชื้อโรคเพื่อเพิ่มศักยภาพในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคต่อไป

คำสำคัญ : การเฝ้าระวังและการป้องกันโรค/ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

[*]ผู้รับผิดชอบบทความ: นราวุธ สินสุพรรณ์, อีเมล: wut5572@gmail.com, โทร.: 08 1073 5572

Received: 4 กรกฎาคม 2566/ Revised: 18 กันยายน 2566/ Accepted: 2 ตุลาคม 2566

Surveillance and Prevention of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Household in Communities towards Village Health Volunteers : a Case Study in Sri Suk Sub-District, Samrong Thap District, Surin Province

Narawut Sinsupun[1*] Kanya Kingchan[2] Rathaphon Srihawong[3] Sirichai Pitpeng[4]
Piyawan Namnu[5]

[1*2]Assistant Professor, [3]Scientist, Faculty of Science and Technology, Surindra Rajabhat University
[4]General services staff, [5]Professional nurses, Health Promoting Hospital Sri Suk Sub-District, Surin province

Abstract

Village health volunteers are health models to surveillance and prevention coronavirus 2019 (COVID-19). The research aims to study surveillance and prevention of coronavirus 2019 (COVID-19) among village health volunteers in Sri Suk Sub-District, Samrong Thap District, Surin Province. Data collection during October – November 2022 with 89 village health volunteers. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results found that village health volunteers have received 100% knowledge about COVID-19, 85.40% have searched or screened at-risk groups in their area of responsibility, 94.74% have screened every household, 100% separate risk groups to observe symptoms, 100% provided information and followed up with visits to observe the symptoms of high-risk contacts at home, and 89.90% were ready with equipment for work, such as face masks and thermometers. In terms of protecting themselves from contracting COVID-19, it was found that 96.60% washed their hands before and after doing activities both in the household and the community, 96.60% wore masks when outside the home, and 94.40% kept distance when in community areas. In terms of COVID-19 monitoring and prevention knowledge, 48.30% had a moderate level and 31.50% had a low level. The problems and obstacles in COVID-19 monitoring and prevention have been discovered, as people in the village conceal travel information from different regions. They did not cooperate with screening, and lack of masks, alcohol gel and other prevention equipment. Suggestion for village health volunteers should gain risk of infection, quarantine and testing measures, classification of patients and use of disinfectant products to increase potential for surveillance and prevention.

Keywords: Surveillance and prevention/ Coronavirus 2019/ Village health volunteers

[*]Corresponding author: Narawut sinsupun, email: wut5572@gmail.com, Tel.: 08 1073 5572
Received: July 4, 2023/ Revised: September 18, 2023/ Accepted: October 2, 2023

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) นับเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่สำคัญในระดับประเทศและระดับโลกโดยเป็นโรคติดต่อที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก โดยสถิติผู้ป่วยโรคโควิด – 19 ข้อมูล ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2563 พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 6,690 ราย และเสียชีวิตสะสม 61 ราย และข้อมูล ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 2,220,324 ราย เสียชีวิตสะสม 21,672 ราย[1] โดยประเทศไทยพบมีการระบาดซึ่งเป็นลักษณะการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) โดยมีการแพร่ระบาดในสนามมวย สถานบันเทิง หลังจากนั้นมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด[2] ซึ่งจากยอดผู้ป่วยสะสมที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้น เป็นผลจากการเคลื่อนย้ายของประชากรของประเทศเพื่อเดินทางกลับภูมิลำเนาและการเดินทางไปในที่ต่างๆ ของประชากรและส่งผลให้มีการแพร่ระบาดในระดับชุมชน และหมู่บ้าน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการยับยั้งการแพร่ระบาดในแต่ละพื้นที่ โดยมีการติดตามรายชื่อที่มีการรายงานการระบาดในชุมชน และสร้างความรู้คความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด – 19 แก่ประชาชนโดยเฉพาะการรู้จักการป้องกันโรคโดยปฏิบัติตามหลักการกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย[3] โดยกระทรวงสาธารณสุขมีแนวทางที่สำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่กระบาดของโรคโควิด – 19 ได้แก่ การจัดให้มีหน้ากากอนามัย จัดหาเจลแอลกอฮอล์ให้เพียงพอ มีการตรวจวัดอุณหภูมิของร่างกาย และการเว้นระยะห่างทางสังคม[4]

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังคงมีความสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด – 19 ในชุมชนเป็นอย่างมากเพื่อควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคในชุมชนของตนเอง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันตนเอง การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการควบคุมและป้องกันโรค เพื่อนำความรู้ไปถ่ายทอดให้ประชาชนในพื้นที่ การค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับทีมสุขภาพและชุมชน การจัดทำบัญชีรายชื่อและแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการในหลังคาเรือนที่ตนเองรับผิดชอบร่วมกับทีมผู้นำชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่[5]

อำเภอสำโรงทาบเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดสุรินทร์ที่มีการระบาดของโรคโควิด – 19 อย่างต่อเนื่อง และกระจายไปในแต่ละตำบลทั้ง 10 ตำบล โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอสำโรงทาบ จำนวน 1,104 ราย ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในพื้นที่ โดยสถานการณ์การติดเชื้อของอำเภอสำโรงทาบจังหวัดสุรินทร์มีผู้ป่วยสะสม 929 ราย มีผู้ติดเชื้อ ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 117 ราย และมีผู้เสียชีวิตสะสม 3 ราย โดยยอดผู้ติดเชื้อในพื้นที่ 3 ลำดับแรก ได้แก่ ตำบลศรีสุข จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.48 รองลงมาคือตำบลหนองไผ่ล้อม จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.09 และ ตำบลเกาะแก้ว จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.53 ตามลำดับ[6] จากข้อมูลการติดเชื้อในพื้นที่จะเห็นได้ว่าตำบลศรีสุข เป็นตำบลที่มียอดสะสมของการติดเชื้อค่อนข้างสูงกว่าตำบลอื่นๆ โดยพื้นที่ตำบลศรีสุขนั้นมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 89 คน ปฏิบัติหน้าที่ใน 8 หมู่บ้าน การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ในพื้นที่นั้นเกิดจากการเคลื่อนย้ายของประชากรในเขตพื้นที่ ตลอดทั้งการมีกิจกรรมต่างๆ ทางวัฒนธรรมที่อาจเชื่อมโยงต่อการแพร่ระบาดของโรคได้ เช่น การเล่นแกลมอของชุมชนในเขตพื้นที่ตำบลศรีสุข ซึ่งเป็นวัฒนธรรมการรักษาคนป่วยของชุมชนชาวกูย ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด – 19 เช่นกัน ดังนั้นการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ในระดับครอบครัวและชุมชน การสร้างความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวังและการป้องกันโรค จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งด้านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การสื่อสารความเสี่ยงในรูปแบบต่างๆ การติดต่อประสานงานกับเครือข่ายในการควบคุมและป้องกันโรค เพื่อเป็นการยับยั้งการแพร่กระจายของเชื้อโรคไม่ให้มีการระบาดในวงกว้างต่อไป

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเฝ้าระวังป้องกันโรค ความรู้ในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรค ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

(Covid-19) ในระดับครอบครัว และชุมชน โดยบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางดำเนินการพัฒนาความรู้ และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคในเขตพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์

2. เพื่อศึกษาความรู้ในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์

3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey research) เพื่อศึกษาการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ในระดับครัวเรือน และชุมชน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2565 จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบทุกคน จำนวน 89 คน

2. เครื่องมือในการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 2) ความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การเฝ้าระวัง และการป้องกันโรคมีจำนวน 12 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนคะแนนอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[7] มีเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 9-12 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79.99 (ช่วงคะแนน 7-8 คะแนน) ความรู้ระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0-6 คะแนน) 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรค เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อจำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ประจำ หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองทุกครั้ง บางครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองบางครั้ง ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองเลย 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยทำการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาซึ่งทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และได้นำเครื่องมือการวิจัยไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่ตำบลนอกเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 ชุด ทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค ด้วยวิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 แบบสอบถามการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ด้วยวิธีของครอนบาคอัลฟ่า (Cronbach’s alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค ข้อมูลการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2) ข้อมูลแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำการวิเคราะห์เนื้อหาโดยจัดระเบียบของข้อมูลเชิงคุณภาพ และสรุปประเด็นที่สำคัญ

4. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ เลขที่ HE 651007 ลงวันที่ 29 กันยายน 2565 โดยผู้วิจัยทำการขออนุญาต และชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่ได้ระบุชื่อของอาสาสมัครแต่อย่างใด โดยผลการศึกษาจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น หากอาสาสมัครวิจัยรู้สึกไม่สบายใจในการให้ข้อมูล สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้เสมอ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.30 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35 - 59 ปี ร้อยละ 82.00 รองลงมาคือ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.60 มีอายุเฉลี่ย 51.04 ปี (σ = 8.41) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.80 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 16.90 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 95.50 มีระยะเวลาของการดำรงตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.40 และรับผิดชอบดูแลหลังคาเรือน 11 หลังคาเรือนขึ้นไป ร้อยละ 65.20 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (N=89)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	30	33.70
หญิง	59	66.30
อายุ		
น้อยกว่า 35	3	3.40
35 – 59 ปี	73	82.00
60 ปีขึ้นไป	13	14.60
μ= 51.04, σ = 8.41, MIN= 29, MAX= 72		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	55	61.80
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	16.90
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	19.10
อนุปริญญา/ปวส.	1	1.10
ปริญญาตรี	1	1.10

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (N=89) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	85	95.50
ค้าขาย	2	2.20
รับจ้าง	2	2.20
ระยะเวลาของการเป็นอาสาสมัคร		
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
น้อยกว่า 1 ปี	4	4.50
1 – 5 ปี	4	4.50
6 – 10 ปี	29	32.60
11 ปี ขึ้นไป	52	58.40
จำนวนหลังคาเรือนที่ดูแล		
≤ 10 หลัง	31	34.80
11 หลังขึ้นไป	58	65.20
μ= 11, **σ**= 2.41, Min= 5, Max= 15		

2. ระดับความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

ระดับความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) พบว่า ส่วนใหญ่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.30 รองลงมาคือมีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 31.50 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 80 - 100)	18	20.20
ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	43	48.30
ความรู้ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	28	31.50
μ = 7.21, **σ** = 1.43, Min = 4, Max = 11		

3. ความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) จำแนกรายข้อ

ความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid - 19) รายข้อพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตอบถูกมากที่สุดคือข้อที่ 1 การตรวจวัดอุณหภูมิของประชาชนในพื้นที่ หากพบว่ามีอุณหภูมิตั้งแต่ 37.50 องศาเซลเซียส ขึ้นไป ถือว่าเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโครโรนา 2019 (Covid - 19) ร้อยละ 89.90 ส่วนข้อที่ตอบผิดมากที่สุดคือข้อที่ 8 กรณีที่ผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ หรือไม่มีความเสี่ยงไม่ต้องกักตัว ร้อยละ 91.00 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) จำแนกรายข้อ

ข้อ	คำถาม	ตอบถูก	ตอบผิด
1.	การตรวจวัดอุณหภูมิของประชาชนในพื้นที่ หากพบว่ามีอุณหภูมิตั้งแต่ 37.50 องศาเซลเซียส ขึ้นไป ถือว่าเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid - 19)	80 (89.90)	9 (10.10)
2.	หากต้องติดตามผู้สัมผัสเสี่ยงสูงต้องเว้นระยะห่างในการพูดคุยกันอย่างน้อย 2 เมตร	72 (80.90)	17 (19.10)
3.	การล้างมือด้วย แอลกอฮอล์เจล สบู่เหลวล้างมือ สบู่ก้อน เป็นการล้างมือเพื่อฆ่าเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid – 19)	72 (80.90)	17 (19.10)
4.	เมื่อต้องพูดคุยกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid - 19) ในระยะไม่เกิน 1 เมตร นานกว่า 15 นาที โดยไม่ได้สวมหน้ากากอนามัย แนะนำให้กักตัว 7 วัน และตรวจหาเชื้อ	24 (27.00)	65 (73.00)
5.	ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์เจลสำหรับล้างมือคือ 75%	50 (56.20)	39 (43.80)
6.	โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ได้อยู่ในเกณฑ์การพิจารณาให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid - 19) แบบเร่งด่วน	72 (80.90)	17 (19.10)
7.	ไฮเตอร์ เป็นผลิตภัณฑ์สำหรับทำความสะอาดพื้นที่ เช่น พื้นบ้านเรือน หรือที่ปนเปื้อนละอองเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid – 19)	24 (27.00)	65 (73.00)
8.	กรณีที่ผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ หรือไม่มีความเสี่ยง ไม่ต้องกักตัว	8 (9.00)	81 (91.00)
9.	กรณีกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มโรคเรื้อรัง(608) ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นเข็มที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะแนะนำให้ฉีดเข้มที่ 3 โดยห่างจากเข็มที่ 2 อย่างน้อย 2 เดือน	63 (70.80)	26 (29.20)
10.	การซักผ้าของตนเอง และครอบครัว สามารถซักด้วยผงซักฟอก และน้ำธรรมดา	63 (70.80)	26 (29.20)
11.	การแนะนำเมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid - 19) คือ กรณีมี ไข้ ไอ อ่อนเพลีย ไอมาก ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยท้องเสีย หรือเป็นกลุ่ม 608 แนะนำให้แจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อขอรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล และกรณีอาการรุนแรง เช่น หายใจลำบาก มึนงง เจ็บหน้าอก ให้ประสานรถ 1669 ทันที	66 (74.20)	23 (25.80)
12.	หญิงตั้งครรภ์ เป็นกลุ่ม 608 จำเป็นต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid - 19)	48 (53.90)	41 (46.10)

4. ข้อมูลการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.1 ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 100 มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบร้อยละ 85.40 ส่วนใหญ่จะทำ

การคัดกรองเมื่อมีประชาชนเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงร้อยละ 84.21 และส่วนใหญ่มีการดำเนินการคัดกรองครบทุกหลังคา ร้อยละ 94.74 ส่วนใหญ่พื้นที่รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเคยมีการระบาดของโรคโควิด-19 ร้อยละ 59.60 และมีการจัดทำบัญชีรายชื่อแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการร้อยละ 100 และได้ให้ข้อมูลข่าวสารโดยการเคาะประตูบ้าน ร้อยละ 100 มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สัมผัสเสี่ยงสูงร้อยละ 100 มีความพร้อมด้านหน้ากากอนามัย ปรอทวัดไข้ ในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 89.90 ส่วนใหญ่มีการบันทึกและรายงานผลการดำเนินงานต่อเจ้าหน้าที่เป็นประจำร้อยละ 77.50 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด - 19 ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) และการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)	89	100
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินการค้นหา/คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบ	76	85.40
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินการค้นหา/คัดกรองกลุ่มเสี่ยงครบทุกหลังคาเรือน (N = 76)	72	94.74
4. ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเคยมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)	53	59.60
5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจัดทำบัญชีรายชื่อและแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ (N = 53)	53	100
6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินการเคาะประตูบ้านรณรงค์ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการกินร้อน ช้อนกลางส่วนตัว สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้นระยะห่างทางสังคม แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (N = 53)	53	100
7. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามเยี่ยมสังเกตอาการผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่บ้าน จนครบ 14 วัน ทุกราย (N = 53)	53	100
8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพร้อมด้านอุปกรณ์ เช่น หน้ากากอนามัย ปรอทวัดไข้ แอลกอฮอล์เจล ในการปฏิบัติงาน	80	89.90
9. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการบันทึกและรายงานการดำเนินงานต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำ	69	77.50
10. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)	89	100
10.1 จำนวนเข็มที่ได้รับการฉีด		
2 เข็ม	4	4.50
3 เข็ม	82	92.10
4 เข็ม	3	3.40

4.2 ข้อมูลการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 พบว่าส่วนใหญ่รับประทานอาหารร้อน ปรุงสุกใหม่บางครั้ง 92.10 ไม่เคยใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารในครอบครัวและกับผู้อื่น ร้อยละ 66.20 มีการล้างมือก่อนและหลังทำกิจกรรมทั้งในครอบครัวและชุมชน ร้อยละ 96.60 สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้านร้อยละ 96.60 และมีการรักษาระยะห่างเมื่ออยู่ในพื้นที่คนจำนวนมาก ร้อยละ 94.40 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

การป้องกันตนเอง	ระดับพฤติกรรมการป้องกัน		
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1. การรับประทานอาหารร้อน ปรุงสุกใหม่	7 (7.90)	82(92.10)	-
2. การใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารทั้งในครอบครัวและกับผู้อื่น	8 (9.00)	22 (24.80)	59 (66.20)
3. การล้างมือก่อนและหลังทำกิจกรรมทั้งในครอบครัวและชุมชน	86 (96.60)	3 (3.40)	-
4. การสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่นอกบ้าน	86 (96.60)	3 (3.40)	-
5. การรักษาระยะห่างทางสังคมเมื่ออยู่ในที่ชุมชนหรือคนจำนวนมาก	84 (94.40)	5 (5.60)	-

5. ข้อมูลปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) พบว่า ด้านการค้นหากลุ่มเสี่ยงประชาชนในหมู่บ้านมีการปิดบังข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทางหรือการสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากกลัวว่าจะต้องถูกกักตัวและคิดว่าประชาชนในหมู่บ้านจะรังเกียจ นอกจากนั้นประชาชนบางคนยังไม่ให้ความร่วมมือในการคัดกรองจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนด้านอุปกรณ์ ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) พบว่ายังขาดอุปกรณ์ในการป้องกันโรคเช่น หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์เจล เป็นต้น ด้านการรณรงค์ให้ประชาชนเข้ารับการฉีดวัคซีนพบว่า ประชาชนขาดความร่วมมือในการเข้ารับการฉีดวัคซีน

อภิปรายผล

การเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด -19 โดยบทบาทของอาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนเคยผ่านการได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เนื่องจากโรคโควิด -19 ถือเป็นโรคอุบัติใหม่ดังนั้นทุกคนจึงผ่านการได้รับความรู้ก่อนจะทำการเฝ้าระวังโรคและควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ นอกจากนั้นในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 85.40 มีการจัดทำบัญชีรายชื่อและแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของ สำเริง แหยงกระโทก และคณะ (มปป)[8] และสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เชาว์สุวรรณ และคณะ[9] โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับความสำเร็จในการควบคุมโรคเชิงรุกอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านการป้องกันตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่าส่วนใหญ่รับประทานอาหารแบบปรุงสุกใหม่ เป็นบางครั้งร้อยละ 92.10 อาจเป็นเพราะช่วงการปฏิบัติหน้าที่ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชนนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอาจต้องเตรียมอาหารไว้เพื่อปฏิบัติหน้าที่

ที่ได้รับมอบหมาย และผลการศึกษายังพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารทั้งในครอบครัวและร่วมกับผู้อื่นถึงร้อยละ 61.80 ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจเป็นจุดเริ่มต้นของการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ได้ ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรส่งเสริมให้อาสาสมัครยึดหลักการป้องกันบุคคลไม่ให้ติดเชื้อหรือเกิดโรค[10] เพื่อการป้องกันโรคโควิด -19 รวมทั้งการให้ความรู้ และปรับเปลี่ยนทัศนคติในการป้องกันโรคและควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดพฤติกรรมเคยชินต่อไป

ด้านความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด -19 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดความรู้ในประเด็นเกี่ยวกับการพูดคุยกับผู้ป่วยในระยะใกล้ชิด ไม่เกิน 1 เมตร นานกว่า 15 นาที ต้องกักตัวและตรวจหาเชื้อโดยมีผู้ตอบผิด ร้อยละ 73.00 การใช้ไฮเตอร์สามารถฆ่าเชื้อบริเวณบ้านผู้ป่วยได้ โดยตอบผิดร้อยละ 73.00 และ การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ โดยตอบผิดร้อยละ 91.00 จากผลการศึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการใช้ผลิตภัณฑ์ฆ่าเชื้อสำหรับฆ่าเชื้อโรคภายในบ้านของผู้ป่วยจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด -19 ได้ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของสุทธิชัย วงค์ชาญศรี[11] ที่ศึกษาผลการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดนครพนม พบว่า ภายหลังจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคโควิด -19 แล้ว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเพิ่มขึ้น จากผลการศึกษาดังกล่าวอาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั่นเอง

ด้านปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด -19 พบว่า ประชาชนขาดความร่วมมือในการป้องกันตนเองทั้งด้านการสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิทยา ชิณบุตร และนภัทร ภักดีสรวิชญ์[12] และ เยาวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์[3] ที่พบว่าปัญหาในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด -19 คือการขาดความร่วมมือของประชาชน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวอาจเป็นเพราะโรคโควิด -19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ประชาชนยังไม่เข้าใจและไม่ให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค ดังนั้น การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจของบุคลากรกับประชาชนจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นเพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการป้องกันโรคโควิด -19 ที่ถูกต้องรวมทั้งการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคต่อไป รวมทั้งการสร้างการรับรู้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับแรงแรงสนับสนุนทางสังคม[13] การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เช่น ค่าตอบแทน สวัสดิการต่างๆ ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีกำลังใจ และมีความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงาน[14]

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด -19 เป็นไปตามแนวทางการเฝ้าระวังโรคโควิด -19 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งด้านการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด -19 การค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยง การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มสี่ยง การออกรณรงค์ให้ความรู้ตามหลังคาเรือน มีการติดตามเยี่ยมบ้านสังเกตอาการผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด -19 ทุกคน ส่วนใหญ่ได้รับ 3 เข็ม ร้อยละ 92.10 ส่วนด้านการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด -19 ได้ข้อค้นพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารร้อน ปรุงสุกใหม่เป็นบางครั้ง และไม่เคยใช้ช้อนกลางรับประทานอาหารร้อยละ 66.20 ด้านความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด -19 พบว่าส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ซึ่งประเด็นที่ต้องเพิ่มเติมคือการแยกประเภทของผู้สัมผัสเสี่ยงสูง เสี่ยงต่ำ การให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับคำแนะนำต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับกลุ่มเสี่ยง 608 ได้แก่ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีโรคประจำตัว 7 โรคได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็ง และโรคเบาหวานเพื่อการส่งต่อหรือการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม ส่วนปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินการเฝ้า

ระวังคือประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ให้ความร่วมมือในการป้องกันตนเองทั้งการสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม ตลอดจนการปกปิดข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการระบาดในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการนำผลกาวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารน้อยมาก ตลอดจนการรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่เป็นบางครั้ง ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรเน้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดี โดยเฉพาะการใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารกับสมาชิกครอบครัวและกับผู้อื่น และส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มาตรการกักตัวและตรวจหาเชื้อ การแยกประเภทผู้ป่วย และการใช้ผลิตภัณฑ์ฆ่าเชื้อโรคและมีการจัดสิ่งสนับสนุนในการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด -19 ในชุมชน เช่น หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์เจลในการปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด -19 แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด -19

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สถานการณ์ Covid-19 ในประเทศไทย. [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 28 มกราคม 2565]. จาก www.moicovid.com.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง. [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2565]. จาก www.ddc.moph.go.th.
3. เยาวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2564: 4(1): 44-58
4. ฉัตรสมุน พฤฒิภิญโญ. มาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข 2563: 6(2): 467-485
5. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ. การถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. นนทบุรี : สถาบันพระบรมราชนก กระทรวงสาธารณสุข: 2564
6. โรงพยาบาลสำโรงทาบ. รายงานสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 อำเภอสำโรงทาบ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565. ศูนย์ประสานงานโควิด – 19 โรงพยาบาลสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์. 2565
7. เพชรัตน์ ศิริสุวรรณ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2561: 8(1): 45-58
8. สำเริง แหยงกระโทก และคณะ. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) สำหรับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. นนทบุรี : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ: มปป.
9. กิตติพร เนาว์สุวรรณ. ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2563: 12(3): 195-212

10. สำนักระบาดวิทยา. มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว(SRRT). นนทบุรี: ชุมนมสหกรณ์แห่งประเทศไทย : 2555
11. สุทธิชัย วงค์ชาญศรี. ผลการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนม. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) 2566: 38(1): 37-45
12. วิทยา ชินบุตร, นภัทร ภักดีสรวิชญ์. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2564: 6(2): 304-318
13. สรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2564: 1(2): 75-90
14. วิชัย ศิริวรวัจน์ชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม.ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2564: 4(2): 63-75

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ธัญลักษณ์ วิชัย[1] รชานนท์ ง่วนใจรัก[2*]

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

[2*]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 442 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2564 ด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์แบบถดถอยลอจิสติก (Logistic regression analyses)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-70 ปี (Mean±SD = 70.07±7.52 ปี) รายได้ต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 30,000 บาท (Median = 6,000, Max = 80,000, Min = 600) มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 90.95 ผู้สูงอายุมีการรับรู้สิทธิด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เพียงพอ (ร้อยละ 86.88) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่เพียงพอ (ร้อยละ 58.60) และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 62.67) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเพศ (AOR = 1.89; 95%CI: 1.07, 3.35) อายุ (AOR = 1.94; 95%CI: 1.06, 3.57) รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (AOR = 5.66; 95%CI: 1.22, 26.19) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (AOR = 3.29; 95%CI: 1.58, 6.85) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (AOR = 4.09; 95%CI: 2.05, 8.12) ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง (AOR = 2.04; 95%CI: 1.03, 4.03) และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (AOR = 4.06; 95%CI: 1.72, 9.58) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงตัวแปรสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมที่สุด

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/ การดูแลสุขภาพ/ การเข้าถึงบริการสุขภาพ/ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

*ผู้รับผิดชอบบทความ: รชานนท์ ง่วนใจรัก, อีเมล: rachanon.n@nrru.ac.th, โทร.: 08 1534 5099

Received: 5 กรกฎาคม 2566/ Revised: 18 ตุลาคม 2566/ Accepted: 15 พฤศจิกายน 2566

Health Literacy and Factors Associated with Health Service Access Among Elderly People in Nakhon Ratchasima Province

Thanyaluk Wichai[1] Rachanon Nguanjairak[2*]

[1] Master student, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

[2*] Asst Prof., Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

Health literacy affects elderly people's ability to access health care. The purpose of this cross-sectional analytical study was to investigate health literacy among the elderly and its association to health service access. A multi-stage random sampling was used to select a sample of 442 elderly people in Nakhon Ratchasima Province. A structured questionnaire was used to collect data between March and August 2021, including demographic and characteristic data, perceptions of health security, health literacy, and access to health services for the elderly. Descriptive statistics and logistic regression analyses were used for data analysis.

Results of the study showed that most of the sample was female, aged 60-70 years (Mean±SD = 70.07±7.52 years), monthly family income less than 30,000 baht (Median = 6,000, Max = 80,000, Min = 600) and had universal health care coverage (90.95%), while the elderly had the perception of health security at an adequate level (86.88%). Similarly, the overall level of health literacy and health services was adequate (58.60% and 62.67%, respectively). Results of the association between factors showed that the health service access was significantly associated with gender (AOR = 1.89; 95%CI: 1.07-3.35), age (AOR = 1.94; 95%CI: 1.06-3.57) and monthly family income (AOR = 5.66; 95%CI: 1.22-26.19) health literacy in terms of understanding of health information and services (AOR = 3.29; 95%CI: 1.58-6.85), communication and social support (AOR = 4.09; 95%CI: 2.05-8.12), self-management for health (AOR = 2.04; 95%CI: 1.03-4.03) and the overall health literacy (AOR = 4.06; 95%CI: 1.72-9.58). The present study demonstrates the key factors involved with access to health services in the elderly. Health practitioners should become aware of these factors to promote and support the elderly in accessing optimum health services.

