



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
Faculty of Public Health Nakhon Ratchasima Rajabhat University



วารสารสุขศึกษา

THAI JOURNAL OF HEALTH EDUCATION

ปีที่ 48 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน) 2568

VOLUME 48 NO.1 (JANUARY - APRIL) 2025

ISSN: 3027-6934 (Online)

วารสารสุขศึกษา

Thai Journal of Health Education

ปีที่ 48 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568

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 4400 9009 ต่อ 3831 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 4400 9009 ext. 3831 email: phjournal@nrru.ac.th

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม และ กันยายน – ธันวาคม)

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสุขศึกษาเป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ คณะผู้จัดทำ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความของตนเอง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไข ข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสม

วารสารสุขศึกษา

Thai Journal of Health Education

บรรณาธิการ

รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนาะ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

รองบรรณาธิการ

รศ.ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.รัชชัย เอกสันติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ดร.ฐิติมา ระย้าเพชร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.วงศา เล่าหิรัญวงศ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.พรรณี บัญชรหัตถกิจ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
ในพระบรมราชูปถัมภ์

รศ.พญ.ชวัลัญญา รัตนพิบูลย์

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

รศ.ดร.อุไรวรรณ อินทร์ม่วง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์

นักวิชาการอิสระ

ผศ.ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์

สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผศ.ดร.ศรัณญา เบญจกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ดร.อัศมน ลิ้มสกุล

กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ผศ.ดร.สุรีย์ ธรรมมิกบวร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

รศ.ดร.พุดิพงษ์ สัตยวงศ์ทิพย์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.ทิวากรณ์ ราชูธร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

เลขานุการจัดทำวารสาร

นางปัทมาภรณ์ อำไพกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

นางสาวอณณา สุวรรณชาติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

นายณัฐวัฒน์ ภู่อ่าว

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก พิจารณาบทความ (Peer review)

รศ.ดร.กุลวดี ใจงาม ภาควิชาเคมี

รศ.ดร.พรพรรณ ปัญญาธิกุล

รศ.ดร.นิติกร ภูสุวรรณ

รศ.ดร.ธีระวุฒิ ธรรมกุล

ผศ.ดร.นภาพัช จันทะมา

ผศ.ดร.มะลิ โพธิ์พิมพ์

ผศ.ดร.อมรรัตน์ ลือนาม

ผศ.ดร.นาฏนภา หีบแก้ว ปัตนาสุวรรณ์

ผศ.ดร.ชลธิรา กาวไสย

ผศ.ดร.ปรัชญา แก้วแก้ว

ผศ.ดร.นัฐรภาพร ธนปิยวัฒน์

ผศ.ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์

ดร.บัณฑิต นิตยคำหาญ

ดร.ทพ.วุฒิกุล ธนากาญจน์ภักดี

ดร.เกษิณีจรัส พลศรีประดิษฐ์

ดร.สุธีรา อินทเจริญสถานต์

ดร.อัสนัน ลิมสกุล

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนินทร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์

ในพระบรมราชูปถัมภ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย

มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน พิจารณาบทความ (Peer review)

ผศ.ดร.จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ

ผศ.ดร.ทิวากรณ์ ราชูธร

ผศ.ดร.รชานนท์ งามใจรัก

ผศ.ดร.พัชรี ศรีฤทธา

น.ท.หญิง ดร.ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับและการส่งบทความวิชาการ หรือบทความงานวิจัยเพื่อเผยแพร่

1. ประเภทบทความ

1.1 วารสารสุศึกษา รับบทความต้นฉบับทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างรอการตอบรับตีพิมพ์ในวารสารฉบับใด ๆ

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

1.3 กรณีบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองและลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและนักศึกษาผู้ทำวิทยานิพนธ์

2. รูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับ

2.1 บทความต้นฉบับทุกรูปแบบ กำหนดให้จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Office Word 2007 และ pdf ขึ้นไป

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

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

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

กรณีการเขียนเชิงอรรถที่ด้านล่าง กำหนดให้ขนาดอักษรเท่ากับ 12 points

3. การจัดเรียงเนื้อหาในบทความต้นฉบับ

3.1 กรณีบทความวิจัย ควรมีส่วนประกอบและการจัดเรียงเนื้อหา (ไม่ควรเกิน 13 หน้า) เป็นลำดับดังต่อไปนี้

- หน้าแรก ประกอบด้วย

1) ชื่อบทความวิจัยภาษาไทย

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

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

4) คำสำคัญ 3 - 5 คำ

- หน้าที่สองบทคัดย่อภาษาอังกฤษ มีเนื้อหาตั้งเช่นหน้าแรก แต่เขียนด้วยภาษาอังกฤษ
- หน้าที่ 3 - 15 ประกอบด้วยหัวข้อการนำเสนอ ดังนี้

1) บทนำ

2) วัตถุประสงค์ และสมมติฐานงานวิจัย (ถ้ามี)

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

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

5) อภิปรายผล

6) สรุป

7) ข้อเสนอแนะ มุ่งเน้นเฉพาะข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

8) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

9) เอกสารอ้างอิง (TH SarabunPSK 13 points)

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

ตัวอย่างการจัดเรียงเนื้อหาในบทความต้นฉบับ: กรณียุทธศาสตร์วิชาการ

องค์ประกอบบทคัดย่อภาษาไทย

ชื่อบทความวิชาการ

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

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

บทคัดย่อ (ไม่เกิน 350 คำ)

ที่มา/ภูมิหลัง/ปัญหาการวิจัย:

ระเบียบวิธีวิจัย:

ผลการวิจัย:

ข้อเสนอแนะ

คำสำคัญ 1...../ 2...../3.....

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

องค์ประกอบบทความภาษาอังกฤษ

Research Topic

First author,and Co-author (* Corresponding author)

Position and organizational name of first author,, organizational name of corresponding author

Abstract (Not more than 350 word)

Rationale/background:

Aims:

Methodology:

Results:

Recommendation:

Keywords: 1...../ 2...../ 3.....

*Corresponding author: First name and surname..... Email Telephone Number.....

องค์ประกอบเนื้อหาบทความ

เนื้อหาสาระสำคัญ (ไม่เกิน 13 หน้า)

บทนำ

วัตถุประสงค์:

ระเบียบวิธีวิจัย:

ผลการวิจัย:

อภิปรายผลการวิจัย:

สรุป:

ข้อเสนอแนะ:

เอกสารอ้างอิง (แบบ Vancouver) ไม่น้อยกว่า 10 รายการ และย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี

4. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงให้เขียนอ้างอิงในระบบ Vancouver ตามลำดับหมายเลขด้วยตัวเลขอารบิกที่พิมพ์แบบตัวยก โดยเริ่มจากหมายเลข 1 และเมื่ออ้างอิงซ้ำในส่วนต่างๆ ของบทความวิจัยจะต้องใช้หมายเลขเดิมตามที่เคยระบุไว้ก่อนแล้วตลอดทั้งบทความ ทั้งนี้ให้เขียนอ้างอิงทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษทุกรายงาน โดยจำแนกเป็น

4.1 การอ้างอิงในเนื้อหา

1) ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลังเป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นวรรค รวมถึงให้อยู่ในวงเล็บกลมและใช้ “ตัวยก”

2) ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่ม

3) สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง

4) การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 รายการต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) เชื่อมระหว่างรายการแรกถึงรายการสุดท้าย เช่น (1-3) หากเป็นการอ้างอิงถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) โดยไม่มีการเว้นวรรค เช่น (4,6,10)

ตัวอย่างการอ้างอิงในเนื้อหา

แหล่งของการได้รับโซเดียมจากการบริโภคอาหารข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่าส่วนใหญ่ได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหารที่ผ่านกระบวนการผลิต และการรับประทานอาหารนอกบ้าน แบ่งออกเป็นการเติมขณะปรุงอาหาร (ร้อยละ 71) อาหารตามธรรมชาติ (ร้อยละ 18) การปรุงรสเพิ่มบนโต๊ะอาหาร (ร้อยละ 11)^(1,2)

4.2 การอ้างอิงท้ายบทความ

ตัวอย่างการอ้างอิงดังต่อไปนี้

กรณีการอ้างอิงวารสาร

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง (Authors). ชื่อบทความ (Title of article). ชื่อวารสาร (Title of journal). ปีพิมพ์ (Year of publication); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Pages)
ตัวอย่าง	สมเกียรติ อินทะกนก, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, ราชานนท์ วรรณใจรัก, ชูสง่า สีสัน, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง:กรณีศึกษาพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซับ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. 2564; 27(1): 56-67. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3): 607–610.

กรณีการอ้างอิงหนังสือ/ตำรา

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.
ตัวอย่าง	สมศักดิ์ นวลแก้ว. เกสกรรมแผนไทยประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 8. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะเภสัชศาสตร์; 2563. Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

กรณีการอ้างอิงหนังสือ/ตำราที่มีผู้แต่งและบรรณาธิการหรือผู้แปล

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. หรือ ชื่อผู้แปล, ผู้แปล/translator/translators. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.
ตัวอย่าง	วรารณ เสถียรนพแก้ว. โภชนาการในงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. วรารณ เสถียร นพแก้ว, สุภัทรา ลีลิตชาญ, จิรนนท์ แก้วกล้า, พร้อมลักษณ์ สมบูรณ์ปัญญากุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิบูลย์การปก 1997; 2558. Breedlove GK, Schorfheide AM. Adolescent pregnancy. 2nd ed. Wiecezorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

กรณีการอ้างอิงหนังสือ/ตำราที่มีเฉพาะบรรณาธิการ

รูปแบบ	ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.
ตัวอย่าง	ชนิกา ตูจินดา, สุริยเดว ทรีปาตี, ปิยะดา ประเสริฐสม, บรรณาธิการ. เลี้ยงลูกอย่างไร ห่างไกลโรคอ้วน. กรุงเทพฯ: รักลูกแฟมมิลี่กรุ๊ป; 2547. Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

กรณีอ้างอิงวิทยานิพนธ์ หรือดุษฎีนิพนธ์

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่รับปริญญา.
ตัวอย่าง	อัจฉราพรรณ ค้ายาดี. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีส่วนร่วมต่อความสม่ำเสมอ ของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2558. Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

กรณีอ้างอิงหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม

รูปแบบ	ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; ปี เดือน วันที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. <i>*กรณีเป็นภาษาไทย ให้ใส่วัน เดือน ปีที่ประชุม</i>
ตัวอย่าง	นเรนทร์ โชติรสนิรมิต, บรรณาธิการ. New frontier in surgery. การประชุมวิชาการส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 22 New frontier in surgery; 2551; มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์, ภาควิชาศัลยศาสตร์; 2551. Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5 th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

กรณีอ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ [อินเทอร์เน็ต/Internet]. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วัน]. เข้าถึงได้จาก/Available from: http://...
ตัวอย่าง	วิชัย โชควิวัฒน์, บรรณาธิการ. ระบบยาของประเทศไทย 2563 [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 6. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://thesis.swu.ac.th/swuebook/A440954.pdf Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: https://www.nap.edu/catalog/10149/improving-palliative-care-for-cancer

กรณีอ้างอิงบทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต/Internet]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วัน]; เล่มที่: เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from: http://...
ตัวอย่าง	นัตยา อังคนาวิน. ผลของการใช้สตีเวียและมอลทิพอลต่อสมบัติทางเคมี-กายภาพการทดสอบ ประสาทสัมผัส คุณค่าทางโภชนาการและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของเชอร์เบทหม่อน. วารสาร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) [อินเทอร์เน็ต]. ก.ค.-ธ.ค. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2563];11(22): 78-90. เข้าถึงได้จาก: http://ejournals.swu.ac.th/index.php/SWUJournal/article/view/12118/10268 Happell B. The influence of education on the career preferences of undergraduate nursing students. Aust Electron J Nurs Educ [Internet]. 2002 Apr [cited 2007 Jan 8];8(1):[about 12 p.]. Available from: http://www.scu.edu.au/schools/nhcp/aejne/vol8-1/refereed/happell_max.html

กรณีอ้างอิงจากเว็บไซต์

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเว็บไซต์ [อินเทอร์เน็ต/Internet]. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors (ถ้ามี). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์ [ปรับปรุงเมื่อ/updated ปี เดือน วัน; เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วัน]. เข้าถึงได้จาก /Available from: http://...
ตัวอย่าง	สำนักงานประกันสังคม [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; c2017 [เข้าถึงเมื่อ 27 ก.ย. 2563]. เข้าถึงได้ จาก: https://www.sso.go.th/wpr/main eatright.org [Internet]. Chicago: Academy of Nutrition and Dietetics; c2016 [cited 2016 Dec 27]. Available from: https://www.eatright.org/

หมายเหตุ เอกสารอ้างอิงควรพิจารณาให้มีความสำคัญในการอ้างอิงบทความที่ตีพิมพ์วารสารในฐานข้อมูล TCI หรือฐานข้อมูลนานาชาติ

5. การจัดส่งบทความต้นฉบับ

5.1 จัดส่งบทความต้นฉบับในรูปแบบเอกสารไฟล์ Word จำนวน 1 ฉบับ และ เอกสารต้นฉบับเดียวกันในรูปแบบไฟล์ pdf 1 ฉบับ ส่งมายัง phjournal@nrru.ac.th และ/หรือ ผ่านระบบ ThaiJO

5.2 กองบรรณาธิการ จะไม่ส่งคืนบทความต้นฉบับในทุกกรณี ไม่ว่าจะได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์หรือไม่

6. ขั้นตอนการตรวจสอบ/ ทบทวนบทความต้นฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

6.1 บทความต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการ และเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) จำนวน 2-3 ท่าน เพื่อประเมินคุณภาพของบทความในลักษณะผู้พิจารณาไม่ทราบชื่อผู้แต่ง และผู้แต่งไม่ทราบชื่อผู้พิจารณา (double blind)

6.2 ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจะส่งกลับให้ผู้เขียนดำเนินการแก้ไขภายใน 2 สัปดาห์

6.3 บรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับสุดท้ายก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่

6.4 เพื่อป้องกันการปฏิบัติบทความต้นฉบับกรุณาตรวจสอบเนื้อหาบทความในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

6.4.1 ตรวจสอบการสะกดคำตามหลักไวยากรณ์ภาษาไทยอย่างเคร่งครัด

6.4.2 โปรดตรวจสอบชื่อ Technical term ชื่อเรียกสถิติที่นำมาวิเคราะห์ให้เป็นมาตรฐาน

6.4.3 ผลการวิจัยควรมีตารางประกอบการเขียนอธิบาย

7. การออกต้นฉบับ

วารสารสุขศึกษาจะออกปีละ 3 ฉบับ (เปิดรับต้นฉบับทั้งปี แต่บทความจะได้ลงฉบับใดขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ส่ง)

ฉบับที่ 1 ระหว่างเดือน มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 ระหว่างเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 ระหว่างเดือน กันยายน - ธันวาคม

8. การออกใบรับรองการตีพิมพ์

การออกใบรับรองการตีพิมพ์บทความต้นฉบับใบตอบรับการตีพิมพ์บทความวิชาการลงวารสารสุศึกษา จะได้รับก็ต่อเมื่อผ่านการพิจารณาจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว โดยกองบรรณาธิการจะออกใบตอบรับให้หลังจากปิดเล่มวารสารฉบับนั้นๆ ประมาณ 2 สัปดาห์

9. รายละเอียดเกี่ยวกับค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียมการส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุศึกษา ดังนี้

9.1 กรณีประสงค์ตีพิมพ์เผยแพร่โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ จำนวน 2 ท่าน มีอัตราค่าธรรมเนียม ดังนี้

9.1.1 บุคคลภายนอก 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

9.1.2 บุคคลภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 2,000 บาท (สองพันบาทถ้วน)

9.2 กรณีประสงค์ตีพิมพ์เผยแพร่โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ จำนวน 3 ท่าน มีอัตราค่าธรรมเนียม ดังนี้

9.2.1 บุคคลภายนอก 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

9.2.2 บุคคลภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 2,500 บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

* หมายเหตุ

1. การชำระค่าธรรมเนียมการส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่นั้น “ไม่ได้ยืนยันว่าบทความของท่านจะได้รับการตีพิมพ์ลงในวารสารสุศึกษา” เนื่องจากบทความจะต้องได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 - 3 ท่าน และบรรณาธิการก่อน จึงจะดำเนินการแจ้งผลการพิจารณาว่าบทความของท่านผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2 - 3 ท่าน ให้ลงตีพิมพ์เผยแพร่ได้หรือไม่

2. ขอแจ้งให้ท่านรับทราบก่อนส่งบทความเพื่อเข้ารับตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุศึกษา กรณีที่บทความของท่าน “ถูกปฏิเสธการลงตีพิมพ์” จากผู้ทรงคุณวุฒิหรือบรรณาธิการ ทางกองบรรณาธิการจะไม่คืนค่าธรรมเนียมให้กับผู้พิมพ์ทุกกรณี เนื่องจากค่าธรรมเนียมดังกล่าวจะเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความของท่าน

การชำระค่าธรรมเนียม

ชำระค่าธรรมเนียมโดยการโอนเข้าบัญชีธนาคาร

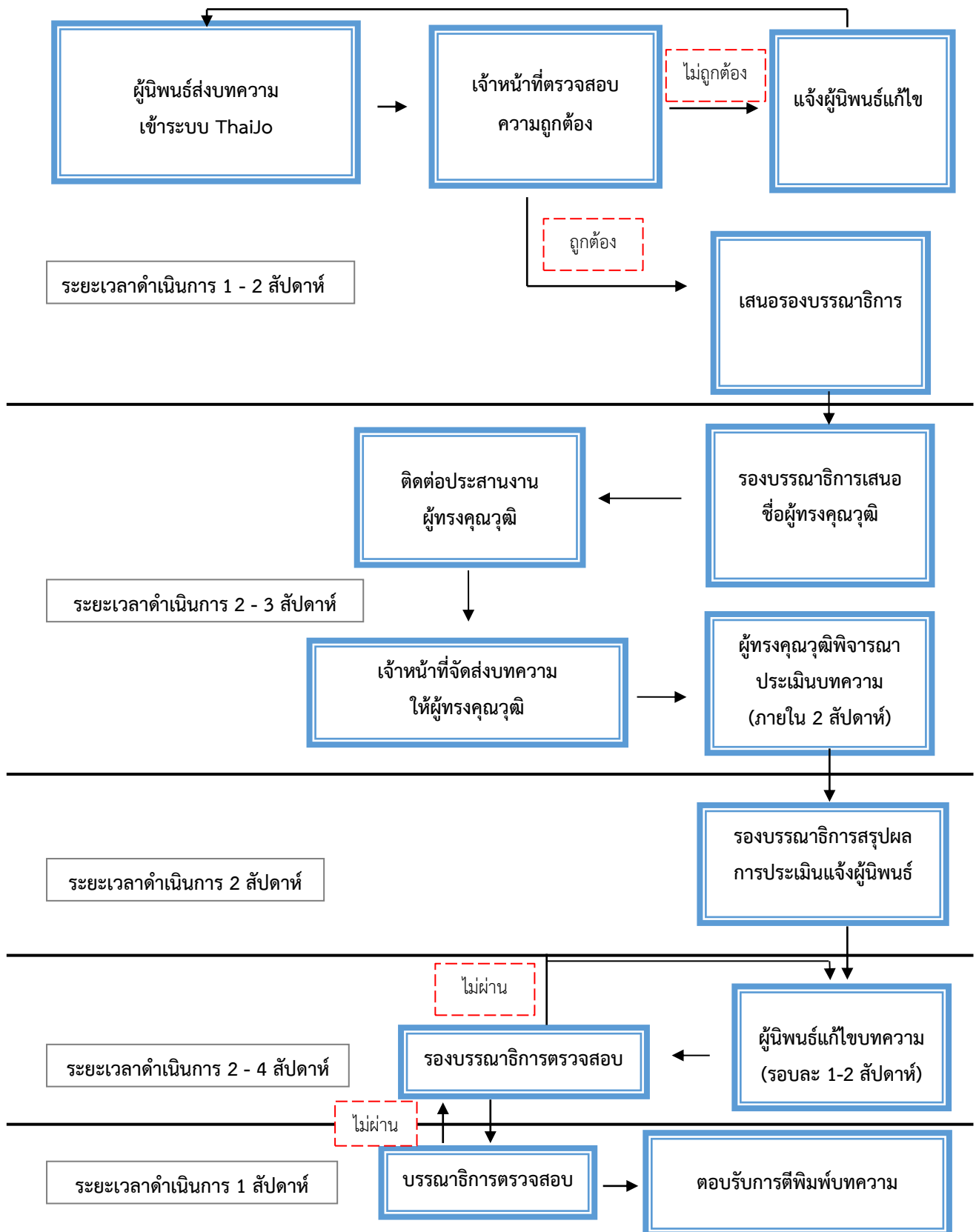
เลขที่บัญชี 419-1-78460-8

ชื่อบัญชี นางธนิดา ผาติเสนะ และ นางปัทมาภรณ์ อ่ำไผกุล

ธนาคาร กรุงศรีอยุธยา สาขา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ประเภทบัญชี ออมทรัพย์

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

ขั้นตอนการรับบทความเพื่อพิจารณาเผยแพร่ในวารสารสุขศึกษา



หมายเหตุ ในกรณีผู้พิมพ์ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนข้างต้น ขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธบทความตีพิมพ์ในวารสารสุขศึกษา

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขศึกษาได้ดำเนินการก้าวเข้าสู่ปีที่ 48 อย่างมั่นคงและต่อเนื่อง ซึ่งในปีนี้อวสารได้มีการปรับปรุงการตีพิมพ์เป็นปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2568 และในเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ที่ผ่านมามีการประกาศผลการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 5 พ.ศ. 2568 - 2572 จากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ผลการประเมินวารสารสุขศึกษาได้ผ่านการรับรองคุณภาพ และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 ทีมบรรณาธิการยังคงมุ่งมั่นในการพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพ และก้าวหน้าต่อไปอย่างต่อเนื่อง

ในฉบับนี้ วารสารได้คัดสรรบทความวิจัยที่มีคุณภาพหลากหลายหัวข้อ และประเด็นร่วมสมัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพประชาชน ซึ่งบทความเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมองค์ความรู้ใหม่ และเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบาย หรือกิจกรรมสุขศึกษาต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วารสารสุขศึกษาขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่านที่ได้ร่วมแบ่งปันความรู้ รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ประเมินบทความ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะอย่างเข้มข้น และขอขอบคุณทีมบรรณาธิการที่ร่วมกันขับเคลื่อนให้วารสารดำเนินต่อไปอย่างยั่งยืน