Keywords: Older people/ Health care/ Access to health services/ Health literacy

*Corresponding author: Rachanon Nguanjairak, email: rachanon.n@nrru.ac.th, Tel.: 08 1534 5099

Received: July 5, 2023/ Revised: October 18, 2023/ Accepted: November 3, 2023

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 ด้วยอัตราการเกิดที่น้อยลงและอายุที่ยืนยาวมากขึ้น จากการคาดการณ์ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2581[1] สถิติผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2562 พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 453,388 คน คิดเป็นร้อยละ 17.12 ของประชากรทั้งจังหวัด[2] จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าจังหวัดนครราชสีมากำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งผู้สูงอายุมีสภาพปัญหาที่สำคัญคือด้านสุขภาพ มีการเสื่อมสภาพตามวัย มีปัญหาเรื่องการเจ็บป่วยส่งผลต่อการประกอบอาชีพ ต้องการความช่วยเหลือจากสังคมมากกว่ากลุ่มวัยอื่นและความต้องการที่มากที่สุดของผู้สูงอายุคือความต้องการบริการด้านสุขภาพ[3] ประชากรไทยส่วนใหญ่แม้จะมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ก็ยังมีความแตกต่างระหว่างลักษณะทั่วไป สถานภาพการทำงาน และเศรษฐานะของผู้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลแบบต่างๆ และถึงแม้ว่าคนไทยทุกคนจะมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพแต่ก็ยังคงมีคนไทยบางกลุ่มโดยเฉพาะคนยากจนและผู้สูงอายุอาจไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการจ่ายน้อย[4] และนอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเขาถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคประจำตัว การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการทางสุขภาพและทัศนคติ ต่อการเขาถึงบริการทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร[5,6]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้บุคคลสามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เช่น ในการแสวงหาบริการและผู้ให้บริการที่เหมาะสม สามารถให้ข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี จากรายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสุดพบที่ผู้ที่อายุอยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป[7] และจากการศึกษาความรอบรู้ดานสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรอบรูดานสุขภาพในภาพรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมีปญหา[8] สะท้อนให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุยังเป็นข้อจำกัด ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่สุขภาวะ[9]

จังหวัดนครราชสีมามีประชากรรวมทุกวัยมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ รองจากกรุงเทพมหานคร และเป็นอับดับ 1 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งประกอบด้วยประชากรหลากหลายเชื้อชาติหรือหลายชาติพันธุ์ และจังหวัดนครราชสีมามีประชากรสูงอายุมากที่สุด จากข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2564 พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมร้อยละ 97.77 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านร้อยละ 1.69 และเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.54 ได้รับการคัดกรองโรคและปัญหาสำคัญ ได้รับการตรวจคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และมีแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล[10] แต่ยังไม่มีรายงานข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมของจังหวัด ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ทั้งนี้ผลการศึกษาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบและระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก เหมาะสมตามความจำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน และปรับปรุงคุณภาพงานให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทของพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการรับรู้สิทธิด้านสุขภาพ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิทธิด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการเข้าถึงบริการ

สุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย 5 องค์ประกอบของอังศินันท์ อินทรกำแหง[11] ที่พัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบของ Nutbeam D.[12] และประยุกต์ใช้แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Penchansky and Thomas [13] ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2564 ด้วยแบบสอบถาม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 442 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในจังหวัดนครราชสีมา โดยกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการวิเคราะห์แบบถดถอยลอจิสติก[14] จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน[15] เมื่อ n เท่ากับขนาดตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการ, $Z_{1-\alpha/2}$ คือค่าการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับช่วงเชื่อมั่น 95% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96, P_1 คืออัตราส่วนของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี มีค่าเท่ากับ 0.48, P_0 คืออัตราส่วนของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 0.28, B คืออัตราส่วนของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและความรอบรู้ด้านสุขภาพดีต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีค่าเท่ากับ 0.49 และ P เท่ากับ $([1-B]P_0+BP_1)$ มีค่าเท่ากับ 0.38 ได้ขนาดตัวอย่างเริ่มต้นเท่ากับ 146 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มด้วยสูตรการวิเคราะห์แบบถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ ($n\rho = n/[1-\rho]^2$) เมื่อพิจารณาถึงต้นทุน ระยะเวลา และความเป็นไปได้ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงตัดสินใจกำหนดให้ค่า ρ เท่ากับ 0.67 ได้จำนวนตัวอย่างที่ใช้สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ทั้งหมดเท่ากับ 442 คน

ต่อมาผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เริ่มต้นสุ่มเลือกอำเภอในแต่ละกลุ่มอำเภอ[16] จะได้อำเภอตัวอย่าง 6 อำเภอ จากนั้นสุ่มเลือกหมู่บ้าน/ชุมชน ในเขตเทศบาล 1 แห่ง และนอกเขตเทศบาล 1 แห่ง จะได้จำนวน 12 หมู่บ้าน/ชุมชน และเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 442 คน ตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชน กำหนดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุครัวเรือนละ 1 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติในการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ (1) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีสัญชาติไทย อาศัยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจังหวัดนครราชสีมา (2) สามารถพูดคุย ตอบคำถาม สื่อสารหรืออ่านหนังสือภาษาไทยได้ (3) เป็นผู้ที่มีผลการทดสอบสภาพสมองรู้คิดเป็นปกติ ตามแบบฟอร์มสำหรับคัดกรองผู้สูงอายุ (Basic geriatric screening: BGS)[17] และ (4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือแบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล เครื่องมือวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน วิเคราะห์หาค่า Index of item objective congruence (IOC) อยู่ระหว่าง 0.66-1.00 จากนั้นไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงในพื้นที่ตำบลสำพันตา อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 30 คน ซึ่งแต่ละส่วนประกอบด้วยรายละเอียดและมีค่าความน่าเชื่อถือ (Reliability หรือ α) เป็นดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลจำนวน 11 ข้อ มีลักษณะของคำถามเป็นแบบเติมคำตอบและแบบให้เลือกตอบ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการรับรู้สิทธิด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ปรับปรุงจากเครื่องมือของปิยะนุช ชัยสวัสดิ์[18] ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามปลายปิดทั้งหมดให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก (รู้/ไม่รู้) มีเกณฑ์ให้คะแนนผู้ที่ตอบรู้ได้ 1 คะแนน และตอบไม่รู้ได้ 0 คะแนน และแปลผลข้อมูลเป็น 2 ระดับ (เพียงพอ/ไม่เพียงพอ) ตามเกณฑ์ของ Harold O Kiess[19] คือ มีการรับรู้สิทธิอยู่ในระดับเพียงพอ (≥ 5 คะแนน) วิเคราะห์ค่าความน่าเชื่อถือ (α) ด้วยวิธีการของ Kuder และ Richardson โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความน่าเชื่อถือ (α) เท่ากับ 0.79 ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปรับปรุงจากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทย (Thai health literacy scales) [11] แบ่งออกเป็น 5 ด้าน จำนวนรวม 22 ข้อ ในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (4 ข้อ) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ

(4 ข้อ) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ (3 ข้อ) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (6 ข้อ) และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง (5 ข้อ) เป็นลักษณะคำถามปลายปิดเชิงบวกทั้งหมดให้เลือกตอบแบบมาตรการประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ (น้อย/ปานกลาง/มาก) โดยกำหนดค่าคะแนน 1-3 คะแนน และแปลผลข้อมูลเป็น 2 ระดับ (เพียงพอ/ไม่เพียงพอ) ตามเกณฑ์ของ Harold O Kiess[19] คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเพียงพอ (≥ 46 คะแนน) ค่าความน่าเชื่อถือ (α) เท่ากับ 0.94 และส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปรับปรุงจากเครื่องมือของศิริพร งามขำ และคณะ[3] ใช้แนวคิดของ Penchansky and Thomas[13] จำนวน 15 ข้อ เป็นลักษณะคำถามปลายปิดเชิงบวกทั้งหมดให้เลือกตอบแบบมาตรการประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ (น้อย/ปานกลาง/มาก) โดยกำหนดค่าคะแนน 1-3 คะแนน และแปลผลข้อมูลเป็น 2 ระดับ (มาก/น้อย) ตามเกณฑ์ของ Harold O Kiess[19] คือ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก (≥ 33 คะแนน) วิเคราะห์ค่าความน่าเชื่อถือ (α) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่รับรอง HE-144-2563 เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลเพื่อเคารพในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้คำนึงถึงความเสี่ยงและความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างโดยปฏิบัติตามมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณณา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิทธิด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา โดยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร ใช้สถิติแบบถดถอยลอจิสติก (Logistic regression analyses) ด้วยเทคนิคแบบนำเข้าตัวแปรทั้งหมด (Enter elimination) รวมทั้งมีการตรวจสอบสหสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) มีค่า Tolerance หรือ 1/VIF อยู่ระหว่าง 0.43-0.96 และนำเสนอค่า OR, Adjusted OR, 95%CI และ P-value

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สามารถเก็บรวบรวมแบบสอบถามได้ครบทั้งหมด 442 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับ (Response rate) ร้อยละ 100 เมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.35 มีอายุระหว่าง 60-70 ปี (Mean±SD = 70.07±7.52 ปี) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 92.08 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 94.12 (Median = 6,000, Max = 80,000, Min = 600) มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 56.11 และสมาชิกในครอบครัวมี 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 64.03 (Mean±SD = 3.36±1.68 คน) มีผู้อาศัยอยู่ร่วม เมื่อเจ็บป่วยจะมีผู้ดูแล ร้อยละ 88.24 ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมหรือมีบทบาทในชุมชน ร้อยละ 69.23 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.03 เคยตรวจสุขภาพ/รักษา ซึ่งสถานที่ตรวจสุขภาพหรือรับการรักษาปัจจุบันในรอบ 1 ปี ใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐมากที่สุด ร้อยละ 78.51 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 90.95

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้สิทธิด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เพียงพอ (ร้อยละ 86.88) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่เพียงพอ (ร้อยละ 58.60) ดังแสดงในตารางที่ 1 และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 62.67) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้สิทธิด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 442)

ตัวแปร	ระดับ (จำนวน, ร้อยละ)	
	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพ	**384 (86.88%)**	**58 (13.12%)**
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	**259 (58.60%)**	**185 (41.40%)**
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	306 (69.23%)	136 (30.77%)
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	339 (76.70%)	103 (23.30%)
การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	287 (64.93%)	155 (35.07%)
การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	312 (70.59%)	130 (29.41%)
การจัดการสุขภาพตนเอง	303 (68.55%)	139 (31.45%)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 442)

ตัวแปร	ระดับ (จำนวน, ร้อยละ)	
	มาก	น้อย
การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวม	**277 (62.67%)**	**165 (37.33%)**
ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่	403 (91.18%)	39 (8.82%)
ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	407 (92.08%)	35 (7.92%)
ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ	375 (84.84%)	67 (15.16%)
ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ	293 (66.29%)	149 (33.71%)
การยอมรับในคุณภาพบริการ	299 (67.65%)	143 (32.35%)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบแบบ Bivariate analysis ของการศึกษาครั้งนี้พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความ สัมพันธ์อย่างหยาบกับตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย อายุ (OR=0.64; 95%CI=0.43, 0.95) ระดับการศึกษา (OR=3.10; 95%CI=1.26, 7.63) รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (OR=3.47; 95%CI=1.17, 10.26) การเป็นสมาชิกชมรมหรือบทบาทในชุมชน (OR=1.58; 95%CI=1.02, 2.43) สถานที่ตรวจสุขภาพหรือรับการรักษาปัจจุบันในรอบ 1 ปี (OR=2.76; 95%CI=1.17, 6.53) ประเภทสิทธิในการรักษาสุขภาพ (OR=2.74; 95%CI=1.18, 6.39) การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพ (OR=1.98; 95%CI=1.13, 3.45) ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (OR=26.11; 95%CI=12.23, 33.09) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (OR=8.70; 95%CI=5.50, 13.78) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (OR=13.01; 95%CI=7.52, 22.50) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ (OR=9.77; 95%CI=6.22, 15.35) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (OR=9.38; 95%CI=5.86, 15.01) และการจัดการสุขภาพตนเอง (OR=8.89; 95%CI=5.62, 14.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ Multivariate analysis ด้วยเทคนิคแบบนำเข้าตัวแปรทั้งหมด (Enter elimination) พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมามีความสัมพันธ์กับเพศ (AOR=1.89; 95% CI=1.07, 3.35) อายุ (AOR=1.94; 95%CI=1.06, 3.57) รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (AOR=5.66; 95%CI=1.22, 26.19) ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (AOR=4.06; 95%CI:=1.72, 9.58) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (AOR=3.29; 95%CI=1.58, 6.85) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (AOR=4.09; 95%CI=2.05, 8.12) และการจัดการสุขภาพตนเอง (AOR=2.04; 95%CI=1.03, 4.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 442)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละการเข้าถึงบริการระดับมาก	OR	AOR (95%CI)	p-value
เพศ					
ชาย	162	34.30	1	1	
หญิง	280	65.70	1.31	1.89 (1.07, 3.35)	0.029
อายุ (ปี)					
< 70	250	60.65	1	1	
≥ 70	192	39.35	0.64	1.94 (1.06, 3.57)	0.032
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาและน้อยกว่า[a]	407	89.53	1	1	
สูงกว่าประถมศึกษา[b]	35	10.47	3.10	0.60 (0.20, 1.87)	0.382
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (บาท)					
< 30,000	416	92.06	1	1	
≥ 30,000	26	7.94	3.47	5.66 (1.22, 26.19)	0.027
การเป็นสมาชิกชมรมหรือบทบาทในชุมชน					
ไม่มี	306	59.48	1	1	
มี	136	69.85	1.58	0.98 (0.52, 1.84)	0.958
สถานที่ตรวจสุขภาพหรือรับการรักษาปัจจุบันในรอบ 1 ปี					
ไม่เคยตรวจสุขภาพ/รักษา	23	39.13	1	1	
เคยตรวจสุขภาพ/รักษา	419	63.96	2.76	3.10 (0.82, 11.74)	0.097
ประเภทสิทธิในการรักษาสุขภาพ					
สิทธิบัตรทอง/ประกันสังคม	405	60.99	1	1	
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	37	81.08	2.74	2.21 (0.69, 7.10)	0.181
การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพ					
ไม่เพียงพอ	58	48.28	1	1	
เพียงพอ	384	64.84	1.98	0.83 (0.34, 2.04)	0.693
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม					
ไม่เพียงพอ	183	26.78	1	1	
เพียงพอ	259	88.03	20.11	4.06 (1.72, 9.58)	0.001
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
ไม่เพียงพอ	136	28.68	1	1	
เพียงพอ	306	77.78	8.70	1.32 (0.63, 2.74)	0.459
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ					
ไม่เพียงพอ	103	19.42	1	1	
เพียงพอ	339	75.81	13.01	3.29 (1.58, 6.85)	0.001

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 442) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละการเข้าถึงบริการระดับมาก	OR	AOR (95%CI)	p-value
การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ					
ไม่เพียงพอ	155	29.68	1	1	
เพียงพอ	287	80.49	9.77	1.82 (0.86, 3.86)	0.118
การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม					
ไม่เพียงพอ	130	26.92	1	1	
เพียงพอ	312	77.56	9.38	4.09 (2.05, 8.12)	<0.001
การจัดการสุขภาพตนเอง					
ไม่เพียงพอ	139	28.78	1	1	
เพียงพอ	303	78.22	8.89	2.04 (1.03, 4.03)	0.040

[a] ระดับการศึกษาประถมศึกษาและน้อยกว่าประกอบด้วย ไม่ได้ศึกษา และประถมศึกษา[b] ระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ประกอบด้วย มัธยมศึกษา/ปวช. ปวส./อนุปริญญา ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ เพศ (AOR=1.89; 95%CI=1.07, 3.35; p-value=0.029) อายุ (AOR=1.94; 95%CI=1.06, 3.57; p-value=0.032) และรายได้ต่อเดือนของครอบครัว (AOR=5.66; 95%CI=1.22, 26.19; p-value=0.027) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่า 1.89 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย อาจด้วยผู้หญิงใส่ใจสุขภาพมากกว่าผู้ชายรวมถึงความยืนยาวของชีวิตผู้หญิงที่จะอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย [1] จึงส่งผลทำให้เพศหญิงมีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่า 1.94 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นเรื่อยๆ จะมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่จะต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่มากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang และคณะ[20] ที่พบว่าช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับอาจรีย์ เชิดชู[21] ที่พบว่า อายุและเพศ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับการใช้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ในส่วนของรายได้พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวตั้งแต่ 30,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่า 5.66 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 30,000 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของกมลพร นิรารัตน์และอัครนันท์ คิดสม[22] ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการศึกษาของปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ และคณะ[18] ที่พบว่ารายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับ Lecovich & Carmel[23] และ Yingtaweesak และคณะ[24] พบว่า ผู้ที่มารับบริการด้านสุขภาพจะมีอุปสรรคภาระค่าใช้จ่ายในเรื่องการเดินทาง ค่าอาหารระหว่างเดินทาง เช่นเดียวกับ ศศิวิมล บูรณะเรข และคณะ[25] ที่มองว่าการมารับบริการสุขภาพในแต่ละครั้งแม้ไม่มีค่าใช้จ่ายในค่าบริการสุขภาพแต่ยังคงมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เป็นภาระ โดยภาระที่พบมากที่สุด คือ ลางาน ขาดรายได้

สิทธิด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในจังหวัดนครราชสีมามีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิ 30 บาทหรือสิทธิบัตรทอง) ร้อยละ 90.95 และมีการรับรู้สิทธิด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอร้อยละ 86.88 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนคน

ไทยทุกคนทำให้ไม่ว่าจะใช้สิทธิใดก็เข้าถึงการบริการสุขภาพได้ ทั้งนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาได้รับการตรวจสุขภาพหรือรับการรักษาในรอบ 1 ปี ร้อยละ 93.67 ส่วนใหญ่ใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐร้อยละ 78.51 และใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 56.56 ซึ่งเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถเข้าถึงบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ตามสิทธิที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุธาลักษณ์ ขวัญเจริญทรัพย์ และคณะ[6]

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR=4.06; 95%CI=1.72, 9.58; p-value=0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Levy and Janke[26] และ สุภาพร มงคลหมู่ และคณะ[27] ที่พบว่าการเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เละเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา

การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (AOR=3.29; 95%CI=1.58, 6.85; p-value =0.001) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติในระดับเพียงพอ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่า 3.29 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติในระดับไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาดวงเนตร ธรรมกุล และ ธณิดา พุ่มท่าอิฐ[28] ซึ่งการพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสมจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น

การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (AOR=4.09; 95%CI=2.05, 8.12; p-value<0.001) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมในระดับเพียงพอมีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่า 4.09 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมในระดับไม่เพียงพอ โดยผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมามีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับเพียงพอร้อยละ 70.59 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพ และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการสุขภาพ Osborn[29] เช่นเดียวกับการศึกษาของ Inoue et al. [30] และยังสอดคล้องกับ ศิริพร งามขำ และคณะ[3] และ พันธิตรา สิงห์เขียว[31] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

การจัดการสุขภาพตนเอง (AOR=2.04; 95%CI=1.03, 4.03; p-value=0.040) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการจัดการสุขภาพตนเองในระดับเพียงพอมีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่า 2.04 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการจัดการสุขภาพตนเองในระดับไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิ่งแก้ว สำรวยรื่น และคณะ[32] การพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้องและมีความเข้าใจยังเป็นสิ่งที่จำเป็นโดยเฉพาะผู้สูงอายุจะได้รับความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มเติมจากการมารับบริการที่โรงพยาบาล ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพต้องปรับให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น พูดช้า ชัดถ้อยชัดคำ เอกสารขยายให้เหมาะสม ทบทวน ทำความเข้าใจ สอบถามกลับด้วยความใจเย็น โดยใช้เทคนิคหลักการสอนกลับ (Teach back technique) ซึ่งเป็นเทคนิคการสอนที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้[33]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การออกแบบหรือจัดกิจกรรมพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ควรคำนึงถึงเพศและอายุของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุม

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายส่งเสริมให้สถานบริการและบุคลากรด้านสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการพัฒนา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงและมีช่องทางบริการสุขภาพหลากหลายช่องทางเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในภาพรวม ไม่ได้เจาะจงในผู้สูงอายุกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน หรือกลุ่มติดเตียง จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ผลการศึกษาเชิงลึกและสามารถนำไปใช้ในการประเมินผลการจัดกิจกรรมรายกลุ่มได้

2. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างชุมชนในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล เพื่อค้นหาปัจจัยในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถนำมากำหนดแนวทางวางแผน พัฒนาปรับปรุงกลยุทธ์ และจัดบริการสุขภาพให้ผู้สูงอายุทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. นครปฐม: บริษัท พริ้นเทอรี่ จำกัด; 2562.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2563]: เข้าถึงได้จาก https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275.
3. ศิริพร งามขำ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพยมงคลกุล, จารุวรรณ หมั่นมี. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร วารสารเกื้อการุณย์ 2561: 25 (2): 91-104.
4. ชายีดา วิริยาทร, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, กัญจนา ติษยาธิคม, วลัยพร พัชรนฤมล, สุพล ลิมวัฒนานนท, จุฬาภรณ์ ลิมวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ของประชากรไทย พ.ศ. 2558 วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560: 11 (2): 155-169.
5. พิชสุดา เดชบุญ, อภิเชษฐ จำเนียรสุข, รัตนาภรณ อาษา, เบญจมาศ กลาหาญ, รสสุคนธ ขาวล้ำเลิศ, ฤทธิพร สีใส. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลหนองน้ำใหญ่ อำเภอผักไห จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วารสารวิชชา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช 2560: 36 (1): 50-60.
6. สุธาลักษณ์ ขวัญเจริญทรัพย์, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพยมงคลกุล, จารุวรรณ หมั่นมี. ความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี วารสารแพทย์นาวี 2562: 46 (1): 215-230.
7. วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม, วรัญญา สุขวงศ์, ฐิติวัฒน์ แก้วอำดี, อัจฉรา ตันหนึ่ง, รุ่งนภา คำผาง และคณะ. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2562.
8. ศรีเสาวลักษณ อุนพรมมี, ขนิษฐา ดีเริ่ม, ยุพาพร หอมสมบัติ. ความรอบรูดานสุขภาพของผูสูงอายุจังหวัดนครราชสีมา วารสารศูนยอนามัยที่ 9 วารสารสงเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดลอม 2563: 14 (33): 88-106.
9. World Health Organization. Health promotionGlossar. Geneva: WHO Publications; 1998.
10. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา (สคร.9). เอกสารการตรวจราชการ ปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 ตุลาคม 2566]: เข้าถึงได้จาก http://odpc9.ddc.moph.go.th/Region9/region9.htm.
11. อังศินันท์ อินทรกำแหง. รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย (Creating and Developing of Thailand Health Literacy Scales). [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2562]: เข้าถึงได้จากhttp://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf.
12. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacystudies? Int. J Public Health 2009: 54: 303-305.
13. Penchanky, R., & Thomas, JW.. The Concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981; 19 (2): 127-40.

14. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simplemethod of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med 1998: 17 (14): 1623-1634.
15. ทิวากร พระไชยบุญ, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, เพชรัตน์ ศิริสุวรรณ, อัจฉรา นาเมือง,นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ, อลงกรณ์ สุขเรืองกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย 2565: 4 (2): 48-56.
16. จังหวัดนครราชสีมา. แผนพัฒนาจังหวัดนครราชสีมา ระยะ 4 ปี (พ.ศ.2561-2564). [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2562]: เข้าถึงได้จากhttp://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER18/DRAWER003/GENERAL/DATA0000/00000041.PDF.
17. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2558.
18. ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์. การใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ ตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี วชิรสารการพยาบาล 2559: 12 (2): 42-50.
19. Kiess, Harold O. Statistical Concepts for the Behavioral Sciences. Biston : Allyn and Bacon, lnc 1989.
20. Yang YT, Iqbal U, Ko HL, Wu CR, Chiu HT, Lin YC, et al. The relationship between accessibility of healthcare facilities and medical care utilization among the middleaged and elderly population in Taiwan. Int J Qual Health Care 2015: 27 (3): 222-31.
21. อาจรีย์ เชิดชู. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2561: 12 (2): 1-13.
22. กมลพร นิรารัตน์, อัครนันท์ คิดสม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 14. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน; 2560.
23. Lecovich E, Carmel S. Differences in accessibility, affordability and availability (AAA) of medical specialists among three ages-groups of elderly people in Israel. J Aging Health 2009: 21 (5): 776-97.
24. Yingtaweesak T, Yoshida Y, Hemhongsa P, Hamajima N, Chaiyakae S. Accessibility of health care service in Thasongyang, Tak province, Thailand. Nagoya J Med Sci 2013: 75 (3-4): 243-50.
25. ศศิวิมล บูรณะเรข, พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา, ไขนภา แก้วจันทรา, มญช์พาณี ขำวงษ์. ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชนริมคลองสามเสน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 2560: 33 (2): 54-63.
26. Levy, H., & Janke, A. Health literacy and access to care. Journal of Health Communication 2017: 21 (1): 43-50.
27. สุภาพร มงคลหมู่, ชนัญชิดา ดุษฎีทูลศิริ, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2565: 17 (2): 168-175.
28. ดวงเนตร ธรรมกุล, ธณิดา พุ่มท่าอิฐ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564: 15 (1): 106-118.
29. Osborn RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, & Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). BMC Public Health 2013: 13: 1-17.
30. Inoue, M., Takahashi, M., & Kai, I. (). Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: A cross-sectional study of primary care in Japan. BMC Family Practice 2013: 14 (40): 1-9.
31. พันธิตรา สิงห์เขียว. พฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความต้องการด้านบริการสุขภาพ ของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร 2558: 23 (3): 46-59.

32. กิ่งแก้ว สำรวยรื่น, จิริยาพร แก้วกาญจนะวงษ์, ณัฐวดี คำอ่อนดี. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุตำบลบ้านจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม 2562: 20 (2): 327-338.

33. Dinh TTH, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep 2016: 14 (1): 210-47.

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองบัว ตำบลสักหลง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

ชัยณุภาค ขุนพิลึก[1*]

[1*] พ.บ., อว. เวชศาสตร์ครอบครัว อว. เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสุขภาพจิตชุมชน) โรงพยาบาลหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้เทคนิคการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาปัจจุบัน ความรู้และการปฏิบัติตัว พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา ทำการศึกษากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านหนองบัว ตำบลสักหลง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 50 คน และ ตัวแทนแกนนำชุมชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต และแบบบันทึกข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติ ด้วยสถิติ Paired t-test นำเสนอด้วยค่า t-test ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean different: Mean diff.) ค่าช่วงเชื่อมั่น 95% (95%CI ของ Mean diff.) และ ค่า p-value ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ การปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำและไม่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของตัวแทนแกนนำชุมชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องอยู่ในระดับต่ำ 2) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า การดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 6 โครงการ/กิจกรรม ประกอบด้วย โครงการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินโครงการได้เอง จำนวน 3 โครงการ/กิจกรรม ได้แก่ (1) โครงการออกกำลังกายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (2) โครงการปลูกผักปลอดสารพิษในครัวเรือน และ (3) โครงการเพื่อนช่วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และ โครงการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องร่วมดำเนินการและขอความร่วมมือจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม มีจำนวน 3 โครงการ ได้แก่ (1) โครงการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน (2) โครงการลดการบริโภคเครื่องปรุงรสอาหารโดยแรงผลักดันจากครอบครัวในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และ (3) โครงการพัฒนาความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และ 3) ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.= 11.46, 95%CI: 10.49 - 12.46, p-value<0.001) และ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.= 37.93, 95%CI: 34.59 – 41.32, p-value<0.001)

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ / ความรู้ / การปฏิบัติตัว / การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม / การมีส่วนร่วม

[*]ผู้รับผิดชอบบทความ: ชัยณุภาค ขุนพิลึก, อีเมล: chainupak@gmail.com, โทร.: 08 1953 8952

Received: 4 กรกฎาคม 2566/ Revised: 27 สิงหาคม 2566/ Accepted: 3 พฤศจิกายน 2566

Development of Health Behavior Modification Model for Hypertensive Patients with Community Participation at Ban Nong Bua, Sak Long Sub-district, Lom Sak District, Phetchabun Province

Chainupak Khunphiluek[1*]

[1*] M.D., Diploma in Family Medicine, Diploma in Preventive Medicine (Community Mental Health) Lom Sak Hospital, Lom Sak District, Phetchabun Province

Abstract

This action research used appreciation influence control (AIC) techniques, aimed to study the current problem, knowledge, and practice, developed a model for changing health behaviors of patients with hypertensive patients with community participation, and studied the results of development process. The target group were 50 hypertensive patients in the Ban Nong Bua community, Sak Long sub-district, Lom Sak district, Phetchabun province, and 10 community leaders were representatives from relevant government agencies. Data were collected interviews, observational forms, and focus groups. Data analyzed by descriptive statistics and compare the mean for knowledge and practice with paired t-test statistics, presented with t-test, mean difference (Mean difference: Mean diff.), 95% confidence interval (95%CI of Mean diff.) and p-value. Qualitative data analyzed by content analysis.

The results found that: 1) Most hypertensive patients had a low level of knowledge about hypertension, and their practices of changing health behaviors were low and inappropriate, and participation and support of community leaders and related government agencies is low. 2) The model for changing health behavior of hypertensive patients with community participation found that the action to change health behavior of hypertensive patients consists of 6 projects/activities, consisting of three projects for practice by themselves including (1) exercise project for hypertensive patients, (2) project for growing non-toxic vegetables in the household, and (3) project for friends to help hypertensive patients. And projects that hypertensive patients with high blood pressure must participate in and request cooperation from relevant government agencies. and the community to participate. There were three projects jointly implemented by hypertensive patients, in which relevant government departments and communities are invited to participate: (1) Project to develop a model for changing health behavior of hypertensive patients with community participation. (2) Project to reduce the consumption of food condiments with family support in hypertensive patients. (3) Project to develop knowledge for caregivers of hypertensive patients. And 3) projects/activities themselves, including 1) exercise project for hypertensive patients, 2) project for growing non-toxic vegetables in the household, and 3) Before and after participating in activities according to the developed model, it was found that the mean score of knowledge statistically significantly different (Mean diff.= 11.46, 95%CI: 10.49 - 12.46, p-value <0.001) and mean score of practice statistically significantly different (Mean diff.= 37.93, 95%CI: 34.59 – 41.32, p-value<0.001)

Keywords: Pattern development / Knowledge / Behavior / Behavior modification / Participation

[*]Corresponding author: Chainupak Khunphiluek, email: chainupak@gmail.com, Tel.: 08 1953 8952

Received: July 4, 2023/ Revised: August 27, 2023/ Accepted: November 3, 2023

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงจัดเป็นภาวะทางการแพทย์ที่ร้ายแรง มีผลกระทบทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ ได้แก่โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) เกิดขึ้นเนื่องจากการสะสมของไขมันที่ผนังเส้นเลือดทำให้เส้นเลือดอุดตัน ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะขาดเลือดหัวใจ (Myocardial Ischemia) หรืออาจเกิดภาวะขาดเลือดหัวใจรุนแรง (Myocardial Infarction) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุที่หลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน ภาวะไตเสื่อมสภาพและทำหน้าที่ไม่ได้ (End-stage renal disease) ซึ่งอาจต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) หรือต้องรอการปลูกถ่ายไต (Kidney transplant) เป็นภาวะที่ร้ายแรงสามารถทำให้เสียชีวิตได้ และอาจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในปัจจุบันประชากร ทั่วโลกที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน โดยในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนประชากรที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเท่าตัว และในจำนวนนี้มีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต มีรายงานมากถึง 7.5 ล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 ของจำนวนนี้ เป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้ต่ำ โดยเฉพาะเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า จำนวน 1 ใน 3 เป็นประชากรที่อยู่ในวัยทำงาน ทำให้มีข้อสังเกตว่าจะพบภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุน้อยเพิ่มมากขึ้น จากการคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรวัยทำงานทั่วโลกถูกวินิจฉัยมีภาวะความดันโลหิตสูงมากถึง 1.56 พันล้านคน [1] ดังนั้นภาวะความดันโลหิตสูงจึงถูกจัดให้เป็นโรคไม่ติดต่อ (NCDs) 1 ใน 5 โรค ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดเป้าหมายให้หลายประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยให้ลดภาวะความดันโลหิตสูงลงร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นความท้าทายของระบบสุขภาพของประเทศไทยในการจัดการปัญหาภาวะความดันโลหิตสูง [2] นอกจากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ประเทศไทยยังมีรายงานถึงการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.5 ใน 10 ปี ซึ่งข้อมูลระบุถึงประชากรเกือบครึ่งในประเทศที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และยังพบว่ามีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้[3] และจากการวิเคราะห์ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยในประเทศมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น[4] ซึ่งเมื่อประเทศไทยมีปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นคือการเข้าสู่สถานะประเทศสูงอายุ ผลกระทบจากความชุกที่เพิ่มขึ้น จึงจัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข

ข้อมูลในระดับจังหวัด พบว่า ในปี พ.ศ. 2562-2564 จังหวัดเพชรบูรณ์ มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.95 คือ อัตราป่วยจาก 14,710 ต่อประชากรแสนคน เป็น 15,593 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ และเมื่อวิเคราะห์ระดับพื้นที่บริการ พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 อำเภอหล่มสัก หนึ่งในอำเภอของจังหวัดเพชรบูรณ์ มีอัตราความชุกมากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาเป็นอำเภอเมืองเพชรบูรณ์[5] โดยเฉพาะความชุกในโรงพยาบาลหล่มสักและโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลหนองบัวมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นลำดับที่ 1 เมื่อเทียบกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ[6,7] ทั้งนี้พบว่าอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โรงพยาบาลหล่มสักคิดเป็นร้อยละ 48.86 โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลหนองบัว คิดเป็นร้อยละ 46.5 บ้านหนองบัว คิดเป็นร้อยละ 40.56[8,9] ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายระดับประเทศ คือ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50.00[10] และ บ้านหนองบัวมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.36 เมื่อเทียบกับหมู่บ้านอื่น[7] จากข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว พบว่ากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ยังขาดความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง และยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ส่วนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยยังมีปัญหาในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง และการผ่อนคลายความเครียด ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ยังขาดการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างเป็นรูปธรรม[11]

ดังนั้นผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งบุคคลจะพัฒนาตนเองได้ต้องปรับปรุงสิ่งบกพร่องและพัฒนาพฤติกรรมที่ถูกต้องให้เข้ากับบุคคลอื่นและสังคม จำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากคนอื่นในการพัฒนาตน[12] ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่ [13]

สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตช่วยป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases, NCDs) รวมทั้งโรคความดันโลหิตสูง และเป็นพื้นฐานการควบคุมความดันโลหิตสูง[14] ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว ชุมชนในการแก้ไขปัญหาในชุมชน[15] โดยนำตัวแทนแกนนำชุมชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน วางแผนแก้ไขปัญหาการวิจัยครั้งนี้ได้นำเทคนิคการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC) มาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความเข้าใจและปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลหล่มสัก ในการส่งต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไปติดตามดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลใกล้บ้านโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผู้วิจัยเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลหนองบัว ตำบลสักหลง อำเภอหล่มสักจังหวัดเพชรบูรณ์ ดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข “คลินิกหมอครอบครัว” (PCC: Primary Care Cluster) ร่วมกับเครือข่าย (Cluster) โรงพยาบาลหล่มสัก และเครือข่ายระบบบริการในระดับอำเภอ (District Health System)[16] ดำเนินงานตามแนวคิดการบริการปฐมภูมิ (Primary care) โดยศึกษาปัญหาสุขภาพและความจำเป็นด้านสุขภาพของชุมชน (Health problem and needs in community) เน้นการมีส่วนร่วม (People participation) ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ตามความต้องการด้านสังคมวัฒนธรรมประเพณีและสภาพแวดล้อมเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ[17] นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองบัว ตำบลสักหลง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาปัจจุบัน ความรู้และการปฏิบัติตัว การมีส่วนร่วมชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านหนองบัว ตำบลสักหลง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองบัว ตำบลสักหลง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองบัว ตำบลสักหลง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้ ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ เคมมิส และ แม็คแท็คการ์ด (Kemmiss and Mc Taggart)[18] ร่วมกับการวางแผนแบบมีส่วนร่วม หรือ Appreciation-Influence-Control (A-I-C) โดยมีกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา ประกอบด้วย ตัวแทนแกนนำชุมชน ตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง และ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านหนองบัว ตำบลสักหลง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ในระหว่างเดือนกันยายน 2565 ถึงเดือนเมษายน 2566 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

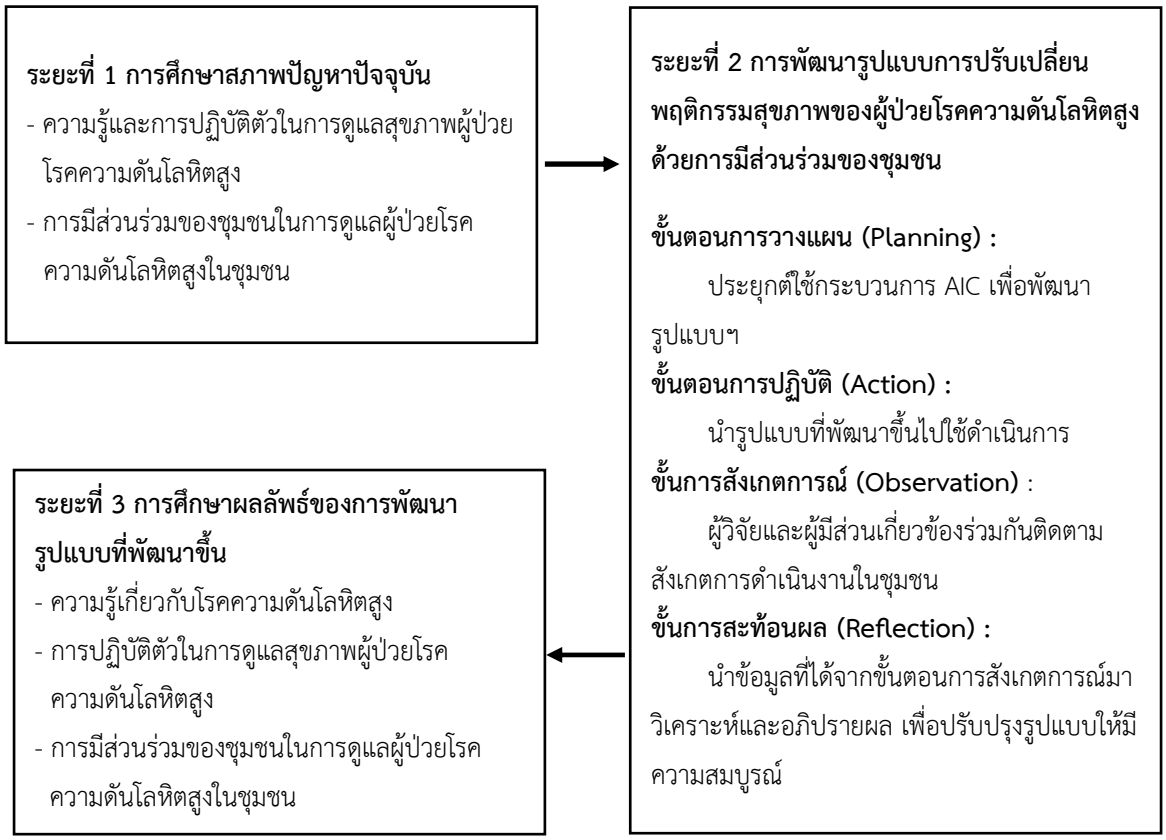
ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาปัจจุบัน ความรู้และการปฏิบัติตัว การมีส่วนร่วมชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ เคมมิส และ แม็ค แท็คการ์ด[18] ร่วมกับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาปัจจุบัน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมีกรอบการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ เคมมิส และ แม็ค แท็คการ์ด[18] ร่วมกับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) โดยมีขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาปัจจุบัน ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

1. กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ตัวแทนแกนนำชุมชน และ ตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน ประกอบด้วย

1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน ปฏิบัติงานในพื้นที่มาไม่น้อยกว่า 1 ปี

1.2 ผู้ใหญ่บ้านหนองบัว และ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจนสิ้นสุดกิจกรรม

1.3 ตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลสักหลง จำนวน 2 คน ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกิจกรรม

2. อาสาสมัครที่เป็นตัวแทนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 24 คน แบ่งเป็น

2.1 ตัวแทนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 12 คน

2.2 คัดเลือกตัวแทนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี 12 คน

โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่ม มีสมาชิกประกอบด้วย ตัวแทนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 4 คน และ ตัวแทนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี 4 คน เพื่อให้ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดีได้ แชร์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนสามารถควบคุมความดันได้ และแบ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องเข้าทุกกลุ่ม ดำเนินกระบวนการสนทนากลุ่ม(focus group discussion) โดยใช้คำถามจากเครื่องมือวิจัยตามแนวทางการสนทนากลุ่ม(focus group discussion) โดยการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มตามประเด็นที่กำหนดไว้ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การดำเนินการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmiss and Mc Taggart[18] ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และ การสะท้อนผล มีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

1. กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ตัวแทนแกนนำชุมชน และ ตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน ประกอบด้วย

1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน ปฏิบัติงานในพื้นที่มาไม่น้อยกว่า 1 ปี

1.2 ผู้ใหญ่บ้านหนองบัว และ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจนสิ้นสุดกิจกรรม

1.3 ตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลสักหลง จำนวน 2 คน ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด กิจกรรม

2. การจัดเวทีการสนทนากลุ่มโดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำความคิดและพลังสร้างสรรค์ที่เกี่ยวกับความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มาช่วยในกำหนดกิจกรรมโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้าง (Group discussion guideline) ตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ได้แก่

2.1 ขั้น A1 การทบทวนอดีตและสถานการณ์ปัจจุบันของปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

2.2 ขั้น A2 การกำหนดเป้าหมายหรือวิสัยทัศน์ของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

2.3 ขั้น I1 กิจกรรมหรือโครงการที่จะสามารถนำมาแก้ปัญหาที่เป็นอยู่ สู่เป้าหมายหรือวิสัยทัศน์ของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

2.4 ขั้น I2 การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมหรือโครงการที่จะนำไปใช้แก้ปัญหาที่เป็นอยู่ สู่เป้าหมายหรือวิสัยทัศน์ของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

2.5 ขั้น C1 กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมที่สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.6 ขั้น C2 กำหนดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action)

โดยการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ดำเนินการเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านหนองบัว ตำบลสักหลง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ มีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น รวมทั้งหมด 50 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกดังนี้

1.1 เกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

1.1.1 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว

1.1.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary hypertension) ไม่มีโรคภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดไต โรคระบบต่อมหมวกไต โรคของต่อมไทรอยด์/พาราไทรอยด์

1.1.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 30 ปีบริบูรณ์ ไม่เกิน 65 ปีบริบูรณ์ อ่าน และ เขียนหนังสือได้ไม่มีปัญหาการสื่อสาร

1.1.4 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยความดันโลหิต มากกว่า 140/90 mmHg ได้รับยาและมีสมุดประจำตัวเข้าร่วมโครงการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด

1.2 เกณฑ์คัดผู้เข้าร่วมวิจัยออก (Exclusion criteria)

1.2.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ติดเตียง ติดบ้านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ และป่วยด้วยโรคติดต่อที่แพร่เชื้อได้

1.2.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโครงการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ใช้ในการประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการประเมินก่อนเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วยทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 33 ข้อ ประกอบด้วย 1) ความรู้ทั่วไปโรคความดันโลหิตสูง 2) การบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม 3) การออกกำลังกายที่เหมาะสม 4) การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง และ 5) การมีสุขภาพจิตที่ดี เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ให้ผู้ป่วยเลือกตอบอยู่ 3 ตัวเลือก ได้แก่ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่ทราบ” มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดและไม่ทราบให้ 0 คะแนน โดยแปลผลระดับคะแนนความรู้แบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom[19] ดังนี้

ความรู้อยู่ในระดับสูง	ได้คะแนนร้อยละ 80 – 100
ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง	ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79
ความรู้อยู่ในระดับต่ำ	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง 2) การออกกำลังกายที่เหมาะสม 3) การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง 4) การปฏิบัติตนเพื่อคลายความเครียด โดยมีการให้ค่าคะแนนการปฏิบัติตัววัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ โดยเลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับการปฏิบัติของตนเองมากที่สุด

การปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอทุกวัน/สัปดาห์	เท่ากับ 5 คะแนน
การปฏิบัติตัวเป็นประจำ 5-6 วัน/สัปดาห์	เท่ากับ 4 คะแนน
การปฏิบัติตัวเป็นบางครั้ง 3-4 วัน/สัปดาห์	เท่ากับ 3 คะแนน
การปฏิบัติตัวนานๆครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติตัวเลย	เท่ากับ 1 คะแนน

การแปลผลระดับคะแนนการปฏิบัติตัวแบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom (1968)

การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง	ได้คะแนนร้อยละ 80 - 100
การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง	ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79
การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำ	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) นำแบบสัมภาษณ์ความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าเฉลี่ย 0.82 ถือว่ามีความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา

2) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการวัดความรู้โรคความดันโลหิตสูง หาค่าอำนาจการแจกแจง (Discrimination) ด้วยวิธีของ Kuder Richardson สูตร K-20 ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.86 และค่า Item – rest correlation ในแต่ละข้อคำถามมีค่าตั้งแต่ 0.2 – 0.8 ส่วนการวัดการปฏิบัติตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Coefficient of alpha) ของ Cronbach method ได้ค่าความเที่ยง 0.92 และ ค่า Item – rest correlation ในแต่ละข้อคำถามมีค่าตั้งแต่ 0.2 – 0.8

3. เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยทีมวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายทีละราย เพื่อเป็นข้อมูลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation)

โดยผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันติดตามสังเกตการดำเนินงานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือแบบการสังเกตโดยเข้าไปมีส่วนร่วมเชิงคุณภาพ (Qualitative observational) อยู่ในสถานการณ์ทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนต่างๆ ตั้งแต่เริ่มโครงการวิจัย การทำกิจกรรมกลุ่ม พฤติกรรมการแสดงความคิดเห็น หาแนวทางและวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกันทุกขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการสังเกตการณ์มาวิเคราะห์และอภิปรายผล ในเวทีการประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม โดยมีผู้วิจัย ตัวแทนกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ ผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น รวมกันให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบ ภายหลังจากการทำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ดำเนินการในชุมชน

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

1. เครื่องในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ตามระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันกับระยะที่ 2 จำนวน 50 คน เป็นการเก็บข้อมูลหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2. การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าสูงสุด – ต่ำสุด (Max - Min)

2.2 ข้อมูลความรู้และการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) โดยการประเมินค่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ Paired t-test นำเสนอด้วยค่า t-test, ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean different: Mean diff.) ค่าช่วงเชื่อมั่น 95% (95%CI ของ Mean diff.) และ ค่า p-value

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย เลขที่ใบรับรอง : 0002/2565 วันที่ 22 กันยายน 2565

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. สภาพปัญหาปัจจุบัน ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ดังนี้

1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ โดยผู้ป่วยรายใหม่ได้รับความรู้จากกิจกรรมในโรงพยาบาล พบว่า 1) การให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีเวลาจำกัดในรูปแบบบรรยายทั่วไปช่วงที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์ ให้ความรู้ผ่านสื่อวิดีโอ แผ่นพับผู้ป่วยไม่ได้รับความรู้ต่อเนื่อง จากการที่ผู้ป่วยมีจำนวนมาก และข้อมีจำกัดเช่น เสียงดัง ไม่มีสมาธิ และ การได้รับความรู้เป็นช่วงเวลาสั้นๆ ผู้ป่วยไม่มีโอกาส ซักถามประเด็นต่างๆ เชิงลึก ไม่ได้กระตุ้นให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอ หรือ ปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทการดำเนินชีวิตของแต่ละครอบครัวและชุมชนที่มีความแตกต่างกัน 2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง แม้ว่าได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บางรายญาติมารับยาแทน บางรายไม่เคยอ่านฉลากยาก่อนรับประทานยา บางรายเข้าใจผิดว่า การรับประทานยามากทำให้ไตวาย รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง บางครั้งปรับยาเองโดยไม่ได้แจ้งแพทย์ 3) ขาดความตระหนัก ในเรื่อง ความรุนแรงโรคและโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เข้าใจว่าเป็นโรครักษาตามอาการ

1.2 การปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ยังมีปัญหาการปฏิบัติตัว ได้แก่ 1) การบริโภคอาหารยังไม่เหมาะสมเนื่องจากบางครอบครัว ผู้ปรุงอาหารรสจัดและไม่ได้แยกปรุงอาหารระหว่างคนในครอบครัวและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง บางครอบครัวจำเป็นต้องซื้ออาหารสำเร็จรูปหรืออาหารตามสั่ง 2) การออกกำลังกายส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาทางสุขภาพ เช่น ข้อเข่าเสื่อม โรคอ้วน ภาวะน้ำหนักเกิน รวมทั้งขาดการกระตุ้นออกกำลังกาย และคำแนะนำที่เหมาะสม ขาดแรงจูงใจ 3) ผู้ป่วยบางรายรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ไปตามนัดและชอบยืมยาเพื่อนบ้านมา รับประทานเพิ่ม ไม่ได้แจ้งแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ และ 4) ผู้ป่วยส่วนมากยังไม่รู้วิธีปฏิบัติตัวเพื่อคลายเครียดที่เหมาะสม ขาดที่ปรึกษาจากคนในครอบครัว มีปัญหานอนไม่หลับ เกิดอาการของโรคทางกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสอนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองจากเจ้าหน้าที่รับผิดชอบช่วงรอพบแพทย์ตามนัด แต่เนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบางรายไม่พร้อมในการรับการสอนและหลังจากกลับไปบ้านผู้ป่วยปฏิบัติได้เป็นบางครั้ง บางคนไม่สามารถปฏิบัติ

ตัวตามคำแนะนำได้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่สอนการปฏิบัติตัวในภาพรวม แต่ไม่ได้ประยุกต์การปฏิบัติตัวให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนี้ยังขาดการปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีแรงจูงใจและขาดแรงกระตุ้นในการปฏิบัติตัวที่บ้าน มีภาระหน้าที่ในการประกอบอาชีพกลับถึงบ้านเหนื่อยล้าไม่ได้ทำต่อเนื่อง

1.3 การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของตัวแทนแกนนำชุมชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง พบว่า การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชนและตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังน้อย ซึ่งยังไม่เคยมีการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีเพียงการประสานข้อมูลผู้ป่วย การแจ้งนโยบายต่างๆ เช่น การคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ การติดตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาต่างๆ ให้ผู้นำชุมชน อสม. รับทราบเพื่อติดตามและดำเนินงานตามท่านั้น แต่ยังไม่ได้มีการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหา รับผิดชอบ สนับสนุนดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างเป็นรูปธรรม

2. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 6 โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

2.1 โครงการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินโครงการได้เอง จำนวน 3 โครงการ/กิจกรรม ได้แก่ 1) โครงการออกกำลังกายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2) โครงการปลูกผักปลอดสารพิษในครัวเรือน และ 3) โครงการเพื่อนช่วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.2 โครงการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องร่วมดำเนินการและขอความร่วมมือจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม มีจำนวน 3 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) โครงการลดการบริโภคเครื่องปรุงรสอาหารโดยแรงผลักดันจากครอบครัวในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และ 3) โครงการพัฒนาความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบ โดยทำการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผลการวิจัยพบว่า

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56 อายุเฉลี่ย 52 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 69 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 161 เซนติเมตร กลุ่มที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนกลุ่มที่มีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 70 ดัชนีมวลกาย (BMI) มีค่าเฉลี่ย 26.53 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38 อาชีพหลักเกษตรกรรม ร้อยละ 72 รายได้เฉลี่ย 5,001 – 10,000 ต่อเดือน ร้อยละ 44 มีพฤติกรรมสูบบุรี่ ร้อยละ 8 ดื่มสุราร้อยละ 14 มีสิทธิในการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 100 ระยะเป็นความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 6-10 ปี มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52 และส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 58

3.2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนและหลัง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.= 11.46, 95%CI: 10.49 - 12.46, p-value<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (n =50)

การเข้าร่วมกิจกรรม	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff.	95%CI	t-test	p-value
ก่อนเข้าร่วม	13.72	4.19				
หลังเข้าร่วม	25.18	3.52	11.46	10.49 - 12.46	23.34	<0.001
ภาพรวมก่อนเข้าร่วม	Min=4, Max=22					
ภาพรวมหลังเข้าร่วม	Min =19, Max =31					

3.3 การเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวก่อนและหลัง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.= 37.93, 95%CI: 34.59 – 41.32, p-value<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลเปรียบเทียบคะแนน เฉลี่ยการปฏิบัติตัว ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการพัฒนาใช้ สถิติ Paired t-test (n=50)

การเข้าร่วมกิจกรรม	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff.	95%CI	t-test	p-value
ก่อนการพัฒนา	85.30	11.98				
หลังการพัฒนา	123.26	1.68	37.93	34.59 - 41.32	22.66	<0.001
ภาพรวมก่อนพัฒนา	Min = 63, Max =113					
ภาพรวมหลังการพัฒนา	Min = 120, Max =125					

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาก่อนการพัฒนา พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานยา การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสม การมีสุขภาพจิตที่ดี ในภาพรวมส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chimberengwa PT, Naidoo M.[20] ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังขาดความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ด้อยโอกาสที่มีรายได้น้อย และ National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute[21] รายงานว่า แม้ว่าจะมีการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แต่จำนวนผู้ป่วยยังมีปัญหาด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้ใหญ่ในประเทศไทย พบว่า ยังขาดความรู้ ขาดความตระหนัก ขาดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการให้ความรู้อาจไม่เพียงพอ เนื่องจากอิงทฤษฎีมากกว่าบริบทของผู้ป่วยที่มีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแตกต่างจากต่างประเทศในหลายแง่มุม เช่น วัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตและประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันสูง[22] ทั้งนี้เป็นเพราะว่าปัญหาดังกล่าวเกิดจาก 1) การให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในภาพรวมทั่วไป ไม่ได้กระตุ้นหรือให้ความรู้เฉพาะเจาะจงอย่างสม่ำเสมอ หรือ ปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ครอบครัวและชุมชน ที่มีความแตกต่างกัน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัด เช่น กลุ่มใหญ่ เสียงดัง ไม่มีสมาธิในการรับฟังความรู้การดูแลตนเองที่ถูกต้อง 2) การออกกำลังกาย ผู้ป่วยยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง คิดว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกาย 3) การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ยังขาด

ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแม้ว่าได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากมีเวลา จำกัด ผู้ป่วยมีปริมาณมาก ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บางรายญาติมารับยาแทน บางรายมีปัญหาสายตาและการอ่านหนังสือ ผู้ป่วยบางรายไม่อ่านฉลากยาก่อนรับประทานยา โดยเฉพาะเมื่อแพทย์มีการปรับเปลี่ยนยา บางรายเข้าใจว่ารับประทานยาความดันนานๆ ทำให้เป็นโรคไตวาย รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดความตระหนักในเรื่องความรุนแรงและโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน ด้านการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เจ้าหน้าที่สอนการปฏิบัติตัวในภาพรวม ไม่ได้ประยุกต์การปฏิบัติตัวให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยในแต่ละครอบครัว ขาดการปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ไม่มีแรงจูงใจและขาดแรงกระตุ้นในการปฏิบัติตัว

2. จากการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่า รูปแบบการดำเนินการตามกิจกรรมหรือโครงการ บูรณาการให้ความรู้ที่เหมาะสม การปฏิบัติตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างเครือข่ายการสนับสนุนการดูแลสุขภาพในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวถูกต้องเพิ่มมากขึ้น คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหลังสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริชาต รุจาคม และคณะ[23] พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา มีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพด้วยหลัก 4 อ. สูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา ถาวงค์ และ คณะ[24] พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนายาง ตำบลนายาง อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <.001) รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญรัศม์ ภุชงค์ชัย และ คณะ[25] พบว่าผู้สูงอายุตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิมีความรู้การดูแลสุขภาพตนเองศักยภาพสูงขึ้นมากหลังการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001, 95%CI: 5.74 – 87.81) ทั้งนี้เป็นเพราะว่า กิจกรรมหรือโครงการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการดำเนินกิจกรรมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนบ้านหนองบัว ตำบลสักหลง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

3. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และ การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ วงค์ชญพจณ์ พรหมศิลา และคณะ[26] พบว่า โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงมีผลให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์และการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรดา ทองสุก[27] พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตระหนักในคุณค่าตนเอง เรียนรู้และเข้าใจถูกต้อง ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหลังจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนี วัฒนาเมธ และคณะ[28] พบว่าการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลประทาน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ทั้งนี้เป็นเพราะว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตัวแทนแกนนำชุมชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ตั้งแต่ค้นหาปัญหา วิเคราะห์ กำหนดแนวทางแก้ปัญหา จัดทำแผนการดำเนินงาน เกิดการสร้าง โอกาสที่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตัวแทนแกนนำชุมชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมและแสดงความคิดเห็นอย่างสมัครใจ แลกเปลี่ยนความรู้ แชร์ประสบการณ์ นำความคิดเห็นแต่ละกลุ่ม ทำความเข้าใจ ปัญหาอุปสรรค ความต้องการเพื่อช่วยแก้ปัญหา ทำให้เกิดการพัฒนาโครงการทั้งหมด 6 โครงการดังข้างต้นสามารถนำไปดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรณรงค์ คงบารมี[29] ที่ศึกษาการมีส่วน

ร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง บ้านหนองเม็ก ตำบลด่านช้าง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพหลังดำเนินกิจกรรมแตกต่างจากก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ทั้งนี้เป็นเพราะว่า การที่ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมที่นำไปใช้ดำเนินงานกับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในชุมชน ทำให้กิจกรรมสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และความรู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรมต่างๆ จึงให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม นอกจากนี้การที่มีผู้นำชุมชนหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามาร่วมดำเนินการ จะช่วยให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานในชุมชนได้เป็นอย่างดี โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ “คลินิกหมอครอบครัว” (PCC: Primary Care Cluster) ร่วมกับเครือข่าย (Cluster) โรงพยาบาลหล่มสัก ดูแลสุขภาพใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ จากโครงการ 3 หมอ[16] ทำให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวกต่อกระบวนการพัฒนาในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. ด้านความรู้ การออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำสุด ควรให้ความรู้เพื่อกระตุ้นและทบทวนต่อเนื่องสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 50 ขึ้นไป เพื่อสามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดกับผู้ป่วยรายอื่นๆ ได้

2. การปฏิบัติตัว ด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำสุด ควรทำโครงการเพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมเพื่อช่วยแนะนำครอบครัวผู้ป่วยรายอื่นๆ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสม

3. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรมีแผนงานโครงการระยะยาวเพื่อให้เจ้าหน้าที่ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเป็นพี่เลี้ยงช่วยกระตุ้น ทำกิจกรรมต่างๆ ให้ชุมชนร่วมเป็นเจ้าของ มีส่วนร่วมส่งเสริมความรู้นำไปสู่การปฏิบัติตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

4. ทีมสหวิชาชีพสามารถนำข้อมูลจากผลการวิจัยไปใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกรายให้เข้ากับบริบทการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละครอบครัว และ ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะสั้นและระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมักจะมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคไต

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health Organization and Imperial College London joint press release [online] 2021 [cited 2021 September 8]. Available from: https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension.
2. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, เรนู การ์ก, สิริกร ขุนศรี. สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) (Situation on NCDs Prevention and Control in Thailand). นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ; 2561.
3. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปพ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่1. เชียงใหม่ : ทริค ธิงค์ ; 2562.