ท้ายนี้หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาในวารสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่าน นักวิชาการ นักวิจัย และผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ในการพัฒนางานและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป



รองศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา ชาติเสนะ
บรรณาธิการ

สารบัญ

ชื่อบทความ	หน้า
บทความวิจัย	
❖ ความรอบรู้ด้านฝุ่น PM2.5 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อุตสาหกรรม เทศบาลนครแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี <i>อัจฉรา นาคะลักษณ์, เอมอัชฌา วัฒนบูรานนท์, รจกิติ โชติกาวิรินทร์ และ เสาวนีย์ ทองนพคุณ</i>	1 - 16
❖ แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน จังหวัดสมุทรปราการ <i>กานต์วี รัตนโชติ และ เอมอัชฌา วัฒนบูรานนท์</i>	17 - 28
❖ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรมโดยผู้ดูแล อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ <i>กษิด์เดช ศิริเวชยันต์</i>	29 - 43
❖ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา <i>ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี, สีนศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, บุชรินทร์ พูนนอก, สุกัญญา วัชรประทีป, จีรภา ผ่องแผ้ว และ พัชรพรรณ หาญพิทักษ์ชัยกุล</i>	44 - 58
❖ การพัฒนาระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 <i>สมฤทัย ผดุงพล, ณัฐพล พลเทพ, พิชามณูษ์ คงเกษม, ดาวรุ่ง พิมพ์แสงศิลป์ และ ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์</i>	59 - 73
❖ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา <i>ยุภา เชิดโคกสูง</i>	74 - 87
❖ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน <i>รสสุคนธ์ พิไชยแพทย์, จงกลณี ด้อยเจริญ, สุริพร แสงสุวรรณ, สุระพงษ์ ฝ่ายเคนา และ นลปภัณณ์ชัย วงศ์</i>	88 - 101
❖ ผลการจัดการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล <i>วริศรา บันทองกลาง, สุชาภา คล้ายมณี, อภิฤดี พาผล และ เยี่ยม คงเรืองราช</i>	102 - 115
❖ ผลของรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ <i>กษิด์เดช ศิริเวชยันต์</i>	116 - 128

ความรอบรู้ด้านฝุ่น PM2.5 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อุตสาหกรรมเทศบาลนครแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี

อัจฉรา นาคะลักษณ์¹ เอมอัชมา วัฒนบุรณนท์² รจฤดี โชติกาวิรินทร์³ เสาวนีย์ ทองนพคุณ^{4*}

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²ศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁴รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

ปัจจุบันปัญหามลพิษจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน หรือฝุ่น PM2.5 ที่มีปริมาณเกินมาตรฐานยังคงก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและการเสียชีวิต ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ใกล้เขตนิคมอุตสาหกรรม การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านฝุ่น PM2.5 ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อุตสาหกรรมเทศบาลนครแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อุตสาหกรรม จาก 23 ชุมชน จำนวน 418 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านฝุ่น PM2.5 (ภาพรวม) ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 65.3) และพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 การเข้าใจข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 การตรวจสอบข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 การตัดสินใจเพื่อป้องกันฝุ่น PM2.5 และความรอบรู้ด้านฝุ่น PM2.5 (ภาพรวม) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยมุ่งเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี และไม่มีโรคประจำตัว เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน/ พฤติกรรมการสุขภาพ/ ผู้สูงอายุ/ พื้นที่อุตสาหกรรม

PM 2.5 Literacy and Factors Related to Preventive Behaviors Regarding Health Effects Caused by Particulate Matter with Diameter of Less than 2.5 Micrometers (PM 2.5) among Older Adults in Industrial Areas, Laem Chabang City Municipality, Chon Buri Province

Atchara Nakaruk¹ Aimutcha Wattanaburanon² Rotruedee Chotigawin³ Saowanee Thongnopakun^{4*}

¹Master of Public Health, Faculty of Public Health, Burapha University

²Prof., Faculty of Public Health, Burapha University

³Asst. Prof., Faculty of Public Health, Burapha University

^{4*}Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Burapha University

Abstract

The problem of air pollution from particulate matter (PM_{2.5}) exceed acceptable levels persists, resulting in health problems and mortality in Thailand and other countries, especially among older adults living near industrial areas. This cross-sectional survey research aims to examine PM_{2.5} health literacy and factors related to preventive behaviors regarding health effects caused by particulate matter with a diameter of less than 2.5 micrometers (PM_{2.5}) among older adults in industrial areas Laem Chabang city municipality, Chon Buri province. The sample comprises 418 older adults from 23 villages within the industrial areas. Data were collected from July to October 2023, utilizing a questionnaire. The data analysis encompassed descriptive and analytical statistics, incorporating chi-square tests.

The study found that the overall PM_{2.5} literacy among the majority of older adults was 65.3 percent, and the preventive behaviors regarding health effects caused by PM_{2.5} were at a level of 74.1 percent. Factors significantly related to preventive behaviors regarding health effects caused by PM_{2.5} at the 0.05 level included gender, age, chronic conditions, knowledge of health impacts from PM_{2.5}, understanding of PM_{2.5}, apprise of PM_{2.5}, decision-making for PM_{2.5} prevention, and overall PM_{2.5} literacy.

Therefore, relevant agencies should implement health promotion programs focusing on elderly women aged between 60 - 69 years, who have no chronic conditions, the PM_{2.5} literacy in order to promote increased preventive behaviors against health impacts from PM_{2.5}.

Keywords: Health literacy/ PM 2.5/ Health behavior/ Older adults / Industrial areas

*Corresponding author: Saowanee Thongnopakun, email: saowaneehe@go.buu.ac.th, Tel.: 08 6345 7918

Received: December 20, 2024/ Revised: March 11, 2025/ Accepted: March 12, 2025

บทนำ

ฝุ่น PM 2.5 หรือ ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน เป็นอนุภาคที่มีขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ซึ่งเกิดจากกิจกรรมมนุษย์และธรรมชาติ เช่น การเผาไหม้และพายุฝุ่น ซึ่งฝุ่น PM2.5 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ⁽¹⁻²⁾ โดยมีระดับฝุ่นเกินมาตรฐานในหลายประเทศ⁽²⁾

ในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยเริ่มประสบปัญหาฝุ่น PM2.5 โดยพบค่าฝุ่นเกินมาตรฐานในเขตเมืองและพื้นที่อุตสาหกรรม⁽³⁻⁴⁾ ปัจจุบันค่าฝุ่นเฉลี่ยรายปีในแต่ละจังหวัดอยู่ที่ 12.7 - 31.7 มกค./ลบ.ม. สูงกว่าค่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลกถึง 4 เท่า⁽⁵⁾ ค่ามาตรฐานของประเทศไทยไม่เกิน (37.5 มกค./ลบ.ม.)⁽¹⁾ จำแนกตามภูมิภาค พบว่า ภูมิภาคที่มีความเข้มข้นรายปีของ PM2.5 ค่าสูงสุด 3 อันดับแรกในปี 2565 คือ ภาคเหนือ (156 มกค./ลบ.ม.) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (142 มกค./ลบ.ม.) ภาคกลางและภาคตะวันตก (96 มกค./ลบ.ม.) ตามลำดับ ส่วนภาคตะวันออก (78 มกค./ลบ.ม.)⁽¹⁾

จังหวัดชลบุรีเป็นศูนย์กลางอุตสาหกรรมสำคัญในโครงการระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) ด้วยโครงสร้างพื้นฐานที่พร้อม เช่น ท่าเรือแหลมฉบัง และมอเตอร์เวย์ มีพื้นที่ขยายตัวอุตสาหกรรมได้ดี⁽⁶⁾ โดยมีโรงงานอุตสาหกรรม จำนวน 5,206 โรงงาน ซึ่งมากเป็นอันดับ 1 ของภาคตะวันออกและยังเป็นลำดับต้นๆ ของประเทศ⁽⁷⁾ ปัญหาฝุ่น PM2.5 ในจังหวัดชลบุรี เกิดจากการคมนาคมขนส่ง ยานพาหนะ และโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งมีอันตรายต่อสุขภาพมากกว่าการเผาไหม้จากธรรมชาติ⁽⁸⁾ การวัดค่าฝุ่น PM2.5 ในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมเทศบาลนครแหลมฉบัง พบค่าฝุ่นสูงสุด 66 มกค./ลบ.ม. ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (37.5 มกค./ลบ.ม.)⁽¹⁾ ที่ผ่านมาระทรวงทรัพยากรธรรมชาติได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดการปัญหามลภาวะทางอากาศเพื่อความยั่งยืนเพื่อให้ส่วนราชการนำมาตรการต่างๆ ในภาคการจราจรและอุตสาหกรรม โดยเพิ่มจุดตรวจวัดควันดำให้ครอบคลุมพื้นที่วิกฤต เข้มงวดวินัยจราจร และมีบทลงโทษโดยใช้อัตราที่สูงขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของประชาชนแต่ก็ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย⁽⁹⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ที่อยู่อาศัยใกล้หรืออยู่ในพื้นที่อุตสาหกรรมจะมีแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคมลพิษทางอากาศมากกว่าผู้ที่อยู่อาศัยนอกพื้นที่⁽¹⁰⁾ จากข้อมูลการเฝ้าระวังคุณภาพอากาศในช่วงปี 2564 - 2566 พบประชาชนไทยเจ็บป่วยจากโรคมลพิษทางอากาศกว่า 10 ล้านคน โดยในเขตสุขภาพที่ 6 พบผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ 1,050,763 คน ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มเจ็บป่วยมากขึ้น⁽¹¹⁾ ผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 ขึ้นอยู่กับขนาดและปริมาณฝุ่นที่สัมผัส โดยอาจทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกาย เช่น หายใจลำบาก ไอ และเวียนศีรษะ⁽¹²⁾ รวมถึงโรคเรื้อรังในระยะยาว⁽¹³⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางด้านสุขภาพ⁽¹⁴⁾ โดยหากบุคคลควรมีระดับความรู้สุขภาพที่ดีก็จะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “ความรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ”⁽¹⁵⁾ โดยความรู้สุขภาพคือความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ การประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้ด้านฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อุตสาหกรรม เทศบาลนครแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี โดยผลการศึกษาที่ได้จะสามารถนำไปวางแผนเพื่อส่งเสริมความรู้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ที่เหมาะสม

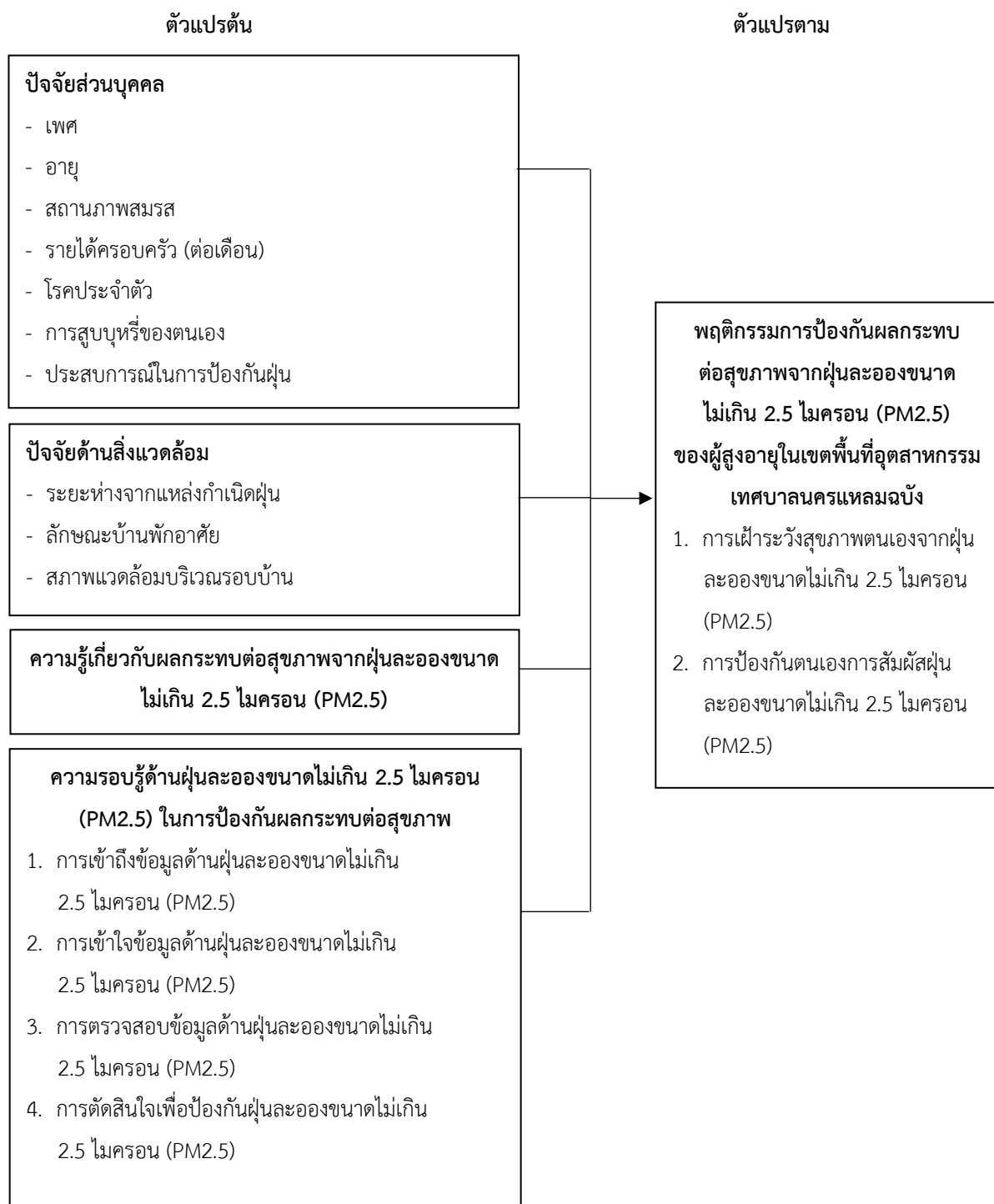
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อุตสาหกรรม เทศบาลนครแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อุตสาหกรรม เทศบาลนครแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อุตสาหกรรม เทศบาลนครแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567

1. ประชากร คือ ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อุตสาหกรรม เทศบาลนครแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี จำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 7,280 คน แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 3,216 คน เพศหญิงจำนวน 4,064 คน จาก 23 ชุมชน⁽¹⁸⁾

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อุตสาหกรรม เทศบาลนครแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี จำนวน 418 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปพักอาศัยในเขตพื้นที่อุตสาหกรรมเทศบาลนครแหลมฉบัง อย่างน้อย 1 ปี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง โดยกำหนดตัวอย่างแบบทราบบจำนวนประชากร โดยใช้การคำนวณด้วยสูตรของแดเนียล⁽¹⁹⁾ ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยกำหนดค่า P เท่ากับ 0.36⁽⁴⁾ ได้ทั้งหมด 338 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างให้เหมาะสม ผู้วิจัยได้กำหนดอัตราการไม่ตอบกลับ ร้อยละ 10 โดยวิธีการ Adjusted for Non-response⁽²⁰⁾ การสุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ดังนี้

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

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างที่กำหนด 338 คน

N_{adj} = ขนาดตัวอย่างปรับเพื่อผู้ตอบแบบสอบถามไม่ครบ

R = อัตราการตอบไม่ตอบกลับกำหนดไว้ร้อยละ 10

n = 417.28

ขนาดของตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 418 คน จากนั้นผู้วิจัยคำนวณตามสัดส่วนของผู้สูงอายุแต่ละเขตพื้นที่ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ (Multistate sampling) ดังนี้ 1) ผู้วิจัยแบ่งพื้นที่ตามเขตของเทศบาลนครแหลมฉบังออกเป็นทั้งหมด 4 เขต 2) ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยคำนวณตามสัดส่วนของผู้สูงอายุแต่ละเขตพื้นที่ 3) ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้ ชุมชนเขตที่ 1 จำนวน 158 คน จำแนกเป็น เพศชาย 70 คน เพศหญิง 88 คน ชุมชนเขตที่ 2 จำนวน 96 คน จำแนกเป็น เพศชาย 43 คน เพศหญิง 53 คน ชุมชนเขตที่ 3 จำนวน 81 คน จำแนกเป็น เพศชาย 37 คน เพศหญิง 44 คน และชุมชนเขตที่ 4 จำนวน 83 คน จำแนกเป็น เพศชาย 36 คน เพศหญิง 47 คน

3. เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและจากการประยุกต์จากบุคคลอื่น ผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า Index of Item Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.91 เมื่อนำไปนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าความยากง่ายที่รับได้เท่ากับ 0.2 - 0.8 ค่า KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน เท่ากับ 0.84 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามลักษณะเป็นทั้งแบบปลายปิดและปลายเปิด เช่น เพศ อายุ ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว โรคประจำตัว ประสบการณ์การป้องกันฝุ่น PM2.5

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 จำนวน 12 ข้อ โดยถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับขั้นคะแนนของบลูม⁽²¹⁾ และ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ระดับมาก ($\geq$ ร้อยละ 80) ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) ความรู้ระดับน้อย ($<$ ร้อยละ 60) ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.80

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านฝุ่น PM2.5 ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแบบสอบถามของ อังคินันท์ อินทรกำแหง⁽⁴⁾ ร่วมกับ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽²²⁾ จำนวน 28 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 จำนวน 7 ข้อ การเข้าใจข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 จำนวน 7 ข้อ การตรวจสอบข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 จำนวน 7 ข้อ และการตัดสินใจเพื่อป้องกันฝุ่น PM2.5 จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์⁽²³⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความรอบรู้ด้านฝุ่น PM2.5 ระดับดี (104 - 140 คะแนน) ความรอบรู้ด้านฝุ่น PM2.5 ระดับปานกลาง (66 - 103 คะแนน) ความรอบรู้ด้านฝุ่น PM2.5 ระดับต่ำ (28 - 65 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์⁽²⁴⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 เหมาะสมมาก (45 - 60 คะแนน) พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 เหมาะสมปานกลาง (29 - 44 คะแนน) พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ไม่เหมาะสม (12 - 28 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.75

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการวิจัย G-HS060/2567 วันที่ 19 เดือนมิถุนายน 2567 มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

5. การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติวิเคราะห์ Chi - Square

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 55.5 เพศชาย ร้อยละ 44.5 มีอายุเฉลี่ย 68.10 ปี อาศัยในชุมชนมากกว่า 61 ปี ร้อยละ 58.1 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 - 6 คน ร้อยละ 49.8 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอิสระ ร้อยละ 88.3 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 12,367.46 บาท ร้อยละ 59.1 ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 88.3 ตรวจสอบสุขภาพประจำปี ร้อยละ 81.2 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.1 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.8 และสมาชิกในครอบครัว 1 - 2 คน สูบบุหรี่ ร้อยละ 17.9 ข้อมูลในเรื่องของประสบการณ์ในการป้องกันฝุ่นส่วนใหญ่การมีอุปกรณ์หรือวิธีการป้องกันฝุ่น PM2.5 ร้อยละ 84.2 เป็นหน้ากากอนามัยป้องกันฝุ่น ร้อยละ 46.9 รองลงมาคือทำความสะอาดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ร้อยละ 38.5 ส่วนใหญ่ตนเองเป็นผู้จัดหาหรือจัดเตรียมอุปกรณ์หรือวิธีป้องกันฝุ่น PM2.5 ร้อยละ 90.9 สวมหน้ากากป้องกันฝุ่น PM2.5 ทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน ร้อยละ 88.0 ไม่มีแอปพลิเคชัน ร้อยละ 78.5 และเคยเข้าร่วมรณรงค์สนับสนุนป้องกันอันตรายจากฝุ่น PM2.5 ร้อยละ 65.6 ข้อมูลด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ยระยะห่างจากแหล่งกำเนิดฝุ่นของผู้สูงอายุอยู่ที่ 7,362.44 เมตร โดยมีการปิดประตูหน้าต่างและหมั่นทำความสะอาดบ้านให้ปลอดฝุ่น PM2.5 ร้อยละ 91.6 บริเวณบ้านไม่มีต้นไม้หรือพันธุ์ไม้ที่สามารถดักจับฝุ่น PM2.5 ได้ เช่น พลูต่าง หมากเหลือง ร้อยละ 56.2 (ดังแสดงตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (n = 418)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	186	44.5
หญิง	232	55.5
อายุ (ปี)		
60 – 69 ปี	249	59.6
70 – 79 ปี	169	40.4
$\bar{X}$ = 68.10, Min = 60.00, Max = 79.00, S.D. = 5.38		
สถานภาพสมรส		
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	165	39.5
สมรส	253	60.5
รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	108	25.8
5,001-10,000 บาท	140	33.5
10,001 – 15,000 บาท	55	13.2
มากกว่า 15,000 บาท	115	27.5
$\bar{X}$ = 12,367.46, Min = 1,000.00, Max = 50,000.00, S.D. = 9,033.37		
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรค	121	28.9
มีโรค	297	71.1
การสูบบุหรี่ของตนเอง		
สูบ	30	7.2
ไม่สูบ	388	92.8
การมีอุปกรณ์หรือวิธีการป้องกันฝุ่น (PM2.5)		
ไม่มี	66	15.8
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	352	84.2
- หน้ากากป้องกันฝุ่น	351	46.9
- เครื่องฟอกอากาศ	79	10.6
- ทำความสะอาดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย	288	38.5
- จัดเตรียมยาเมื่อได้รับผลกระทบจากฝุ่น (PM2.5)	30	4.0
การสวมหน้ากากป้องกันฝุ่น (PM2.5) ทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน		
ใช่	368	88.0
ไม่ใช่	50	12.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
การแอปพลิเคชันติดตามสถานการณ์ฝุ่น (PM2.5)		
มี	90	21.5
ไม่มี	328	78.5
การเข้าร่วมรณรงค์และสนับสนุนป้องกันอันตรายจากฝุ่น (PM2.5)		
ใช่	274	65.6
ไม่ใช่	144	34.4
ปัจจัยสิ่งแวดล้อม		
ระยะห่างจากแหล่งกำเนิดฝุ่น		
0– 5,000 เมตร	116	27.8
5,001 – 10,000 เมตร	253	60.5
มากกว่า 10,000 เมตรขึ้นไป	49	11.7
$\bar{X}$ = 7,362.44, Min = 1,000.00, Max = 18,700.00, S.D. = 4,212.05		
ลักษณะบ้านพักอาศัย		
- การปิดประตูหน้าต่างและหมั่นทำความสะอาดบ้านให้ปลอดฝุ่น (PM2.5)		
ปฏิบัติ	383	91.6
ไม่ปฏิบัติ	35	8.4
สภาพแวดล้อมบริเวณรอบบ้าน		
- ในบริเวณบ้านมีต้นไม้ / พืชไม้ที่สามารถดักจับฝุ่น (PM2.5)		
มี	183	43.8
ไม่มี	235	56.2