4. กรมควบคุมโรค. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานฉบับสมบูรณ์ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2560 ถึง 31 สิงหาคม 2561 โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและข้อมูลโรคไม่ติดต่อเพื่อการติดตามและประเมินผล [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ19 กพ 2565]. จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/968720200109070935.pdf.

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. Health Data Center [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 7 กค. 2565]. จาก https://pnb.hdc.moph.go.th/hdc/reports/.

6. โรงพยาบาลหล่มสัก. ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโรงพยาบาลหล่มสักปี 2563 [เอกสารอัดสำเนา]. หล่มสัก:โรงพยาบาลหล่มสัก; 2564.

7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก. ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสักปี 2563 [เอกสารอัดสำเนา].หล่มสัก: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก; 2564.

8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. เอกสารประกอบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 จังหวัดเพชรบูรณ์ [ออนไลน์] 2564. จาก http://www.phetchabunhealth.go.th/web2014/.

9. สำนักงานสาธารณสุขเพชรบูรณ์. ทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามประเภทผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อน [ออนไลน์] 2559 [อ้างเมื่อ 4 กพ 2565].จาก http://203.157.213.73/chronic/rep_htptall.php.

10. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บสำหรับพื้นที่ปีงบประมาณ 2564[ออนไลน์] 2564 [อ้างเมื่อ16 มค 2565]. จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/1912131576229837 41.pdf

11. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว. ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวปี 2564 [เอกสารอัดสำเนา]. หล่มสัก : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว; 2565.

12. วินัย เพชรช่วย. การพัฒนาตน Self Development [ออนไลน์] 2561 [อ้างเมื่อ 10 ธค 2564]. จาก: https://www.novabizz.com/NovaAce/Learning/Self_Development.htm.

13. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกษา ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.

14.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. ประชุมวิชาการประจำปี 2563 Heart & Mind in Hypertension Management [วารสารออนไลน์] 2563 [cited 8 เมษายน 2564]. จาก http://thaihypertension.org/files/452_1.Thai%20Hypertension%20Conference%202020.pdf

15. จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ตันสกุล. การจัดการสาธารณสุขในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2551.

16. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ [ออนไลน์] 2559 [อ้างเมื่อ 15 กค 2564]. จากhttps://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/ss-70286877.

17. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. บทนำเวชศาสตร์ครอบครัว (Introduction to Family Medicine) [ออนไลน์] 2559 [อ้างเมื่อ 05 ธค 2564]. จาก: https://meded.psu.ac.th/binla/class04/388_441/Intro_to_Fam_Med/index3.html.

18. Kemmis S. & Mc Taggart R. The Action research planner.3rd ed. Deakin University press: Victoria. 1998.

19. Bloom, B. S. Mastery learning. UCLA – CSEIP Evaluation Comment. 1(2) Losangeles. University of California at Los Angeles. 1968.

20. Chimberengwa PT, Naidoo M. Knowledge, attitudes and practices related to hypertension among residents of a disadvantaged rural community in southern Zimbabwe [serial online] 2019 [cited 2023 Jun 13]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6657811/.

21. National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure [online] 2003 [cited 2023 Jun 13]. Available from: https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/seventh-report-of-joint-national-committee-on-prevention-detection-evaluation-and-treatment-high-blood-pressure
22. รุ่งนภา จันทรา, สุทธานันท์ กัลกะ, อติญาณ์ ศรเกษตริน, จิราพร วัฒนศรีสิน. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้ใหญ่. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560; 27(3): 133-145.
23. ปาริชาต รุจาคม และ พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยหลัก 4 อ. ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2565; 5(2): 84-93.
24. กัลยา ถาวงค์ และ เมธินี ศรีสวัสดิ์. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนายาง ตำบลนายาง อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสุขภาพ 2564; 8(2): 103-119.
25. ธัญรัศม์ ภุชงค์ชัย, ธรณินทร์ คุณแขวน, พรภัทรา แสนเหลา และ เดือนเพ็ญพร ชัยภักดี. การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563; 38(1): 167-176.
26. วงค์ชญพจณ์ พรหมศิลา, สุภาพร แนวบุตร และ ประทุมา ฤทธิ์โพธิ์. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของบุคคลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร 2562; 46(2): 95-107.
27. วรดา ทองสุก, วรวรรณ์ทิพย์ วารีรมย์ และ ปิ่นหทัย สุภเมธาพร. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลสาร 2563; 47(4): 229-241.
28. รัชนี วัฒนาเมธี และ ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลประทาน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(3): 189-202.
29. ฉัตรณรงค์ คงบารมี. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง บ้านหนองเม็ก ตำบลด่านช้าง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ 2562; 5(2): 4-17.

การพัฒนารูปแบบการจัดการสารเคมีตกค้างในเลือด ด้วยการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. ในพื้นที่ตำบลท่าลาดขาว อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา

กาญจนี บุณยวงศ์วิโรจน์[1] ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์[2] พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์[3] อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง[4*]

[1]ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าลาดขาว อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา

[2]นักวิชาการอิสระ

[3,4*] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการจัดการสารเคมีตกค้างในเลือดด้วยการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. (อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย และ เอาพิษออก) กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มที่มีสารพิษตกค้างในเลือดที่อยู่ในระดับเสี่ยงและระดับไม่ปลอดภัย จำนวน 36 คน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบ และระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรม สมุดบันทึกข้อมูล และ แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ และ ค่าร้อยละ เปรียบเทียบผลลัพธ์การพัฒนาก่อนและหลังด้วยสถิติ Dependent t-test (Paired t-test) และ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการจัดการสารเคมีตกค้างในเลือด ด้วยการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. มี 6 องค์ประกอบ คือ (1) หลักสูตรฝึกอบรม อสม. และ ผู้มีสารเคมีตกค้างในเลือด (2) ศูนย์เรียนรู้การจัดการสารพิษด้วยหลัก 4 อ. (3) การจัดกิจกรรมให้กลุ่มผู้ที่มีสารเคมีตกค้างทุกสัปดาห์โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (4) การตรวจสารเคมีในเลือดทุกเดือน (5) ห้องอบสมุนไพร และ (6) การติดตามและประเมินผล 2) ผลลัพธ์ของการพัฒนาตามหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และทักษะการจัดการตนเอง ของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 3) การประเมินระดับสารเคมีในเลือดของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายมีสารเคมีตกค้างในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยง จำนวน 22 คน และ อยู่ในระดับไม่ปลอดภัย จำนวน 14 คน ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายมีสารเคมีตกค้างในเลือดอยู่ในระดับปกติ จำนวน 35 คน หรือ ร้อยละ 97.22 โดยจากที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จำนวน 22 คน อยู่ในระดับปกติ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 95.45 แต่มี 1 คน ยังอยู่ในระดับเสี่ยงเท่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 4.55 และ จากกลุ่มไม่ปลอดภัย จำนวน 14 คน อยู่ในปกติทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นวิธีการจัดการสารเคมีที่ตกค้างในเลือดที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับกลุ่มเกษตรกรและกลุ่มผู้บริโภคอาหารที่มีการปนเปื้อนสารเคมี

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ / สารเคมีตกค้างในเลือด / หลัก 4 อ.

*ผู้รับผิดชอบบทความ: อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, อีเมล: atthawit.s@nrru.ac.th, โทร.: 08 0376 2044

Received: 21 กรกฎาคม 2566/ Revised: 13 พฤศจิกายน 2566/ Accepted: 28 พฤศจิกายน 2566

Development of Chemical Residue Management Model in Blood Samples through Healthcare Following 4E Principles in Tha Lad Khaow Sub-district, Chok Chai District, Nakhon Ratchasima Province

Kanjanee Boonyawongwirote[1] Tongtip Salawongluk[2] Bhuddhipong Satayavongthip[3]
Atthawit Singsalasang[4*]

[1]Director of Tha Lad Khaow sub-district promoting hospital, Chok Chai District, Nakhon Ratchasima Province

[2]Independence academic

[3,4*] Assoc Prof., Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

This action research aimed to develop and study the results of using this management approach for chemical residue management in bloodstream through healthcare following 4E principles (Emotions, Eating, Exercise, Elimination). The target group were 36 individuals who had a risk level of unsafe chemical residues in their blood. This study had three phases: Phase 1, studying the context; Phase 2, developing the approach; and Phase 3, studying the results of using the approach. The research tools included behavior assessment questionnaires, data recording notebooks, and laboratory test result forms. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, frequency, and percentage, and the results were compared before and after using the approach using dependent t-tests. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Research findings reveal that: 1) The results of managing chemical residues in blood through healthcare based on the 4E principles consist of 6 components; (1) Training courses for community health volunteers and individuals with chemical residues in blood, (2) Toxic substance management learning center based on the 4E principles, (3) Weekly activities organized by community health volunteers in the community for groups with chemical residues, (4) Monthly blood chemical testing, (5) Herbal sauna room, and (6) Follow-up and evaluation. 2) The results of the development based on the training curriculum for the target group indicate significant statistical differences at a 0.05 level in the comparison of average scores for knowledge, self-perceived abilities, expectations of positive outcomes from practices, and self-management skills of the target group before and after participating in the activities. 3) The results of implementing the program indicate that the target group had chemical residues in their blood at risky levels 22 people and 14 people at unsafe levels. But after participating program, 35 people, or 97.22 percent of the target group had normal levels of chemical residues in their blood, of which 22 people were at risk, changed to normal levels as 21 people or 95.45%, but 1 person or 4.55% was still at the same risk level. In addition, 14 participants were the unsafe group changed to normal level 100.00%. This discovery indicates that the developed approach is an appropriate and efficient method for managing chemical residues in the blood, particularly for farmers and consumers who are exposed to chemical contamination in their food.

Key word: Model development/ Chemical residues in the blood/ 4E principles

[*]Corresponding author: Atthawit Singsalasang, email: atthawit.s@nrru.ac.th, Tel.: 08 0376 2044

Received: July 21, 2023/ Revised: November 13, 2023/ Accepted: November 28, 2023

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันจะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเนื่องจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นปัญหาใหญ่และรุนแรงของสังคมไทย ยังขาดความตระหนักร่วมกัน โดยเฉพาะผลกระทบต่อเกษตรกร และประชาชนทั่วไป[1] ซึ่งการใช้สารเคมีนั้นส่งผลต่อการเกิดต่อสุขภาพโดยตรงต่อผู้ใช้สารเคมี มีทั้งผลกระทบเฉลียบพลันและเรื้อรัง แต่สำหรับผู้บริโภคจะได้รับพิษทางอ้อมจากผลผลิตที่มีสารตกค้างปนเปื้อน แม้ปริมาณที่ต่ำแต่การได้รับเป็นประจำสารพิษอาจสะสมเป็นปัญหาเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานต่างๆของร่างกาย เช่น ผลต่อระบบประสาท การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีและระดับเซลล์ของร่างกาย ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ผลกระทบเฉลียบพลัน เช่น เวียนศีรษะ หายใจติดขัด คลื่นไส้อาเจียน ท้องร่วง ระบบกล้ามเนื้ออ่อนแรง อาจร้ายแรงทำให้เสียชีวิต เป็นต้น และผลกระทบเรื้อรัง เช่น มะเร็ง เบาหวาน อัมพฤกษ์ อัมพาต การเป็นหมันและการพิการของทารกแรกเกิด หรือเสื่อมสมรรถนะทางเพศ เป็นต้น[2] และ ชุลีกร ธนธิติกร กล่าวว่า สารเคมีทางเกษตรไม่ว่าจะเป็นชนิดใดมีผลกระทบสุขภาพ[3] สอดคล้องกับนายแพทย์ทองถม ชะลอกุล[4] ที่ว่า ความเจ็บป่วยของคนเรามาจากความไม่สมดุลของร่างกาย โดยเฉพาะการได้รับสารพิษ ที่เข้าสู่ร่างกาย โดยการกิน การดื่ม การหายใจ และการสัมผัส สารพิษที่มาจากการเกษตร วัสดุเครื่องใช้ในครัวเรือน และเครื่องดูแลสุขภาพ และการสร้างพิษขึ้นเอง โดยความเครียด วิตกกังวล สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่นำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จังหวัดนครราชสีมา เป็นจังหวัดที่ประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกร ปี 2563 จำนวน 453,719 คน หรือร้อยละ 17.23 มีผู้เจ็บป่วยด้วยการใช้สารเคมี ร้อยละ 74.38 และมีสารพาตกค้างยับยั้งการทำงานของเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสลดลงอยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 11.34 และ ระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 16.79[5] สำหรับตำบลท่าลาดขาว มีกลุ่มเกษตรกร จำนวน 915 คน หรือร้อยละ 31.28 ผู้เจ็บป่วยด้วยการใช้สารเคมี ร้อยละ 0.61 และมีสารพาตกค้างยับยั้งการทำงานของเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสลดลง อยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 0.78 และ ระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 0.62 ประกอบกับ ประชาชนส่วนมากใช้วัสดุในครัวเรือนและเครื่องสำอางที่มีสารเคมีเป็นส่วนผสม[6] ซึ่งข้อมูลที่พบนี้ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวัน ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่พบว่า ในปี 2562 ประเทศไทย มีจำนวน 432,943 คน เสียชีวิต จำนวน 24,618 คน เฉลี่ยวันละ 67 คน[7]

ในปี พ.ศ. 2561 ได้ข้อพบว่า หลักการจัดการกับสารพิษ คือ 1) อย่าเอาพิษเข้าสู่ร่างกาย ด้วยการกิน การดื่ม การหายใจ และการสัมผัส 2) อย่าสร้างพิษขึ้นเอง ด้วยความเครียด วิตกกังวล และ 3) เอาพิษออก หรือ เรียกว่า “การปฏิบัติตามหลัก 4อ. หรือ ยา 8 ขนาน” ที่นำปฏิบัติได้ด้วยตนเอง มี 4 วิธี คือ 1) อารมณ์ : ทำใจให้สบาย หลับสนิท 6-7 ชั่วโมง 2) อาหาร : กินผักและผลไม้ (หวานน้อย) สด ก่อนอาหารอื่น 3 ส่วน กินอาหารอื่น 1 ส่วน ไม่กินจุกจิก กินก่อนนอน 2-3 ชั่วโมง และ 3) ออกกำลังกาย : อย่างน้อย 30 นาทีหรือมีเหงื่อซึม และ 4) เอาพิษออก : 4.1) ด้วยการดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร 4.2) การนวดมือนวดเท้า 4.3) การกัวซา 4.4) การแช่มือแช่เท้า และ 4.5) การใช้สมุนไพร สามารถควบคลุมภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังได้[8] และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ[9] ได้นำเอาหลักการนี้ไปใช้ความคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 40 คน พบว่า ควบคุมได้ ร้อยละ 95.00 และได้ปรับลดยาจากแพทย์ ร้อยละ 13.80 และในปี พ.ศ. 2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้นำเอาข้อค้นพบนี้ไปจัดอบรมผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทั้งนี้เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน รายใหม่ไม่ให้เกินร้อยละ 1.85 และความดันโลหิตสูงไม่เกินร้อยละ 3 การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ภาคทฤษฎีควบคู่กับภาคปฏิบัติ มีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรมนำองค์ความรู้ไปจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทุกสัปดาห์ ติดต่อกัน 3 เดือน กลุ่มเสี่ยงทุกคนไม่เป็นโรคเบาหวาน/ โรคความดันโลหิตสูง และ กลุ่มผู้ป่วยได้รับการปรับลดและเลิกการใช้ยาจากแพทย์ ร้อยละ 19.28[10]

จากข้อมูลเบื้องต้น ชี้ให้เห็นว่า หลักการจัดการกับพิษ หรือการปฏิบัติตามหลัก 4 อ. น่าจะเป็นวิธีหนึ่งที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการกับกลุ่มที่มีสารเคมีที่ตกค้างในเลือดระดับเสี่ยงและระดับไม่ปลอดภัย ทดแทนการดื่มน้ำรางจืด ที่ใช้

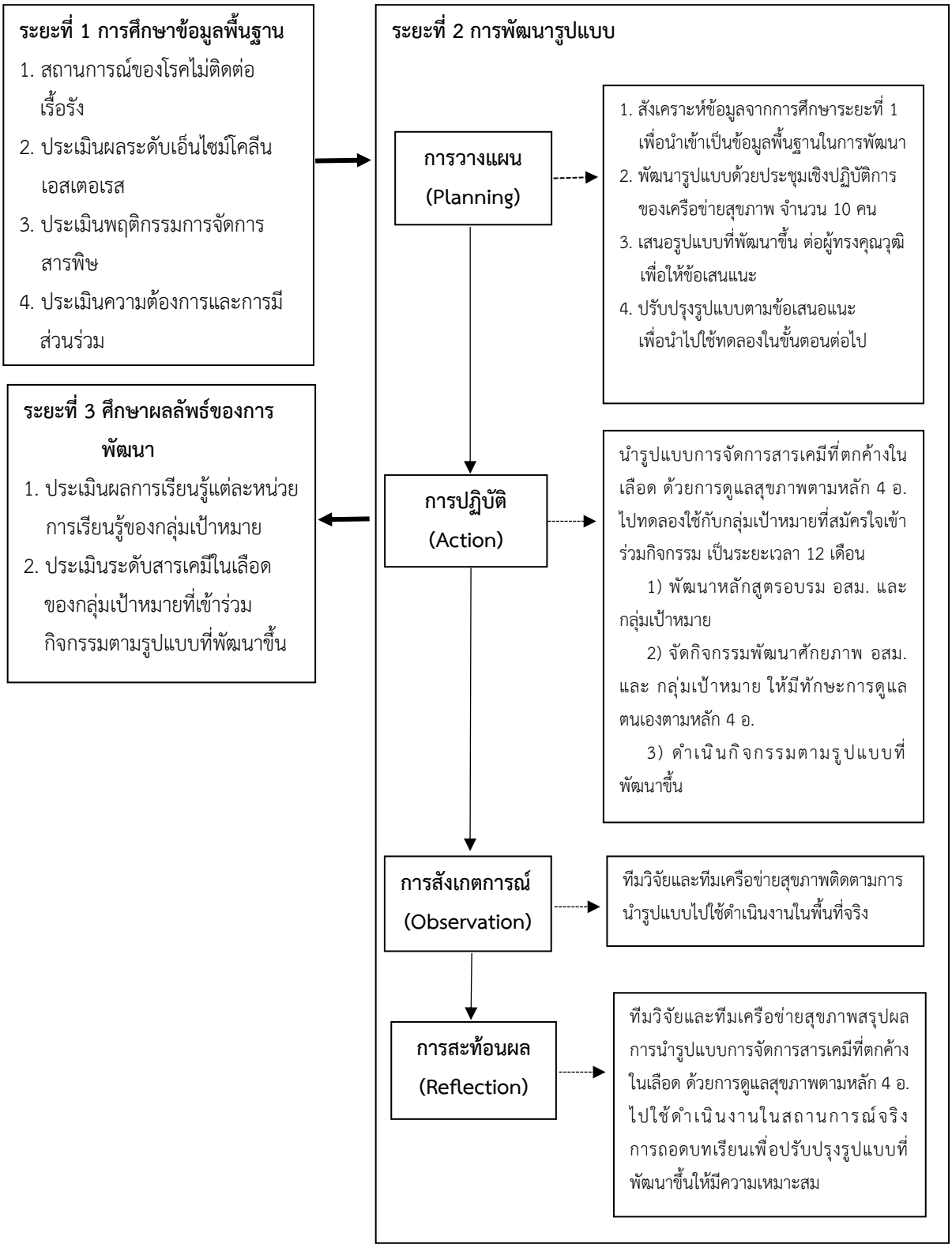
เวลามากกว่า 7 วัน[11] หรือ ดื่มติดต่อกัน 4 สัปดาห์[12] ภายใต้การมีรูปแบบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน ประกอบกับนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมคแทกการ์ด[13] มาประยุกต์ใช้ในจัดกระบวนการการพัฒนารูปแบบ ร่วมกับการนำทฤษฎีความสามารถแห่งตนของ แบนดูรา[14] และแนวคิดการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสไปส์ ของ ศิริพร พึ่งเพ็ชร[15] มาจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ภาคทฤษฎีควบคู่กับภาคปฏิบัติ ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพ น่าจะได้รูปแบบการจัดการสารเคมีที่ตกค้างในเลือดในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มไม่ปลอดได้อย่างประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสารเคมีที่ตกค้างในเลือด ด้วยการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. ของประชาชนในพื้นที่ตำบลท่าลาดขาว อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการจัดการสารเคมีที่ตกค้างในเลือด ด้วยการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. ของประชาชนในพื้นที่ตำบลท่าลาดขาว อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and MCTaggard[13] ร่วมกับทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura[14] และการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสไปส์ ของ ศิริพร พึ่งเพ็ชร[15] มีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ และ ระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามหลัก 4 อ. หมายถึง วิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามหลัก 4 อ. ประกอบด้วย อ.1 : อารมณ์ดี ด้วยการทำสมาธิบำบัด แบบSKT อ.2 : อาหาร ด้วยการรับประทานอาหารปลอดสารพิษ อ.3 : การออกกำลังกาย ด้วยการแกว่งแขนหรือวิธีอื่นจนเหงื่อซึม และ อ.4 : การเอาพิษออก ด้วยการดื่มน้ำ และ การอบสมุนไพร

2. ขั้นตอนการเรียนรู้แบบสไปส์ (SPICE Model) หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 5 ขั้น ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การให้สิ่งเร้า (S-Stimulus) เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้เรียน โดยการซักถามหรือประเมินความรู้เดิม ขั้นที่ 2 การนำเสนอ (P-Presentation) เป็นการให้ความรู้ที่ถูกต้องให้กับผู้เรียนโดยวิทยากรหรือผู้เชี่ยวชาญ ขั้นที่ 3 การฝึกปฏิบัติตามลีลาที่ถนัดและชอบ (I-Individual inquiry) เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามตามความถนัดและความสามารถ ของผู้เรียน ขั้นที่ 4 การสร้างสรรค์ความรู้ (C- Constructivism) เป็นขั้นตอนที่ให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะกระบวนคิดอย่างเป็นระบบเชื่อมโยงความรู้เดิมกับความรู้ใหม่สร้างเป็นองค์ความรู้ (Body of Knowledge) ของตนเอง และขั้นที่ 5 การวัดและประเมินผล (E-Evaluation) เป็นการวัดและประเมินผลโดยผู้สอนหรือผู้เรียนหรือผู้สอนและผู้เรียน

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการสารเคมีตกค้างในเลือด ด้วยการดูแลสุขภาพด้วยตนเองหลัก 4 อ. ในกลุ่มประชาชนที่มีสารเคมีตกค้างในเลือด ตำบลท่าลาดขาว อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการวิจัย จำนวน 36 คน การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิส และ แมคแทคการ์ด[13] ร่วมกับทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura[14] และการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสไปส์ ของ ศิริพร พึ่งเพ็ชร[15] ใช้เวลาศึกษา 12 เดือน (กันยายน 2562 ถึง สิงหาคม 2563) มีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลเบื้องต้น

ทีมวิจัยดำเนินการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเมินผลระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส ประเมินพฤติกรรมการจัดการสารพิษ และประเมินความต้องการและการมีส่วนร่วม โดยกระบวนการวิเคราะห์เปรียบเทียบ การสอบถามและการจัดกลุ่มสนทนา เครือข่ายสุขภาพ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน นักวิชาการด้านสุขภาพชุมชน 2 คน และ อสม. 5 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบ

โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 นำเข้าเป็นข้อมูลวิเคราะห์ความจำเป็นและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการจัดการสารเคมีตกค้างในเลือด ด้วยการดูแลสุขภาพด้วยตนเองหลัก 4 อ. ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 4 ขั้น คือ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกตการณ์ และ 4) การสะท้อนผลของการปฏิบัติ โดยมีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เครือข่ายสุขภาพ จำนวน 10 คน

1. พัฒนารูปแบบการจัดการสารเคมีในเลือด ด้วยการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 4 อ.
2. เสนอรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ต่อผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ข้อเสนแนะ
3. ปรับปรุงรูปแบบฯ ตามข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปใช้ทดลองในขั้นตอนต่อไป

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแผนปฏิบัติการมาปฏิบัติ ดังนี้

1. พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการสารเคมีในเลือด ด้วยการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 4 อ. สำหรับ อสม. และ กลุ่มเป้าหมาย

2. การพัฒนาศักยภาพ อสม. และกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้หลักสูตรฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 5 หน่วยการเรียนรู้ ใช้เวลา 26 ชั่วโมง ได้แก่

หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้ผู้เข้าอบรมได้รับรู้ถึงผลกระทบ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค การรักษาและการป้องกัน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การใช้สารเคมีกับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใช้เวลา 4 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 หลักการจัดการสารพิษ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 ทักษะการจัดการสารพิษ ด้วยหลัก 4 อ. ใช้เวลา 8 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 5 ทักษะการจัดการกับตนเอง ใช้เวลา 10 ชั่วโมง

ซึ่งแต่ละแผนมี 6 องค์ประกอบ คือ 1) เนื้อหา 2) วัตถุประสงค์ 3) กิจกรรมมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เป็นกลุ่ม มีขั้นตอนการสอน 5 ขั้นตามการสอนแบบสไปส์ (SPICE Model) 4) สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม และ 5) การวัดและการประเมินผล การประเมินองค์ความรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ตามแบบประเมินในแผนการเรียนรู้แต่ละแผน ซึ่งได้กำหนดไว้ว่าความรู้และการรับรู้ ต้องมีผลการประเมินไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80.00

3. การพัฒนาศูนย์เรียนรู้การจัดการสารพิษ ด้วยหลัก 4 อ. ใช้เวลา 12 ชั่วโมง มี 6 ลักษณะ ได้แก่

3.1 มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบ

3.2 มีนักวิชาการด้านสุขภาพชุมชน

3.3 มีแพทย์แผนไทย

3.4 มี อสม.หรือจิตอาสา

3.5 มีสื่อการเรียนรู้

3.6 มีกิจกรรมสาธิตการขับสารพิษ

4. การดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยในขั้นตอนนี้ได้มีการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติ อสม. และ กลุ่มเป้าหมายที่มีสารเคมีตกค้างในเลือด มีการพัฒนาศูนย์เรียนรู้การจัดการสารพิษด้วยหลัก 4 อ. มีการพัฒนาตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมากกว่า 2 รอบ โดยเฉพาะกิจกรรมการจัดการกับสารพิษ มีการดำเนินกิจกรรม ทั้งสิ้น 7 รอบ

ขั้นที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) โดยทีมวิจัยและทีมเครือข่ายสุขภาพติดตามการนำรูปแบบไปใช้ดำเนินงานในพื้นที่จริง โดยการใช้แบบทดสอบ แบบสอบถาม แบบประเมิน สมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรม และ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การสังเกตและ การสอบถาม รวมทั้งการเจาะเลือดตรวจสารเคมีตกค้างในกระแสเลือด เพื่อประเมินระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผลของการปฏิบัติ (Refection) ทีมวิจัยและทีมเครือข่ายสุขภาพสรุปผลการนำรูปแบบการจัดการสารเคมีที่ตกค้างในเลือด ด้วยการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. ไปใช้ดำเนินงานในสถานการณ์จริง การถอดบทเรียนเพื่อทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมาแต่ละองค์ประกอบ มาพิจารณา เพื่อหาข้อยุติหรือปรับเปลี่ยนกิจกรรมจนได้รูปแบบการจัดการการจัดการสารเคมีตกค้างในเลือดที่สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ป้องกันสารเคมีที่ตกค้างในเลือดที่ง่าย เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ อันจะส่งให้มีระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส อยู่ในระดับปกติหรือปลอดภัย

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ

โดยการประเมินผลการเรียนรู้แต่ละหน่วยการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย และ การประเมินระดับสารเคมีในเลือดของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ระยะที่ 1 ประกอบด้วย แบบบันทึกผลระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส แบบประเมินกิจกรรมการจัดการสารพิษ แบบประเมินความต้องการและการมีส่วนร่วม และแนวทางการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้างของเครือข่ายสุขภาพ

2.2 ระยะที่ 2 ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้างของเครือข่ายสุขภาพในการพัฒนารูปแบบฯ และ การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม แบบทดสอบ แบบสอบถาม และ สมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรม

2.3 ระยะที่ 3 ประกอบด้วย แบบประเมินผลการเรียนรู้แต่ละหน่วยการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย และ แบบบันทึกผลระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส ของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งเป็น

3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ (จำนวน) และ ค่าร้อยละ (%) และสถิติอนุมานด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลัก 4 อ. และ ระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส วิเคราะห์ด้วยสถิติ Dependent t-test (Paired t-test) นำเสนอด้วย ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean different: Mean diff.) ค่า t และ ค่า p-value

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลที่ได้จากการสอบถาม การสังเกต และ การบันทึกผลการดำเนินงาน

4. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการป้องกันสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ตามใบรับรองเลขที่ HE -056-2562 ลงวันที่ 27 กันยายน 2562 ถึง 27 กันยายน 2563

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา ผู้วิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการสารเคมีตกค้างในเลือดด้วยการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามหลัก 4 อ. มี 6 องค์ประกอบ คือ 1) หลักสูตรฝึกอบรม อสม. และ ผู้มีสารเคมีตกค้างในเลือด 2) ศูนย์เรียนรู้การจัดการสารพิษ 3) การจัดกิจกรรมให้กลุ่มผู้ที่มีสารเคมีตกค้างทุกสัปดาห์ โดย อสม. 4) การตรวจสารเคมีในเลือดทุกเดือน 5) ห้องอบสมุนไพร และ 6) การติดตามและประเมินผล

2. ผลลัพธ์ของการพัฒนาตามหลักสูตรฝึกอบรม อสม. และ ผู้มีสารเคมีตกค้างในเลือด ประกอบด้วย 5 หน่วยการเรียนรู้ และการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสไปส์ ใช้เวลา 26 ชั่วโมง คือ

หน่วยที่ 1 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้ผู้เข้าอบรมได้รับรู้ถึง ผลกระทบ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค การรักษาและการป้องกัน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

หน่วยที่ 2 การใช้สารเคมีกับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใช้เวลา 4 ชั่วโมง

หน่วยที่ 3 หลักการจัดการสารพิษ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

หน่วยที่ 4 ทักษะการจัดการสารพิษ ด้วยหลัก 4 อ. ใช้เวลา 8 ชั่วโมง

หน่วยที่ 5 ทักษะการจัดกับตนเอง ใช้เวลา 10 ชั่วโมง

การพัฒนาตามหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และทักษะการจัดการตนเอง ของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การประเมินผลการเรียนรู้แต่ละหน่วยการเรียนรู้ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และทักษะการจัดการตนเอง แต่ละหน่วย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.33, 97.22, 100.00 และ97.22 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และทักษะการจัดการตนเอง ของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n=36)

รายการ	ระดับสูง		ระดับกลาง		ระดับต่ำ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้						
ก่อน	9	50.00	9	25.00	18	50.00
หลัง	30	83.33	6	16.67	0	0.00
การรับรู้ความสามารถตนเอง						
ก่อน	9	50.00	11	30.56	16	44.44
หลัง	35	97.22	1	2.78	0	0.00
ความคาดหวังผลดีของการปฏิบัติ						
ก่อน	10	27.78	9	50.00	17	47.22
หลัง	36	100.00	0	0.00	0	0.00
ทักษะการจัดการตนเอง						
ก่อน	8	22.22	9	50.00	19	52.78
หลัง	35	97.22	1	2.78	0	0.00

โดยมีผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และทักษะการจัดการตนเอง ของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และทักษะการจัดการตนเอง ของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n=36)

รายการ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean diff.	95%CI of Mean diff.	t	p-value
ความรู้			4.75	3.90 - 5.59	11.16	<0.001
ก่อน	3.75	2.12				
หลัง	8.50	1.42				
การรับรู้ความสามารถตนเอง			3.50	2.64 - 4.351	8.19	<0.001
ก่อน	5.42	2.23				
หลัง	8.92	1.26				

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติและทักษะการจัดการตนเอง ของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n=36) (ต่อ)

รายการ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean diff.	95%CI of Mean diff.	t	p-value
ความคาดหวังผลดีของการปฏิบัติ			3.58	2.80 - 4.35	9.22	<0.001
ก่อน	5.42	2.26				
หลัง	9.00	0.56				
ทักษะการจัดการตนเอง			3.83	2.97 - 4.70	8.85	<0.001
ก่อน	5.08	2.32				
หลัง	8.92	1.18				

4. การประเมินระดับสารเคมีในเลือดของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายมีสารเคมีตกค้างในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยง จำนวน 22 คน และ อยู่ในระดับไม่ปลอดภัย จำนวน 14 คน ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายมีสารเคมีตกค้างในเลือดอยู่ในระดับปกติ จำนวน 35 คน หรือ ร้อยละ 97.22 โดยจากที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จำนวน 22 คน อยู่ในระดับปกติ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 95.45 แต่มี 1 คน ยังอยู่ในระดับเสี่ยงเท่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 4.55 และ จากกลุ่มไม่ปลอดภัย จำนวน 14 คน อยู่ในปกติทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการตรวจเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส เป็นรายครั้งของการตรวจ (n=36)

ผลการตรวจ	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 4		ครั้งที่ 5		ครั้งที่ 6	
(ระดับ)	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	0	0.00	0	0.00	4	11.11	3	8.33	5	13.89	35	97.22
ปลอดภัย	0	0.00	10	27.78	9	25.00	24	66.67	26	72.22	0	0.00
เสี่ยง	22	61.11	16	44.44	18	50.00	9	25.00	5	13.89	1	2.78
ไม่ปลอดภัย	14	38.98	10	27.78	5	13.89	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00
รวม	36	100.00	36	100.00	36	100.00	36	100.00	36	100.00	36	100.00

นอกจากนี้ยังพบว่า การอบสมุนไพรร่วมกับ การรับประทานอาหารปลอดสารพิษ ออกกำลังกาย และ การดื่มน้ำเป็นวิธีที่ขจัดสารเคมีที่ตกค้างในเลือด ซึ่งกลุ่มเสี่ยง อบสมุนไพรติดต่อกัน 3 วัน และ กลุ่มไม่ปลอดภัย อบสมุนไพรติดต่อกัน 5 วัน จะทำให้สารเคมีตกค้างในเลือดอยู่ในระดับปกติ

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ที่พบว่า สถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแนวโน้มที่สูงขึ้น ปัจจัยสาเหตุหนึ่งมาจากได้รับสารพิษ และภาวะการเจ็บป่วยจากการมีระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสลดลง เนื่องจากการสารเคมี[4] ประกอบกับการคัดกรองสารเคมีในเลือด ในกลุ่มเกษตรกร ที่พบว่า มีเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส อยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย มากกว่าร้อยละ 50 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคและการขับสารพิษด้วยการดื่มรางจืดเฉพาะหลังการใช้สารเคมี เท่านั้นแท้จริงแล้วสารเคมียังมีการตกค้างอยู่ในสิ่งแวดล้อม[17] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการให้ความรู้กับกลุ่มเกษตรกรรวมถึงผู้บริโภคที่ใช้สารเคมี ไม่มีหลักสูตรฝึกอบรม ซึ่งหลักสูตรฝึกอบรมที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องสร้างจากภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน[16] และมีองค์ประกอบ พื้นฐาน 4 องค์ประกอบ คือ เนื้อหา วัตถุประสงค์ กิจกรรมการเรียนรู้และการประเมินผล[18] ประกอบกับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตองมีขั้นตอนและมีแนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมมา

ประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมทั้งนี้เพื่อให้ผู้เรียนปรับเปลี่ยนกระบวนคิด ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้เร็วขึ้น จนเป็นสุขนิสัย ท้ายสุดจะมีสุขภาพดี[19] เช่นเดียวกับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการฝึกอบรมตามหลักสูตร ยา 8 ขนาน สังหาร NCD (สร้างเสริมสมรรถนะการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยหลัก 4 อ.) นำองค์ความรู้ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 3 เดือน พบว่า กลุ่มเสี่ยงไม่เกิดโรคเหวานและโรคความดันโลหิตสูง ส่วนกลุ่มผู้ป่วย ได้รับการปรับลดและเลิกการใช้ยาจากแพทย์ ร้อยละ 19.28 ดังนั้นการที่จะให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมขับสารพิษจำเป็นต้องมีหลักสูตรฝึกอบรม และการที่จะให้บุคคลปฏิบัติเป็นสุขนิสัยจำเป็นจะต้องมีศูนย์การเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างทักษะการจัดการกับตนเอง[20]

2. จากการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบ ที่พบว่า รูปแบบในการป้องกันโรคไม่ติดเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4 อ. มี 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 พัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่าง ด้วยหลักสูตรฝึกอบรม Upskill และ องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาศูนย์เรียนรู้การขับสารพิษ ด้วยหลัก 4 อ. ทั้งสององค์ประกอบนี้ ได้พัฒนาตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของเคมมิสและแมคแทคการ์ด[13] มากกว่า 2 รอบ จนได้หลักสูตรฝึกอบรมและศูนย์เรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้มีทักษะการจัดการกับตนเอง รวมทั้งพบว่าการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และทักษะการจัดการตนเอง ของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่นะดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของเคนเฟอร์[21] ที่ว่าการที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมสุขภาพจนเป็นสุขนิสัยนั้น ผู้จัดกระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะ ต้องมีการจัดประสบการณ์ให้ผู้ป่วยวางกฎเกณฑ์เงื่อนไขให้กับตนเอง โดยการดูแลและการควบคุมตนเอง การประเมินตนเอง และ การเสริมพลังให้กับตนเอง ทั้งนี้เพราะผู้รักษาไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ประกอบกับการจัดกระบวนการเรียนรู้ตามหลักสูตรอบรมได้นำทฤษฎีความสามารถแห่งตน[14] ร่วมกับขั้นตอนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสไปส์[15] มาจัดประสบการณ์เรียนรู้เป็นกลุ่มความความถนัดและความสามารถเรียนรู้จากตัวแบบ เน้นการเรียนรู้ควบคู่กับการปฏิบัติ สามารถประเมินผลดีของการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง มีการวัดและประเมินผลทุกหน่วยการเรียนรู้ ด้วยเครื่องมือที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน เพื่อค้นหาสารเคมีที่ตกค้างอยู่ในเลือด กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักพร้อมทั้งมีแรงผลักดันจากกลุ่มที่จะปฏิบัติ ที่มีเป้าหมายเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเริงฤทธิ์ ทองอยู่ และคณะ[22] ที่พบว่าการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการความสำเร็จตามจุดหามายของ คิง[23] ที่ว่ากระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ นั้นต้องคำนึงถึงการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัญหาและความต้องการของตนเองพร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง และ สอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ เคมมิส และแมคแทคกาด[13] ที่กล่าวว่า การทำงานเพื่อแก้ปัญหา ต้องทำเป็นหมู่คณะ เราจะทำคนเดียวไม่ได้

3. จากการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส อยู่ในระดับปกติ โดยการอบสมุนไพรร่วมกับรับประทานอาหารปลอดสารพิษ ออกกำลังกาย ดื่มน้ำ และ สมาธิบำบัดแบบ SKT ในกลุ่มเสี่ยง ปฏิบัติติดต่อกัน 3 วัน และ ในกลุ่มไม่ปลอดภัย ปฏิบัติติดต่อกัน 5 วัน ทั้งนี้เป็นเพราะว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิส และแมคทากาด[13] จนได้รูปแบบ ที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน สอดคล้องกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง[18] ร่วมกับการดำเนินงานในลักษณะของเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญ ที่เสริมสร้างให้ชุมชนมีความเข้มแข็งพึ่งตนเองได้ ภายใต้บริบทของชุมชน และการดำเนินชีวิต ดังเช่นการศึกษาของ ชุติมา ทองวชิระ[24] ที่พบว่ารูปแบบการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รูปแบบการจัดกิจกรรมควรมีลักษณะชาชนสามารถทำด้วยตนเองได้ ใช้เวลาน้อย ไม่เป็นอุปสรรคในการ ประกอบอาชีพ และ อุปกรณ์หรือวัตถุดิบต้องสามารถหาได้ง่ายจากชุมชนโดยมีแกนนำเป็นผู้นำปฏิบัติ เช่นเดียวกับการศึกษาของทองทิพย์ และ อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง[19] ที่พบว่าการปฏิบัติตามหลัก 4 อ. (ยา 8 ขนาน) เป็นวิธีที่ปฏิบัติตามธรรมชาติของการทำงานของระบบร่างกายและเรียบง่ายสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของคนไทย ผู้ที่ปฏิบัติสามารถประเมินสุขภาพตนเองขึ้นพื้นฐานได้ด้วยตนเอง ประกอบกับ การมีศูนย์เรียนรู้ เป็นสถานที่จัดกิจกรรมร่วมกันอย่างมี

เป้าหมาย โดยมี อสม. เป็นผู้นำในการปฏิบัติ พร้อมกับประเมินเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส เพื่อให้รับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติ ส่งผลให้กลุ่มผู้ป่วยรับรู้ถึงผลของการปฏิบัติและมีความเชื่อมั่นในตนเอง จนเป็นสุขนิสัยสามารถขับสารเคมีที่ตกค้างให้อยู่ในระดับปกติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากที่พบว่า กลุ่มผู้ใช้สารเคมีที่ตำค้างในเลือด ระดับเสี่ยงและระดับไม่ปลอดภัย เมื่อปฏิบัติตามหลัก 4 อ. ด้วย การอบสมุนไพรด้วยรางจืดหรือใช้สมุนไพรผสม ร่วมกับ การรับประทานอาหารปลอดสารพิษ ออกกำลังกาย ดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 3 ลิตร และ การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 3 วันในกลุ่มเสี่ยง และ 5 วันในกลุ่มไม่ปลอดภัย ทำให้กลุ่มตัวอย่าง 35 คน มีเอ็นไซม์คลอลีนเอสเตอเรส อยู่ในระดับปกติ 35 คน หรือร้อยละ 97.22 และ อยู่ในระดับเสี่ยง 1 คน หรือร้อยละ 2.78 ดังนั้นผู้รับผิดชอบควรพิจารณานำวิธีการนี้ไปใช้กับกลุ่มดังกล่าวต่อไป

2. จากที่พบว่า กลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มไม่ปลอดภัย ที่ใช้วิธีอบรมสมุนไพรอย่างเดียว ไม่สามารถขับสารเคมีได้ภายใน 3 วัน และ 5 วัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีภาวะเครียดส่งผลต่อการขับสารเคมีตามหลัก 4 อ. โดยการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพควรมีแผนการจัดกิจกรรมที่สร้างขึ้นอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอน มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมและแนวคิดทางการศึกษามาใช้ในการจัดประสบการณ์เรียนรู้ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นผู้ที่จะนำรูปแบบนี้ไปใช้ควรมีการศึกษา รูปแบบกิจกรรมอย่างเข้าใจ ก่อนที่จะนำไปใช้ในกลุ่มเป้าหมาย

3. จากที่พบว่ารูปแบบการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มผู้มีสารเคมีตกค้างในเลือด องค์ประกอบแรก ได้มีการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม Upskill เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพ ดังนั้นผู้ที่จะนำรูปแบบนี้ไปใช้ต้องมีความเชี่ยวชาญหรือควรทำงานร่วมกันในลักษณะสหวิชาชีพหรือลักษณะเครือข่าย

4. จากที่พบว่าศูนย์เรียนรู้การจัดการสารพิษ ด้วยหลัก 4 อ. ในคุณลักษณะข้อที่ 4 มี อสม.หรือจิตอาสา ดังนั้นควรมีการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม Upskill ให้กับ อสม. หรือจิตอาสา ที่จะปฏิบัติงานในศูนย์การเรียนรู้นี้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้ใช้สารเคมีที่มาสารเคมีตกค้าง ระดับเสี่ยงและระดับไม่ปลอดภัย ด้วยหลัก 4 อ. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มผู้ใช้สารเคมีในครัวเรือน

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสระหว่างกลุ่มผู้ใช้สารเคมีที่เป็นกลุ่มเกษตรกรกับกลุ่มผู้บริโภค เพื่อเป็นการประเมินแนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรเสนอผลการวิจัยให้หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาทราบ เพื่อกำหนดเป็นนโยบายให้ทุกอำเภอหรือตำบล มีศูนย์เรียนรู้การจัดการสารพิษด้วยหลัก 4 อ. แห่งละ 1 ศูนย์ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีปัจจัยสาเหตุหนึ่งมาจากการมีสารเคมีตกค้างในเลือด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข. ผลกระทบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อสุขภาพคนไทย [ออนไลน์]. 2554 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงจาก https://thaipan.org/data/369.
2. นิรมล ธรรมวิริยสติ และ คณะ. ระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในซีรัมต่อผลกระทบสุขภาพของผู้บริโภคผักผลไม้สด.วารสารการวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2562: 13 (2): 52 – 61.

3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. อันตรายจาการสัมผัสสารเคมีจากการเกษตร. [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงจาก https://www.facebook.com/%20BureauofEpidemiology%20/posts/2523597911069611/.
4. ทองถม ชะลอกุล และ คณะ. การจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่ ด้วยหลัก 4 อ. (ยา 8 ขนาน) จังหวัดนครราชสีมา : คณะสาธารณสุขศาสตร์. 2563.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานสารเคมีตกค้างในเลือด ในกลุ่มเกษตรกรที่ใช้สารเคมี: เอกสารอัดสำเนา; 2563.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าลาดขาว. รายงานการประเมินเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในกลุ่มเกษตรกรและการใช้สารเคมีในครัวเรือน ตำบลท่าลาดขาว อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา : เอกสารอัดสำเนา; 2562.
7. กองโรคไม่ติดต่อ. ผลกระทบของสารเคมีที่ตกค้างในเลือดต่อสุขภาพ. [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงจาก http://www.thaincd.com.
8. อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ และ พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. การพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2565: 28 (1): 88-100.
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ. รายงานการการประเมินผลโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งอรุณ อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา: เอกสารอัดสำเนา; 2562.
10. สมเกียรติ อินทะกนก, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, รชานนท์ ง่วนใจรัก, ชูสง่า สีสัน และ ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: กรณีศึกษาพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซับ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา 2564: 27 (1): 56-67.
11. นุชรัตน์ มังคละคีรี และ คณะ. ผลของวิธีการต้มรางจืดต่อระบบโคลีนเอสเตอเรสของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยของแก่น 2560: 5 (2): 362-377.
12. ภัทราธร จรรยาเลิศอดุลย์ และ คณะ. ผลของสารน้ำสกัดรางจืดต่อระบบเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรที่เคยสัมผัสสารพิษกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดสุรินทร์. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา 2556: 17 (1): 52-63.
13. Kemmiss and Mc taggrat. The Action research planner.3rd ed. Deakin University press: Victoria; 1980.
14. Bandura. Self–efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977: 84 (2): 191-215.
15. ศิริพร พึ่งเพ็ชร์. การพัฒนารูปแบบกรสอนภาษาอังกฤษที่สอดคล้องกับลีลา การเรียนรู้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา. ปริญญานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาหลักสูตรและการสอน. นครราชสีมา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, 2553.
16. Taba and Hida. Curriculum Development Theory and Practice. New York: Harcourt, Brace&World; 1962.
17. ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม. รายงานผลการวิจัยเรื่อง การศึกษาพัฒนาแนวทางการลดสารเคมีในการเกษตรด้วยกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: 2557; เอกสารอัดสำเนา.
18. วิชัย วงษ์ใหญ่. การพัฒนาบุคลากรทางการศึกษา. เอกสารประกอบการสอนนักศึกษาปริญญาเอก รุ่นที่ 4 มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล: อัดสำเนา; 2553.
19. ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ และ อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง. การพัฒนาศักยภาพนักศึกษาในการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์ ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสืบเนื่องการประชุมวิชาการระดับชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 19 มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. เชียงใหม่: 2562; 105-118.
20. รชานนท์ ง่วนใจรัก, นฤพร พร่องครบุรี, วรลักษณ์ สมบูรณ์นาดี, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ และอรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4 อ. ตำบลตะขบ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขศึกษา 2565: 45 (1): 40-55.

21. Kanfer, F. Self-management methods.In Kanfer,F. and A.P.Glodstein. (EDs.). Hellping people change: Atextbook of methods. (3rd ed.) New York:Pergamon; 1988.
22. เริงฤทธิ์ ทองอยู่, ดวงพร ปิยะคง และ สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์. ผลของโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีเป้าหมายร่วมกันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562: 37 (2): 103-112.
23. King IM. A Theory for Nursing: System, Concepts, Process. New York: Wiley Century-Crofts; 1981.
24. ชุติมา ทองวชิระ และ คณะ. ชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาชุมชนท่าเสด็จอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2561: 5 (1): 51-61.

การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ประสิทธิ์ ศรีผดุง[1] พัชรี ศรีกุตา[2*]

[1]นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

[2*]อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทชุมชน พัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อ และศึกษาผลลัพธ์จากการพัฒนาหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มเป้าหมาย คือ แกนนำชุมชนบ้านหนองโพรง ตำบลอิสาณ จำนวน 40 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม 2566 แบ่งเป็น 3 ระยะ : ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชนและสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับขยะติดเชื้อชุมชน ระยะที่ 2 การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อ โดยใช้กระบวนการบริหารคุณภาพ PDCA 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การตรวจสอบผลการปฏิบัติ และการปรับปรุงตามผลการตรวจสอบ รวมทั้งประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง และระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม แบบสังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรม และแบบบันทึกประจำวันของผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบผลลัพธ์การพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนากลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกับก่อนการพัฒนา ทำให้มีแนวทางจัดการขยะติดเชื้อที่สามารถนำไปปฏิบัติได้สอดคล้องกับบริบทชุมชน การกำหนดแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนควรบูรณาการกับโครงการที่มีอยู่แล้วในชุมชน และควรมีการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนในพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมบรรลุตามเป้าหมายการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพชุมชน/ การจัดการขยะติดเชื้อ/ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

[*]ผู้รับผิดชอบบทความ: พัชรี ศรีกุตา, อีเมล: phatcharee.s@nrru.ac.th, โทร.: 08 6825 7374

Received: 18 สิงหาคม 2566/ Revised: 26 กันยายน 2566/ Accepted: 2 ตุลาคม 2566

Community Potential Development for Managing Infectious Waste After Coronavirus Disease 2019 Pandemic in Isan Sub-District, Mueang District, Buriram Province

Prasit Sripadung[1] Phatcharee Srikuta[2*]

[1] Operational Sanitation Academician, Isan Municipality

[2*] Lecturer, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

This participatory action research aims to study the community context, to develop community potential in infectious waste management and to study the results of the development after the spread of the Coronavirus Disease 2019 in Isan Sub-district, Mueang District, Buriram Province. The target group of this research was comprising of 40 Ban Nong Phong community leaders, Isan sub-district. The research was carried out between November 2022 to May 2023. There were 3 Phases; Phase 1 Community and current situation regarding community infectious waste, Phase 2 Development of community potential in infectious waste management using the Quality Management Process; PDCA with 4 steps: Plan, Do, Check and Act. Also, applying the theory of Self-Efficiency and Phase 3 to study the results of community potential development in infectious waste management. Tools used to collect data included: secondary data record form, guideline for group discussion, self-questionnaire, activity participation observation form and the researcher's diary filed note. Qualitative data was analyzed by content analysis. Quantitative data were analyzed by number, percentage, mean, standard deviation and the development results were compared with the Paired t-test. The results showed that after the development process, the target groups had increased the mean scores of knowledges, self-efficacy and results expectations than before the development at a statistically significant, except the participation in community infectious waste management whose mean scores were not different from those before and provide communities with infectious waste management guidelines that can be implemented in accordance with the community context. Setting guidelines for community infectious waste management should be integrated with existing projects in the community. There should be support from government agencies and the private sectors in the area to carry out activities to achieve the goals of community infectious waste management.