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ความรอบรู้ด้านฝุ่น PM2.5 และพฤติกรรม การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลในแบบสอบถาม โดยสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ มีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 โดยข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ฝุ่น PM2.5 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพเศรษฐกิจ และ สุขภาพทางสังคม ของผู้สูงอายุ ร้อยละ 99.0 รองลงมาคือ ฝุ่น PM2.5 สามารถเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจและส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยเฉพาะ โรคระบบทางเดินหายใจและโรคเรื้อรังต่างๆ ร้อยละ 98.8 และ การสวมหน้ากากป้องกันฝุ่นชนิด เอ็น 95 (N 95) สามารถช่วยลดปริมาณฝุ่น PM2.5 เข้าสู่ร่างกายได้ 98.6 และกลุ่มตัวอย่างที่ตอบผิดมากที่สุด การคมนาคมขนส่งไม่ก่อให้เกิดฝุ่น PM 2.5 ร้อยละ 68.9 รองลงมา เผาขยะในช่วงอากาศปิด (ลมสงบ) จะช่วยลดปริมาณการเกิดฝุ่น PM2.5 ได้ ร้อยละ 65.6 และ ฝุ่น PM2.5 สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าได้ ร้อยละ 60.0

ระดับความรอบรู้ด้านฝุ่น PM2.5 (ภาพรวม) ของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับพอใช้ ร้อยละ 65.3 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 25.8 และระดับปรับปรุง ร้อยละ 8.9 ระดับความรอบรู้ด้านฝุ่น PM2.5 ของผู้สูงอายุ รายด้าน พบว่า ด้านทักษะ การเข้าถึงข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 ระดับพอใช้ ร้อยละ 64.1 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 27.0 และ ระดับปรับปรุง ร้อยละ 8.9 ด้านทักษะการเข้าใจข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 ระดับดี ร้อยละ 65.6 รองลงมา ระดับพอใช้ ร้อยละ 34.0 และระดับปรับปรุง

ร้อยละ 0.5 ด้านทักษะการตรวจสอบข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 ระดับดี ร้อยละ 66.7 รองลงมา ระดับพอใช้ ร้อยละ 33.0 และ ระดับปรับปรุง ร้อยละ 0.3 ด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพระดับดี ร้อยละ 85.4 และ ระดับพอใช้ ร้อยละ 14.6 ระดับพฤติกรรมปกป้องผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 พบว่า ระดับปานกลาง ร้อยละ 74.1 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 17.0 และ ระดับน้อย ร้อยละ 8.9 (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ จำแนกความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ความรอบรู้ด้านฝุ่น PM2.5 และ พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ของผู้สูงอายุ (n = 418)

ตัวแปร	น้อย		ปานกลาง		มาก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพ จากฝุ่น PM 2.5	1	0.2	64	15.3	353	84.5
	ปรับปรุง		พอใช้		ดี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ความรอบรู้ด้านฝุ่น PM2.5 (ภาพรวม)	37	8.9	273	65.3	108	25.8
- การเข้าถึงข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5	37	8.9	268	64.1	113	27.0
- การเข้าใจข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5	2	0.5	142	34.0	274	65.5
- การตรวจสอบข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5	1	0.3	138	33.0	279	66.7
- การตัดสินใจเพื่อป้องกันฝุ่น PM2.5	-	-	61	14.6	357	85.4
	เหมาะสมน้อย		เหมาะสมปานกลาง		เหมาะสมมาก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ จากฝุ่น PM2.5	37	8.9	310	74.1	71	17.0

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ของผู้สูงอายุ

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5

1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 พบว่า เพศ (p-value = 0.029) อายุ (p-value = 0.028) โรคประจำตัว (p-value = 0.002) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 กับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับผลกระทบ

ต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 (p -value < 0.01) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านฝุ่น PM2.5 กับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ด้านฝุ่น PM2.5 ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพพบว่า ทักษะการเข้าใจข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 (p -value = 0.006) ทักษะการตรวจสอบข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 (p -value < 0.01) ทักษะด้านการตัดสินใจข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 (p -value = 0.001) และ ทักษะความรู้ด้านฝุ่น PM2.5 (ภาพรวม) (p -value < 0.01) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับกับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ของผู้สูงอายุ ($n = 418$)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 จำนวน (ร้อยละ)		χ^2	p -value
	เหมาะสมน้อย - ปานกลาง	เหมาะสมมาก		
เพศ			4.780	0.029
ชาย	92 (49.5)	94 (50.5)		
หญิง	90 (38.8)	142 (61.2)		
อายุ			4.864	0.028
60 – 69 ปี	215 (86.3)	34 (13.7)		
70 – 79 ปี	132 (78.1)	37 (21.9)		
โรคประจำตัว			9.275	0.002
ไม่มีโรค	58 (71.6)	23 (28.4)		
มีโรค	289 (85.8)	48 (14.2)		
ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5			13.041	< 0.01
ระดับน้อย-ปานกลาง	24 (48.7)	41 (51.3)		
ระดับมาก	150 (28.7)	203 (71.3)		
ความรู้ด้านฝุ่น PM2.5 (ภาพรวม)			16.406	< 0.01
ระดับปรับปรุง - พอใช้	96 (55.2)	78 (44.8)		
ระดับดี	86 (35.2)	157 (64.8)		
การเข้าถึงข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5			1.335	0.248
ระดับปรับปรุง-พอใช้	138 (45.2)	167 (54.8)		
ระดับดี	44 (38.9)	69 (61.1)		
การเข้าใจข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5			7.625	0.006
ระดับปรับปรุง-พอใช้	76 (52.8)	68 (47.2)		
ระดับดี	106 (38.7)	168 (61.3)		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมกำบังกันผลกระทบตอ สุขภาพจากฝุ่น PM2.5 จำนวน (ร้อยละ)		X ²	p-value
	เหมาะสมน้อย - ปานกลาง	เหมาะสมมาก		
การตรวจสอบข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5			22.154	<0.01
ระดับปรับปรุง-พอใช้	83 (59.7)	56 (40.3)		
ระดับดี	99 (35.5)	180 (64.5)		
การตัดสินใจเพื่อป้องกันฝุ่น PM2.5			12.084	<0.001
ระดับปรับปรุง-พอใช้	39 (63.9)	22 (36.1)		
ระดับดี	143 (40.1)	214 (59.9)		

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ระดับมาก ร้อยละ 84.5 โดยข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ฝุ่น PM2.5 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพเศรษฐกิจ และ สุขภาพทางสังคม ของผู้สูงอายุ ร้อยละ 99.0 รองลงมาคือ ฝุ่น PM2.5 สามารถเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจและส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยเฉพาะ โรคระบบทางเดินหายใจและโรคเรื้อรังต่างๆ ร้อยละ 98.8 และกลุ่มตัวอย่างที่ตอบผิดมากที่สุด การคมนาคมขนส่งไม่ก่อให้เกิด ฝุ่น PM2.5 ร้อยละ 68.9 รองลงมาการเผาขยะในช่วงอากาศปิด (ลมสงบ) จะช่วยลดปริมาณการเกิดฝุ่น PM2.5 ได้ ร้อยละ 65.0 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่อุตสาหกรรมที่มีความเสี่ยงจากฝุ่น PM2.5 ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ สถานประกอบการในพื้นที่ก็มีโครงการที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม (Corporate Social Responsibility, CSR) ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลและความรู้ ที่ถูกต้องได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิษณินพิพัทธ์ วิชัยโน⁽²⁴⁾ ที่ศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงและผลกระทบจาก ฝุ่นควัน PM2.5 ของคนเมืองอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ผู้ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีการรับรู้ถึงความเสี่ยง จากฝุ่น PM2.5 ได้ดีกว่าคนทั่วไป ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูงต่อมลพิษฝุ่น PM2.5 ทำให้พวกเขามีความตระหนักในการป้องกันตนเองและเข้าใจผลกระทบจาก PM2.5 ได้อย่างครอบคลุมและครบถ้วน⁽²⁴⁾

2. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านฝุ่น PM2.5 (ภาพรวม) ของผู้สูงอายุส่วนมากอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 65.3 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจุบันมีการเพิ่มขึ้นของโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ในขณะที่ความรอบรู้ ด้านสุขภาพของประชาชนยังคงไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทางสุขภาพ ดังนั้นภาครัฐจึงได้กำหนดเป้าหมาย ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในกลุ่มต่างๆ เพื่อให้สามารถป้องกันปัจจัยเสี่ยงได้ ซึ่งหลายปัจจัยเสี่ยงนั้น สามารถหลีกเลี่ยงได้หากมีการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม⁽²⁵⁾

นอกจากนี้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ยังได้มุ่งเน้นการสื่อสารประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการป้องกัน การสัมผัสฝุ่น PM2.5 ตามช่องทางต่างๆ เพื่อให้ประชาชนเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพและสามารถนำไปปรับพฤติกรรม การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ของตนเองได้⁽²⁶⁾

3. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกำบังกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 74.1 และรองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 17.0 โดยด้านพฤติกรรมกำบังกันสุขภาพตนเองและชุมชน จากฝุ่น PM2.5 พบว่า ผู้สูงอายุ มีความถี่ในระดับปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันสุขภาพตนเอง โดยการ เตรียมหน้ากากป้องกันฝุ่นให้พร้อมใช้งานเสมอ ร้อยละ 90.0 ความถี่ในระดับปฏิบัติปฏิบัติน้อยที่สุด ได้แก่ การสังเกต ความผิดปกติของร่างกายตนเอง เช่น มีไอเรื้อรัง แสบจมูก หายใจลำบาก หากมีสาเหตุมาจากฝุ่น PM2.5 ท่านจะไปซื้อยา

มารับประทานเอง ร้อยละ 63.9 และด้านของพฤติกรรมกำบังการสัมผัสฝุ่น PM2.5 พบว่าผู้สูงอายุ มีความถี่ในระดับปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ 8 - 10 แก้วต่อวัน เพื่อป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ร้อยละ 87.8 ความถี่ในระดับปฏิบัติปฏิบัติน้อยที่สุด ได้แก่ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องออกนอกบ้านแม้ว่าจะมีสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 เกินมาตรฐาน ร้อยละ 69.9 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การรณรงค์ประชาสัมพันธ์จากภาครัฐเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนเริ่มตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง⁽²⁷⁻²⁸⁾ นอกจากนี้ การได้รับผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 อย่างเฉียบพลัน เช่น การไอ จาม หรือการระคายเคืองผิวหนังและตา ทำให้ประชาชนมีความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันตนเอง ส่งผลให้พวกเขาดำเนินการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันฝุ่น PM2.5 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁹⁾ อีกทั้งผู้สูงอายุนับได้ว่าเป็นผู้ที่เปราะบางต่อโรคภัยไข้เจ็บที่เกี่ยวเนื่องทางจิตใจและเป็นที่เคารพนับถือของบุตรหลานในครอบครัว เสาหลักของครอบครัว ผู้สูงอายุจึงต้องมีพฤติกรรมกำบังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ที่เป็นแบบอย่างให้กับครอบครัวเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตาม

4. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเพศ อายุ โรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ทักษะการเข้าใจข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 ทักษะการตรวจสอบข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 ทักษะด้านการตัดสินใจข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 และ ทักษะความรู้ด้านฝุ่น PM2.5 (ภาพรวม) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

4.1 ด้านเพศ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM 2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย⁽²⁹⁾ การที่ผู้สูงอายุเพศหญิงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเข้าใจในกระบวนการจัดการปัญหาสุขภาพที่ดีกว่าและสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากกว่า นอกจากนี้อุปนิสัยการป้องกันโรคระหว่างผู้ชายและผู้หญิงก็มีความแตกต่างกัน⁽³⁰⁾ ถึงแม้ว่าเพศชายจะมีความแข็งแรงมากกว่าเพศหญิง แต่พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการมีสุขภาพได้ต่ำกว่าเพศหญิง เนื่องจากยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น⁽³¹⁾ และจากการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยกำหนดภาวะทุพพลภาพระหว่างผู้สูงอายุเพศหญิงและชายในประเทศไทยก็พบว่าผู้สูงอายุเพศชายเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง⁽³²⁾ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมกำบังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ได้ดีกว่าเพศหญิง⁽³³⁾

4.2 ด้านอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 - 79 ปี มีพฤติกรรมกำบังได้ดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 69 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า อายุมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละบุคคล⁽³⁴⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุช่วงกลางมีการใช้ชีวิตในด้านต่างๆ และมีประสบการณ์เดิมในอดีตที่ผ่านมาอย่างยาวนาน รวมทั้งพฤติกรรมป้องกันดูแลสุขภาพที่ดีหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง⁽³⁵⁾ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอายุมากบางรายอาจเป็นผู้ที่เผชิญกับปัญหาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจจึงอาจทำให้มีความเข้าใจในผลกระทบของฝุ่น PM2.5 ที่มีต่อสุขภาพได้ดี⁽³⁶⁾ ดังนั้นการมีต้นทุนทางด้านอายุจึงน่าจะเป็นประสบการณ์ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถมีพฤติกรรมกำบังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4.3 ด้านโรคประจำตัว พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีพฤติกรรมที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมักมีสภาวะสุขภาพโดยรวมดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจึงทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพที่เหมาะสม⁽³⁷⁾ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวอาจต้องดูแลสุขภาพที่เกิดจากความเจ็บป่วยจึงทำให้พฤติกรรมกำบังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ลดลง⁽³⁸⁾

4.4 ด้านความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ระดับมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 เหมาะสมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการป้องกันการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ระดับปานกลาง และระดับน้อย ทั้งนี้บุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ เมื่อมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องจนเกิดความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ⁽³⁹⁾ โดยความรู้ที่มากขึ้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ที่มีประสิทธิภาพและทันเหตุการณ์เพิ่มมากขึ้น เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การหลีกเลี่ยงพื้นที่ที่มีค่าฝุ่นสูง และผู้สูงอายุใช้เทคโนโลยี ติดตามข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย⁽⁴⁰⁾ ความรู้เกี่ยวกับฝุ่น PM2.5 สามารถช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็งปอดและโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีผลกระทบร้ายแรงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ⁽⁴¹⁾ ความสัมพันธ์ระหว่างการปิดรับข่าวสาร และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันฝุ่น PM2.5 ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร⁽⁴²⁾

4.5 ด้านความรู้ด้านฝุ่น PM2.5 (ภาพรวม) พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพของตนเอง^(37,17) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การที่แต่ละบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลและเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดียังช่วยลดปัญหาสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันสุขภาพ และสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง⁽⁴²⁾ และถ้าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพสูง จะเป็นผู้ที่สุขภาพะที่ดี ได้แก่ สุขภาพทางกาย ทางจิต ทางสังคม ทางปัญญา⁽⁴³⁾

4.5.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านทักษะการเข้าใจข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับ จากประสบการณ์ใช้ชีวิตที่ผ่านมาในอดีตที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และเลือกที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง จึงทำให้ตนเองเกิดภาวะสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้⁽⁴⁴⁾ เมื่อผู้สูงอายุได้รับข้อมูลที่ตรงกับความต้องการและนำเสนอในรูปแบบที่เข้าใจง่าย จะทำให้พวกเขาสามารถเข้าใจและเชื่อถือข้อมูลได้มากขึ้น^(45,46) ดังนั้น เมื่อข้อมูลเกี่ยวกับฝุ่น PM2.5 ถูกอธิบายในรูปแบบที่เข้าใจง่าย จะทำให้ผู้สูงอายุรับข้อมูล เข้าใจเรื่องมลพิษจากฝุ่น PM2.5 ได้ดีขึ้น นำไปสู่การปรับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ที่เหมาะสม

4.5.2 ด้านทักษะการตรวจสอบข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การตรวจสอบข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 มีผลโดยตรงต่อการตัดสินใจในการป้องกันสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5⁽⁴⁾ ซึ่งจากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุจะตรวจสอบข้อมูลด้านฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 จากผู้รู้สูงสุด ร้อยละ 64.2 รองลงมาคือจะวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายแหล่งก่อนเชื่อหรือปฏิบัติตาม ร้อยละ 47.4

4.5.3 ทักษะด้านการตัดสินใจข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ทักษะในการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างมากต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพ รวมถึงพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่น PM2.5 ของตนเองและชุมชน⁽⁴⁾ โดยการตรวจสอบข้อมูลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสามารถส่งเสริมให้ผู้คนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การใช้บริการด้านสุขภาพที่มากขึ้น และช่วยลดความไม่แน่นอนในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

1.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี โดยในการจัดโปรแกรมควรเน้นการให้ความรู้และความรอบรู้ด้านฝุ่น PM2.5 เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5

1.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ของผู้สูงอายุ เช่น การรักษาสุขภาพร่างกายตนเองให้แข็งแรงปราศจากโรคประจำตัว การแนะนำการทำความสะอาดบ้านอย่างถูกวิธีเพื่อลดฝุ่นละอองในที่พำนักอาศัย เพราะฝุ่น PM2.5 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพเศรษฐกิจ และสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุและเน้นการนำเสนอด้านการคมนาคมเป็นสาเหตุของการเกิดฝุ่น PM2.5 ใส่ใจเฝ้าระวังอันตรายต่อสุขภาพตนเองโดยเตรียมหน้ากากป้องกันฝุ่นให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ และ ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ 8 - 10 แก้วต่อวัน

1.3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสร้างนโยบายการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ความรอบรู้ด้านฝุ่น PM2.5 และพฤติกรรมป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ของผู้สูงอายุในเขตนิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง โดยควรพิจารณานโยบายให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงจากฝุ่น PM2.5

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ของผู้สูงอายุ โดยเน้นกิจกรรมการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 การเข้าใจข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 การตรวจสอบข้อมูลด้านฝุ่น PM2.5 และการตัดสินใจเพื่อป้องกันฝุ่น PM2.5

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมมลพิษ. คุณภาพอากาศในพื้นที่แต่ละภูมิภาครายปี; 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.pcd.go.th/publication/29343/>
- World Air Quality Report. Interactive global map of 2022 PM2.5 concentrations by city; 2022. [Internet]. [cited 2024 Dec 11]. Available from: <https://www.iqair.com/us/world-air-quality-report>
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. การจัดทำสถานการณ์ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
- ไอแดน ฟาร์โรว์ แอนเดียมส์ แอนเฮาส์ และอัลลิสยา เหมื่อนอบ. ภาวะชีวิตจากมลพิษทางอากาศของประเทศไทย ปี 2564; 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.greenpeace.org/thailand/publication/23793/climate-airpollution-cost-estimate-report/>
- สำนักงานศุลกากรมาตาทพุด. โครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก: กรณีสหวัตรระยอง; 2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://maptaphut.customs.go.th/content_special.php?link=search_form.php&top_menu=menu_searching_result

7. กรมโรงงานอุตสาหกรรม. สถิติรายงาน จำนวนโรงงานภาคตะวันออก. ระยอง: กรมโรงงานอุตสาหกรรม; 2565.
8. สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 13 ชลบุรี. สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 13 ชลบุรีเผยแพร่ PM2.5 ในจังหวัดชลบุรีเกิดจากการเผาไหม้เชื้อเพลิง มีความอันตรายสูง; 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://radiochonburi.prd.go.th/th/content/category/detail/id/57/iid/157934>
9. สถาบันการพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน (สพท.); 2566. มาตรการจัดการฝุ่น PM2.5. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hub.mnre.go.th/th/knowledge/detail/65584>
10. สุตา พะเนียนทอง, สุรทิน มาลีหวล, ชาตวิฑูมิ จำจด. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากปัญหาสิ่งแวดล้อม ในเขตควบคุมมลพิษ จังหวัดระยอง. Journal of Medicine and Health Sciences. 2565;19(2):1-9.
11. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มป่วยด้วยโรคมลพิษทางอากาศ; 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=9c647c1f31ac73f4396c2cf987e7448a
12. Ho Roger C, Zhang MW, Ho CS, Pan F, Lu Y, Sharma VK. Impact of 2013 south Asian haze crisis: study of physical and psychological symptoms and perceived dangerousness of pollution level. BMC Psychiatry. 2014;14(1):81.
13. สรวิชัย สิทธิยศ, ปฏิพัทธ์ วงศ์เรือง, ประจวบ แหยมหลัก. ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมป้องกัน PM2.5 ของเยาวชนพื้นที่สูงในช่วงเผาในที่โล่งในจังหวัดพะเยา ประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566;9(1):1-12.
14. สุตา หันกลาง. การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชนเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2562;1(1):1-17.
15. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. Journal of general internal medicine. 1995;10:537-541.
16. World Health Organization. Health Promotion Glossar. Geneva : WHO Publication; 1998.
17. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:1-13.
18. สำนักปลัดเทศบาลนครแหลมฉบัง. สรุปจำนวนผู้สูงอายุ เทศบาลนครแหลมฉบัง. ชลบุรี: กองทะเบียนราษฎร์ และบัตรประชาชน; 2565.
19. Daniel WW, Cross CL. (2018). Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences (Vol. 1). Wiley; 2018.
20. Grimes DA, Schulz KF. Bias and causal associations in observational research. The Lancet. 2002;359(9302):248-252.
21. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
22. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประชุมคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขประเด็นเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
23. Best JW, Kahn JV. Research in Education. Allyn and Bacon; 1998.
24. พิษณินพัทธ์ วิชัยโน. การรับรู้ความเสี่ยง และ ผลกระทบจากฝุ่นควัน PM2. 5 ของคนเมืองอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรปราการ. วารสาร สหศาสตร์. 2566;22(2):23-41.
25. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เรียนรู้เกี่ยวกับ ฝุ่น PM2.5. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.chula.ac.th/wp-content/uploads/2019/10/chula-pm25-booklet-1.pdf>
26. กรมควบคุมโรค. คู่มือเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
27. สำนักงานประชาสัมพันธ์. แผนประชาสัมพันธ์การป้องกันและแก้ไขปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 ในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักงานประชาสัมพันธ์; 2565.

28. กรมอนามัย. คู่มือฉบับประชาชน การเฝ้าระวัง PM2.5 อย่างไรให้ปลอดภัย. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
29. Kaewbanjak N, Suwanaphant K. (2565). Health literacy factors associated with health behavior among elderly with hypertension disease in Khoksi sub-district, Muang district, Khon Kaen province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*. 2565;3(3):1-15.
30. นพพร การถัก. การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพ และ สิ่งแวดล้อมศึกษา*. 2565;7(4):145-155.
31. เบญจมาศ สุรมิตรโมตรี. การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงาน สร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. กรุงเทพฯ: กระทรวงการต่างประเทศ; 2556.
32. แดน สุวรรณะรุจิ. ปัจจัยกำหนดภาวะทุพพลภาพระหว่างผู้สูงอายุเพศหญิงและชายในประเทศไทย วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
33. Nie J, Duan X, Wang B, Zhao X, Huang N. Survey of environmental exposure-related wearing masks behavior patterns in Chinese adults. *Journal of Environment and Health*. 2015;3(3):234-236.
34. กุลธิดา กุลประทีปปัญญา. ปัจจัยและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*. 2562;(1):298.
35. กรเกล้า รัตนชาญกร และคณะ. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี. *พยาบาลศาสตร์*. 2566;10(1):1-13.
36. Brunekreef B, Holgate ST. Air pollution and health. *Lancet*. 2022;360(9341), 1233-1242.
37. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion international*. 2000;15(3):259-267.
38. Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health*. 2020;5(5):e249-e250.
39. จตุพงษ์ พันธวิไล, นิรมัย มณีรัตน์, สุพัตรา ปวนไผ่, สุชาวีณี ศรีสวัสดิ์, วินัฐ ดวงแสนจันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 2565;16(3):1-14.
40. พนม คลีณา. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุและข้อเสนอเพื่อการเสริมสร้างภาวะพลวัตของผู้สูงอายุในไทย คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยแห่งชาติ; 2563.
41. อรจิรา วงศ์อาษา. ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสาร และ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันฝุ่น PM2. 5 ของ ประชาชนใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกาย . กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
42. กฤตภณ เทพอินทร์, เสน่ห์ ขุนแก้ว. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*. 2565;14(1):1-13.
43. กนกวรรณ อังกลสิทธิ์. การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัด เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยแม่โจ้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาบริหารศาสตร์. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยแม่โจ้; 2564.
44. กรเกล้า รัตนชาญกร และคณะ. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี. *พยาบาลศาสตร์*. 2566;10(1):1-13.
45. Dov T. Review: A cognitive-affective model of organizational communication for designing IT. *MIS Quarterly*. 2001;25(2):251-312.
46. Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ, Berkman ND, Donahue KE, Crotty K. Interventions for individuals with low health literacy: a systematic review. *Journal of Health Communication*. 2011;16(sup3):30-54.

แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย ของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน จังหวัดสมุทรปราการ

กานต์วี รัตน์โชติ^{1*} เอมอัชมา วัฒนบุรณนที²

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²ศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงานในจังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยนอกวัยทำงานที่เข้ารับบริการแพทย์แผนไทยด้วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ ในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 418 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) อายุระหว่าง 30 - 39 ปี (ร้อยละ 35.9) ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 39) แรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับบริการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ($r = .23, p < .05$) ด้านที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ ด้านทัศนคติในการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ($r = .87, p < .05$) และด้านความเชื่อมั่นในการรักษาด้านการแพทย์แผนไทย ($r = .732, p < .01$) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: บริการทางการแพทย์แผนไทย/ แรงจูงใจ/ อาการปวดกล้ามเนื้อ

*ผู้รับผิดชอบบทความ: กานต์วี รัตน์โชติ, อีเมล: chocolaz.meiwz@gmail.com, โทร.: 08 8229 6542

Received: 8 มกราคม 2568/ Revised: 4 กุมภาพันธ์ 2568/ Accepted: 11 มีนาคม 2568

Motivations Related to Thai Traditional Medical Services of Working Age Group with Muscle Pain Symptoms in Samut Prakan Province

Karnrawee Ratanachot^{1*} Aimutcha Wattanaburanon²

^{1*}Master of Public Health, Faculty of Public Health, Burapha University

²Prof., Faculty of Public Health, Burapha University

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the relationship between motivation and receiving Thai traditional medical services among working-age people with muscle pain symptoms in Samut Prakan province, the sample group was a group of working-age outpatients who received Thai traditional medicine services with muscle pain syndrome at government hospitals in Samut Prakan province. A total of 418 people collected data using questionnaires. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation and Pearson correlation coefficient.

The research results found that most of them were female (66.7%), aged between 30 - 39 years (35.9%), and had a bachelor's degree (39%). Intrinsic motivation of the working-age people was positively related to receiving Thai traditional medicine services concerning muscle pain ($r = .237$). The aspects of positive relationships included attitudes in using Thai traditional medical services ($r = .877$, $p < .05$), and confidence in medical treatment Thai traditional medicine ($r = .732$, $p < .01$), respectively, with statistical significance at the 0.05 level.

Keywords: Thai traditional medical services/ Motivations/ Muscle pain symptoms

*Corresponding author: Karnrawee Ratanachot, email: Karnrawee Ratanachot, Tel.: 08 8229 6542

Received: January 8, 2025/ Revised: February 4, 2025/ Accepted: March 11, 2025

บทนำ

รายงานจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม⁽¹⁾ พบว่า สถิติการป่วยกลุ่มโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal System) จากการทำงานในระบบ Health Data Center (HDC) ได้ประมวลผลร่วมกับสาเหตุร่วมเพื่อสะท้อนให้ทราบว่า กลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพในวัยทำงาน โดยอยู่ในกลุ่มอายุ 15 - 59 ปี ซึ่งพบอัตราป่วยที่สูงทุกปี ทั้งนี้ กลุ่มอาการของโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานที่พบบ่อยในวัยทำงานคือ อาการปวดหลังระดับล่าง (Low back pain: LBP) ซึ่งเป็นโรคปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังการอักเสบของเส้นเอ็นกล้ามเนื้อ (Tendinitis) และ กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด (Myofascial pain syndrome) ซึ่งเป็นโรคปวดกล้ามเนื้อที่เป็นอาการปวดเรื้อรัง โดยอาการปวดของโรคนี้จะเกิดขึ้นในบริเวณของศูนย์รวมความปวดของกล้ามเนื้อ หรือที่เรียกกันว่า จุดกดเจ็บ (Trigger points) การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของลูกจ้าง โดยผู้ที่ทำงานในสำนักงานมีแนวโน้มที่จะมีโอกาสเป็นโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อสูงขึ้น ด้วยพฤติกรรมส่วนใหญ่ของคนทำงานที่ต้องนั่งทำงานอยู่หน้าคอมพิวเตอร์อยู่เป็นเวลานานโดยไม่ได้ขยับตัว จนทำให้กล้ามเนื้อเกิดการตึง ก่อให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออักเสบได้ ซึ่งเกิดจากการทำงานในรูปแบบที่ใช้กล้ามเนื้อมัดเดิมซ้ำๆ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน⁽²⁾ เช่น การทำงานหน้าคอมพิวเตอร์โดยไม่มีการขยับ หรือปรับอิริยาบถ ซึ่งทำให้เกิดอาการต่างๆ ได้แก่ อาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังบริเวณ คอ บ่า ไหล่ สะบัก เอว เป็นต้น อาการชาบริเวณแขนหรือมือโดยแบ่งได้ทั้งหมด 3 ระดับอาการ ได้แก่ ระดับที่ 1 มีอาการปวดตึง เมื่อพักหรือยืดกล้ามเนื้อก็จะหาย ระดับที่ 2 อาการปวดตึงเวลาทำงาน เมื่อพักหรือยืดกล้ามเนื้อก็หาย แต่ถ้ากลับมาทำงานก็จะมีอาการปวดเช่นเดิม ระดับที่ 3 มีอาการปวดตลอดเวลาแม้ไม่ได้ใช้กล้ามเนื้อส่วนที่ปวดในการทำงาน⁽³⁾ อาการชาดังกล่าวมักเกิดจากเส้นประสาทถูกกดทับ มักมีอาการร่วมเช่นปวดแปลบหรือตื้อจากเส้นประสาท ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละกรณี

ในปี พ.ศ. 2562 มีแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ให้นำการแพทย์แผนไทยกลับมาใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างจริงจัง ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นคง คุณภาพ และประสิทธิภาพของระบบการแพทย์และสาธารณสุข ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งแรงสนับสนุนของภาครัฐและผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยที่ตอบโจทย์ประชาชนส่วนมาก รวมถึงการประชาสัมพันธ์ทั้งสื่อในและต่างประเทศอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้การแพทย์แผนไทยเริ่มกลับมาเป็นที่นิยมอีกครั้ง ต่อมาในปี พ.ศ. 2566 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้มีนโยบายในการมุ่งเน้นการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพปฐมภูมิในทุกพื้นที่ ส่งเสริมบริการการแพทย์แผนไทยให้เป็นบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน และเป็นที่ยอมรับมากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นทางเลือกด้านสุขภาพคู่ขนาน หรือร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเหมาะสม ทำให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืน และสามารถพึ่งตนเองได้ในระยะยาว โดยมีการเพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพของประชาชน อีกทั้งยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพและมาตรฐาน⁽⁴⁾

ปัจจุบันมีการดำเนินงานแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ ประกอบด้วย 1) การบริการในระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนให้มีการตรวจวินิจฉัยและสั่งการ รักษาเบื้องต้นด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย การจ่ายยาแผนไทย ให้บริการรักษาพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย 2) ระดับทุติยภูมิ ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./ รพท.) จัดบริการเวชกรรมไทย โดยแพทย์แผนไทยในโรคที่ไม่ซับซ้อน เปิดคลินิกแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบันที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ให้มีการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนไทยเป็นหลักหรือผสมผสานแก่ผู้ป่วยสามารถรับส่งต่อผู้ป่วยด้านการแพทย์แผนไทยภายในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอได้ และทำงานเชิงรุกในชุมชน และ 3) ระดับตติยภูมิ ประกอบด้วย รพช.ที่มีศักยภาพ รพศ./ รพท. โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีการเรียนการสอน จัดบริการเวชกรรมไทยโดยแพทย์แผนไทยในโรคที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เปิดคลินิกแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบันที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล มีการให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่ซับซ้อนด้วยการแพทย์แผนไทยเป็นหลัก

หรือผสมผสานแก่ผู้ป่วยในโดยมีเตียงผู้ป่วยในไม่น้อยกว่า 10 เตียง สามารถรับส่งต่อผู้ป่วยด้านการแพทย์แผนไทยภายในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัดและต่างจังหวัดได้และให้มีการทำงานเชิงรุกในชุมชน⁽⁵⁾

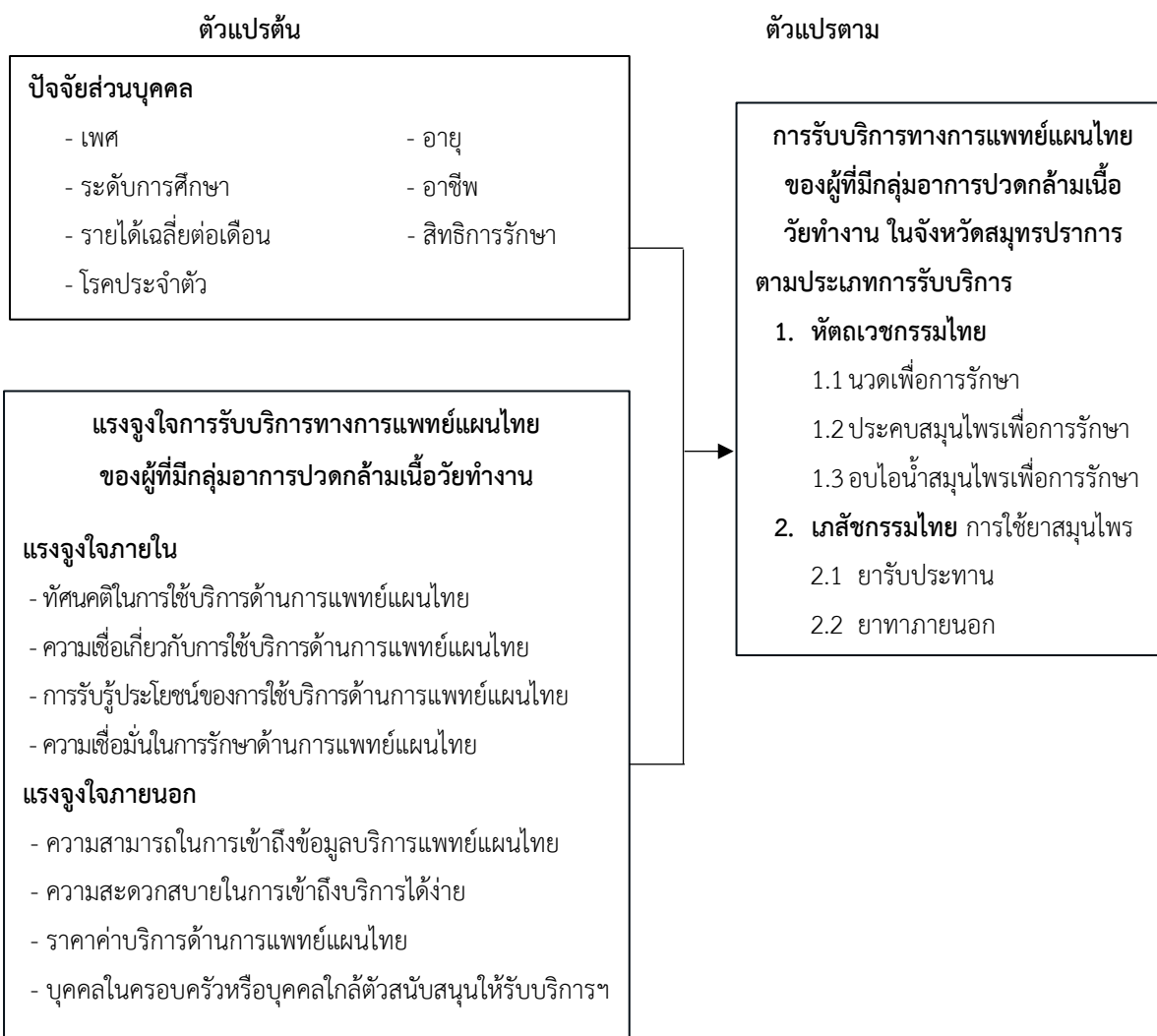
ในปัจจุบัน ประชาชนหันมาใช้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานอยู่ที่หน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน หรือการทำงานที่ต้องใช้กล้ามเนื้อบริเวณแขนหรือขาเป็นเวลานานๆ จังหวัดสมุทรปราการมีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ โดยมีรายงานจากระบบ Health Data Center (HDC) ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้เข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสมุทรปราการ ในกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อจำนวน 33,231 คน โดยเข้ารับบริการด้านหัตถเวชกรรมไทย ในส่วนของบริการ นวดเพื่อการรักษา นวดและประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา ประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา และอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา การสร้างแรงจูงใจนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดพฤติกรรม นักจิตวิทยากล่าวถึงการแบ่งแรงจูงใจ ออกเป็น 2 ประเภท⁽⁶⁾ คือ แรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) หมายถึงสถานะของบุคคลที่มีความต้องการที่จะเรียนรู้หรือแสวงหาบางสิ่งบางอย่างด้วยตนเอง โดยมีให้คนอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง แรงจูงใจประเภทนี้ได้แก่ ความต้องการ ทศนคติ ความสนใจพิเศษ และแรงจูงใจภายนอก หมายถึง สถานะของบุคคลที่ได้รับแรงกระตุ้น จากภายนอกให้มองเห็นจุดหมายปลายทางและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งแรงจูงใจเหล่านี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมในการเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย

เพื่อให้การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการรักษา จึงควรศึกษาหาสาเหตุ แรงจูงใจทั้งภายในและแรงจูงใจภายนอกของกลุ่มทำงานที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการวิจัย “แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ” โดยผู้วิจัยหวังว่าผลของการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและกำหนดนโยบายในการส่งเสริมการให้บริการด้านแพทย์แผนไทย เพิ่มศักยภาพในการรักษา การให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อทั้งนี้ เพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อที่สอดคล้องกับปัญหาของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อในวัยทำงาน และเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการเจ็บปวดในระยะยาวจนกลายเป็นโรคเรื้อรังได้ อันจะส่งผลให้กลุ่มคนวัยทำงานสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และทำประโยชน์ให้แก่สังคมและประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแรงจูงใจในการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการแพทย์แผนไทยด้วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดสมุทรปราการ โดยใช้สูตรการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรของ Krejcie and Morgan⁽⁷⁾ โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง 380 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 418 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างวิธีการเลือกแบบอาศัยหลักความน่าจะเป็น (Probability sampling) เฉพาะโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการ 6 แห่ง คำนวณสัดส่วนด้วยการเทียบบัญชีไตรยางศ์ โดยใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center ตามสัดส่วนผู้ป่วยจากผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการแพทย์แผนไทยด้วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ โรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดสมุทรปราการ ปีงบประมาณ 2566 ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 418 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา และโรคประจำตัว มีลักษณะเป็นการเลือกตอบ (Check – list)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจที่เข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ โดยแบ่งเป็นแรงจูงใจภายนอกและแรงจูงใจภายใน จำนวน 27 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ซึ่งมีการวัดระดับแรงจูงใจ

การแปลผลสามารถจัดได้ดังนี้

กำหนดระดับแรงจูงใจการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ นำคะแนนมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยทางเลขคณิตและนำมาแบ่งเป็นอันตรภาคชั้น 4 อันตรภาคชั้น (Likert)⁽⁸⁾ ได้แก่ ระดับความคิดเห็นมากที่สุด (4 คะแนน) ระดับความคิดเห็นมาก (3 คะแนน) ระดับความคิดเห็นน้อย (2 คะแนน) และระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยแปลผลตามเกณฑ์ของคะแนนเฉลี่ย ดังนี้คือ

คะแนนเฉลี่ย 3.26 – 4.00 หมายถึง ระดับแรงจูงใจมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.25 หมายถึง ระดับแรงจูงใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.76 – 2.50 หมายถึง ระดับแรงจูงใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.75 หมายถึง ระดับแรงจูงใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับบริการแพทย์แผนไทย ของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 5 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ระดับการปฏิบัติประจำ (4 คะแนน) ระดับการปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ระดับการปฏิบัตินานๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) โดยแปลผลดังนี้คือ

คะแนนเฉลี่ย 3.26 – 4.00 หมายถึง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้ารับบริการระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.25 หมายถึง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้ารับบริการระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.76 – 2.50 หมายถึง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้ารับบริการระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.75 หมายถึง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้ารับบริการระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับหนึ่งทุกข้อคำถาม และนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนประชากรเป้าหมาย จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ในส่วนที่ 2 เท่ากับ .924 และส่วนที่ 3 เท่ากับ .878

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เป็นเวลา 4 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2567 ถึง เดือนตุลาคม 2567 โดยส่งหนังสือขออนุญาตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้ง 6 แห่ง เพื่อขอความเพื่อขอความอนุเคราะห์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และการพิทักษ์สิทธิแก่ประชากรเป้าหมาย ทั้งนี้ภายหลังประชากรเป้าหมายส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด จำนวน 418 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา โดยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย รหัสโครงการวิจัย G-HS038/2567 ที่ IRB3-073/2567 รับรองวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดมาตรการป้องกันและผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดกับผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการเข้ารับบริการ และการรับบริการแพทย์แผนไทย วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และแรงจูงใจกับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย ระหว่างแรงจูงใจภายนอกกับการรับบริการแพทย์แผนไทย ของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ แปลงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน⁽⁷⁾

การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เป็นดังนี้

$|r| \geq 0.8$ แสดงว่ามีค่าความสัมพันธ์กันสูง

$0.5 > |r| < 0.8$ แสดงว่ามีค่าความสัมพันธ์ปานกลาง

$|r| \leq 0.5$ แสดงว่ามีค่าความสัมพันธ์ต่ำ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังทำงานที่เข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 279 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 อายุระหว่าง 30 - 39 ปี จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 35.9 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 39 อาชีพข้าราชการ จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 29.9 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 20,001 - 30,000 บาท จำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 39.7 ส่วนใหญ่สิทธิการรักษาเป็นส่วนใหญ่สิทธิการรักษาเป็นสิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 42.3 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 310 คน คิดเป็นร้อยละ 41.2 เคยเข้ารับบริการ จำนวน 364 คน คิดเป็นร้อยละ 87.1 และส่วนใหญ่มีท่านเคยรับบริการแพทย์แผนไทยมาแล้ว 3 - 4 ครั้ง จำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 54.12

2. แรงจูงใจที่เข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ

จากการศึกษา พบว่า ในภาพรวมของแรงจูงใจที่เข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการนั้น เมื่อพิจารณาแรงจูงใจในการเข้ารับบริการ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.44 (S.D. = 0.23) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัย พบว่า แรงจูงใจภายใน ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทยค่าเฉลี่ย 3.77 (S.D. = 0.27) และความเชื่อมั่นในการรักษาด้านการแพทย์แผนไทย ค่าเฉลี่ย 3.77 (S.D. = 0.45 ตามลำดับ) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือความเชื่อเกี่ยวกับการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ค่าเฉลี่ย 3.61 (S.D. = 0.27) อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านทัศนคติในการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ค่าเฉลี่ย 3.53 (S.D. = 0.29) อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ แรงจูงใจภายนอกบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดสนับสนุนให้รับบริการ ค่าเฉลี่ย 2.96 (S.D. = 0.37) ซึ่งยังคงมีระดับแรงจูงใจกับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับมาก ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลแรงงใจที่เข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ (n = 418)

แรงงใจที่เข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทย ของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ แรงงใจ
1. แรงงใจภายใน			
1.1 ทศนคติในการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย	3.53	0.29	มากที่สุด
1.2 ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย	3.61	0.27	มากที่สุด
1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย	3.77	0.27	มากที่สุด
1.4 ความเชื่อมั่นในการรักษาด้านการแพทย์แผนไทย	3.77	0.45	มากที่สุด
2. แรงงใจภายนอก			
2.1 ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลบริการแพทย์แผนไทย	3.39	0.39	มากที่สุด
2.2 ความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการได้ง่าย	3.26	0.59	มากที่สุด
2.3 อัตราค่าบริการด้านการแพทย์แผนไทย	3.22	0.54	มาก
2.4 บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดสนับสนุนให้ รับบริการฯ	2.96	0.37	มาก
รวม	3.44	0.23	มากที่สุด

3. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงงใจกับการรับบริการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างระหว่างแรงงใจภายในกับการรับบริการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ (n = 418)

แรงงใจภายใน	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (R)	p-value	แปลผลระดับ ความสัมพันธ์
1. ทศนคติในการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย	0.877	0.019*	ระดับสูง
2. การรับรู้ประโยชน์ของการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย	0.200	0.123	ระดับต่ำ
3. ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย	0.135	0.076	ระดับต่ำ
4. ความเชื่อมั่นในการรักษาด้านการแพทย์แผนไทย	0.732	<0.001**	ระดับปานกลาง
5. ภาพรวมแรงงใจภายใน	0.237	0.098	ระดับต่ำ

หมายเหตุ p-value = <0.05*, p-value = <0.001** คือ ค่า sig

จากตารางที่ 3 พบว่าตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับแรงงใจที่เข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทยกับการรับบริการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงงใจภายในกับการรับบริการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ ในภาพรวม แรงงใจภายในมีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำและเมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ทศนคติในการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ($r = 0.877$, $p < .05$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับสูง รองลงมาเป็นความเชื่อมั่นในการรักษาด้านการแพทย์แผนไทย ($r = 0.732$, $p < .05$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแรงงูใจภายนอกกับการรับบริการแพทย์แผนไทย ของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ (n = 418)

แรงงูใจภายนอก	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R)	p-value	แปลผลระดับความสัมพันธ์
1. ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลบริการแพทย์แผนไทย	0.038	0.440	ระดับต่ำ
2. ความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการได้ง่าย	0.052	0.290	ระดับต่ำ
3. อัตราค่าบริการด้านการแพทย์แผนไทย	0.016	0.744	ระดับต่ำ
4. บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดสนับสนุนให้ใช้บริการฯ	0.021	0.666	ระดับต่ำ
5. ภาพรวมแรงงูใจภายนอก	0.106	0.300	ระดับต่ำ

จากตารางที่ 4 พบว่า ตัวแปรอิสระแรงงูใจภายนอก ในภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการรับบริการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ โดยด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลบริการแพทย์แผนไทย ด้านความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการได้ง่าย ด้านอัตราค่าบริการด้านการแพทย์แผนไทย และด้านบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดสนับสนุนให้ใช้บริการฯ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการรับบริการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ เช่นเดียวกัน

โดยสรุปว่า แรงงูใจ ทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ แรงงูใจภายในและแรงงูใจภายนอก ในภาพรวมต่างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับบริการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ ตัวแปรอิสระแรงงูใจที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่ทัศนคติในการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ($r = 0.877$, $p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับสูง รองลงมาเป็นความเชื่อมั่นในการรักษาด้านการแพทย์แผนไทย ($r = 0.732$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับปานกลาง และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากการวิจัยแรงงูใจที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแรงงูใจที่มีความสัมพันธ์ในการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่ แรงงูใจภายใน และแรงงูใจภายนอก จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 418 คน ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานที่เข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ ในจังหวัดสมุทรปราการ ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

แรงงูใจที่มีความสัมพันธ์ในการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงานในจังหวัดสมุทรปราการ ผลจากการศึกษาแรงงูใจในการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัย พบว่า แรงงูใจภายในเป็นแรงงูใจที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ดังนั้น ผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงานจะมีแรงงูใจในการเข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นจากการมีแรงงูใจภายใน โดยแรงงูใจภายในที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการ

1. ทัศนคติในการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย จากการศึกษาพบว่า แรงงูใจในด้านทัศนคติในการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย มีระดับความคิดเห็นในระดับมากที่สุด และเป็นด้านที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับบริการ

ทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้แสดงให้เห็นถึงแรงจูงใจด้านทัศนคติของการใช้บริการแพทย์แผนไทยในทางที่ดีในด้านการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อในกลุ่มวัยทำงานจังหวัดสมุทรปราการ ว่ามีความนิยม และเป็นแรงจูงใจในการเข้ารับบริการ ที่ควรส่งเสริมจุดแข็งให้เข้าถึงประชาชน เพื่อเข้ารับบริการมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกิจ ไชยชมพู และคณะ⁽⁸⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน ในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดวงจันทร์ ครองยุติ และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ทัศนคติต่อการแพทย์แผนไทยส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชน ในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งหมด ทัศนคติต่อการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนที่ใช้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ความเชื่อมั่นในการรักษาด้านการแพทย์แผนไทย แรงจูงในด้านความเชื่อมั่นในการรักษาด้านการแพทย์แผนไทย พบว่า เป็นด้านที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีระดับความคิดเห็นในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัดสมุทรปราการนั้น ได้มีการสร้างความเชื่อมั่นในการบริการแพทย์แผนไทย โดยหน่วยบริการที่มีการให้บริการแพทย์แผนไทยของรัฐทุกหน่วยบริการ มีการประเมินผ่านมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ประกอบด้วยมาตรฐาน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการควบคุมคุณภาพ และด้านการจัดบริการ อีกทั้งอยู่ภายใต้การควบคุม กำกับ ดูแลของแพทย์แผนไทยในทุกหน่วยบริการ โดยเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย หรือสาขากายการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มีการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย ในการรักษาพยาบาล การป้องกัน การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยของประชาชนด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยตามมาตรฐานวิชาชีพซึ่งเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการ และเพื่อให้มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาเกิดความเชื่อมั่นในการรักษา และมีความไว้วางใจในการเข้ารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับ ปิยทัศน์ ใจเย็น และ ยุทธนา แยกคาย⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน จังหวัดสุโขทัย ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สมุนไพร และความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์สมุนไพรอยู่ในระดับสูง ทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์สมุนไพร ความพึงพอใจในผลิตภัณฑ์สมุนไพร และส่วนประสมทางการตลาดอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนสูงสุด คือ ส่วนประสมทางการตลาด รองลงมาคือความพึงพอใจในผลิตภัณฑ์สมุนไพร และทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตามลำดับ ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 3 ตัว สามารถอธิบายความผันแปรของความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนได้ร้อยละ 59.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยครั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการประกอบกิจการตามความพร้อมและความต้องการของผู้ประกอบการในการพัฒนาส่วนประสมทางการตลาด การเผยแพร่และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อการสร้างทัศนคติที่ดีต่อผลิตภัณฑ์สมุนไพร และการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อเพิ่มความพึงพอใจในผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากวิจัยนี้

1. ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ทักษะและความเชื่อในการรักษาด้านการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยของผู้ที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการ ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในการรักษาด้านการแพทย์แผนไทย ทักษะและความเชื่อในการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทยให้มากขึ้น โดยมีการส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีในการให้บริการ มีการนำงานวิจัยเชิงวิชาการเข้ามาสร้างความเชื่อมั่นเสริมข้อมูลที่น่าเชื่อถือในการเข้ารับการรักษาต่อไป โดยมีตัวอย่างดังนี้

1.1 พัฒนาและเผยแพร่ภาพลักษณ์ที่ดีของการแพทย์แผนไทย โดยการจัดกิจกรรมเปิดคลินิกแพทย์แผนไทยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ เช่น การนัดบำบัดในเบื้องต้น พร้อมอธิบายกลไกการทำงานทางการแพทย์แผนไทยที่อิงหลักการวิชาการมีสื่อที่อธิบายถึงประสบการณ์ผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อ เช่น วีดีโอป้ายประชาสัมพันธ์ ทั้งที่ในสถานที่คลินิกแพทย์แผนไทยและทางสื่อออนไลน์ของหน่วยงาน เป็นต้น

1.2 พัฒนางานวิจัยเพื่อสนับสนุนข้อมูลเชิงวิชาการ โดยจัดทำคู่มือการรักษากลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อโดยการแพทย์แผนไทยที่แสดงถึงผลวิจัย เช่น สถิติผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นหลังการรักษา เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือจัดสัมมนาร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบันและสถาบันวิจัย เพื่อเสริมความเชื่อมั่นในวงการสาธารณสุขในงานวิชาการต่างๆ

2. ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า แรงจูงใจภายนอก ในด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลบริการแพทย์แผนไทยความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการได้ง่าย อัตราค่าบริการด้านการแพทย์แผนไทย บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดสนับสนุนให้รับบริการฯ ซึ่งเป็นด้านที่ควรส่งเสริมแรงจูงใจการให้บริการแพทย์แผนไทยในกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อก็ควรมีการส่งเสริม เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเข้าถึงการรับบริการการแพทย์แผนไทยในกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น โดยมีตัวอย่างดังนี้

2.1 เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลบริการ มีสื่อออนไลน์ที่รวบรวมข้อมูลบริการแพทย์แผนไทยในพื้นที่สมุทรปราการ เช่น แผนที่คลินิก ตารางเวลาบริการ รายละเอียดผู้ให้บริการ จัดทำโครงการประชาสัมพันธ์ตามโรงงานในจังหวัดสมุทรปราการ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการแพทย์แผนไทยแก่กลุ่มวัยทำงาน

2.2 เพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ เปิดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยนอกเวลาราชการ เช่น ในช่วงเย็นหรือวันหยุด เพื่ออำนวยความสะดวกให้กลุ่มวัยทำงาน จัดบริการแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่ในชุมชนหรือโรงงาน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะประชาชนที่มาใช้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดสมุทรปราการเท่านั้น ผลการวิจัยโดยรวมอาจยังได้ข้อสรุปที่ไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุม จึงควรศึกษาในระดับชุมชนในกลุ่มสถานพยาบาลของเอกชนเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรคของเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทย และนำข้อมูลที่ได้ไปแก้ไขปรับปรุงและพัฒนาการบริการให้ตรงตามความต้องการของประชาชน

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ จึงควรมีการนำผลการศึกษามาต่อยอดพัฒนาระบบทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการบูรณาการการแพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์ปัจจุบัน ในการดูแลกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงาน ในจังหวัดสมุทรปราการต่อไป เช่น การศึกษาในรูปแบบของการสัมภาษณ์ การศึกษาเกี่ยวกับสิทธิการรักษาที่มีผลต่อการเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยของกลุ่มวัยทำงาน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องและผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อวัยทำงานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2566.
2. โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชารุณ. ออฟฟิศซินโดรม ดูแล ป้องกัน รักษา อย่างไร; 2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.พ. 2567].
เข้าถึงได้จาก: <https://www.siphphospital.com/th/news/article/share/696>
3. ธนพล ขอบเป็นไทย, ณัฏกิจพัฒน์ หอมวิจิตรกุล. ประสิทธิภาพความพึงพอใจและพฤติกรรมการใช้ เซรั่มกะหล่ำปลี (OK Cooling Serum) บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อในกลุ่มโรคออฟฟิศซินโดรม. วารสารรัชต์ภาคย์. 2563;14(35):35-46.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566).คู่มือใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับประชาชน2566. กรุงเทพฯ.
5. จีรรัตน์ อันอารี, วิชัย โชควิวัฒน์, ศุภะลักษณ์ พักคำ, ศุภชัย วาสนานนท์, ดลฤดี วาสนานนท์. ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริการทางการแพทย์แผนไทย เพื่อการพัฒนาด้านเวชกรรมไทย ของโรงพยาบาลกองทัพบก. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร. 2565;42(2):67-80.
6. ประสพชัย พสุนนท์. การวิจัยตลาด (Marketing research). นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2553.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607–10.
8. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1993;22(140):1–55.
9. สุกิจ ไชยชมพู และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข. วารสารเกื้อการุณย์. 2555;19(2):60-74.
10. ดวงจันทร์ ครองยุติ, อนุชา เพียรชนะ, เผ่าไทย วงศ์เหลา. พฤติกรรมการใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2560;6(2):18-29.
11. ปิยทัศน์ ใจเย็น, ยุทธนา แยกคาย. ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนจังหวัดสุโขทัย. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2563;18(1):122-134.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรมโดยผู้ดูแล อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

กษิติเดช ศิริเวชยันต์*

*ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุติดเตียงถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงไม่สามารถเข้าถึงบริการทันตกรรม ผู้ดูแล (Care giver) ถือว่ามีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์มีนโยบายให้ทันตบุคลากรในจังหวัดบุรีรัมย์ออกดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้าน (Home health care) และจัดทำแผนการดูแลช่องปากเฉพาะบุคคล (Individual oral care plan) เพื่อจัดทำแผนการรักษา ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมให้กับกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา รายได้ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และ (2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรมโดยผู้ดูแล อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ประชากรคือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 140 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 113 คน คัดเลือกอาสาสมัครโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือในการศึกษานี้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการทันตกรรม ซึ่งมีค่าความเที่ยงของปัจจัยด้านความเพียงพอของบริการ 0.873 ปัจจัยด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ 0.823 ปัจจัยด้านความสะอาดของแหล่งบริการ 0.854 ปัจจัยด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ 0.902 ปัจจัยด้านการยอมรับคุณภาพบริการ 0.748 เก็บข้อมูลในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 - มกราคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบไคสแควร์และฟิชเชอร์แอกซ์แซคท์

ผลการศึกษาพบว่า (1) ผู้ดูแลส่วนใหญ่อายุระหว่าง 35 - 59 ปี ร้อยละ 57.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 58.4 มีรายได้อยู่ระหว่าง 6,000 - 12,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 31.0 (2) ผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 37.2 ได้รับการพาไปรับบริการทันตกรรมโดยผู้ดูแล ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรมโดยผู้ดูแล ($p < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยด้านการศึกษา ปัจจัยด้านความเพียงพอของบริการ ปัจจัยด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ ปัจจัยด้านความสะอาดของแหล่งบริการ ปัจจัยด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และปัจจัยด้านการยอมรับคุณภาพบริการ

คำสำคัญ: บริการทันตกรรม/ ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง/ การเข้ารับบริการทันตกรรม

Factors Associated with Caregivers' Utilization of Dental Services for Bedridden Elderly Patients in Krasang District, Buriram Province

Kasidech Siriwejayant*

*Dentist, Senior Professional Level, Krasang Hospital, Buriram Province

Abstract

Bedridden elderly individuals represent a high-risk group with limited access to dental services. Caregivers play a vital role in facilitating access to dental services for this population. The Buriram Provincial Public Health Office has implemented policies to enhance access to dental care, including the deployment of dental personnel to conduct home health care activities and develop individualized oral care plans. These initiatives aim to provide treatment plans, educate caregivers, and improve access to dental services for bedridden elderly individuals over the past year. This cross-sectional study aims to: (1) examine demographic factors such as age, gender, marital status, education, and income of caregivers of bedridden elderly individuals; and (2) investigate factors associated with caregivers facilitating access to dental services for bedridden elderly individuals in Krasang District, Buriram Province. The study population consists of 140 caregivers of bedridden elderly individuals, with a sample size of 113 participants selected through simple random sampling. The research instrument used is a structured interview questionnaire addressing dental service accessibility, with reliability coefficients as follows: service adequacy (0.873), service accessibility (0.823), service convenience (0.854), affordability (0.902), and acceptance of service quality (0.748). Data collection was conducted in December 2024- January 2025, and quantitative data analysis employed descriptive statistics such as percentages, means, standard deviations, Chi-square and Fisher's exact test.

The study indicated that the majority of caregivers were aged 35-59 years (57.5%), predominantly female (96.5%), married (68.1%), had attained a secondary level of education (58.4%), and reported a monthly income of 6,000-12,000 THB (31.0%). Furthermore, 37.2% of bedridden elderly individuals were accompanied by their caregivers to access dental services. Significant factors associated with caregivers' decisions to take bedridden elderly for dental services ($p < 0.05$) included educational background, adequacy of service provision, accessibility and convenience of service locations, affordability of costs, and acceptance of service quality.

Keywords: Dental services/ Care giver/ Utilization of dental services

*Corresponding author: Kasidech Siriwejayant, email: teedent@hotmail.com, Tel.: 08 6996 8442

Received: January 15, 2025/ Revised: April 6, 2025/ Accepted: April 11, 2025

บทนำ

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติใน พ.ศ. 2564⁽¹⁾ พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ของประชากรทั้งหมด โดยเป็นกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี จำนวน 6.8 ล้านคนหรือร้อยละ 56.4 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าภาพรวมระดับประเทศคือร้อยละ 31.7 ผู้สูงอายุจัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะได้รับบริการทันตกรรมไม่ทั่วถึง จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าสวัสดิการสุขภาพของผู้สูงอายุใช้ 3 ลำดับแรก ได้แก่ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 74.8 สิทธิข้าราชการร้อยละ 15.1 และเป็นผู้สูงอายุที่มีสวัสดิการแต่ไม่ได้ใช้ร้อยละ 5.4 ของผู้สูงอายุ พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้ใช้สวัสดิการ ได้แก่ ต้องรอเป็นระยะเวลานาน ร้อยละ 29.9 สิทธิประโยชน์และสวัสดิการไม่ครอบคลุมร้อยละ 19.9 และเนื่องจากเป็นอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินร้อยละ 16.7 โดยเฉพาะผู้สูงอายุติดเตียง เช่น มีความพิการหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จะมีความยากลำบากต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและสวัสดิการต่างๆ ที่ภาครัฐจัดให้ จากรายงานผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 สำนักทันตสาธารณสุข⁽²⁾ พ.ศ. 2566 พบว่าร้อยละของการรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมากลุ่มอายุ 60 - 74 ปี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเคยไปรับบริการร้อยละ 31.7 และไม่เคยไปรับบริการร้อยละ 64 และมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการไปรับบริการในกลุ่มดังกล่าวเท่ากับ 1.9 ครั้ง และพบว่าเหตุผลหลักของการไม่ไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา คือ ไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 81.7 ขณะที่เหตุผลหลักของการไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา คือ รู้สึกมีความผิดปกติ ร้อยละ 46.5 สถานพยาบาลที่ผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี เลือกไปใช้บริการมากที่สุด คือ โรงพยาบาลชุมชน/ศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ 34.8 รองลงมาคือสถานีนอนามัย/รพ.สต./PCU ร้อยละ 32.0

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการฟันเทียมของผู้สูงอายุในอำเภอบางบาล จังหวัดอำนาจเจริญของ ดวงดาว เหมือนปราสาท พ.ศ. 2562⁽³⁾ ทำการศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 210 คน อายุ 60 - 74 ปี พบว่า มีปัจจัยทางจิตวิทยาและส่วนประสมทางการตลาดอยู่ในระดับมาก พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตัดสินใจไม่เข้ารับบริการฟันเทียมถึงร้อยละ 70.5 สถานภาพและลักษณะการอยู่อาศัยกับสมาชิกในครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 73 จากการศึกษาของ รัตนาศิริพรชาญ ในปี พ.ศ. 2566⁽⁴⁾ เรื่องการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 108 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 50.8 มีพันธุกรรมชาติโดยเฉลี่ย 11.38 ซึ่งมีความต้องการใส่ฟันเทียมร้อยละ 67.5 ระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรมโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.2 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าถึงบริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($r = -0.207$, $p = 0.023$) ดังนั้น ผู้ให้บริการควรให้ความสำคัญกับการจัดบริการทันตกรรมเชิงรุกและอำนวยความสะดวกในการรับบริการของผู้สูงอายุ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลกระสังมีนโยบายให้ทันตบุคลากรในอำเภอกะสังออกเยี่ยมบ้าน (Home health care) และจัดทำแผนการดูแลช่องปากเฉพาะบุคคล (Individual oral care plan) เพื่อจัดทำแผนการรักษาและเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมให้กับกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงและบริการส่งเสริมและป้องกันโรค สำหรับงานบริการทันตกรรมที่มีความซับซ้อนหรือจำเป็นต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เฉพาะในการให้การรักษ เช่น การถอนฟัน การอุดฟัน การรักษารากฟันฉุกเฉินยังมีความจำเป็นที่ผู้ดูแล (Care giver) จะต้องพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งถือได้ว่ามีความยากลำบากและยังคงเป็นความท้าทายในการลดอุปสรรคและเพิ่มการเข้าถึงบริการในผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว ขวัญฤทัย สมศักดิ์ ในปี พ.ศ. 2555⁽⁵⁾ ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยสูงอายุไทยที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าจำนวนฟันหลังและจำนวนคู่สบฟันหลังมีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพชีวิต โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฟันถาวรใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ และกลุ่มที่มีคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่สบ มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่สูงกว่ากลุ่มที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ และ 4 คู่สบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Zhang และคณะ ในปี ค.ศ. 2013⁽⁶⁾ พบว่าอาสาสมัครชาวจีนจำนวน 1,462 คน ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีฟันในช่องปากในขากรรไกรบนและล่างอย่างน้อยขากรรไกรละ 10 ซี่

มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากผ่านแบบสอบถาม oral health impact profile (OHIP-14CN) และ oral health-related quality of life (OHRQoL)

มิ่งสมร กิตติธรรณัท ในปี พ.ศ. 2564⁽⁷⁾ ศึกษาสภาวะช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแล พบปัจจัยของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ โรคกล้ามเนื้อและกระดูก โรคอุบัติเหตุ จำนวนฟันที่เหลืออยู่ ฟันคุดสบฟันโยก การมีหินน้ำลายและแผลในช่องปาก และปัจจัยของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประสบการณ์การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากและทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก Chuchai Anunmana, Potchaman Sinavarat, Smon Manosoontorn ในปี ค.ศ. 2018⁽⁸⁾ ประเมินความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทัศนคติ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากส่วนบุคคลของบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุพบว่าพยาบาลมีคะแนนความรู้สูงกว่าตำแหน่งงานอื่นๆ และระดับการศึกษาและตำแหน่งงานมีความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) พบว่าความยากลำบากในการดูแลช่องปากคือความร่วมมือจากผู้ป่วย ศรัณยา ญัฐเศรษฐสกุล, วลัยพร ราชคมน์, วรัญญา เขยตุ้ย ในปี พ.ศ. 2561⁽⁹⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าผู้มารับบริการทางทันตกรรมที่มีเพศแตกต่างกัน มีปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับบริการทางทันตกรรมในด้านความไว้วางใจ ด้านการให้บริการ และด้านกระบวนการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญสำหรับผู้มารับบริการทางทันตกรรมที่มีอายุและสถานภาพส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีผลต่อการเลือกรับบริการทางทันตกรรมในด้านกระบวนการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ศศิกร นาคมนิ ในปี พ.ศ. 2561⁽¹⁰⁾ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 91.30 ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมไม่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และประเมินความพึงพอใจพบว่ามีความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X} = 3.91$, $S.D. = 0.16$) ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุต่อการใส่ฟันเทียมพระราชทาน พบว่ามีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พิมพิวิภา เศรษฐวรพณัฐ, ทรงชัย จิตโสมงคล, และไพฑูรย์ ดาวสดใส ในปี พ.ศ. 2557⁽¹¹⁾ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ใส่ฟันเทียมที่มีคุณภาพดีและมีประสิทธิภาพการบดเคี้ยวสูง ผู้สูงอายุร้อยละ 24.0, 53.9 และ 22.1 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดี ปานกลางและไม่ได้ตามลำดับ ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 70 มีระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมสูง โดยผู้สูงอายุที่มีการบดเคี้ยวและความเสถียรของฟันเทียมไม่ดี จะมีความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมดี และพบว่าความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($p < 0.05$) อธิธา รัตนวิไลศักดิ์ ในปี พ.ศ. 2554⁽¹²⁾ พบว่าปัจจัยนำด้านประชากร ได้แก่ การมีฟันเหลือในช่องปากและการใส่ฟันเทียมมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยนำเกี่ยวกับความเชื่อด้านทันตสุขภาพ ในเรื่องการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและความเชื่อมั่นต่อตนเองที่จะไปใช้บริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยสนับสนุนด้านทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการทันตกรรม ได้แก่ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ การมีทันตแพทย์ที่รักษาและให้คำปรึกษาประจำและความสามารถไปใช้บริการทันตสุขภาพด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

ผู้สูงอายุติดเตียงเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับบริการทางทันตกรรมไม่ทั่วถึงด้วยข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น เช่น ความพิการและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยผู้ดูแล รวมทั้งการพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรมที่หน่วยบริการ ดังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรมโดยผู้ดูแลจึงมีผลโดยตรงต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุติดเตียงด้วย ซึ่งที่ผ่านมาไม่พบมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรมโดยผู้ดูแลในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ จึงนำมาซึ่งการศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา รายได้ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับการพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรมโดยผู้ดูแลอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

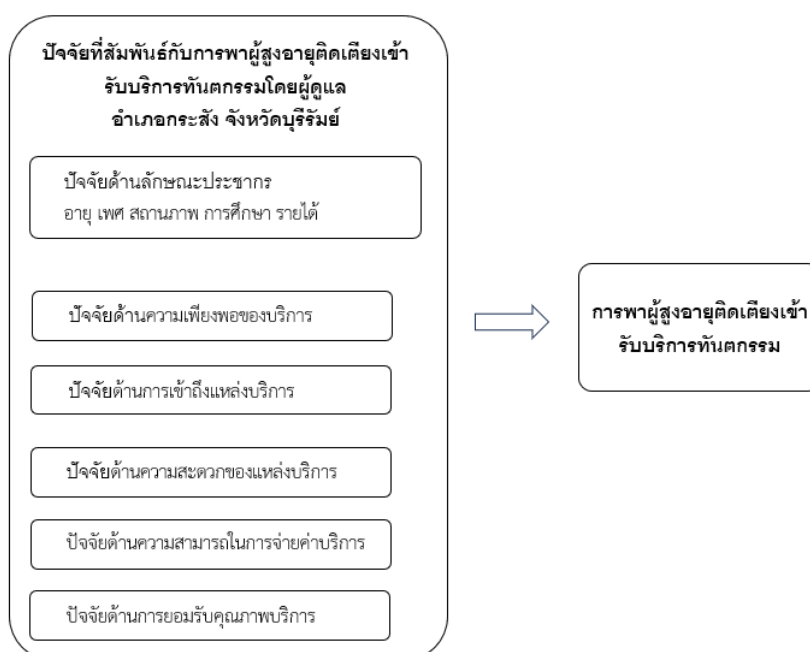
ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านตัวแปร ประกอบด้วย
 - 1.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ⁽¹⁴⁾ ทั้ง 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านความเพียงพอของบริการ ปัจจัยด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ ปัจจัยด้านความสะดวกของแหล่งบริการ ปัจจัยด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการและปัจจัยด้านการยอมรับคุณภาพบริการ
 - 1.2 ตัวแปรตาม คือ การพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรมโดยผู้ดูแล อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์
2. ขอบเขตด้านพื้นที่และเวลา

ดำเนินการศึกษาในผู้สูงอายุและผู้ดูแล พื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ เก็บข้อมูลในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรมโดยผู้ดูแล อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 - มกราคม พ.ศ. 2568 ซึ่งมีรายละเอียดวิธีการศึกษาดังนี้

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ดูแล (Care giver) ผู้สูงอายุติดเตียง (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระดับคะแนน 0 - 4 จำนวน 140 คน กำหนดขนาดตัวอย่างจากการประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Krejcie & Morgan⁽¹³⁾ ค่าไคสแควร์ที่ degree of freedom (df) เท่ากับ 1 ระดับความเชื่อมั่น 95% (เท่ากับ 3.841) ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ 5 เปอร์เซ็นต์ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ได้ขนาดอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน พิจารณาเพิ่มจำนวนอาสาสมัครอีก 10 เปอร์เซ็นต์ เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดระหว่างการเก็บข้อมูล รวมกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 113 คน ทำการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการทำฉลากรายชื่อผู้ดูแลทั้งหมดแล้วทำการจับฉลากให้ได้ตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ Penchansky R, Thomas JW⁽¹⁴⁾ แบบสอบถามในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายเปิด และแบบสอบถามปลายปิด ชนิดเลือกคำตอบ คำถามประกอบไปด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา รายได้ ของผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียง 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ เป็นคำถามปลายปิดชนิดเลือกคำตอบ มีจำนวน 5 ส่วนหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร จำนวน 3 ข้อ ปัจจัยด้านความเพียงพอของบริการ จำนวน 3 ข้อ ปัจจัยด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ จำนวน 3 ข้อ ปัจจัยด้านความสะดวกของแหล่งบริการ จำนวน 3 ข้อ ปัจจัยด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ จำนวน 3 ข้อ ปัจจัยด้านการยอมรับคุณภาพบริการ จำนวน 3 ข้อ ระดับของคำตอบแบ่งออกตาม Likert scale เป็น 4 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด น้อย มาก มากที่สุด แบบสอบถามได้รับการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของภาษา ผู้วิจัยได้ทำการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient alpha) ของ Cronbach⁽¹⁵⁾ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของปัจจัยด้านความเพียงพอของบริการเท่ากับ 0.805 ปัจจัยด้านการเข้าถึงแหล่งบริการเท่ากับ 0.801 ปัจจัยด้านความสะดวกของแหล่งบริการเท่ากับ 0.850 ปัจจัยด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการเท่ากับ 0.899 ปัจจัยด้านการยอมรับคุณภาพบริการเท่ากับ 0.905

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลในเดือนมกราคม 2568 จำนวนทั้งสิ้น 113 ฉบับ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลทั่วไปในส่วนที่ 1 ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา รายได้ สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการในส่วนที่ 2 ได้แก่ ปัจจัยด้านความเพียงพอของบริการ ปัจจัยด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ ปัจจัยด้านความสะดวกของแหล่งบริการ ปัจจัยด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ปัจจัยด้านการยอมรับคุณภาพบริการ ทำการทดสอบไคสแควร์ และพิชเชอร์แอดจ์แซคท์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเพียงพอของบริการ ปัจจัยด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ ปัจจัยด้านความสะดวกของแหล่งบริการ ปัจจัยด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการและปัจจัยด้านการยอมรับคุณภาพบริการ กับ การพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรมโดยผู้ดูแล

ข้อพิจารณาจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2024-165 รหัสโครงการ 214/2567

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาสำหรับปัจจัยส่วนที่ 1 ได้แก่ ปัจจัยนำด้านลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา รายได้ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงทั้งหมด 113 คน ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 35 - 59 ปี ร้อยละ 57.5 พบอายุน้อยที่สุด 19 ปี และอายุมากที่สุด 66 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.1 ไม่พบสถานภาพหย่าร้างและแยกกันอยู่ ผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 58.4) มีรายได้อยู่ระหว่าง 6,000 - 12,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 31.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยแสดงจำนวนและร้อยละ (n = 113)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	4	3.5
หญิง	109	96.5
อายุ		
18 - 35 ปี	21	18.6
36 - 59 ปี	65	57.5
อายุ 60 ปี ขึ้นไป	27	23.9
สถานภาพ		
โสด	30	26.5
สมรส	77	68.1
หม้าย	6	5.4
การศึกษา		
มัธยม	66	58.4
ปวส	8	7.1
ปริญญาตรี	39	34.5
รายได้ (บาท)		
ไม่เกิน 1,500	27	23.9
1,501 - 6,000	16	14.1
6,001 - 12,000	35	31.0
12,001 - 24,000	13	11.5
มากกว่า 24,000	22	19.5

จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำด้านลักษณะประชากรต่อการพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรม โดยผู้ดูแล พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับการพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรม ที่หน่วยบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.036$) และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ สถานภาพ และรายได้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงต่อการพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรมที่หน่วยบริการ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลกับการพาผู้สูงอายุติดเตียงไปรับบริการทันตกรรมของผู้ดูแล (n = 113)

ปัจจัย	การพาเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้ดูแล		χ^2	p-value
	ได้พา (จำนวน, ร้อยละ)	ไม่ได้พา (จำนวน, ร้อยละ)		
เพศ			0.292*	0.627
ชาย	2 (4.8%)	2 (2.8%)		
หญิง	40 (95.2%)	69 (97.2%)		
อายุ			1.975	0.372
18 - 35 ปี	5 (11.9%)	16 (22.5%)		
36 - 59 ปี	26 (61.9%)	39 (54.9%)		
อายุ 60 ปีขึ้นไป	11 (26.2%)	16 (22.5%)		
สถานภาพ			0.831*	0.706
โสด	12 (28.6%)	18 (25.4%)		
สมรส	27 (64.3%)	50 (70.4%)		
หม้าย	3 (7.1%)	3 (4.2%)		
การศึกษา			6.658	0.036
มัธยม	18 (42.9%)	48 (67.6%)		
ปวส	4 (9.5%)	4 (5.6%)		
ปริญญาตรี	20 (47.6%)	19 (26.8%)		
รายได้ (บาท)			0.720	0.949
ไม่เกิน 1,500	10(23.8%)	17 (23.9%)		
1,501 - 6,000	6 (14.3%)	10 (14.1%)		
6,001 - 12,000	13 (31.0%)	22 (31.0%)		
12,001 - 24,000	6 (14.3%)	7 (9.9%)		
มากกว่า 24,000	7 (16.7%)	15 (21.1%)		

* ค่า Fisher exact-test

ผลการศึกษาสำหรับการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ปัจจัยด้านความเพียงพอของบริการ ปัจจัยด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ ปัจจัยด้านความสะดวกของแหล่งบริการ ปัจจัยด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ปัจจัยด้านการยอมรับคุณภาพบริการต่อการพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรมโดยผู้ดูแลด้วยสถิติไคสแคว์ ในภาพรวมมีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเพียงพอของบริการกับการพาผู้สูงอายุติดเตียงไปรับบริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความพึงพอใจต่อช่วงเวลาการให้บริการต่อวันของหน่วยบริการ ($p = 0.002$) ความพึงพอใจต่อจำนวนวันให้บริการต่อสัปดาห์ของหน่วยบริการ ($p = 0.001$) ความพึงพอใจกับจำนวนคนไข้ที่หน่วยบริการรับต่อวัน ($p = 0.002$) ผลการวิจัยดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยความพึงพอใจของบริการกับการพาผู้สูงอายุติดเตียงไปรับบริการทันตกรรมของผู้ดูแล (n = 113)

ความพึงพอใจ	การพาเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้ดูแล		χ^2	p-value
	ได้พา (จำนวน, ร้อยละ)	ไม่ได้พา (จำนวน, ร้อยละ)		
ช่วงเวลาการให้บริการต่อวัน			14.106*	0.002
น้อยที่สุด	8 (11.3%)	2 (4.8%)		
น้อย	43 (60.6%)	13 (31.0%)		
มาก	16 (22.5%)	20 (47.6%)		
มากที่สุด	4 (5.6%)	7 (16.7%)		
จำนวนวันให้บริการต่อสัปดาห์			16.163*	0.001
น้อยที่สุด	4 (5.6%)	1 (2.4%)		
น้อย	54 (76.1%)	18 (42.9%)		
มาก	12 (16.9%)	19 (45.2%)		
มากที่สุด	1 (1.4%)	4 (9.5%)		
จำนวนคนใช้ที่หน่วยบริการรับต่อวัน			14.308*	0.002
น้อยที่สุด	4 (5.6%)	1 (2.4%)		
น้อย	47 (66.2%)	15 (35.7%)		
มาก	15 (21.1%)	14 (33.3%)		
มากที่สุด	5 (7.0%)	12 (28.6%)		

* ค่า Fisher exact-test

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเข้าถึงบริการในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับการพาผู้สูงอายุติดเตียงไปรับบริการทันตกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยความพึงพอใจต่อระยะทางจากบ้านถึงหน่วยบริการ ($p = 0.001$) ความพึงพอใจต่อระยะเวลาเดินทางที่ท่านใช้จากบ้านถึงหน่วยบริการ ($p = 0.001$) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงหน่วยบริการ ($p = 0.001$) ผลการวิจัยดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยการเข้าถึงบริการกับการพาผู้สูงอายุติดเตียงไปรับบริการทันตกรรมของผู้ดูแล (n = 113)

ความพึงพอใจ	การพาเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้ดูแล		χ^2	p-value
	ได้พา (จำนวน, ร้อยละ)	ไม่ได้พา (จำนวน, ร้อยละ)		
ระยะทางจากบ้านถึงหน่วยบริการ			21.086	0.001
เป็นอุปสรรคมาก	26 (36.6%)	7 (16.7%)		
เป็นอุปสรรคบ้าง	37 (52.1%)	14 (33.3%)		
ไม่เป็นอุปสรรค	8 (11.3%)	21 (50.0%)		
ระยะเวลาเดินทาง			16.775	0.001
เป็นอุปสรรคมาก	26 (36.6%)	10 (23.8%)		
เป็นอุปสรรคบ้าง	37 (52.1%)	13 (31.0%)		
ไม่เป็นอุปสรรค	8 (11.3%)	19 (45.2%)		
ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทาง			20.314	0.001
ไม่เหมาะสมที่สุด	26 (36.6%)	8 (19.0%)		
ไม่เหมาะสม	36 (50.7%)	14 (33.3%)		
เหมาะสม	7 (9.9%)	8 (19.0%)		
เหมาะสมที่สุด	2 (2.8%)	12 (28.6%)		

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความสะดวกในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับการพาผู้สูงอายุติดเตียงไปรับบริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการให้บริการของหน่วยบริการเอื้อต่อการไปรับบริการ ($p = 0.001$) การให้บริการของหน่วยบริการเอื้อต่อการไปรับบริการทันตกรรมบำบัดฉุกเฉิน ($p = 0.001$) ความพึงพอใจต่อช่องทางสื่อสารกับหน่วยบริการ ($p = 0.001$) ผลการวิจัยดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยความสะดวกกับการพาผู้สูงอายุติดเตียงไปรับบริการทันตกรรมของผู้ดูแล (n = 113)

การให้บริการของหน่วยบริการ	การพาเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้ดูแล		χ^2	p-value
	ได้พา (จำนวน, ร้อยละ)	ไม่ได้พา (จำนวน, ร้อยละ)		
เอื้อต่อการไปรับบริการ			24.837	0.001
น้อยที่สุด	14 (19.7%)	4 (9.5%)		
น้อย	50 (70.4%)	17 (40.5%)		
มาก	6 (8.5%)	11 (26.2%)		
มากที่สุด	1 (1.4%)	10 (23.8%)		
เอื้อต่อการไปรับบริการทันตกรรม			18.910	0.001
บำบัดฉุกเฉิน				
น้อยที่สุด	38 (60%)	13 (31.0%)		
น้อย	24 (40%)	8 (19.0%)		
มาก	6 (0%)	130 (31.0%)		
มากที่สุด	3 (0%)	8 (19.0%)		
ความรู้สึกละทิ้งช่องทางสื่อสารกับ			21.211	0.001
หน่วยบริการ				
น้อยที่สุด	16 (22.5%)	7 (16.7%)		
น้อย	47 (66.2%)	14 (33.3%)		
มาก	3 (4.2%)	9 (21.4%)		
มากที่สุด	5 (7.0%)	12 (28.6%)		

ผลการศึกษาปัจจัยความสามารถในการจ่ายค่าบริการในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับการพาผู้สูงอายุติดเตียงไปรับบริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยความกังวลต่อค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการมารับบริการ ($p = 0.001$) ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการมีความเหมาะสมกับบริการ ($p = 0.001$) ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการเทียบกับรายได้ของครอบครัว ($p = 0.001$) ผลการวิจัยดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยความสามารถในการจ่ายค่าบริการกับการพาผู้สูงอายุติดเตียงไปรับบริการทันตกรรมของผู้ดูแล (n=113)

การให้บริการของ หน่วยบริการ	การพาเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้ดูแล		χ^2	p-value
	ได้พา (จำนวน, ร้อยละ)	ไม่ได้พา (จำนวน, ร้อยละ)		
ความกังวลต่อค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการมารับบริการ			16.422	0.001
มากที่สุด	21(29.6%)	7(16.7%)		
มาก	37(52.1%)	13(31.0%)		
น้อย	8(11.3%)	8(19.0%)		
ไม่กังวล	5(7.0%)	14(33.3%)		
ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการมีความเหมาะสมกับบริการ			17.978	0.001
น้อยที่สุด	17 (23.9%)	8 (19.0%)		
น้อย	42 (59.2%)	12 (28.6%)		
มาก	7 (9.9%)	8 (19.0%)		
มากที่สุด	5 (7.0%)	14 (33.3%)		
ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการเทียบกับรายได้ของครอบครัว			20.803	0.001
น้อยที่สุด	32 (45.1%)	11 (26.2%)		
น้อย	31 (43.7%)	10 (23.8%)		
มาก	3 (4.2%)	7 (16.7%)		
มากที่สุด	5 (7.0%)	14 (33.3%)		

ผลการศึกษาปัจจัยการยอมรับคุณภาพบริการในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับการพาผู้สูงอายุติดเตียงไปรับบริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ($p = 0.001$) ความพึงพอใจต่อการให้บริการของหน่วยบริการ ($p = 0.001$) ความพึงพอใจต่อภาพรวมการบริการ ($p = 0.001$) ผลการวิจัยดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยการยอมรับคุณภาพบริการกับการพาผู้สูงอายุติดเตียงไปรับบริการทันตกรรมของผู้ดูแล (n = 113)

ความพึงพอใจต่อการให้บริการของ หน่วยบริการ	การพาเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้ดูแล		χ^2	p-value
	ได้พา (จำนวน, ร้อยละ)	ไม่ได้พา (จำนวน, ร้อยละ)		
ด้านเจ้าหน้าที่			66.688	0.001
น้อยที่สุด	19 (26.8%)	1 (2.4%)		
น้อย	39 (54.9%)	0 (0%)		
มาก	7 (9.9%)	21 (50.0%)		
มากที่สุด	6 (8.5%)	20 (47.6%)		
ด้านหน่วยบริการ			66.561	0.001
น้อยที่สุด	19 (26.8%)	0 (2.2%)		
น้อย	39 (54.9%)	1 (2.4%)		
มาก	5 (7.0%)	16 (38.1%)		
มากที่สุด	8 (11.3%)	25 (59.5%)		
ภาพรวมการบริการ			82.869	0.001
น้อยที่สุด	25 (35.2%)	1 (2.4%)		
น้อย	39 (54.9%)	6 (14.3%)		
มาก	7 (9.9%)	1 (2.4%)		
มากที่สุด	0 (0%)	34 (81.0%)		

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยนำด้านลักษณะประชากรได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา รายได้ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าปัจจัยด้านการศึกษามีความสัมพันธ์กับการพาผู้สูงอายุติดเตียงไปรับบริการทันตกรรมที่หน่วยบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.036$) โดยพบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและระดับปริญญาตรี ร้อยละ 42.9 และ 47.6 ตามลำดับสำหรับกลุ่มที่ผู้สูงอายุได้รับการพาไปรับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และพบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและระดับปริญญาตรีร้อยละ 67.6 และ 26.8 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับการพาไปรับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งมีความสอดคล้องกับบางการศึกษาในอดีตโดย สุภาพร แสงอ่วม และคณะ ในปี 2558⁽¹⁶⁾ พบว่าปัจจัยด้านการศึกษาเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมมากที่สุดโดยเป็นการศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 700 คน พบว่าการไม่ได้รับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านลบหรือมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาอาจไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพส่งผลให้เข้าถึงบริการทันตกรรมน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้กำหนดประชากรเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานมีอายุอยู่ระหว่าง 35 - 59 ปี (ร้อยละ 57.5) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 58.4) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 34.5) ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น

การศึกษานี้ในภาพรวมพบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเข้าถึงบริการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร (จำนวน 3 ข้อ) ปัจจัยด้านความพึงพอใจของบริการ (จำนวน 3 ข้อ) ปัจจัยด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ (จำนวน 3 ข้อ) ปัจจัยด้านความสะดวกของแหล่งบริการ (จำนวน 3 ข้อ) ปัจจัยด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (จำนวน 3 ข้อ) ปัจจัยด้านการยอมรับ