Keywords: Community potential development/ Infectious waste management/ Participatory Action Research

*Corresponding author: Phatcharee Srikuta, email: phatcharee.s@nrru.ac.th, Tel.: 08 6825 7374

Received: August 18, 2023/ Revised: September 26, 2023/ Accepted: October 2, 2023

บทนำ

สถานการณ์ขยะติดเชื้อของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 และ 2564 มีขยะติดเชื้อเกิดขึ้น 47,962 ตัน และ 90,009.23 ตัน ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2563 ร้อยละ 87 โดยเกิดจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน สถานพยาบาลสัตว์ ห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายรวมไปถึงมูลฝอยติดเชื้อจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรงพยาบาลสนาม สถานกักกันที่ราชการกำหนด ศูนย์แยกกักในชุมชน (Community Isolation: CI) การแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation: HI) และสถานที่อื่นๆ โดยได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง 81,774.67 ตัน (ร้อยละ 90.85) การดำเนินการจัดการขยะติดเชื้อในช่วงที่ผ่านมากรมอนามัยได้พัฒนาและปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน พัฒนาและขับเคลื่อนมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและระบบควบคุม กำกับการขนส่งขยะติดเชื้อ (Manifest system) พัฒนางานวิชาการ มาตรฐาน และงานวิจัยด้านการจัดการขยะติดเชื้อ[1]

จังหวัดบุรีรัมย์ พบจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสมตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 - 31 ธันวาคม 2564 รวม 17,749 ราย[2] ในขณะที่มาตรการด้านป้องกันและเฝ้าระวัง นอกจากการรณรงค์ให้สวมใส่หน้ากากอนามัย หรือแมสก์ การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ และตรวจวัดอุณหภูมิทุกครั้งแล้ว ในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่มีผู้คนจำนวนมาก เช่น การประชุมสัมมนา หรือการประชุมอบรมต่างๆ จะมีการตรวจคัดกรองโดยใช้ชุดทดสอบแอนติเจน (Antigen Test Kit: ATK) ผู้ที่เข้าร่วมงานทุกคนด้วย ส่วนใหญ่พบระบาดในชุมชนแล้วนำมาติดคนในครอบครัว เช่น งานบุญงานประเพณีนิยม สถานที่ที่มีผู้คนแออัด ตลาด โรงเรียน โดยไม่ปฏิบัติตามมาตรการด้านสาธารณสุขที่กำหนดไว้อย่างรัดกุมเพียงพอ ซึ่งยังคงต้องเฝ้าระวังและใช้มาตรการในพื้นที่อย่างเข้มข้นจะเห็นได้ว่าผลการตรวจยืนยันผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี Real-Time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) ยังคงสูงเป็นลำดับต้นๆ ของประเทศ คณะกรรมการจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยจังหวัดบุรีรัมย์ได้ติดตามการบริหารจัดการขยะเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้มีขยะติดเชื้อมีปริมาณเพิ่มขึ้น ทั้งจากสถานพยาบาล โรงพยาบาลสนาม สถานที่กักตัว หรือแยกสังเกตอาการที่บ้านและในชุมชนมีขยะมูลฝอยติดเชื้อจากครัวเรือน ได้แก่ ขยะที่ปนเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย สารคัดหลั่ง เช่น หน้ากากอนามัย กระดาษทิชชู ภาชนะใส่อาหาร รวมไปถึงชุดทดสอบ ATK ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นขยะที่มีความเสี่ยงสูงต้องแยกจัดการขยะออกจากขยะทั่วไป เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน เก็บ ขนย้าย จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปฏิบัติ เช่น รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนคัดแยกขยะติดเชื้อ เช่น หน้ากากอนามัย หน้ากากผ้า ชุดทดสอบ ATK ขยะที่ปนเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย สารคัดหลั่ง ใส่ถุงแยกจากขยะทั่วไปปิดปากถุงให้แน่น ทำสัญลักษณ์และนำไปทิ้งในถังขยะสีแดง ซึ่งจัดเป็นถังขยะติดเชื้อ หรือนำไปทิ้งที่จัดไว้เป็นการเฉพาะ เพื่อรอการเก็บขนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีถังขยะสีแดงไว้ในที่สาธารณะ หรือที่รวบรวมขยะเป็นจุดทิ้งขยะติดเชื้อในชุมชนเป็นการเฉพาะ จัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและการกำจัดขยะอย่างถูกวิธีปฏิบัติตามคำแนะนำของกรมอนามัยอย่างเคร่งครัดและบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ตามศักยภาพ ตามความเหมาะสมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น[3]

ขยะติดเชื้อในตำบลอิสาณ จังหวัดบุรีรัมย์ เกิดจากการแยกกักตัวที่บ้านและการแยกกักตัวในชุมชน ได้แก่ ขยะที่ปนเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย หรือสารคัดหลั่ง เช่น หน้ากากอนามัย กระดาษทิชชู ภาชนะใส่อาหารพร้อมบริโภค (แบบใช้ครั้งเดียว) และชุดทดสอบ ATK เป็นต้น ถือเป็นขยะที่มีความเสี่ยงสูงจึงต้องแยกจัดการจากขยะทั่วไป ปริมาณขยะติดเชื้อที่ตำบลอิสาณจัดเก็บได้ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 3,422.20 กิโลกรัม ซึ่งเป็นปริมาณที่เก็บได้น้อยมาก ส่งผลให้เกิดปนเปื้อนและขยะตกค้างจำนวนมาก ตำบลอิสาณมีสถานที่สำหรับให้ประชาชนนำขยะติดเชื้อมาทิ้ง จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพรงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหัวช้าง แต่ประชาชนขาดความเชื่อมั่นว่าจะจัดการขยะติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม

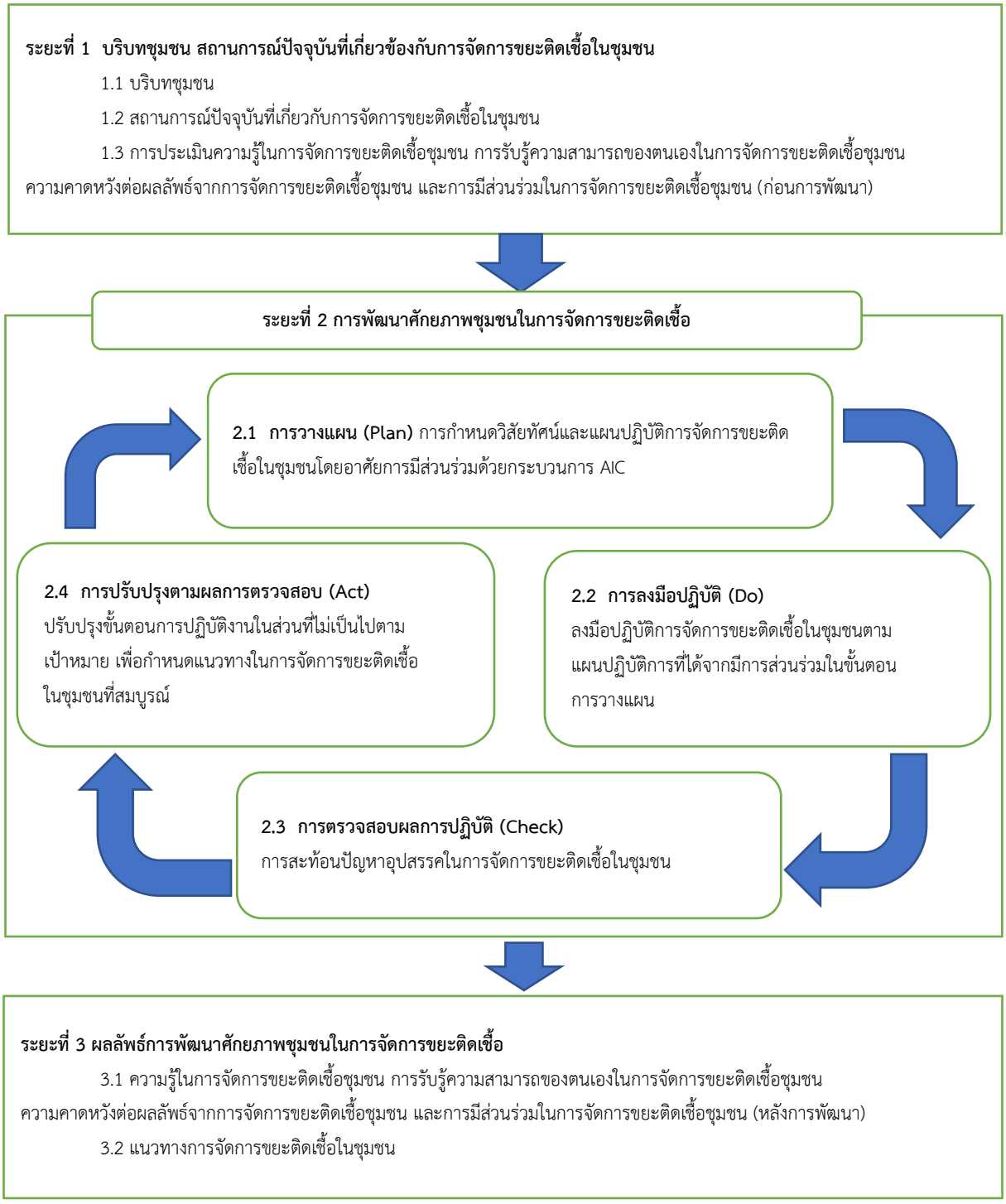
ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดการตระหนัก และขาดระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ในพื้นที่ตำบลอิสาณยังไม่มีจุดทิ้งขยะติดเชื้อที่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ทำให้ขยะติดเชื้อถูกนำมาทิ้งในถังขยะทั่วไป อาจส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคสู่พนักงานเก็บขยะและประชาชนในชุมชน[4] ซึ่งการจัดการขยะอย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องอาศัยหลักวิชาการ ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ว่าต้องให้ประชาชนรับรู้ปัญหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข ร่วมกันคิด ร่วมกันปฏิบัติร่วมกันสังเกตผล และร่วมกันสะท้อนผล ควบคู่ไปกับกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน[5]

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของตำบลอิสาณ อำเภอเมืองฯ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขและจัดการปัญหาขยะติดเชื้อ ลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชน รวมทั้งเพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ในการวางแผนและกำหนดมาตรการจัดการขยะติดเชื้อที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทชุมชนและสถานการณ์ปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในเขตพื้นที่ตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้ออย่างมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่ตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้ออย่างมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่ตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยใช้กระบวนการบริหารคุณภาพ (Deming Cycle, PDCA)[6] ในกระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนและประยุกต์ทฤษฎีการ

รับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy)[7] ในกิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพแกนนำชุมชน โดยการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชนและสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับขยะติดเชื้อชุมชน

ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารแฟ้มข้อมูลจากเทศบาลตำบลอิสาณ ประกอบด้วย สภาพทางภูมิศาสตร์และสิ่งแวดล้อม สภาพประชากร เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม และสถิติผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ รวบรวมข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันที่เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนโดยการสนทนากลุ่มแกนนำชุมชน จำนวน 40 คน เพื่อเก็บข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน รวมทั้งรวบรวมข้อมูลความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน โดยใช้แบบสอบถาม (Pre – Test)

ระยะที่ 2 การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อ

1) ขั้นตอนการวางแผน (Plan) กำหนดวิสัยทัศน์ในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนและกำหนดแผนปฏิบัติการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน ด้วยกระบวนการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) กับกลุ่มแกนนำชุมชน จำนวน 40 คน ร่วมกับการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมของผู้วิจัย

2) ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Do) ลงมือปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการจัดการขยะติดเชื้อตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากมีการส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผน และรวบรวมข้อมูลการมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชน โดยแบบสังเกตการมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยด้วยแบบบันทึกประจำวัน (Daily Field Note)

3) ขั้นตอนการตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check) จัดการสนทนากลุ่ม เพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชน เสนอแนวทางเพื่อปรับแนวทางการดำเนินงานให้สามารถจัดการขยะติดเชื้อในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

4) ขั้นตอนการปรับปรุงตามผลการตรวจสอบ (Act) จัดการสนทนากลุ่มเพื่อปรับปรุงแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน และประชาคมหมู่บ้าน

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อ

ประเมินความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนโดยใช้แบบสอบถาม (Post–Test) และระบุแนวทางจัดการขยะติดเชื้อของชุมชน

2. กลุ่มเป้าหมาย คือ แกนนำชุมชนบ้านหนองโพรง ตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 40 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 10 คน และ ตัวแทนครัวเรือน จำนวน 17 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลบริบทชุมชน 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม 3) แบบบันทึกการประชุม 4) แบบสังเกตการมีส่วนร่วม 5) แบบบันทึกกิจกรรมของผู้วิจัย 6) แบบสอบถามประเมินด้านความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ โดยตอบถูก (1 คะแนน) และตอบผิด (0 คะแนน) แล้วนำคะแนนรวมมาแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความรู้ต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00) ระดับความรู้ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60.00 – 79.99) และระดับความรู้สูง (คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 10 ข้อ มี 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อย (1 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (2 คะแนน) และเห็นด้วยมาก (3 คะแนน) นำคะแนนรวมมาหาค่าเฉลี่ยแล้วนำมาแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 10.00 – 16.66) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 16.67 - 23.33) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 23.34 - 30.00) ด้านความคาดหวังต่อผลลัพธ์จากการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 10 ข้อ มี 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อย (1 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (2 คะแนน) และเห็นด้วยมาก (3 คะแนน) นำคะแนน

รวมมาหาค่าเฉลี่ยแล้วนำมาแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 10.00 – 16.66) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 16.67 - 23.33) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 23.34 - 30.00) และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 10 ข้อ มี 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และปฏิบัติทุกครั้ง (3 คะแนน) นำคะแนนรวมมาหาค่าเฉลี่ยแล้วนำมาแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 10.00 – 16.66) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 16.67 - 23.33) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 23.34 - 30.00)

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและความถูกต้องของการวัด โดยแบบสอบถามได้นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (Index of item-Objective Congruence: IOC) แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป คือ ข้อคำถามที่มีคุณภาพนำไปใช้ได้ และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือด้านความรู้ไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนของแกนนำชุมชน วิเคราะห์ด้วยวิธีการของ Kuder Richardson โดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ 0.83 และด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้านความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชนโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.81, 0.80 และ 0.79 แล้วนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

5. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา และได้อนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2565 เลขที่ใบรับรอง HE-194-2565 ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และผลประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ให้กลุ่มเป้าหมายรับทราบ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายพิจารณาการเข้าร่วมวิจัยด้วยความอิสระและและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ พร้อมทั้งลงนามในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุข้อมูลที่สามารถบ่งชี้ถึงตัวบุคคล การวิเคราะห์และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมข้อมูลชุมชน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับนักวิจัยร่วมด้วยวิธีสามเส้า (Triangulation) กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง แล้วนำมาประมวลผลข้อค้นพบจนได้ความคิดเห็นสรุปตรงกันแล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และนำมาบรรยายเชิงพรรณนา (Descriptive)

6.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพชุมชน ด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน ใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชนและสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับขยะติดเชื้อชุมชน หมู่บ้านหนองโพรง หมู่ที่ 5 ตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มีจำนวนครัวเรือน 719 หลังคาเรือน มีประชากรรวมทั้งสิ้นจำนวน 1,695 คน เป็นเพศชาย 807 คน และเพศหญิง 888 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 40 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย (n=40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	21 (52.50)
หญิง	19 (47.50)
อายุ	
น้อยกว่า 40 ปี	5 (12.50)
41 – 59 ปี	23 (57.50)
60 ปีขึ้นไป	12 (30.00)
Max = 73, Min = 12, Mean = 52.26, S.D. = 13.96	
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	22 (55.00)
มัธยมศึกษา	13 (32.50)
ปริญญาตรี	2 (5.00)
อื่นๆ ได้แก่ ปวช. ปวส.	3 (7.50)
อาชีพ	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5 (12.50)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10 (25.00)
พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง	16 (40.00)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	
น้อยกว่า 5,000	11 (27.50)
5,001 - 10,000	19 (47.50)
10,001 ขึ้นไป	10 (25.00)
Max = 35,000, Min = 1,000, Mean. = 9,333.33, S.D. = 8,101.63	
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน (ปี)	
น้อยกว่า 20	11 (27.50)
21 - 40	19 (47.50)
41 ขึ้นไป	10 (25.00)
Max = 70, Min = 8, Mean = 44.97, S.D. = 17.83	
การดำรงตำแหน่งในชุมชน	
ผู้ใหญ่บ้าน	1 (2.50)
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	2 (5.00)
อสม.	10 (25.00)
กรรมการหมู่บ้าน	10 (25.00)
ตัวแทนครัวเรือน	17 (42.50)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย (n=40) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งแกนนำในชุมชน (ปี)	
น้อยกว่า 5 ปี	3 (7.50)
6 - 10 ปี	5 (12.50)
11 ปีขึ้นไป	32 (80.00)
Max = 70, Min = 3, Mean = 24.38, S.D. = 17.88	

ผลการสนทนากลุ่ม พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนเกิดจากการที่ประชาชนขาดจิตสำนึกในการทิ้งขยะไม่ถูกที่ และไม่มีความเข้าใจในการคัดแยกขยะติดเชื้อก่อนทิ้ง บางส่วนเกิดจากการขาดการดำเนินการอย่างจริงจังและขาดความต่อเนื่อง แกนนำชุมชนมีความตระหนักเกี่ยวกับบทบาทแกนนำชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน แต่ยังขาดความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถจัดการขยะติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในชุมชน รวมทั้งต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนช่วยเหลือสนับสนุนทั้งด้านทรัพยากร งบประมาณ และวิชาการ เพื่อให้ชุมชนสามารถขับเคลื่อนการจัดการขยะของชุมชนได้อย่างถูกต้องและเป็นรูปธรรม ผลการประเมินความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน โดยใช้แบบสอบถาม (Pre – Test) พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนอยู่ในระดับสูง (Mean = 8.33, S.D. = 1.25) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนอยู่ในระดับสูง (Mean = 26.53, S.D. = 3.67) ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนอยู่ในระดับสูง (Mean = 27.10, S.D. = 3.12) และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนอยู่ในระดับสูง (Mean = 27.60, S.D. = 4.15)

ระยะที่ 2 การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อ

ผู้วิจัยดำเนินการโดยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ PDCA และประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มแกนนำชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อโดยใช้กระบวนการ AIC โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน เป็นการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็น รับฟัง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาข้อสรุปร่วมกัน 2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) ร่วมกันเสนอทางเลือกกำหนดกิจกรรม/โครงการพัฒนาศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ และ 3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนกำหนดทรัพยากรที่จำเป็น และผู้รับผิดชอบ

2. ขั้นตอนลงมือปฏิบัติ (Do) จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน ดังนี้

1) โครงการให้ความรู้และสร้างความตระหนักในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน ดำเนินการโดยเทศบาลตำบลอิสาณ เพื่อสร้างจิตสำนึกให้กับประชาชนในการคัดแยกขยะติดเชื้อ ส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อโดยชุมชน ด้วยการจัดอบรมให้ความรู้ด้านการคัดแยกและรวบรวมขยะติดเชื้อร่วมกับกิจกรรมการศึกษาดูงานชุมชนต้นแบบการจัดการขยะติดเชื้อ จัดขึ้นเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

2) โครงการจัดตั้งจุดรวบรวมขยะติดเชื้อชุมชน จำนวน 1 จุด ณ บริเวณศาลาประชาคมกลางหมู่บ้านหนองโพรง ดำเนินการโดยผู้ใหญ่บ้าน และมีเทศบาลตำบลอิสาณเป็นผู้รับผิดชอบในการรวบรวมขยะติดเชื้อออกจากชุมชนและนำไปส่งกำจัดร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพรง จัดขึ้นเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

3) โครงการคัดแยกขยะติดเชื้อในระดับครัวเรือน ดำเนินการโดยผู้ใหญ่บ้านจัดประชุมชี้แจงวิธีการคัดแยกขยะติดเชื้อจากครัวเรือนและการนำมารวบรวมยังถังขยะติดเชื้อของชุมชน ในการประชุมหมู่บ้านหนองโพรง เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 โดยขอความร่วมมือให้ทุกครัวเรือนทำการคัดแยกขยะติดเชื้อก่อนทิ้ง

4) โครงการกำหนดแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน ดำเนินการโดยผู้ใหญ่บ้าน โดยการประชุมร่วมกับแกนนำชุมชน เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อของชุมชนบ้านหนองโพรง สำหรับเป็นแนวทางให้ครัวเรือนในชุมชนนำไปปฏิบัติ

3. ขั้นตอนการตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check) ภายหลังการดำเนินโครงการด้านการจัดการขยะติดเชื้อเป็นระยะเวลาประมาณ 3 เดือน ผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่มแกนนำชุมชน จำนวน 40 คน เพื่อสะท้อนผลของการปฏิบัติรวมทั้งปัญหา อุปสรรคในการจัดโครงการด้านการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 และสะท้อนปัญหาของแนวทางในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนร่วมกัน โดยร่วมกันตรวจสอบผลการปฏิบัติ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Output) ซึ่งสรุปได้ ดังนี้

1) ปัจจัยนำเข้า ด้านงบประมาณยังไม่เพียงพอสำหรับจัดหาวัสดุในการประชาสัมพันธ์รณรงค์การจัดการขยะติดเชื้อในชุมชน

2) กระบวนการ จากการสนทนากลุ่มสะท้อนให้เห็นว่าการศึกษาดูงานชุมชนต้นแบบการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน ทำให้แกนนำชุมชนได้เห็นถึงสภาพจริงของชุมชนต้นแบบที่มีลักษณะใกล้เคียงกับชุมชนของตนเอง สามารถคาดหวังถึงผลลัพธ์ของการจัดการขยะติดเชื้อที่ถูกต้องได้ รวมทั้งทำให้เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนและชุมชนได้เช่นกัน

3) ผลลัพธ์ การคัดแยกขยะติดเชื้อในระดับครัวเรือนเริ่มมีการดำเนินการแต่ยังมีหลายครัวเรือนที่ยังไม่ได้ดำเนินการอย่างจริงจัง จึงมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มกิจกรรมการประชาสัมพันธ์รณรงค์การคัดแยกขยะติดเชื้อ ด้วยช่องทางที่หลากหลาย ได้แก่ ประชาสัมพันธ์ผ่านทางหอกระจายข่าวหมู่บ้านทุกสัปดาห์ในวันศุกร์โดยผู้ใหญ่บ้าน และเพิ่มการติดป้ายรณรงค์ประชาสัมพันธ์แนวทางการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชนเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้แก่ชาวบ้านด้วยรูปภาพที่เข้าใจง่าย ดำเนินการโดยเทศบาลตำบลอิสาณ

4. ขั้นตอนการปรับปรุงตามผลการตรวจสอบ (Act) แกนนำชุมชนร่วมกับเทศบาลตำบลอิสาณได้เพิ่มกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ต่างๆ ตามข้อเสนอแนะจากขั้นตอนการตรวจสอบผลการปฏิบัติแล้ว แกนนำชุมชนได้ร่วมกันปรับปรุงแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนบ้านหนองโพรง สรุปแนวทางได้ดังนี้

1) ทุกครัวเรือนต้องคัดแยกขยะติดเชื้อห้ามทิ้งรวมกับขยะประเภทอื่น

2) ทำการกำจัดเชื้อโรคโดยการฉีดพ่นแอลกอฮอล์หรือราดด้วยน้ำยาซักผ้าขาวบนขยะติดเชื้อทุกครั้ง

3) บรรจุขยะติดเชื้อใส่ภาชนะที่มีการปิดอย่างมิดชิด

4) รวบรวมขยะติดเชื้อของครัวเรือนมาทิ้งที่จุดรวบรวมขยะติดเชื้อของหมู่บ้าน

5) กำหนดวันเก็บขนขยะติดเชื้อทุกวันศุกร์สุดท้ายของเดือนโดยเทศบาลตำบลอิสาณ

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อ

ภายหลังกระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อ ผู้วิจัยได้ประเมินข้อมูลความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน โดยใช้แบบสอบถาม (Post – Test) ของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นแกนนำชุมชนบ้านหนองโพรง พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการจัดการขยะ

ติดเชื้อชุมชนเพิ่มขึ้น (Mean diff. = +1.67) มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนเพิ่มขึ้น (Mean diff. = +2.05) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนเพิ่มขึ้น (Mean diff. = +2.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (Mean diff. = +0.90) ไม่แตกต่างจากก่อนกระบวนการพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ 2 และมีการกำหนดแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนที่เป็นรูปธรรมสามารถดำเนินการได้จริง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังกระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชน (n=40)

การประเมินผลลัพธ์	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Mean	t	p-Value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	diff.		
1. ความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน (ช่วงคะแนน 0-10)	8.33	1.25	10.00	0.00	1.67	8.45	<0.001*
2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน (ช่วงคะแนน 10-30)	26.53	3.67	28.58	2.01	2.05	3.56	<0.001*
3. ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน (ช่วงคะแนน 10-30)	27.10	3.12	28.45	2.05	1.35	2.42	0.020*
4. การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน (ช่วงคะแนน 10-30)	27.60	4.15	28.50	1.97	0.90	1.52	0.140

***** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการบริหารคุณภาพ[6] และประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง[7] แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชนและสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับขยะติดเชื้อชุมชน ระยะที่ 2 การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อ และระยะที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อ ดำเนินการในชุมชนบ้านหนองโพรง ตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นชุมชนที่ได้รับรางวัลชุมชนปลอดขยะ เมื่อปี พ.ศ. 2560 ประเภทชุมชนขนาดใหญ่ของกรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพชุมชนด้านการจัดการขยะติดเชื้อซึ่งมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบกับชุมชนนี้ถูกกำหนดให้เป็นพื้นที่แยกกักตัวในชุมชนของตำบลอิสาณ และมีมาตรการแยกกักตัวที่บ้าน ชุมชนเองแม้มีแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนแล้วแต่ยังต้องการพัฒนาแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชนที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรค เพื่อสุขภาวะที่ดีของคนในชุมชน ซึ่งการพัฒนาศักยภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมถือเป็นแนวทางที่จะทำให้การจัดการขยะในชุมชนเกิดความยั่งยืน[8]

การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อโดยใช้กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วม AIC เป็นแนวทางที่จะสามารถพัฒนาแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากเป็นสร้างการมีส่วนร่วมทั้งในกระบวนการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดเป้าหมาย โครงการแผนงาน และผู้รับผิดชอบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

ณรงค์เดช นันตาเวียง[9] ที่พบว่าหลังจากการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC พบว่ากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่นำร่อง จำนวน 2 แห่ง มีระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น และมีระดับปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นด้วย กระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาทำให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพชุมชนและจัดกิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพแกนนำชุมชนให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องตามสภาพปัญหาที่แท้จริงสอดคล้องกับงานวิจัยของประชุมพร กวีกรณ์ และคณะ[10] ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจังหวัดยโสธร ซึ่งระบุว่าการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความสำนึกในการจัดการขยะอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งที่จำเป็นและควรเหมาะสมกับบริบทของชุมชนจะทำให้การจัดการขยะได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้ออย่างมีส่วนร่วมในครั้งนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน โดยเฉพาะด้านความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ อันจะมีประสิทธิผลให้สามารถป้องกันโรคได้ นอกจากนี้การศึกษาดูงานชุมชนต้นแบบทำให้แกนนำชุมชนเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับการจัดการขยะติดเชื้อของชุมชนต้นแบบทำให้มีความมั่นใจในตนเองในองค์ความรู้ และมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนที่ถูกต้องและเหมาะสม เชื่อมั่นว่าจะสามารถนำองค์ความรู้ไปปฏิบัติได้จริง ดังนั้นในการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้นกระบวนการที่ได้มาซึ่งปัญหาจากการรวบรวมวินิจฉัยปัญหาของชุมชน แล้วนำมาวิเคราะห์ประเมินสภาพปัญหา หาสาเหตุของปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา และจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาตามแผนงานที่วางไว้ร่วมกัน ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการขยะติดเชื้อชุมชนของแกนนำชุมชนให้ประสบผลสำเร็จได้ ประกอบด้วย มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติ มีความรู้ มีทัศนคติที่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีการตั้งเป้าหมายให้ตนเอง มีการจัดการขยะที่ถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่อง และ การมีส่วนร่วมจากทุกครัวเรือนในชุมชน[9] แต่ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะติดเชื้อของไม่แตกต่างจากก่อนกระบวนการพัฒนา ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้เป็นแกนนำชุมชนซึ่งมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนและมีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดการขยะในชุมชนอยู่แล้วจึงทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมไม่ต่างจากเดิม

นอกจากนี้การกำหนดแนวทางในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน บางกิจกรรมควรได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ อาทิ การสนับสนุนงบประมาณ การสนับสนุนด้านองค์ความรู้เชิงวิชาการ และบางกิจกรรมสามารถดำเนินการเองโดยชุมชน เช่น การรณรงค์ผ่านหอกระจายข่าว การชี้แจงหรือบอกต่อในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชัยณรงค์ ทองชาติ และศรัณยู เรือนจันทร์[11] ที่ระบุว่าในการจัดการขยะของชุมชนควรได้รับแรงจูงใจ และการส่งเสริมสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสังคมเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องเป็นรูปธรรม เนื่องจากการจัดการขยะติดเชื้อมีกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2554 ซึ่งอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 กำหนดให้มีการจัดการอย่างถูกต้องตามกฎหมายตั้งแต่การจัดเก็บ การขนย้าย และการกำจัด ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการเรื่องเหล่านี้ร่วมกับชุมชนซึ่งเป็นต้นทางของขยะติดเชื้อ ซึ่งแนวทางในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนจากงานวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางวางแผนขยายผลสู่ชุมชนและหน่วยงานอื่น โดยมีผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่รับผิดชอบเป็นแกนนำ ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพประสบความสำเร็จในอนาคตและเกิดประโยชน์กับชุมชน

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านจัดการขยะติดเชื้อหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า หลังกระบวนการพัฒนากลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการ

พัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกับก่อนการพัฒนา และทำให้ชุมชนมีแนวทางจัดการขยะติดเชื้อที่สามารถนำไปปฏิบัติได้สอดคล้องกับบริบทชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. กระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนบ้านหนองโพรง โดยใช้แนวคิดกระบวนการ PDCA และทฤษฎีความสามารถตนเอง ทำให้แกนนำชุมชนบ้านหนองโพรงมีศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น เทศบาลตำบลอิสาณ ควรนำกระบวนการดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่รับผิดชอบให้ครบทุกหมู่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนอื่นต่อไป

2. เทศบาลตำบลอิสาณควรเสริมสร้างความรู้ด้านการจัดการขยะติดเชื้อให้กับแกนนำชุมชน และแกนนำครัวเรือนเพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการจัดการขยะของชุมชน

3. เทศบาลตำบลอิสาณและผู้นำชุมชนควรให้ความสำคัญกับกิจกรรมด้านการประชาสัมพันธ์ในหลากหลายช่องทางและทำอย่างต่อเนื่อง เช่น หอกระจายข่าว, ป้ายรณรงค์, Line กลุ่มหมู่บ้าน, การประชุมหมู่บ้าน ฯลฯ เพื่อกระตุ้นเตือนครัวเรือนให้เกิดความร่วมมือในการจัดการขยะติดเชื้ออย่างถูกต้อง

4. การกำหนดแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อชุมชน ควรมีการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ และหรือภาคเอกชนในพื้นที่ เช่น งบประมาณ บุคลากร ข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น และควรบูรณาการร่วมกับกิจกรรมหรือโครงการที่มีอยู่แล้วในชุมชนเพื่อเป็นการประหยัดทรัพยากร

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของแกนนำชุมชนหรือครัวเรือน

2. ควรศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กองติดตามประเมินผลสิ่งแวดล้อม สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานตัวชี้วัด "ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ (2554-2564)". [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]: เข้าถึงได้จาก http://env_data.onep.go.th/reports/subject/view/152.
2. สำนักงานจังหวัดบุรีรัมย์. สถานการณ์โควิด 19 จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2564. [อินเทอรเน็ต]. 2565. [เขาถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2565]: เขาถึงไดจาก http://www.buriram.go.th/covid-19/situation.php.
3. สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดบุรีรัมย์. คณะกรรมการจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยจังหวัดบุรีรัมย์ ติดตามการบริหารจัดการขยะป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [อินเทอรเน็ต]. 2565. [เข่าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]: เข่าถึงได จาก https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG210910162441652.
4. เทศบาลตำบลอิสาณ. สถานการณ์ปริมาณขยะติดเชื้อในเขตตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. บุรีรัมย์: เทศบาลตำบลอิสาณ; 2565.
5. ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ และ พัชรี ศรีกุตา. การพัฒนาครัวเรือนต้นแบบในการจัดการขยะมูลฝอยที่สอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านความพอประมาณ ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สำนักงานควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา 2562: 25(2): 5-15.
6. Deming, W.E. Out of the Crisis, Center for Advanced Engineering Study. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology; 1986.

7. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977: 84(2): 191-215.
8. รุ้งกานต์ พลายแก้ว และประภัสสร อักษรพันธ์. ผลของการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบ้านนา อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี 2561. 5(2): 233-248.
9. ณรงค์เดช นันตาเวียง. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2563.
10. ประชุมพร กวีกรณ์, นารถฤดี กุลวิเศษณ์ และ อำนาจ เหมลา. การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560. 5(4): 703-728.
11. ชัยณรงค์ ทองชาติ และ ศรัณยู เรือนจันทร์. รูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนางพญา อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี อุตรดิตถ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์. 2565.

ประสบการณ์ผสมผสานอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษามืออาชีพ

วรัทธน์ ปัญญาทิยกุล[1] วรัญญู กองชัยมงคล[2*]

[1]นักศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

[2*]อาจารย์ สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ผสมผสานอัตลักษณ์ส่วนบุคคลกับอัตลักษณ์ทางวิชาชีพของนักจิตวิทยาการปรึกษา โดยดำเนินการวิจัยตามระเบียบการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาที่มีประสบการณ์ทำงานมาแล้วไม่ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 7 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างคำถาม แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการหาประเด็นหลักร่วม (Theme Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ผสผสานอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถสรุปออกมาเป็นประเด็นหลักได้ 2 ประเด็น คือ 1) แนวทางในการพัฒนาอัตลักษณ์ ซึ่งประกอบไปด้วยการทบทวนตนเอง การพึ่งพาอาจารย์นิเทศก์ การใช้กระบวนการให้คำปรึกษาในชีวิตประจำวัน การเชื่อมโยงในการให้คำปรึกษาเข้ากับชีวิตตนเอง และ 2) อัตลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของนักจิตวิทยาการปรึกษา ซึ่งประกอบไปด้วยความเปลี่ยนแปลงของอัตลักษณ์ทางวิชาชีพและความเปลี่ยนแปลงของอัตลักษณ์ส่วนบุคคล ผลจากการวิจัยดังกล่าวช่วยให้เห็นถึงรายละเอียดและพลวัตที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษาตั้งแต่การเริ่มระบุอัตลักษณ์ การปรับแต่งอัตลักษณ์ของตนเองจนกระทั่งการผสมผสานอัตลักษณ์วิชาชีพเข้ากับอัตลักษณ์ส่วนบุคคลจนเกิดเป็นอัตลักษณ์ทางวิชาชีพที่มีความเฉพาะตน

คำสำคัญ: อัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษา/ กระบวนการเกิดปัจเจก/ พัฒนาการทางวิชาชีพ/ การพัฒนาอัตลักษณ์

*ผู้รับผิดชอบบทความ: วรัญญู กองชัยมงคล, อีเมล: warunyu.k@chula.ac.th, โทร.: 0 2218 1327

Received: 18 เมษายน 2566/ Revised: 8 มิถุนายน 2566/ Accepted: 27 ตุลาคม 2566

Experience of Counselor's Identity Integration

Warat Panyatiyakul[1] Warunyu Kongchaimongkhon[2*]

[1]Master of Art in Counseling Psychology, Faculty of Psychology, Chulalongkorn University

[2*] Lecturer, Department of Counseling Psychology, Faculty of Psychology, Chulalongkorn University

Abstract

This phenomenological research aims to study counselor's experience of identity integration which reflects the integration between counselor's professional identity and personal identity. 7 participants are professional counselors who have been working as a counseling psychologist for more than 5 years. The research uses semi-structure interview to acquire information follow by theme analysis.

The results show that counselor's experience of identity integration could be summarized into two main themes which are 1. Identity Development, which consist of Reflection, Supervision, Application of Counseling Process in Daily Life, and Integration of Counseling Knowledge and Life, and 2. Developed Identity, which reflect changes in both counselor's professional and personal identity. The results also demonstrate developmental dynamic of counselor's identity which provides insights on developmental process such as identification, identity modification, and identity integration.

Keywords: Counselor's identity/ Individuation/ Professional development/ Identity development

*Corresponding author: Warunyu Kongchaimongkhon, email: warunyu.k@chula.ac.th, Tel.: 0 2218 1327

Received: April 4, 2023/ Revised: June 27, 2023/ Accepted: October 27, 2023

บทนำ

อัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการที่นักจิตวิทยาการปรึกษาพยายามทำความเข้าใจและให้ความหมายกับประสบการณ์ของตนเองในฐานะนักวิชาชีพ เพื่อที่จะตอบคำถามว่า ‘ฉันเป็นใครในฐานะนักจิตวิทยาการปรึกษา’ และ ‘ฉันจะมีชีวิตอย่างไรในฐานะนักจิตวิทยาการปรึกษา’[1] โดยอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษานั้นจะถูกทำลายซ้ำ ๆ ไม่ว่าจะเป็นมุมมองที่มีต่อการให้คำปรึกษา ความเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ของนักจิตวิทยาการปรึกษา จนถึงวิธีการในการให้คำปรึกษาของนักจิตวิทยาการปรึกษาจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ตลอดช่วงของก ารเกิดพัฒนาการทางวิชาชีพ เพื่อให้นักจิตวิทยาการปรึกษาพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดในการทำงาน จนกระทั่งพวกเขาสามารถพัฒนาอัตลักษณ์ที่สามารถใช้ได้จริงในการให้คำปรึกษา[16] ทั้งนี้การพัฒนาอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษานั้นเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่การระบุอัตลักษณ์ของตนเอง การให้ความหมายกับอัตลักษณ์ และการปรับแต่งอัตลักษณ์[2] โดยกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องนี้มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นบริบททางสังคมที่นักจิตวิทยาการปรึกษาใช้ชีวิตอยู่ ช่วงชีวิตที่นักจิตวิทยาการปรึกษากำลังเผชิญ พัฒนาการทางวิชาชีพที่เกิดขึ้นกับตัวนักจิตวิทยาการปรึกษาและปัจจัยที่มีความเฉพาะตนของนักจิตวิทยาการปรึกษา อาทิเช่น บุคลิกภาพ ความเชื่อและทัศนคติ วิธีการรับมือกับปัญหา ทำให้การศึกษาอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษานั้นสามารถศึกษาได้หลา กหลายมิติ ขึ้นอยู่กับจุดประสงค์ของการศึกษา[9]

สำหรับการศึกษาการพัฒนาอัตลักษณ์ในระดับปัจเจก คือการมุ่งศึกษาประสบการณ์หรือการรับรู้ของนักจิตวิทยาการปรึกษาที่มีต่อการพัฒนาอัตลักษณ์ โดยการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษาจะมีความเกี่ยวข้องกับการสำรวจตนเอง ความตั้งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลง การพยายามทำความเข้าใจความรู้สึก และการทบทวนตนเองอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้นักจิตวิทยาการปรึกษาเกิดความเข้าใจในอัตลักษณ์ของตนเองที่ลึกซึ้งขึ้น[1] นอกจากนี้ การพัฒนาอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษายังมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการเกิดปัจเจก ซึ่งเป็นกระบวนการที่นักจิตวิทยาการปรึกษาพยายามเพิ่มความสอดคล้องระหว่างอัตลักษณ์ทางวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นจากการทำงานในฐานะนักวิชาชีพกับอัตลักษณ์ส่วนบุคคลของตนเอง จนพวกเขาสามารถสร้างอัตลักษณ์ทางวิชาชีพที่มีความเฉพาะตน (personalized professional identity) เพื่อใช้ในการทำงานได้ในที่สุด[4]

ทั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าการศึกษาอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษาที่ผ่านมาได้มุ่งเน้นไปที่พัฒนาการของอัตลักษณ์ทางวิชาชีพเป็นหลัก โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับอัตลักษณ์ส่วนบุคคลและผลของอัตลักษณ์ส่วนบุคคลที่มีต่อพัฒนาการทางวิชาชีพของนักจิตวิทยาการปรึกษามากเท่าที่ควร ทั้งๆ ที่อัตลักษณ์ทั้งสองนั้นมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันอย่างลึกซึ้ง โดยเห็นได้จากงานของ Watkins[16] และ Skovholt[14] ที่มุ่งเน้นไปที่ความเปลี่ยนแปลงของอัตลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับบริบทในการทำงาน แม้ว่าจะมีการศึกษาถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตส่วนตัวของนักจิตวิทยาการปรึกษา อาทิ เช่น งานของธนพล[19] ที่พบว่าชีวิตส่วนตัวและชีวิตทางวิชาชีพของนักจิตวิทยาการปรึกษามีความกลมกลืนกันในหลายแง่มุม (ตรงนี้ควรสรุปประเด็นส่วนการระบุชื่องานควรไว้ท้าย โปรดปรับปรุงการเขียนเรียบเรียง) แต่การศึกษาเหล่านี้ไม่ได้มุ่งศึกษาอัตลักษณ์ส่วนบุคคลโดยตรงและสะท้อนให้เห็นแค่ความเปลี่ยนแปลงในบางแง่มุมของอัตลักษณ์ส่วนบุคคลเท่านั้น นอกจากนี้ การศึกษาอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษาส่วนมากจะถูกศึกษาในระยะที่นักจิตวิทยาการปรึกษากำลังฝึกฝนและเรียนรู้อยู่ในหลักสูตร เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่สามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้ง่าย แต่ความเปลี่ยนแปลงของอัตลักษณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างที่นักจิตวิทยาการปรึกษากำลังทำการฝึกฝนอยู่นั้นไม่สามารถนำมาใช้อ้างอิงถึงความเปลี่ยนแปลงของอัตลักษณ์ที่เกิดขึ้นในบริบทของการทำงานจริงในฐานะนักจิตวิทยาการปรึกษามืออาชีพได้ เนื่องจากบริบททั้งสองนั้นมีความแตกต่างกันในหลาย ๆ แง่มุม ไม่ว่าจะเป็นความหลากหลายของผู้มารับบริการ ความถี่ในการเข้าถึงการนิเทศ และความรู้สึกรับผิดชอบในฐานะนักวิชาชีพ[14]

ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการศึกษาประสบการณ์ผสมผสานอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษาจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในพัฒนาการของอัตลักษณ์และพัฒนาการทางวิชาชีพของนักจิตวิทยาการปรึกษาที่ลึกซึ้งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงในมิติ

ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับอัตลักษณ์ รวมถึงปัจจัยและกระบวนการที่มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงนั้น นำมาซึ่งความเข้าใจในอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษาที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ผสมผสานอัตลักษณ์ทางวิชาชีพและอัตลักษณ์ส่วนบุคคลของนักจิตวิทยาการปรึกษามืออาชีพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการผสมผสานประสบการณ์ผสมผสานอัตลักษณ์ทางวิชาชีพและอัตลักษณ์ส่วนบุคคล การวิจัยในครั้งนี้ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ ความหมาย ความรู้สึก ความคิดและเจตคติที่นักจิตวิทยาการปรึกษามีต่ออัตลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของตนเอง โดยเลือกใช้วิธีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาที่มีประสบการณ์ตามกรอบแนวคิดของ Ronnestad และ Skovholt[11] ซึ่งทำงานให้การปรึกษามาแล้วไม่ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 7 คน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยและเกี่ยวข้องกับประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าผู้ให้ข้อมูลหลักดังนี้

1.1 ทำงานให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาในฐานะนักวิชาชีพเป็นอาชีพหลักหรืองานประจำ รวมทั้งเป็นแหล่งรายได้หลักและไม่ประกอบอาชีพอื่น

1.2 ทำงานให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 5 ปี

1.3 สำเร็จการศึกษาในสาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษาระดับมหาบัณฑิตหรือดุษฎีบัณฑิต โดยไม่จำกัดสถาบันการศึกษา

2. ผู้วิจัย

ผู้วิจัยเป็นนิสิตปริญญาโทสาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้าศึกษาในหลักสูตรจิตวิทยาการปรึกษาตั้งแต่ปี 2561 โดยผู้วิจัยมีแนวทางในการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการเอาผู้มารับบริการเป็นศูนย์กลาง (person-centered) และผู้วิจัยได้ผ่านการศึกษาวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพตามหลักสูตร โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการศึกษาประสบการณ์ผสมผสานอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษา เนื่องจากผู้วิจัยได้สังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงของทัศนคติ ความเชื่อและพฤติกรรมของตัวผู้วิจัยเองตลอดการเรียนในหลักสูตร จึงทำให้เกิดความสนใจใคร่รู้ว่านักจิตวิทยาการปรึกษาจะมีการรับรู้อัตลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนไปอย่างไรบ้าง

3. คำถามหลักในการสัมภาษณ์

ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างคำถาม (semi-structured interview) โดยเน้นใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้บอกเล่าเรื่องราวและพรรณณาความรู้สึกของตนเองได้อย่างเต็มที่ เริ่มตั้งแต่การเล่าถึงพัฒนาการเชิงวิชาชีพตั้งแต่เริ่มต้นเข้ามาศึกษาในหลักสูตรจิตวิทยาการปรึกษา ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการศึกษาในหลักสูตรและการทำงานในฐานะนักวิชาชีพ จนถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตจากการทำงานในฐานะนักจิตวิทยาการปรึกษา โดยมีคำถามหลักในการสัมภาษณ์ดังนี้

3.1 พัฒนาการทางวิชาชีพของคุณเป็นอย่างไร

3.2 ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากพัฒนาการทางวิชาชีพส่งผลต่อตัวคุณอย่างไร

3.3 การเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาส่งผลต่อชีวิตคุณอย่างไร

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละครั้งใช้เวลาเฉลี่ย 45-60 นาที โดยผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 วิธีคือ 1. การสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างคำถาม 2. การสังเกตโดยผู้วิจัย 3. บันทึกภาคสนามโดยผู้วิจัย

5. ประเด็นทางจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยนั้นถือเป็นอีกหนึ่งสิ่งที่ต้องคำนึงในการดำเนินวิจัยภายใต้กรอบจรรยาบรรณการทำวิจัย ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยจากคนในกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งอนุญาติให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ณ วันที่ 14 สิงหาคม 2563 โครงการวิจัยที่ 068.1/64 เลขที่รับหนังสือ 1403

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเริ่มจากการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดความแบบคำต่อคำ (verbatim) แล้วนำมาตรวจสอบความถูกต้องด้วยการฟังไฟล์เสียงบันทักการสัมภาษณ์เชิงลึกซ้ำเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและแม่นยำ ซึ่งผู้วิจัยทำการอ่านบทสัมภาษณ์ที่เป็นตัวอักษรซ้ำๆ กันหลายครั้ง รวมถึงอ่านข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์และทบทวนกรอบทฤษฎีต่าง ๆ เพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูลทั้งหมดในภาพรวม แล้วจึงดึงข้อความหรือประโยคที่สำคัญในประเด็นที่มีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึกต่างๆมาลงรหัส (open coding) เพื่อนำข้อความที่ผ่านการลงรหัสที่ได้มาหาองค์ประกอบหลักที่มีความสัมพันธ์ร่วมกันเพื่อรวบรวมเชื่อมโยงสร้างเป็นประเด็นหลักต่อไป (themes)

7. การตรวจสอบข้อมูลและความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

7.1 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบสามเส้าเชิงข้อมูล (data triangulation) โดยนำข้อมูลที่ผ่านการลงรหัสและเชื่อมโยงแล้วมาตรวจสอบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและเพื่อนนักวิจัยผู้มีประสบการณ์และความรู้ในด้านอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษาและการวิจัยเชิงคุณภาพ (peer debriefing) เพื่อป้องกันอคติของผู้วิจัย

7.2 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (member checks) โดยนำผลการวิเคราะห์ ให้ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเจ้าของข้อมูลได้ตรวจสอบ แสดงความคิดเห็นและวิพากษ์ข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ เพื่อให้แน่ใจว่าตรงกันกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้มา

7.3 ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยละเอียด ทั้งอายุ เพศ อาชีพ วุฒิการศึกษา รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยโดยตรง อาทิเช่น สถาบันที่สำเร็จการศึกษาและความเชี่ยวชาญ แนวทางในการให้การปรึกษาที่เลือกใช้และระยะเวลาที่เป็นนักจิตวิทยาการปรึกษามา รวมถึงเก็บข้อมูลในเชิงอัตชีวประวัติบางส่วน อาทิเช่น สภาพแวดล้อมในการเรียนของสถาบันนั้นๆ เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นและมีส่วนเกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ เพื่อให้เห็นถึงขอบเขตที่ชัดเจนของผู้ให้ข้อมูลและง่ายต่อการนำไปต่อยอดเพื่อศึกษาเพิ่มเติมในบริบทอื่น ๆ ที่มีขอบเขตของผู้ให้ข้อมูลใกล้เคียงกัน

7.4 เพื่อให้กระบวนการดำเนินวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลนั้นเป็นไปอย่างถูกต้องตามหลักการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจการตีความของตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ว่าการตีความของผู้วิจัยนั้นเกิดขึ้นจากอคติ ความเชื่อส่วนตนหรือจากการใช้กรอบทฤษฎีเข้ามาตีความจนทำให้ผลการวิเคราะห์ไม่ได้สะท้อนถึงข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลจริง ๆ หรือไม่

ผลการวิจัย

จากการศึกษา นักจิตวิทยาการปรึกษามืออาชีพได้เล่าถึงประสบการณ์ของตนเองทั้งในเชิงความรู้สึกนึกคิดและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดช่วงเวลาของการเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษา โดยประสบการณ์ในการผสมผสานอัตลักษณ์ของผู้ให้ข้อมูลสามารถแบ่งออกเป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อย ดังนี้

1. แนวทางในการพัฒนาอัตลักษณ์

วิธีการพัฒนาอัตลักษณ์ คือ วิธีการที่นักจิตวิทยาการปรึกษาใช้ในการสร้างและพัฒนาอัตลักษณ์ตนเอง ซึ่งสามารถสรุปออกเป็น 4 วิธีการย่อยได้ดังนี้

1.1 การทบทวนตนเอง คือ การที่นักจิตวิทยาการปรึกษากลับมาคิดใคร่ครวญและทบทวนถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้นในชีวิตตนเอง ด้วยวิธีการที่แตกต่างกันไป ซึ่งการทบทวนจะนำมาซึ่งความเข้าใจในความรู้สึกนึกคิดของตนเองที่ลึกซึ้งมากขึ้น

“ส่งผล ๆ ก็ต้องบอกว่าในการเรียนจิตปรึกษาทำให้พี่ได้มีโอกาสนั่งคิดเรื่องชีวิตทุกวันอะ คือคิดในสองอย่างก็คือ อย่างแรกคือคิดเรื่องชีวิตตัวเอง สิ่งที่เราเจอ ความรู้สึกที่เจอวันนี้มาจากอะไรวะ แล้วกูจะทำยังไงให้ไม่ทุกข์ จะทำอะไรให้รู้สึกว่าใจกูสงบได้มากขึ้นไรเงี้ย นั่นคืออย่างแรกที่คิด พอเหมือนเราสนใจและตั้งคำถามกับการใช้ชีวิตเยอะอะ บางทีมันก็ทำให้เราย้อนกลับมาใช้กับตัวเอง เราต้องการอะไร เรายังโอเคอยู่มั้ย เพราะงั้นในบางแง่มุมพี่ก็อาศัย อาศัยตัวเองเนี่ยแหละเป็นเหมือนตำราเรียนอะ” (id-1)

“พอมาเรียนวิชาที่ลึกขึ้นตอนปีสอง มันทำให้เราพี่ถึงบางอ้อว่า เห้ยจริง ๆ แล้วที่เราต้องช่วยมันไม่ใช่ช่วยคนอื่น มันกลับมาอยู่ที่ตัวเรา อยู่ในใจของเรา...ถ้าเราไม่มีโปรเซส ที่มันเกิดขึ้นจากตัวเรา ให้ตายยังไง มันไม่มีทางที่เราจะเข้าใจชาวบ้านได้...มันเข้าไปจับประเด็นอ่อนไหวในใจเราค่ะ แล้วเราก็ทำงานกับกระบวนการตรงนั้น...มันไม่ได้อยู่ที่หัวแล้ว มันกลับมาอยู่ที่ใจอีกครั้ง” (id-4)

1.2 การพึ่งพาอาจารย์นิเทศก์ คือ การที่นักจิตวิทยาการปรึกษาพึ่งพาอาจารย์นิเทศก์ในการพัฒนาทักษะ องค์ความรู้ และความเข้าใจในการให้คำปรึกษาของตนเอง โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาจะมีการพึ่งพาอาจารย์นิเทศก์ในสองแง่มุม คือ นักจิตวิทยาการปรึกษาใช้อาจารย์นิเทศก์เป็นต้นแบบในการให้คำปรึกษา โดยนักจิตวิทยาการปรึกษามีการนำเอาวิธีการให้คำปรึกษาที่อาจารย์นิเทศก์สาธิตมาใช้ โดยเข้าใจว่าเป็นการให้คำปรึกษาที่ถูกต้องตามหลักการ ซึ่งการใช้อาจารย์นิเทศก์เป็นต้นแบบนั้นมักจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่นักจิตวิทยาการปรึกษายังไม่มีความเข้าใจในกระบวนการให้คำปรึกษาและไม่รู้ว่าจะให้คำปรึกษาอย่างไร

“อ่าใช่ มีกรอบ เราพยายามจะเป็นเหมือนอาจารย์ จะเป็นเหมือนรุ่นพี่ เวลาเราเห็นรุ่นพี่คนไหนเก่งเนี่ย เราก็จะสังเกตว่าเห้ยพี่คนนี้เค้าตอบแบบนี้ เค้าใช้ภาษาแบบนี้ มีตัวต้นแบบ เพราะว่าตอนนั้นเราไม่รู้ว่านักจิตปรึกควรเป็นยังไงถูกมะ เราไม่สามารถสร้างสิ่งนั้นจากตัวเราได้ เราก็เลยต้องดูตัวแบบว่าเค้าทำอะไร เพราะงั้นเราก็จะตามเค้าไป” (id-1)

นอกจากนี้ นักจิตวิทยาการปรึกษายังมีการขอคำแนะนำในการให้คำปรึกษาจากอาจารย์นิเทศก์ ถึงแม้ว่านักจิตวิทยาการปรึกษาจะมีแนวทางในการให้คำปรึกษาในแบบของตนเองแล้ว แต่ในบางครั้งก็ยังต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมจากผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่นักจิตวิทยาการปรึกษาพบเจออุปสรรคในการทำงานในฐานะนักวิชาชีพ

“การซุปนี้พี่ทำกับเค้าเซลเล่อเนอะ พี่ทำตลอดไม่เคยหายค่ะ เพราะพี่มองว่าปัญหาชีวิตคนมันใหญ่มาก และถ้าเราบอกว่าเราต้องมีประสบการณ์ทั้งหมดเหล่าเนี้ย มันเป็นไปไม่ได้ และโดยโครงสร้างบุคลิกภาพตามทฤษฎีดีเป็นแบบนี้ พี่รู้สึกว่าพี่ไม่ได้เก่งพอเค้ามีอะไรข้างในเยอะมากเป็นล้าน ซึ่งประสบการณ์ของเราอาจจะไม่รู้ ฉะนั้นบางครั้งเวลาเราซุปกับคนที่มีประสบการณ์ละเค้าไวอ่ะ บางทีเค้าได้ฟังจากการที่เราทำเคส เคสพูดมาสักสิบประโยค เค้าจะพอรู้ละว่าลึกๆ แล้ว สาเหตุมาจากไหน ซึ่งการที่เราซุปเราจะรู้ว่าเราจะต้องไป รีเฟล็คประเด็นนี้เพิ่มเติมนะ เพราะสาเหตุน่าจะมาจากเรื่องนี้ พี่เลยรู้สึกว่าการซุปช่วยให้พี่ทำงานเร็วขึ้น เจอปัญหาไวขึ้น พี่เลยมองว่ามันจำเป็นกับพี่เสมอ” (id-6)

1.3 การใช้กระบวนการให้คำปรึกษาในการปฏิสัมพันธ์ คือ การที่นักจิตวิทยาการปรึกษานำเอาบางส่วนของกระบวนการให้คำปรึกษา โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาจะมีการนำทักษะในการให้คำปรึกษามาใช้ในการปฏิสัมพันธ์ โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถนำทักษะต่างๆ มาใช้ในการพูดคุยกับบุคคลทั่วไปนอกเหนือจากบริบทของการให้คำปรึกษาได้อย่างกลมกลืน

“แต่ในชีวิตประจำวันพี่รู้สึกว่าพี่แค่เอาเสน่ห์ เอาสกิลและโปรเซสต่าง ๆ ว่าถ้าเรารู้อยู่แล้วว่าคนนึงเจออะไร แล้วมันมีสาเหตุมาจากไหนอ่ะ แล้วเค้าจัดการมันไปแล้ว เค้าทำอะไรไปบ้าง ละเค้าควรทำอะไรต่อ ไอพวกเนี้ย มันก็ไม่ใช่เค้าเซลลิ่ง นะคะ ถ้าแบบอ่าอย่างนักวิทยาศาสตร์ที่เค้าต้องการคำตอบ ต้องการหาอะไรสักอย่าง เค้าก็ต้องมาโปรเซสนี้ทั้งนั้นน่ะ พี่รู้สึกว่ามันก็เป็นการใช้ชีวิตที่กลมกลืน พี่ไม่ได้รู้สึกว่ามันแยกหรือผิดจังหวะ แล้วก็พี่ว่าพอเราฟังน่ะค่ะ เราฟังเพื่อหาความเข้าใจของคนตรงหน้าเยอะเหมือนเราฟังแล้วเราก็อยากเข้าใจว่า เค้าอยากจะสื่อสารอะไร อะไรคือสิ่งที่เค้าอยากบอก สิ่งที่เค้าต้องการ แล้วมันก็จะเกิดการรีเช็คสิ่งที่เราเข้าใจอ่ะค่ะ ว่ามันตรงกับที่เค้าอยากจะบอกเรามั้ย มันก็จะเจอจุดที่ กระบวนการมันละเอียด การได้พูดคุยกับคนตรงนั้นมากขึ้น ซึ่งมันทำให้เห็นความต่างก็คือ เราสนใจ ใส่ใจ ในการฟัง ไม่ได้ฟังเพื่อต้องการตอบอะไร แต่ฟังเพื่อ มันคืออะไร มันเป็นอย่างไร ไอที่เข้าใจมันใช่รึเปล่า ถ้ามันใช่ก็ อื้อออ แต่ถ้าไม่ใช่ก็แล้วยังไงต่อ อะไรแบบเนี้ย” (id-6)

นอกจากนี้ นักจิตวิทยาการปรึกษายังมีการวางขอบเขตในการปฏิสัมพันธ์ ซึ่งเป็นการฝึกจำแนกบทบาทในฐานะนักจิตวิทยาการปรึกษาและบทบาทอื่นๆ ในการใช้ชีวิตออกจากกัน เพื่อให้นักจิตวิทยาการปรึกษาไม่เกิดความสับสนในบทบาททางวิชาชีพกับบทบาทอื่นๆ ในการใช้ชีวิต โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาแต่ละคนจะมีแนวทางในการวางขอบเขตในการปฏิสัมพันธ์ที่แตกต่างกันออกไป

“คือต้องเล่าแบบนี้น่ะค่ะ ว่า ถ้าโดยทั่ว ๆ ไปเนอะ ถ้าไม่ได้เกี่ยวกับการทำงานในด้านของเค้าเซลลิ่ง น่ะค่ะ พี่ก็จะฟังแล้วก็บางทีก็จะมีแอ้ดออน ในเรื่องของโซลูชั่นในการพูดคุยทั่ว ๆ ไป โดยที่ไม่ได้มีกระบวนการทางจิตวิทยาเข้ามานะคะ อย่างเช่น คุยเล่นกับเพื่อนไป หรือเพื่อนมาอุ้ยแกแบบนี้ทำไงดีวะ พี่จะไม่ใช่กระบวนการ เค้าเซลลิ่ง แบบที่เพื่อนเข้ามาแบบ เอ้ย คุยกันของี้งั้นหน่อย นอกเสียจากเพื่อนยิงมาเลยว่า หรือว่าเค้ารีเฟอร์คนมาละเค้ายิงมาเลยว่า เป็นปัญหา และต้องการกระบวนการการเปลี่ยนแปลง เพราะฉะนั้นไม่ใช่การคุยเล่น ไม่ใช่เพียงแค่ต้องการคุยแค่ผ่อนคลายหรือระบายแบบนี้น่ะค่ะ พี่ก็จะแยกเลยแบบเนี้ย” (id-4)

1.4 การเชื่อมโยงประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาเข้ากับชีวิตตนเอง คือ การที่ประสบการณ์ที่นักจิตวิทยาการปรึกษาได้จากการทำงาน ส่งผลให้นักจิตวิทยาการปรึกษาเกิดการตระหนักรู้บางอย่างขึ้นในชีวิตตนเอง โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาจะมีการเชื่อมโยงประสบการณ์ที่ตนเองได้รับจากการทำงาน เข้ากับประสบการณ์ในการใช้ชีวิตของตนเอง