คุณภาพบริการ (จำนวน 3 ข้อ) ต่อการพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรมที่หน่วยบริการ โดยแบบสอบถามนี้ดำเนินการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเข้าถึงบริการของ Panchansky R และ Thomas JW ในปี 1981⁽¹⁴⁾ ได้แก่ ปัจจัยด้านความพึงพอใจของบริการ เป็นการจัดระเบียบอย่างดีเพื่อรับลูกค้าและลูกค้าสามารถใช้บริการได้ โดยต้องคำนึงถึงความเหมาะสม เช่น ช่วงเวลาในการให้บริการ จำนวนวันและชั่วโมงของการดำเนินงานรวมถึงจำนวนคนไข้ที่หน่วยบริการสามารถรองรับได้ ปัจจัยด้านการเข้าถึงแหล่งบริการคือ มิติการเข้าถึงได้ของที่ตั้งบริการที่สามารถเข้าถึงได้อยู่ภายในระยะที่เหมาะสมกับผู้บริโภคทั้งในเรื่องของเวลาและระยะทาง ปัจจัยด้านความสะดวกของบริการ มีที่อยู่ มีบริการและทรัพยากรเพียงพอ บริการที่มีอยู่ มีบริการและทรัพยากรเพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการปริมาณและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ปัจจัยด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ คือการที่ผู้รับบริการพิจารณาถึงต้นทุนโดยตรงสำหรับทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ความกังวลต่อรายจ่ายที่ต้องใช้ในการเดินทางรวมถึงค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ และค่าใช้จ่ายเทียบกับรายรับของครอบครัว ปัจจัยด้านการยอมรับคุณภาพบริการคือการบริการที่ยอมรับได้ ตอบสนองต่อทัศนคติของผู้ให้บริการและผู้บริโภคเกี่ยวกับลักษณะของบริการและสังคมหรือความกังวลทางวัฒนธรรม เช่น ความเต็มใจของผู้ป่วยที่จะพบแพทย์อาจกำหนดได้ว่าบริการนั้นเป็นที่ยอมรับได้หรือไม่⁽¹⁴⁾ โดยการศึกษาพบความสัมพันธ์จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแลทั้ง 5 ด้าน จำนวน 15 ข้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น

สรุป

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรมโดยผู้ดูแล อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ ด้านการศึกษา ความพึงพอใจต่อช่วงเวลาการให้บริการต่อวัน ความพึงพอใจต่อจำนวนวันให้บริการต่อสัปดาห์ ความพึงพอใจกับจำนวนคนไข้ที่หน่วยบริการรับต่อวัน ความพึงพอใจต่อระยะทางจากบ้านถึงหน่วยบริการ ความพึงพอใจต่อระยะเวลาเดินทาง ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทาง การให้บริการของหน่วยบริการเอื้อต่อการไปรับบริการ การให้บริการของหน่วยบริการเอื้อต่อการไปรับบริการทันตกรรมบำบัดฉุกเฉิน ความรู้สึกต่อช่องทางสื่อสารกับหน่วยบริการ ความกังวลต่อค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการมารับบริการ ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการมีความเหมาะสมกับบริการ ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการเทียบกับรายได้ของครอบครัว ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจต่อการให้บริการของหน่วยบริการและความพึงพอใจต่อภาพรวมการบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพาผู้สูงอายุติดเตียงเข้ารับบริการทันตกรรมโดยผู้ดูแล อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่มีประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและพัฒนารูปแบบบริการทันตกรรมของอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุติดเตียงต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้มีขอบเขตการศึกษาเฉพาะประชากรในอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งทำการศึกษาปัจจัยด้านลักษณะประชากรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาในขนาดประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นรวมทั้งการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพาผู้สูงอายุมิภาวะพึ่งพิงเข้ารับบริการทันตกรรมโดยผู้ดูแลในมิติต่างๆ เช่น ความตระหนักรู้ต่อความจำเป็นในการดูแลสุขภาพช่องปากต่อการเกิดโรคของผู้สูงอายุติดเตียง หรือปัจจัยเรื่องโรคประจำตัวของผู้ป่วย เพื่อความสมบูรณ์ของการศึกษาต่อไป การบริการที่เหมาะสมได้รับการจัดระเบียบอย่างดีเพื่อรับลูกค้าและลูกค้าสามารถใช้บริการได้ โดยต้องคำนึงถึงความเหมาะสม เช่น ชั่วโมงของ

การดำเนินงาน (บริการนอกเวลาทำการ) ระบบการอ้างอิงหรือการนัดหมายและโครงสร้างสิ่งอำนวยความสะดวก (ทางเข้าสำหรับรถเข็น)

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในมิติความต่างเชิงพื้นที่ พ.ศ. 2564: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
2. สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2567.
3. ดวงดาว เหมือนปราสาท. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการฟันเทียมของผู้สูงอายุในอำเภอนามน จังหวัดอำนาจเจริญ [ปริญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2562.
4. รัตนา สิทธิปรีชาชาญ. การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ. พุทธชินราชเวชสาร 2560; 34(2): 199-210.
5. ขวัญฤทัย สมศักดิ์. ผลของจำนวนฟันธรรมชาติและจำนวนคู่สบฟันหลัง ต่อคุณภาพ ชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยสูงอายุไทย ที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [ปริญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
6. Zhang, Q., Witter, D.J., Gerritsen, A.E., Bronkhorst, E.M., & Creugers, N.H.J. Functional dental status and oral health-related quality of life in an over 40 years old Chinese population. Clin Oral Invest, 2013; 17(6): 1471-1480.
7. มิ่งสมร กิตติธรรณันท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแล ในอำเภอร้อยบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2021; 2(2): 69-7.
8. Sinavarat P, Manosontorn S, Anunmana C. Knowledge, attitudes, and behavior towards oral health among a group of staff caring for elderly people in long-term care facilities in Bangkok, Thailand. M Dent J 2018; 38(1): 23-38.
9. ศรีธัญญา ณัฐเศรษฐกุล, วลัยพร ราชคมน์, วรัญญา เขยตุ้ย. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางทันตกรรม. คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. Mahidol R2R e-Journal, 2561; 5(1): 131-150.
10. ศศิกร นาคมน. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุต่อการใส่ฟันเทียมพระราชทาน โรงพยาบาลบางปะกง . J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center, 2561; 35(1): 30-39.
11. พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์, ทรงชัย จิตโสเมกุล, ไพฑูรย์ ดาวสดใส. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก และความสัมพันธ์กับคุณภาพฟันเทียม และประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ที่ประเมินด้วยดัชนี OHIP-EDENT ในรูปแบบภาษาไทย. J Dent Assoc Thai. 2557; 64(1): 26-46.
12. จิตา รัตนวิไลศักดิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล เมืองบุรีรัมย์ [การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
13. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 1970; 30(3): 607-610.
14. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981; 19: 127-140.
15. Cronbach, L. J. Essentials of psychological testing (5th ed). New York: Harper Collins; 1970.
16. สุภาพร แสงอ่วม และคณะ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขต ภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย. เชียงใหม่ทันตสาร, 2558; 36(1): 53-61.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา

ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี^{1*} สันศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี² บุชรินทร์ พูนนอก³

สุกัญญา วัชรประทีป⁴ จีรภา ผ่องแผ้ว⁵ พชราพรรณ หาญพิทักษ์ชัยกุล⁶

^{1*}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

^{3,4}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

⁵นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

⁶พยาบาล 5 สถานีกาชาดที่ 4 นครราชสีมา สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการป้องกันการหกล้ม 2) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และ 4) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 58 คน ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามมี 6 ส่วน: 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ปัจจัยนำ (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ) 3) ปัจจัยเอื้อ (การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม) 4) ปัจจัยเสริม (การได้รับการเสริมแรงในการป้องกันการหกล้ม) 5) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการป้องกันการหกล้ม และ 6) พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถามส่วนที่ 2 - 6 เท่ากับ 0.93, 0.77, 0.71, 0.70 และ 0.75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p = 0.05$

ผลวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ 35.51 (S.D. = 12.62) อยู่ในระดับเพียงพอ ได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.99$, S.D. = 0.78) ได้รับการเสริมแรงป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.91$, S.D. = 0.69) มีปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.07$, S.D. = 2.17) มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับมาก ($\bar{X} = 1.77$, S.D. = 0.22) วิเคราะห์สหสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.677$, $p < 0.01$), การได้รับข้อมูลข่าวสาร ($r = 0.222$, $p < 0.05$) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ($r = 0.363$, $p < 0.01$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แสดงการตัดสินใจ (Coefficient of determination: R^2) เท่ากับ 0.458

คำสำคัญ: การหกล้มในผู้สูงอายุ/ ปัจจัยนำ/ ปัจจัยเอื้อ/ ปัจจัยเสริม/ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม/ พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี, อีเมล: aunsrisaowalak@gmail.com, โทร.: 08 1548 5849

Received: 10 มีนาคม 2568/ Revised: 7 เมษายน 2568/ Accepted: 11 เมษายน 2568

Factors Affecting Fall Prevention Behaviors among Elderly from Elderly Club in Nakhon Ratchasima Province

Srisaowalak Aunprom-me^{1*} Sinsakchon Aunprom-me² Budsarin Phoonnok³

Sukanya Watcharaprateep⁴ Jirapa Phongphaew⁵ Patcharapan Hanpitakchaikul⁶

^{1*}Registered Nurse, Senior Professional Level Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

²Public Health Technical Officer, Senior Professional Level Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

^{3,4}Registered Nurse, Professional Level Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

⁵Public Health Technical Officer, Professional Level Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

⁶Nurse 5, Red Cross Health Station No. 4, Nakhon Ratchasima, Relief and Community Health Bureau, Thai Red Cross Society

Abstract

Objectives of this research were to: 1) study predisposing, enabling, reinforcing, and environmental factors contributing to fall prevention; 2) study fall prevention behaviors; 3) examine correlations between predisposing, enabling, reinforcing, environmental factors, and fall prevention behaviors; and 4) analyze factors that could predict fall prevention behaviors among elderly. The samples were 58 randomly selected elderly from an elderly club. Instrument was a questionnaire with 6 parts: 1) general information; 2) health literacy; 3) fall prevention enabling factors; 4) fall prevention reinforcing factors; 5) environmental factors contributing to fall prevention; and 6) fall prevention behaviors. The instrument was tested for validity and reliability yielding Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire parts 2 - 6 of 0.93, 0.77, 0.71, 0.70, and 0.75, respectively. The descriptive data were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations. Associations between variables were analyzed using correlations while predictive factors were analyzed using stepwise multiple regression analysis. The significant level was set at $p = 0.05$.

The results showed that elderly's health literacy index was sufficient ($\bar{X} = 35.51$, S.D. = 12.62). The samples received information that promote fall prevention at an average level ($\bar{X} = 2.99$, S.D. = 0.78). They received reinforcement for their fall prevention at an average level ($\bar{X} = 2.91$, S.D. = 0.69). Their environmental factors supporting fall prevention were average ($\bar{X} = 11.07$, S.D. = 2.17). Their fall prevention behaviors were at a high level ($\bar{X} = 1.77$, S.D. = 0.22). Factors significantly correlated with fall prevention behaviors were health literacy ($r = 0.677$, $p < 0.01$), their reception of information that promotes fall prevention ($r = 0.222$, $p < 0.05$), and environmental factors ($r = 0.363$, $p < 0.01$). The factor that could significantly predict fall prevention behavior was health literacy at $p < 0.01$ with coefficient of determination (R^2) of 0.458.

Keywords: Falls in elderly/ Predisposing factors/ Enabling factors/ Reinforcing factors/
Environmental factors/ Fall prevention behaviors

*Corresponding author: Srisaowalak Aunprom-me, email: aunsrisaowalak@gmail.com, Tel.: 08 1548 5849

Received: March 10, 2025/ Revised: April 7, 2025/ Accepted: April 11, 2025

บทนำ

การหกล้มเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการบาดเจ็บในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป⁽¹⁾ และเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บ⁽²⁾ ในประเทศไทย ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2565 พบว่า ทุกปีมีผู้สูงอายุประมาณ 4 ล้านคนที่หกล้ม หรือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ในจำนวนที่หกล้มนี้ ร้อยละ 20 เกิดการบาดเจ็บ โดยเฉพาะการบาดเจ็บบริเวณต้นขาและข้อสะโพก ในกลุ่มที่มีการบาดเจ็บที่ข้อสะโพกนี้ ร้อยละ 20 มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 1 ปี⁽³⁾ ในการประเมินความรอบรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2566 ของกรมควบคุมโรค พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 80 - 95 มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับดี แต่ยังคงมีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่นั่งเก้าอี้อาบน้ำ (ร้อยละ 63.40) การนำเสื้อผ้าเก่ามาเป็นผ้าเช็ดตัว (ร้อยละ 40.06) การใช้ยาที่มีผลต่อการทรงตัว ร้อยละ (37.12) และการใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสม (ร้อยละ 30.06) เป็นต้น⁽³⁾

จากสถิติอัตราผู้ป่วยนอก อัตราผู้ป่วยใน และอัตราการเสียชีวิต จากสาเหตุการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดนครราชสีมา มีอัตราผู้ป่วยนอก เท่ากับ 3276.02 (อันดับที่ 27 ของประเทศ) อัตราผู้ป่วยใน เท่ากับ 601.31 (อันดับที่ 38 ของประเทศ) และอัตราการเสียชีวิต เท่ากับ 11.52 (อันดับที่ 33 ของประเทศ) ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน ซึ่งนับว่ามีอัตราค่อนข้างสูง ในระดับประเทศ⁽⁴⁾

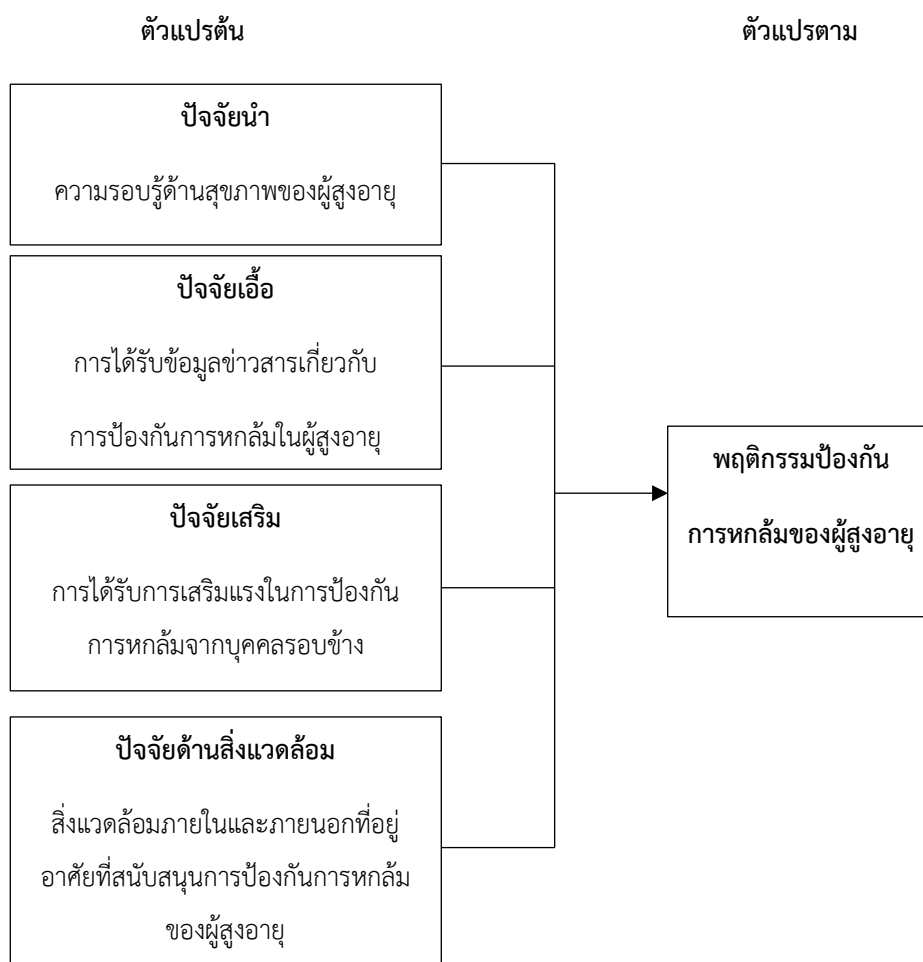
การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม การเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพ และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แพทย์พยาบาล สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁵⁾ ส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี พบว่า อายุ อาชีพ การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และสภาพความปลอดภัยของที่อยู่อาศัยทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ⁽⁶⁾ การศึกษาทั้งสองแสดงให้เห็นถึงพหุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยมีกรอบแนวคิดพื้นฐานจาก PRECEDE Framework⁽⁷⁾ ในระยะที่ 3 คือ การประเมินด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา (Educational and ecological assessment) ประกอบด้วย ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) อย่างไรก็ตาม การศึกษาปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่อยู่ในตัวบุคคล และมีอิทธิพลต่อแนวคิด การตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรม ยังไม่ได้รับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งนับเป็นปัจจัยนำที่สามารถใช้อธิบายศักยภาพของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เข้าใจข้อมูลสุขภาพที่เข้าถึงนั้น ตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมด้วย⁽⁸⁾ การศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยนำที่ศึกษา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อ คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริม คือ การได้รับการเสริมแรงในการป้องกันการหกล้มจากบุคคลรอบข้าง และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่อยู่อาศัยที่สนับสนุนการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษานี้จะช่วยให้สามารถวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษา ปัจจัยนำ (ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ) ปัจจัยเอื้อ (การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ) ปัจจัยเสริม (การได้รับการเสริมแรงในการป้องกันการหกล้มจากบุคคลรอบข้าง) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่อยู่อาศัยที่สนับสนุนการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ)
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ ประยุกต์จาก PRECEDE Framework⁽⁷⁾ โดยศึกษาปัจจัยนำคือความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อคือการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริมคือการได้รับการเสริมแรงในการป้องกันการหกล้มจากบุคคลรอบข้าง และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมคือสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่อยู่อาศัยที่สนับสนุนการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรต้น ส่วนตัวแปรตามคือพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา โดยในปี 2567 มีจำนวนสมาชิกชมรมทั้งสิ้น 65 คน⁽⁹⁾ กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมและให้ข้อมูล ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้ตารางคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan⁽¹⁰⁾ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 56 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเท่ากับ 62 คน ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบสอบถาม และได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์กลับมาจำนวน 58 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบรับเข้าร่วมการวิจัยเท่ากับร้อยละ 93.55

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการหลักของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบคุณภาพ^(5,6,11) โดยแบบสอบถามมี 6 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 17 คำถามแบบเลือกตอบ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ การอยู่อาศัย (อยู่ลำพัง กับคู่สมรส หรือ กับลูกหลาน) ความสามารถในการมองเห็น โรคประจำตัว ยาที่ต้องใช้เป็นประจำ ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา และสาเหตุของการหกล้ม เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ (ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ) ผู้วิจัยแปลจาก European health literacy survey questionnaire short form (HLS-Q12) ของ Zanini et al.⁽¹¹⁾ โดยกระบวนการแปลย้อนกลับ (Backward translation) พร้อมตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา⁽¹²⁾ แบบสอบถามส่วนนี้ประกอบด้วย 12 คำถามเกี่ยวกับความยากง่ายในการเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจ และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพยาบาล การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ คำตอบแบบเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ยากมาก) 2 (ยาก) 3 (ง่าย) และ 4 (ง่ายมาก) คำนวณดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับให้ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 50⁽¹³⁾ โดยใช้สูตรคำนวณ

$$HLI = (\text{mean} - 1) \times \left(\frac{50}{3} \right)$$

เมื่อ HLI คือ ดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ; Mean คือ ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ค่าระหว่าง 0-50 แปลผลค่าดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ⁽¹⁴⁾ ดังนี้

0 - 25.00 คะแนน	หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพระดับไม่เพียงพอ (Inadequate)
25.01 - 33.00 คะแนน	หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพระดับที่เป็นปัญหา (Problematic)
33.01 - 42.00 คะแนน	หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ (Sufficient)
42.01 - 50.00 คะแนน	หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพระดับดีเยี่ยม (Excellent)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ (การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ) ประกอบด้วย 5 คำถามเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุได้รับ คำตอบแบบเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่ได้รับ) 2 (ได้รับนานๆ ครั้ง) 3 (ได้รับบางครั้ง) และ 4 (ได้รับประจำ) คำนวณคะแนนเฉลี่ย และแปลผลเป็น 3 ระดับ⁽¹⁵⁾ ได้แก่ ปัจจัยเอื้อระดับสูง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00 (3.20 - 4.00 คะแนน) ปัจจัยเอื้อระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 - 79.99 (2.40 - 3.19 คะแนน) และปัจจัยเอื้อระดับต่ำ ต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (1.00 - 2.39 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม (การได้รับการเสริมแรงในการป้องกันการหกล้มจากบุคคลรอบข้าง) ประกอบด้วย 5 คำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ให้บริการสุขภาพ ในการมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ คำตอบแบบเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ 1 (ไม่ได้รับ)

2 (ได้รับนานๆ ครั้ง) 3 (ได้รับบางครั้ง) และ 4 (ได้รับประจำ) จำนวนคะแนนเฉลี่ย และแปลผลเป็น 3 ระดับ⁽¹⁵⁾ ได้แก่ ปัจจัยเสริมระดับสูง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00 (3.20 - 4.00 คะแนน) ปัจจัยเสริมระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 - 79.99 (2.40 - 3.19 คะแนน) และปัจจัยเสริมระดับต่ำ ต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (1.00 - 2.39 คะแนน)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่อยู่อาศัยที่สนับสนุนการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ) ประกอบด้วย 15 ข้อความเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัยทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม คำตอบแบบเลือกตอบ ใช่ (1 คะแนน) หรือไม่ใช่ (0 คะแนน) คะแนนรวมน้อยที่สุด 0 คะแนน มากที่สุด 15 คะแนน แปลผลระดับความเหมาะสมของสิ่งแวดล้อมที่ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์การพิจารณาแบ่งเป็น 3 ระดับ⁽¹⁵⁾ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมเหมาะสมมาก มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00 (12 - 15 คะแนน) สิ่งแวดล้อมเหมาะสมปานกลาง ร้อยละ 60.00 - 79.99 (9 - 11 คะแนน) และสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (0 - 8 คะแนน)

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 20 ข้อความที่เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้ม คำตอบแบบเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ 0 (ไม่เคยปฏิบัติ) 1 (ปฏิบัติบางครั้ง) และ 2 (ปฏิบัติเป็นประจำ) จำนวนคะแนนเฉลี่ย (น้อยที่สุด 0 คะแนน มากที่สุด 2 คะแนน) พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุจัดกลุ่มเป็น 5 ด้าน^(5,6) ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย (2 ข้อ) ด้านการปรับเปลี่ยนอิริยาบถที่เหมาะสม (5 ข้อ) ด้านการแต่งกายที่เหมาะสม (2 ข้อ) ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน (7 ข้อ) และด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำของแพทย์ (4 ข้อ) แปลผลระดับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาแบ่งเป็น 3 ระดับ⁽¹⁵⁾ ได้แก่ พฤติกรรมเหมาะสมมาก มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00 (1.60 - 2.00 คะแนน) พฤติกรรมเหมาะสมปานกลาง ระหว่างร้อยละ 60.00 - 79.99 (1.2 - 1.59 คะแนน) และพฤติกรรมไม่เหมาะสม ต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (น้อยกว่า 1.2 คะแนน)