“แล้วก็พอถามเรื่องชีวิตอย่างเงี้ย พอเจอเคสที่เข้ามาหลากหลาย พี่ก็เห็นชีวิตกว้างขึ้น พอเห็นชีวิตกว้างขึ้นก็เลยรู้ว่าอ้อ ไม่ว่าตรงไหนมันก็ทุกข์ทั้งนั้นแหละ มึงจะมีลูก ไม่มีลูก มึงจะรวยมึงจะจน มึงจะมีทุกข์เสมอแหละ มันเลยทำให้พี่คล้ายๆ ไม่ได้มองหาชีวิตที่มันต้องทะเยอทะยานขึ้นอะ แต่พี่มองหาชีวิตที่มันนิ่งมากขึ้นมากกว่า แล้วก็จะเป็นคนไม่ค่อยเสี่ยงกับอะไรที่เรามั่นใจว่าทำแล้วจะทุกข์แน่ๆ” (id-1)

“อันเนี้ยแล้วผู้รับบริการทุกคนที่ผ่านมาอะ มันทำให้เราเห็นว่า อะไรก็เกิดขึ้นได้แบบเกิดขึ้นได้จริง ๆ มันไม่ใช่แค่คอนเซปที่เราท่องว่าอะไรก็เกิดขึ้นได้ แค่นี้มันก็ช่วยเยอะมาก วันนึงเรื่องที่เกิดขึ้นกับเคสมันอาจจะมาเกิดขึ้นกับเราก็ได้ สิ่งที่เราทำไปเนี่ย มันอาจจะเป็นสิ่งที่เคยส่งผลให้เคสต้องมาหาเราก็ได้ เราก็ได้เห็นว่าอ๋อ มันมีสิ่งนี้เกิดขึ้นนะ อย่างเช่นเราอาจจะแบบเคร่งคัดกับคนรอบตัว แล้วก็แบบ อ๋อ มีภาพว่าเคสเคยมาหาเราว่ะ ว่าเค้าทุกแค่ไหนที่พ่อเคร่งคัดเงี้ย อืม” (id-2)

2. อัตลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของนักจิตวิทยาการปรึกษา

อัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษาที่เปลี่ยนแปลงไป คือ การให้ความหมายกับประสบการณ์ของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป โดยสะท้อนให้เห็นผ่านมุมมอง ความเชื่อและทัศนคติ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของนักจิตวิทยาการปรึกษา ซึ่งนักจิตวิทยาการปรึกษาจะมีการให้ความหมายกับทั้งอัตลักษณ์ทางวิชาชีพและอัตลักษณ์ส่วนบุคคล ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

2.1 อัตลักษณ์ทางวิชาชีพ คือ การให้ความหมายกับประสบการณ์ในการทำงานในฐานะนักจิตวิทยาการปรึกษาที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสะท้อนให้เห็นผ่านมุมมอง ความเชื่อ และทัศนคติที่มีต่อการให้คำปรึกษาที่เปลี่ยนไป ซึ่งอัตลักษณ์ทางวิชาชีพที่เปลี่ยนแปลงไปของนักจิตวิทยาการปรึกษาได้สะท้อนออกมาให้เห็นผ่านการที่นักจิตวิทยาการปรึกษาเริ่มมีแนวทางให้คำปรึกษาในแบบของตนเอง โดยพวกเขาจะเลือกใช้แนวทางในการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับธรรมชาติและความถนัดของตนเองมากขึ้น

“แล้วมันก็จะมีมุมที่มันเหมือนถามตัวเองว่าถ้าเรื่องนี้เป็นกรณีอกหัก ซึมเศร้า เป็นอีโมชั่น ทั้งหลาย เป็นอารมณ์ความรู้สึกที่มันแกว่งไปจากความรู้สึกปกติของเค้าเนี้ย มันเบี้ยวไปทางใดทางหนึ่ง เราก็จะกลับมาคิดแล้วว่าเราจะใช้แนวคิดหรือทฤษฎีอะไรมันเริ่มจริงจังมากขึ้น ว่าทฤษฎีเนี้ยมันเหมาะกับปัญหา อารมณ์แบบนี้นะ และในขณะเดียวกันมันจะถามตัวเองมากขึ้นว่าแล้วตัวเราแหล่ะ เราชอบหรือเราถนัดกับแนวไหน เราอยากจะใช้มัน แต่ในขณะเดียวกันเราก็ต้องรู้วัตถุประสงค์ของมันด้วย” (id-6)

นอกจากการปรับแนวทางในการให้คำปรึกษาให้สอดคล้องกับธรรมชาติของตนเองแล้ว นักจิตวิทยาการปรึกษายังมีการใช้ประสบการณ์การของตนเองในการให้คำปรึกษา อาทิเช่น การนำประสบการณ์ในการจัดการปัญหาของตนเอง ประสบการณ์ของตนเองที่คล้ายคลึงกับผู้มารับบริการมาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษา เพื่อให้เข้าใจผู้มารับบริการได้อย่างแม่นยำและสามารถเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกที่มีความซับซ้อนได้

“คือเราว่าประสบการณ์ตรงเนอะ ที่ให้ได้เห็นว่าเวลาโจทย์มันแอบมันแอบยังไงอะ ที่มันแอบเรามาทั้งเทอมเงี้ยว่ากูคาดหวังว่ากูไม่ควรเป็นทุกข์ลิคือเราว่าประสบการณ์ตรงเนอะ ที่ให้ได้เห็นว่าเวลาโจทย์มันแอบมันแอบยังไงอะ ที่มันแอบเรามาทั้งเทอมเงี้ยว่ากูคาดหวังว่ากูไม่ควรเป็นทุกข์ลิ มันแอบยังไง มันเป็นสิ่งที่ประสบการณ์เนี่ยค่อยๆ สอน ทั้งจากเห็นของตนเอง เห็นของเคสมันถึงมาช่วยๆ กันบอกว่านี่คือโดนอะไรเงี้ย เพราะงั้นมันก็คล้ายกับเป็นประสบการณ์ใกล้เคียงเฉยๆ ว่าเราค่อย ๆ กลับมาเห็นอันนี้มันซ่อนอยู่งี้นะ ความไม่อยากให้ตัวเองทุกข์มันแฝงอยู่ภายใต้ของการบอกว่าตัวเองเสียใจไรไม่รู้เต็มไปหมด เราก็ค่อยๆ เห็นว่ามันมี เลเยอร์แบบนี้เป็นไปได้เนอะ เพราะงั้นสิ่งเนี้ยคือสิ่งที่เอาไปทำงานกับเคสว่าอ่อ ฉากบนคือโกรธหรอ จริงๆ ลึกๆ

แล้วเสียใจ แต่ที่ทั้งหมดมันก็จบไปแล้ว แต่ที่ไม่จบเพราะว่าไม่อยากเห็นตัวเองโกรธและเสียใจ อะไรเงี้ย มันจะทำให้ค่อย ๆ เห็นความซับซ้อนตรงนี้มากขึ้นเงี้ย" (id-2)

นอกจากนี้ มุมมองของนักจิตวิทยาการปรึกษาที่เดิมนั้นเคยมุ่งผลลัพธ์ในการให้คำปรึกษา ได้เปลี่ยนมาเป็นมุมมองที่สนใจตัวกระบวนการให้คำปรึกษามากกว่าผลลัพธ์ โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาจะมีมุมมองว่าหน้าที่ของนักจิตวิทยาการปรึกษาคือการพยายามเข้าใจผู้มารับบริการให้ได้มากที่สุดมากกว่าจะไปช่วยแก้ปัญหา

"ถ้าเป็นก่อนหน้าพี่คุยกับทุกคน เราฟังก็จริง แต่เราฟังแล้วก็เพื่อหาโซลูชั่น พอใครพูดเนี้ยนะ พี่จะมีโปรเซสที่ไม่ใช่แบบโปรเซสที่ถูกต้องนะ เราจะโปรเซสปัญหาของเค้า เพื่อหาบางอย่างทันที ก็คือให้มันมีโซลูชั่น แต่ว่าพอกระบวนการการเรียนเค้าเซลลิ่งจริงๆ เข้ามา เห้ย มันไม่ใช่แบบนั้นเลยอ่ะ พี่เวิร์คออนโปรเซสของเค้า แต่ไม่ได้โซลูชั่นอะไรที่ปลายทางเลย ไม่เคยมีโซลูชั่นอะไรเลยอยู่ที่ปลายทาง ไม่เคยคิดอยู่ในหัวเลยว่ามันต้อง โซลูชั่นยังไงอ่ะ แต่รู้แค่ว่าถ้ากระบวนการที่เราฟังอยู่มันเกิดขึ้นอะไรตรงไหน พี่ก็เอาตรงนั้นที่มันเกิดขึ้นน่ะ เข้ามาทำงานกับเค้าแบบเนี้ย" (id-4)

ซึ่งมุมมองที่เปลี่ยนไปนี้ ทำให้นักจิตวิทยาการปรึกษาไม่คาดหวังว่าผู้มารับบริการจะต้องหายและรับมือกับความล้มเหลวได้ คือ การที่นักจิตวิทยาการปรึกษาไม่ได้คาดหวังว่าผู้มารับบริการจะต้องหายจากอาการหรือต้องแก้ปัญหาได้ เนื่องจากตระหนักถึงความซับซ้อนของปัญหาและเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ไม่สามารถควบคุมได้

"เหมือนเรายอมรับในระดับหนึ่งได้ แต่ก็จะไม่คาดหวังว่าเขาจะต้องถึงขั้นที่แบบซัคเซสอะไรเงี้ย เพราะว่าเขาอาจจะดีขึ้นแค่ชั่วครู่แล้วก็อาจจะกลับมาเป็นเหมือนเดิมอีกเป็นซ้ำอีกไรเงี้ย เริ่มยอมรับมากขึ้น ไม่ได้มองว่าตัวเองแบบล้มเหลวอะไรเงี้ยค่ะ หลังจากที่ผ่านประสบการณ์มาเรื่อยๆ มันก็มีทั้งที่สำเร็จแล้วก็ล้มเหลวเนาะซึ่งตอนหลังมองว่ามันเป็นเรื่องที่มันเกิดขึ้นได้มันหลายปัจจัยมองแค่ว่ามันเกิดขึ้นได้ในคนที่เซ็ทติ้งพร้อม ปัจจัยพร้อม เค้าซัคเซส เค้าไปได้" (id-3)

2.2 อัตลักษณ์ส่วนบุคคล คือ การให้ความหมายกับประสบการณ์ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสะท้อนให้เห็นผ่านมุมมอง ความเชื่อ และทัศนคติที่มีต่อตนเองและผู้อื่นที่เปลี่ยนไป โดยนักจิตวิทยาการปรึกษารับรู้ว่า พวกเขามีความเข้าใจและยอมรับตนเองได้ ซึ่งเกิดจากการที่พวกเขามีความเข้าใจในความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง จนสามารถยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็นได้

"สิ่งแรกคือตัวเรา แล้วมันทำให้เราทำงานได้ดีขึ้น ความคับข้องใจของตัวเองมันมีน้อยลงเวลาทำงาน เพราะว่าการใช้การทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติดเนี่ย มันเป็นอะไรที่ต้องใช้พลังเยอะ ตัวข้างในของเราเนี่ยมันดีขึ้นเยอะ คือสมมติเมื่อก่อนใช่มั้ยคะ เราจบมาใหม่เนี่ย อืม ความเป็นพยาบาลเนอะ เราก็จะคิดว่ามันต้องเป๊ะๆ อย่างนั้นอย่างนี้ เรื่องของยาเสพติดก็ต้องหาย ทำไมถึงไม่หาย อะไรเงี้ยค่ะ ก็จะมองว่าไม่หายก็คือล้มเหลวแล้วตัวเราก็คือเราทำไมแบบ เราก็ให้เค้าไปทุกอย่าง หมายถึงเต็มที่เงี้ยค่ะ แล้วมันก็เกิดอาการเบิร์นเอ๊า ว่าเห้ยเราให้เค้าไปเต็มที่แล้วทำไมสิ่งที่ได้กลับมาก็แอ้ดมิทซ้ำ เหมือนกับมันไม่ได้ดีขึ้นอะไรเงี้ย เราก็จะคับข้องใจในตัวเราเองด้วย เราก็จะคิดว่าแบบเห้ย เรายังทำไม่ดีพอหรออะไรเงี้ย แต่พอเราได้ไปเรียนปุ๊ปเนี่ย มายด์เซ็ทเราเปลี่ยน เราก็จะยอมรับมากขึ้นในตัวผู้ป่วย ยอมรับในความเป็นเค้าแล้วก็ยอมรับในตัวเองอะไรเงี้ยค่ะ เพราะว่าเราเหมือนกับเราไปเรียนจิตปรึกษา เนาะ มันสอนให้เราแบบเข้าใจตัวเองมากขึ้นมั้ย? อันนี้พี่ไม่รู้นะ สำหรับพี่เนี่ย อย่างแรกคือเข้าใจตัวเองมากขึ้น คือก่อนหน้านี้เราก็จะ เหมือนที่เค้าบอกว่าเราก็จะมองขาวเป็นขาว ดำเป็นดำ แต่เราไม่เคยเห็นสีเทา คือสีเทามันก็คือ

จริงๆ แล้วสีเทามันก็อยู่ได้อะเนาะ เออ เนี่ยแหละ เราก็เลยเป็นคนที่เค้าเรียกว่า ถ้าเป็นภาษาวัยรุ่นตอนนี้ก็คือดูชิลมากขึ้น ดูทำงานคูลมากขึ้น" (id-3)

นอกจากความเข้าใจในตนเองแล้ว นักจิตวิทยาการปรึกษายังระบุว่าพวกเขามีความเข้าใจและไม่ตัดสินผู้อื่น ซึ่งเกิดจากการที่พวกเขาพยายามรับฟังผู้อื่นโดยไม่ตัดสินและยอมรับซึ่งความแตกต่างระหว่างบุคคล

"มันทำให้พี่ยอมรับความแตกต่างของคนได้เยอะขึ้นมากอ่ะ โดยเฉพาะถ้าเรามองกลับมาที่คนใกล้ตัวเราอ่ะ เรายอมรับกับความเป็นพ่อเป็นแม่ เป็นน้อง เป็นเรา กับคนในครอบครัวเราได้มากขึ้น เป็นกึ่งๆ คือเรา empathy เค้าอ่ะ แล้วก็พี่ว่าพอเราฟังน่ะค่ะ เราฟังเพื่อหาความเข้าใจของคนตรงหน้าเยอะ เหมือนเราฟังแล้วเราก็อยากเข้าใจว่า เค้าอยากจะสื่อสารอะไร อะไรคือสิ่งที่เค้าอยากบอก สิ่งที่เค้าต้องการ แล้วมันก็จะเกิดการรีเช็ค สิ่งที่เราเข้าใจอ่ะค่ะ ว่ามันตรงกับที่เค้าอยากจะบอกเรามั้ย มันก็จะเจอจุดที่กระบวนการมันละเอียด การได้พูดคุยกับคนตรงนั้นมากขึ้น ซึ่งมันทำให้เห็นความต่างก็คือ เราสนใจ ใส่ใจ ในการฟัง ไม่ได้ฟังเพื่อต้องการตอบอะไร แต่ฟังเพื่อ มันคืออะไร มันเป็นอย่างไร ไอที่เข้าใจมันใช่รึเปล่า ถ้ามันใช่ก็ อื้อออ แต่ถ้าไม่ใช่ก็แล้วยังไงต่อ อะไรแบบเนี้ย" (id-6)

จากผลการวิจัยทั้งสองประเด็นหลัก เราจะเห็นว่าอัตลักษณ์ทางวิชาชีพและอัตลักษณ์ส่วนบุคคลของนักจิตวิทยาการปรึกษามีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันในหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นการใช้กระบวนการให้คำปรึกษาในการปฏิสัมพันธ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการรับเอาคุณค่าทางวิชาชีพมาเป็นคุณค่าในการใช้ชีวิตของตนเอง รวมถึงการใช้ประสบการณ์ส่วนตัวในการให้คำปรึกษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประสบการณ์ในการใช้ชีวิตทั่วไปนั้นมีความสำคัญต่อพัฒนาการทางวิชาชีพ นอกจากนี้นักจิตวิทยาการปรึกษายังมีการพัฒนาแนวทางให้คำปรึกษาในแบบของตนเอง ซึ่งแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ทัศนคติ และธรรมชาติของตนเอง ซึ่งได้เน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของการเพิ่มความสอดคล้องระหว่างอัตลักษณ์ส่วนบุคคลและอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ ว่าเป็นหนึ่งในพลวัตรที่สำคัญของการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษา[4]

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าวิธีการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษานั้นแบ่งออกได้เป็น 4 วิธีด้วยกันคือ

1. การทบทวนตนเอง
2. การพึ่งพาอาจารย์นิเทศน์
3. การใช้กระบวนการให้คำปรึกษาในการปฏิสัมพันธ์
4. การเชื่อมโยงประสบการณ์จากการให้คำปรึกษาเข้ากับชีวิตตนเอง

ซึ่งวิธีการเหล่านี้เป็นสิ่งที่เอื้อให้นักจิตวิทยาการปรึกษาได้ลองใช้อัตลักษณ์ของตนเองในบริบทที่หลากหลาย ทำให้เกิดความเข้าใจในอัตลักษณ์ทางวิชาชีพและอัตลักษณ์ส่วนบุคคลที่ลึกซึ้งขึ้น รวมทั้งเป็นวิธีที่ช่วยให้นักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถปรับแต่งอัตลักษณ์ทั้งสองของตนเองให้มีความสอดคล้องกัน[1] จนสามารถประยุกต์ใช้อัตลักษณ์ของตนเองได้ทั้งในบริบทของการให้คำปรึกษาและการใช้ชีวิตทั่วไป นอกจากนี้วิธีการพัฒนาอัตลักษณ์เหล่านี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงการผสมผสานระหว่างอัตลักษณ์ทางวิชาชีพและอัตลักษณ์ส่วนบุคคลของนักจิตวิทยาการปรึกษาที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ โดยเฉพาะการที่นักจิตวิทยาการปรึกษามีการใช้กระบวนการให้คำปรึกษาในการปฏิสัมพันธ์ ที่นอกเหนือไปจากบริบทของการให้คำปรึกษา ได้สะท้อนให้เห็นว่านักจิตวิทยาการปรึกษาเกิดการรับเอาคุณค่าของนักจิตวิทยาการปรึกษามาเป็นของตนเอง หรืออาจกล่าวได้ว่าพวกเขาเกิดการระบุอัตลักษณ์ของตนเองเข้ากับอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ[2]

นอกจากการวิธีการพัฒนาอัตลักษณ์ อีกหนึ่งสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงอัตลักษณ์ที่ผสมผสานกันของนักจิตวิทยาการปรึกษาคือการที่ทั้งอัตลักษณ์ทางวิชาชีพและอัตลักษณ์ส่วนบุคคลของนักจิตวิทยาการปรึกษามีความเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางที่สอดคล้องกันมากขึ้น โดยอัตลักษณ์ทางวิชาชีพนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางที่สอดคล้องกับความเชื่อและทัศนคติของนักจิตวิทยาการปรึกษามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ronnestad และ Skovholt[11] ซึ่งความสอดคล้องดังกล่าวนั้นทำให้นักจิตวิทยาการปรึกษามีแนวทางในการให้คำปรึกษาในแบบของตนเองและให้คำปรึกษาได้อย่างเป็นธรรมชาติมากขึ้น เนื่องจากไม่ติดอยู่กับกรอบทฤษฎีที่เคยเรียนมา อีกทั้งนักจิตวิทยาการปรึกษายังมีการนำประสบการณ์ส่วนตัวมาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้สามารถเข้าใจความคิดและความรู้สึกของผู้มารับบริการได้แม่นยำมากขึ้น นั่นหมายความว่าพวกเขามีการเชื่อมโยงประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการใช้ชีวิตเข้ากับเรื่องราวปัญหาของผู้มารับบริการ จึงอาจกล่าวได้ว่าพวกเขามีการใช้อัตลักษณ์ส่วนบุคคลของตนเองในการให้คำปรึกษาด้วย นอกจากนี้พวกเขายังรับรู้ว่าตนเองมีอัตลักษณ์ส่วนบุคคลที่เปลี่ยนไปในทางที่สอดคล้องกับคุณค่าทางวิชาชีพมากขึ้น[2] โดยพวกเขาพบว่าการทำงานเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษานั้นช่วยให้พวกเขามีความเข้าใจในตัวผู้อื่นและตนเองมากขึ้น ทำให้พวกเขามีมุมมองที่ไม่ตัดสินคนอื่น

ผลจากการวิจัยข้างต้นนั้นแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของอัตลักษณ์ที่มีต่อการทำงานในฐานะนักจิตวิทยาการปรึกษาและเป็นองค์ความรู้ที่มีประโยชน์อย่างมากต่อการออกแบบหลักสูตรจิตวิทยาการปรึกษา โดยประสบการณ์ในการพัฒนาอัตลักษณ์ที่แสดงให้เห็นในผลการวิจัยนั้นสามารถถูกนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาอัตลักษณ์ให้กับนักจิตวิทยาการปรึกษามือใหม่ที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาอัตลักษณ์ ซึ่งอาจจะจัดทำเป็นเอกสารประกอบการเรียนการสอนในบางวิชาหรือจัดทำเป็นวิชาประจำหลักสูตร อาทิเช่น วิชาพัฒนาการเชิงวิชาชีพ การใช้อัตลักษณ์ในการทำงาน เพื่อให้ผู้เรียนเห็นถึงความสำคัญของอัตลักษณ์ วิธีการรับมือกับความสับสนในบทบาท แนวทางในการเพิ่มความสอดคล้องของตันตนภายใน และอุปสรรคต่างๆ ที่อาจพบเจอในการพัฒนาอัตลักษณ์ในการทำงานของตนเอง รวมถึงสามารถนำไปช่วยพัฒนากระบวนการนิเทศก์ในหลักสูตรจิตวิทยาการปรึกษาให้มีประสิทธิภาพและตอบโจทย์กับตัวผู้เรียนมากขึ้น โดยอาจจะเพิ่มความสำคัญในส่วนของการเพิ่มทักษะการทบทวนตนเองของผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนมีความเข้าใจในตนเองที่ลึกซึ้งมากขึ้นและสามารถยอมรับในความผิดพลาดของตนเองได้ ซึ่งองค์ความรู้เหล่านี้ถือเป็นองค์ความรู้สำคัญที่จำเป็นต่อการก้าวข้ามอุปสรรคที่พบเจอในการเรียนหลักสูตรจิตวิทยาการปรึกษา นอกจากนี้ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างอัตลักษณ์ส่วนบุคคลและอัตลักษณ์ทางวิชาชีพของนักจิตวิทยาการปรึกษานั้นเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณค่าในเชิงวิชาการและสามารถนำไปต่อยอดเพื่อศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นที่มีความสำคัญและน่าสนใจต่อไปได้ อาทิเช่น การศึกษาถึงการยอมรับจากอาจารย์นิเทศก์ที่มีต่อการยอมรับตนเองของนักจิตวิทยาการปรึกษา ขอบเขตการใช้อัตลักษณ์ทางวิชาชีพในชีวิตประจำวันของนักจิตวิทยาการปรึกษา

ข้อเสนอแนะ

อย่างไรก็ตาม ผลจากการวิจัยข้างต้นนั้นทำให้เห็นถึงภาพรวมของการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษามืออาชีพ รวมถึงความเชื่อมโยงระหว่างอัตลักษณ์ทางวิชาชีพและอัตลักษณ์ส่วนบุคคล แต่ไม่ได้ลงลึกถึงขอบเขตของการใช้อัตลักษณ์ทางวิชาชีพในบริบทอื่นที่นอกเหนือไปจากการให้คำปรึกษา ว่านักจิตวิทยาการปรึกษามีการใช้อัตลักษณ์ทางวิชาชีพในชีวิตประจำวันอย่างไรบ้างนอกเหนือไปจากการใช้ในการปฏิสัมพันธ์ เช่นเดียวกันกับขอบเขตของการใช้อัตลักษณ์ส่วนบุคคลในการให้คำปรึกษา ซึ่งไม่ได้ลงลึกถึงรายละเอียดว่านักจิตวิทยาการปรึกษามีการใช้ประสบการณ์ส่วนตัวของตนเองในการให้คำปรึกษาอย่างไรบ้าง ซึ่งข้อมูลเชิงลึกของขอบเขตในการใช้อัตลักษณ์จะช่วยให้เข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างอัตลักษณ์ทางวิชาชีพและอัตลักษณ์ส่วนบุคคลของนักจิตวิทยาการปรึกษาอย่างลึกซึ้งจนนำมาซึ่งวิธีการหรือแนวทางในการพัฒนาอัตลักษณ์ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบหลักสูตรการเรียนการสอนจิตวิทยาการปรึกษาต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Tsuman-Caspi L. The identity formation of psychotherapists in training: A dialectical and personal process. Columbia University; 2012.
2. Gignac K, Gazzola N. Embracing Counsellor Professional Identity Work: Experiential Accounts of Transformation and Transition. CJCP [Internet]. 2018 Jul. 30 [cited 2023 Apr. 17];52(3). Available from: https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/61173
3. Cureton, J. L., Davis, H., & Giegerich, V. Counselor Professional Identity Development: Narratives from a Professional Event. The Journal of Counselor Preparation and Supervision. 2019;12(1).
4. Degges-White S, Stoltz K. Archetypal identity development, meaning in life, and life satisfaction: Differences among clinical mental health counselors, school counselors, and counselor educators. Adultspan J [Internet]. 2015;14(1):49–61. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/j.2161-0029.2015.00036.x
5. Furr SR, Carroll JJ. Critical incidents in student counselor development. J Couns Dev [Internet]. 2003;81(4):483–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6678.2003.tb00275.x
6. Hill CE, Kline K, Bauman V, Brent T, Breslin C, Calderon M, et al. What's it all about? A qualitative study of meaning in life for counseling psychology doctoral students. Couns Psychol Q [Internet]. 2015;28(1):1–26. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/09515070.2014.965660
7. Kuo P, Woo H, Washington A. Professional identity development of International Counselor Education Doctoral students. Journal of Counselor Leadership and Advocacy. 2018;5(2):153–69.
8. Nelson KW, Jackson SA. Professional counselor identity development: A qualitative study of Hispanic student interns. Couns Educ Superv [Internet]. 2003;43(1):2–14. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6978.2003.tb01825.x
9. Owens EW, Neale-McFall CW. Counselor Identity Development: Toward a model for the formation of professional identity. Journal of Counselor Leadership and Advocacy. 2014;1(1):16–27.
10. Rønnestad MH, Orlinsky DE, Schröder TA, Skovholt TM, Willutzki U. The professional development of counsellors and psychotherapists: Implications of empirical studies for supervision, training and practice. Couns Psychother Res [Internet]. 2019;19(3):214–30. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/capr.12198
11. Rønnestad MH, Skovholt TM. The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. J Career Dev [Internet]. 2003;30(1):5–44. Available from: http://dx.doi.org/10.1177/089484530303000102
12. Skaggs BG, Barron CR. Searching for meaning in negative events: concept analysis. J Adv Nurs [Internet]. 2006;53(5):559–70. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03761.x
13. Skovholt TM, Ronnestad MH. Themes in therapist and counselor development. J Couns Dev [Internet]. 1992;70(4):505–15. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6676.1992.tb01646.x.
14. Skovholt TM, Rønnestad MH. Struggles of the novice counselor and therapist. J Career Dev [Internet]. 2003;30(1):45–58. Available from: http://dx.doi.org/10.1177/089484530303000103
15. Swickert ML. Perceptions regarding the professional identity of counselor education doctoral graduates in private practice: A qualitative study. Couns Educ Superv [Internet]. 1997;36(4):332–40. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6978.1997.tb00399.x

16. Watkins CE Jr. On disruption and construction, reflection and reorganization in psychotherapist development: A taxonomy of transformative learning outcomes. J Transform Educ [Internet]. 2022;20(4):304–24. Available from: http://dx.doi.org/10.1177/1541344619864061
17. Woodside M, Oberman AH, Cole KG, Carruth EK. Learning to be a counselor: A prepracticum Point of View. Couns Educ Superv [Internet]. 2007;47(1):14–28. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6978.2007.tb00035.x
18. Seth, L., Scott. Academic Role and Professional Identity Development in Counselor Education. Walden University; 2018
19. ธนพล เลี้ยงสุขสันต์. ประสบการณ์ความกลมกลืนของชีวิตและการงาน : กรณีศึกษาบัณฑิต จิตวิทยาการปรึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558
20. ชาย โพธิ์สิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 6) กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2556

100th NRRU
NAKHON RATCHASIMA RAJABHAT UNIVERSITY
Beyond the University

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
340 ถนนสุรนารายณ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000
หมายเลขโทรศัพท์: 0 4425 9009 อีเมล: phjournal@nrru.ac.th