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยทั้งฉบับผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ระหว่าง 0.80-0.92 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จากชมรมผู้สูงอายุตำบลโคกกรวด อ.เมืองนครราชสีมา จ.นครราชสีมา จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ของแบบสอบถามแต่ละส่วนดังนี้ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ = 0.93, ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ = 0.77, ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมแรงในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ = 0.71, ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม = 0.70 และส่วนที่ 6 พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ = 0.75

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในเดือนตุลาคม 2567 โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อประสานเพื่อลงเก็บข้อมูลกับองค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวศาลา ผู้ใหญ่บ้าน และประธานอสม.เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมทีมเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความเข้าใจในเครื่องมือตรงกัน

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics version 21 โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเชิงพรรณนาของตัวแปรด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (Correlations) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบไวกซ์ที่ระดับ $p = 0.05$

6. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการทบทวนและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย โครงการวิจัยรหัส 810/2567 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเคารพสิทธิในการเข้าร่วมโดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โดยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม โดยไม่มีการระบุข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 44 คน (ร้อยละ 75.9) สถานภาพสมรส 31 คน (ร้อยละ 53.4) จบชั้นประถมศึกษา 42 คน (ร้อยละ 72.4) ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 31 คน (ร้อยละ 53.4) มีรายได้ต่อเดือนต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 50,000 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,398.28 บาท (S.D. = 746.13) ส่วนใหญ่ระบุว่ารายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย 31 คน (ร้อยละ 53.4) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค จำนวน 43 คน (ร้อยละ 74.1) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 29 คน รองลงมาคือโรคเบาหวาน จำนวน 12 คน ต้องรับประทานยารักษาโรคเป็นประจำ 40 คน (ร้อยละ 69.0) ยาที่พบว่าใช้เป็นประจำมากที่สุดคือยารักษาโรคความดันโลหิตสูง 27 คน รองลงมาใช้ยารักษาโรคเบาหวาน 10 คน ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา 48 คน (ร้อยละ 82.8) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน (ร้อยละ 17.2) ที่มีประวัติการหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยจำนวนครั้งที่มีการหกล้มในช่วง 6 เดือนก่อน ตั้งแต่ 1 ครั้ง (จำนวน 7 คน) ถึง 10 ครั้ง (จำนวน 1 คน) ในจำนวน 10 คนที่มีประวัติการหกล้มในช่วง 6 เดือนก่อนนั้น ส่วนใหญ่หกล้มบริเวณนอกบ้าน (7 คน) และสาเหตุที่พบมากที่สุด (จำนวน 4 คน) เกิดการหกล้มจากการก้าวพลาด ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ (n = 58)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	24.1
หญิง	44	75.9
สถานภาพ		
โสด	9	15.5
สมรส	31	53.4
หม้าย/หย่า/แยก	18	31.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	8.6
ประถมศึกษา	42	72.4
สูงกว่าประถมศึกษา	11	19.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยได้ต่อเดือน 5,398.28 (S.D. = 746.13)		
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	31	53.4
เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ	20	34.5
เพียงพอและมีเงินเก็บ	7	12.1
โรคประจำตัว		
ไม่มี	15	25.9
มี	43	74.1
ประวัติการทกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่มี	48	82.8
มี	10	17.2

2. ปัจจัยนำ (ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ)

ค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในภาพรวมเท่ากับ 35.51 (S.D. = 12.62) อยู่ในระดับที่เพียงพอ เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านทั้ง 3 ด้าน พบว่าอยู่ในระดับที่เพียงพอ เช่นเดียวกัน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสุดคือ ด้านการป้องกันโรค ($\bar{X}$ = 36.81; S.D. = 12.09) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสุดคือ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ($\bar{X}$ = 34.41; S.D. = 12.62)

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 58)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ละด้าน	ดัชนีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ $\bar{X}$ (S.D.)	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ n (%)			
		ไม่เพียงพอ	เป็นปัญหา	เพียงพอ	ดีเยี่ยม
ด้านการดูแลสุขภาพ (Health Care)	35.27 (12.19)	15 (25.9)	3 (5.2)	23 (39.7)	17 (29.3)
ด้านการป้องกันโรค (Disease Prevention)	36.85 (12.09)	12 (20.7)	4 (6.9)	19 (32.8)	23 (39.7)
ด้านการสร้างเสริม สุขภาพ (Health Promotion)	34.41 (12.62)	14 (24.1)	6 (10.3)	23 (39.7)	15 (25.9)
ภาพรวม (Overall)	35.51 (11.41)	11 (19.0)	8 (13.8)	21 (36.2)	18 31.0

3. ปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อ คือการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการทกล้มในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.99; S.D. = 0.78) โดยช่องทางที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างสม่ำเสมอมากที่สุดคือ จากชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 75.9) รองลงมา ได้รับจากสื่อวิทยุ (ร้อยละ 58.6) และจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 55.2) ส่วนปัจจัยเสริม คือ

การได้รับการเสริมแรงในการป้องกันการหกล้มจากบุคคลรอบข้าง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.91$; S.D. = 0.69) โดยผู้สูงอายุได้รับการเสริมแรงการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มมากที่สุดจากการยกย่องในชุมชน (ร้อยละ 72.4) รองลงมา ได้รับการเสริมแรงจากอสม. (ร้อยละ 56.9) และจากคำชื่นชมในภาพรวมเมื่อปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้มได้อย่างเหมาะสม (ร้อยละ 53.4) ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ (n = 58)

ปัจจัย	ระดับ n (%)		
	ต่ำ (<60%)	ปานกลาง (60-79.99%)	สูง ($\geq 80\%$)
ปัจจัยเอื้อต่อการป้องกันการหกล้ม $\bar{X} = 2.99$ (S.D. = 0.78)	13 (22.4)	18 (31.0)	27 (46.6)
ปัจจัยเสริมแรงการป้องกันการหกล้ม $\bar{X} = 2.91$ (S.D. = 0.69)	13 (22.4)	23 (39.7)	22 (37.9)

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

คะแนนเฉลี่ยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเท่ากับ 11.07 (S.D. = 2.17) จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมที่สุดสามอันดับแรก คือ การมีแสงสว่างเพียงพอในบ้านและบริเวณบ้าน (ร้อยละ 100.0) การที่พื้นทางเดินเรียบเสมอกัน ไม่มีช่องว่างเกะกะ (ร้อยละ 96.6) และผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านชั้นเดียวหรืออยู่ชั้นล่าง (ร้อยละ 93.1) ส่วนสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ การมีส่วนแยกระหว่างห้องน้ำกับห้องอาบน้ำ (ร้อยละ 32.8) การมีราวจับหรือราวพยุงตัวในห้องน้ำหรือบริเวณอาบน้ำ (ร้อยละ 36.2) และ ไม่มีส้วมเลีย้ง เช่น สุขา แมว ภายในบ้าน (ร้อยละ 46.6) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ (n = 58)

ปัจจัย	ระดับความเหมาะสมของสิ่งแวดล้อม n (%)		
	ไม่เหมาะสม (<60%)	เหมาะสมปานกลาง (60-79.99%)	เหมาะสมมาก ($\geq 80\%$)
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม $\bar{X} = 11.07$ (S.D. = 2.17)	9 (15.5)	17 (29.3)	32 (55.2)

5. พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในภาพรวมเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X} = 1.77$; S.D. = 0.22) โดยพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ พฤติกรรมด้านการแต่งกายที่เหมาะสม (เช่น การสวมกางเกงหรือผ้าถุงที่ไม่ยาวติดพื้น การเลือกสวมรองเท้าที่พอดีเท้า) ($\bar{X} = 1.77$; S.D. = 0.22) ส่วนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่มีความเหมาะสมในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำของแพทย์ (เช่น การไปพบแพทย์หากมีปัญหาเรื่องสายตา การตรวจร่างกายประจำปี และการพบแพทย์และรับประทานยาตามแพทย์สั่งเมื่อเจ็บป่วย) ($\bar{X} = 1.59$; S.D. = 0.41) พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุรายด้านและภาพรวมดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ (n = 58)

พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความเหมาะสม ของพฤติกรรม
ด้านการออกกำลังกาย	1.72	0.36	มาก
ด้านการปรับเปลี่ยนอิริยาบถที่เหมาะสม	1.72	0.31	มาก
ด้านการแต่งกายที่เหมาะสม	1.85	0.34	มาก
ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน	1.70	0.27	มาก
ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำของแพทย์	1.59	0.41	ปานกลาง
ภาพรวม	1.71	0.22	มาก

6. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยนำ (ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ) ($r = 0.677$; $p = 0.000$) ปัจจัยเอื้อ (การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากแหล่งต่างๆ) ($r = 0.222$; $p = 0.049$) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่อยู่อาศัยที่สนับสนุนการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ) ($r = 0.363$; $p = 0.005$) ส่วนปัจจัย (การได้รับการเสริมแรงในการป้องกันการหกล้มจากบุคคลรอบข้าง) ($r = 0.115$; $p = 0.389$) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ					
	n	$\bar{X}$	S.D.	r	p	การแปลผล
1. ปัจจัยนำ (ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ)	58	35.51	11.41	.677	<0.001	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
2. ปัจจัยเอื้อ (การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากแหล่งต่างๆ)	58	2.99	0.78	.222	.049	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
3. ปัจจัยเสริมแรงในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	58	2.91	0.69	.115	.389	ไม่มีความสัมพันธ์
4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	58	11.07	2.17	.363	.005	มีความสัมพันธ์เชิงบวก

7. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์อำนาจในการทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ คือความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) ปัจจัยเอื้อ คือการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ 3) ปัจจัยเสริม คือการได้รับการเสริมแรงในการป้องกันการหกล้มจากบุคคลรอบข้าง และ 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่อยู่อาศัยที่สนับสนุนการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ด้วยสมการถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ปัจจัยนำ คือความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

$$\text{พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ} = 1.246 + 0.13 (\text{ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ})$$

จากสมการทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า หากคะแนน Health Literacy Index เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้คะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 0.13 คะแนน โดยสมการถดถอยมีความสามารถในการอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 45.8 มีค่าสัมประสิทธิ์แสดงการตัดสินใจ (Coefficient of determination: R^2) เท่ากับ 0.458 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์การถดถอย ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ (n = 58)

ตัวแปร	B	Beta	R ² Change	t	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	0.13	0.677	0.458	6.884	<0.001
Constant = 1.246, R = 0.677, R ² = 0.458, Adjusted R ² = 0.449, F = 47.389, p-value = 0.000					

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในภาพรวมเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X} = 1.77$; S.D. = 0.22) เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และส่วนหนึ่งมีบทบาทในฐานะผู้นำหรือตัวแทนชุมชน เช่น ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. จึงได้รับความรู้ ทักษะการดำเนินชีวิต และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม รวมถึงมีกิจกรรมที่ต้องเคลื่อนไหวออกแรงอยู่เสมอ ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับอื่นที่ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (กลุ่มติดสังคม) ซึ่งพบว่าพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี^(5,6,16)

ปัจจัยนำ (ความรู้ด้านสุขภาพ) กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

การวิจัยต่างประเทศยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ⁽¹⁷⁾ เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพคือศักยภาพของบุคคลในการจัดการกับความรู้และข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และนำมาพัฒนาเป็นทักษะของตนในการจัดการกับสุขภาพ ดังนั้น ระดับความรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ⁽¹⁸⁾ ดังในการศึกษาคั้งนี้ ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ($r = 0.677$; $p < 0.01$)

ปัจจัยเอื้อ (การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ) กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.99$; S.D. = 0.78) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากแหล่งต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ เช่น จากสื่อโทรทัศน์ จากวิทยุ จากหอกระจายข่าว จากคำแนะนำของอสม. และจากการเข้าชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ส่วนหนึ่งเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีกิจกรรมให้ความรู้และสนทนาการเป็นประจำทุกเดือน รวมถึงข้อมูลข่าวสารที่ผู้สูงอายุอาจได้จากสถานบริการ สัมพันธ์กับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.1) มีโรคประจำตัว ต้องไปพบแพทย์ตามนัดเป็นประจำ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ ณัฐชา พวงทอง⁽⁶⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมากมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.001$

ปัจจัยเสริม (การได้รับการเสริมแรงในการป้องกันการหกล้มจากบุคคลรอบข้าง) กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุได้รับปัจจัยเสริมแรงในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.91$; S.D. = 0.69) ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยเสริมแรงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ($r = 0.115$; $p = 0.389$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(5,6) ที่พบว่าปัจจัยเสริมแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า การเสริมแรงที่มาในรูปแบบคำชื่นชมจากบุคคลใกล้ชิดอาจส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในขอบเขตที่จำกัด การเสริมแรงในรูปแบบอื่น⁽¹⁹⁾ เช่น การตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้แล้วสามารถทำสำเร็จ และการให้คำชื่นชมที่เฉพาะเจาะจงกับความสำเร็จที่ผู้สูงอายุทำ ไม่ใช่เพียงแค่การกล่าวชมโดยทั่วไป เป็นต้น

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่อยู่อาศัยที่สนับสนุนการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ) กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ($r = 0.005$; $p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐชา พวงทอง⁽⁶⁾ ที่พบว่า สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้านที่มีสภาพความปลอดภัยปานกลางถึงปลอดภัยมาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการหกล้มที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ด้านการปรับเปลี่ยนอิริยาบถที่เหมาะสม ด้านการแต่งกายที่เหมาะสม ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน และด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ดังนั้น หากพฤติกรรมเหมาะสม ย่อมส่งผลให้สิ่งแวดล้อมเหมาะสมไปด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน โดยนำเข้าตัวแปรต้น 4 ตัวแปรเข้าวิเคราะห์ด้วยรูปแบบ Stepwise เพื่อคัดเลือกปัจจัยที่มีผลและสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยการเพิ่มขึ้นของคะแนน Health Literacy Index 1 คะแนน จะทำให้คะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 0.13 คะแนน ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา ดังนี้ กมรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และคณะ⁽²⁰⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้ม กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง ($r = 0.37$; $p < 0.001$) และ Li S et al.⁽²¹⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในประเทศจีน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ (Adequate) สัมพันธ์กับความชุก (Prevalence) ของหกล้มที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.71, 95%CI: 0.52 - 0.96) การศึกษาของ Park Y et al.⁽¹⁷⁾ เน้นย้ำถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ (ไม่เพียงพอ และเป็นปัญหา) กับอุบัติเหตุที่เกิดจากการหกล้ม การบาดเจ็บจากการหกล้ม และการไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่เหมาะสม การศึกษาดังกล่าวเน้นย้ำถึงความสำคัญของการมีเนื้อหาที่เน้นเรื่องการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในหลักสูตรป้องกันการหกล้มทุกหลักสูตร เพื่อช่วยพัฒนาผู้เรียนให้มีศักยภาพในการเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจ และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ ($HLI = 35.51$; $S.D. = 12.62$) ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.99$; $S.D. = 0.78$) ได้รับการเสริมแรงการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.91$; $S.D. = 0.69$) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.07$; $S.D. = 2.17$) และมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมมาก ($\bar{X} = 1.71$; $S.D. = 0.22$) การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการหกล้ม มีความสัมพันธ์เชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 45.8 ($R^2 = 0.458$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ ควรพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เช่น การพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ด้านสุขภาพ ในโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการหกล้มมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่มีประสิทธิภาพ ควรมุ่งเน้นพัฒนาที่ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ (ติดสังคม) รวมถึงกลุ่มก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ (Pre-aging) เนื่องจากทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม รวมถึงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้องใช้เวลาในการพัฒนา
3. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีองค์ประกอบในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะในการปฏิบัติ รวมถึงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ที่อำนวยความสะดวก และให้ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 15]. Available from: <https://wisqars.cdc.gov/>
2. Kakara RS, Lee R, Eckstrom EN. Cause-Specific Mortality Among Adults Aged ≥ 65 Years in the United States, 1999 Through 2020. Public Health Rep. 2024;139(1):54-58. doi: 10.1177/00333549231155869.
3. กรมควบคุมโรค. รายงานสรุปผลการประเมินความรู้การป้องกันการลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2568 กุมภาพันธ์ 15]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23567&deptcode=>
4. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. ตารางแสดงจำนวนและอัตราการจากการลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2560 – 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2568 กุมภาพันธ์ 15]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23567&deptcode=>

5. สุนันทา ผ่องแผ้ว. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
6. ณัฐชา พวงทอง, อรรณณ กิตติโรจน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2565; 38(1):73-85.
7. Binkley CJ, Johnson KW. Application of the PRECEDE-PROCEED Planning Model in Designing an Oral Health Strategy. J Theory Pract Dent Public Health. 2013;1(3):14-25. PMID: 25328904; PMCID: PMC4199385.
8. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
9. กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. ข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9 จำแนกรายจังหวัด และรายอำเภอ. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา; 2567.
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30:607-10.
11. Zanini DS, Peixoto EM, de Andrade JM, Fernandes IA, da Silva MPP. European health literacy survey questionnaire short form (HLS-Q12): adaptation and evidence of validity for the Brazilian context. Psicol Reflex Crit. 2023 Sep 6;36(1):25. doi: 10.1186/s41155-023-00263-1. Erratum in: Psicol Reflex Crit. 2023 Nov 8;36(1):35. doi: 10.1186/s41155-023-00278-8.
12. นันทกา สวัสดิพานิช, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัยข้ามวัฒนธรรม: เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา. วารสารสภาการพยาบาล. 2554;26(1):19-28.
13. สันศักดิ์ชนม์ อุณพรมมี, ศรีเสาวลักษณ์ อุณพรมมี, บุชรินทร์ พูนนอก, ธนวัฒน์ จิตินานนท์. ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9 : การศึกษาด้วยแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของสหภาพยุโรป. วารสารสุขภาพศึกษา. 2565;45(1):162-80.
14. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quinonez HR, Young SL. Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. Front Public Health. 2018;6:149. doi: 10.3389/fpubh.2018.00149.
15. Kanzow AF, Schmidt D, Kanzow P. Scoring Single-Response Multiple-Choice Items: Scoping Review and Comparison of Different Scoring Methods. JMIR Med Educ. 2023;9:e44084. doi: 10.2196/44084.
16. กมลรัตน์ กิตติพิพานนท์, พงจิต ไกรถาวร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วารสารวิจัยและนวัตกรรมการพยาบาล. 2564;27(3):331-42.
17. Park Y, Kim SR, Seo HJ, Cho J. Health Literacy in Fall-Prevention Strategy: A Scoping Review. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2024;18(5):532-544. doi: 10.1016/j.anr.2024.10.011.
18. Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. Fam Med Community Health. 2020;8(2):e000351. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>
19. Ahmed S, Lazo Green K, McGarrigle L, Money A, Pendleton N, Todd C. Interventions Based on Behavior Change Techniques to Encourage Physical Activity or Decrease Sedentary Behavior in Community-Dwelling Adults Aged 50-70: Systematic Review With Intervention Component Analysis. J Aging Phys Act. 2024;32(4):554-577. doi: 10.1123/japa.2023-0140.
20. กมลรัตน์ กิตติพิพานนท์, พงจิต ไกรถาวร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. Rama Nurs J. 2564;27(3):331-42.

21. Li S, Wang J, Ren L, Ye P, Niu W, Yu M, Hu Y, Jiang Y, Wu Y, Tian M, Zhao Y, Yao Y. Health literacy and falls among community-dwelling older people in China: is there a sex difference? *Aging Clin Exp Res.* 2024;36(1):148. doi: 10.1007/s40520-024-02788-6. PMID: 39023697; PMCID: PMC11258050.

การพัฒนาระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19

สมฤทัย ผดุงพล¹ ญัฐพล พลเทพ^{2*} พิชามญชุ์ คงเกษม³ ดาวรุ่ง พิมพ์แสงศิลป์⁴ ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์⁵

^{1,2*,3,5} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

⁴ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก โดยพบว่าผู้รอดชีวิตจำนวนมากมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่ เรียกว่า Post-COVID-19 Syndrome ซึ่งอาจคงอยู่หลายเดือนหลังการติดเชื้อ การพัฒนาระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 เป็นการพัฒนาความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองโดยบุคคลากรเป็นผู้สนับสนุน และติดตามผล ส่งผลให้บุคคลสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายของตนเองและดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังป่วยเป็นโควิด-19 (2) พัฒนาระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเอง และ (3) ประเมินความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังใช้ระบบดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 (Post COVID syndrome หรือ Long COVID) ในตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 150 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ภายหลังการทดสอบระดับความรู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ต่ำมาเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 32 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังโควิด-19 (3) แบบบันทึกการติดตามผ่าน Tele-nursing (4) แบบประเมินความพึงพอใจ และ (5) แบบบันทึกสะท้อนแนวคิดการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังมีสื่อให้ความรู้ เช่น วิดีโอชุดกระเปาะความรู้ และแผ่นพับ เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าความเที่ยงอยู่ที่ 0.97 และผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือด้วย Cronbach's alpha เท่ากับ 0.76 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ Paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่ 12.15 (S.D. = 2.08) และเพิ่มขึ้นเป็น 16.28 (S.D. = 1.59) ส่วนต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 (95% CI = 3.41 - 4.84) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังป่วยเป็นโควิด-19 ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพในระดับชุมชนต่อไป

คำสำคัญ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้/ การดูแลตนเอง/ ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ญัฐพล พลเทพ, อีเมล: nuttaphon.one_nu@cpru.ac.th, โทร.: 08 8594 1761

Received: 5 มีนาคม 2568/ Revised: 17 เมษายน 2568/ Accepted: 18 เมษายน 2568

Development of Supportive and Education System in Self Care of People with Post COVID Syndrome

Somruethai Phadungphol¹ Nuttaphon Phonthep^{2*} Pichamon Kongkasem³

Dawrung Pimsangsilp⁴ Thamolwan Sawatsing⁵

^{1,2*,3,5} Lecturer, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

⁴ Director, Na Siao Health Promoting Hospital

Abstract

The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic has had a profound global impact on public health systems. A significant number of survivors experience long-term complications known as Post-COVID-19 Syndrome, which may persist for months after the initial infection. Strengthening self-care capacity among patients with post-COVID complications through support and education systems empowers individuals to manage their health more effectively, with ongoing guidance from healthcare professionals.

This study aimed to (1) examine the level of self-care knowledge among patients with post-COVID-19 complications, (2) develop a support and educational system for self-care, and (3) evaluate patients' knowledge and satisfaction after implementing the system. The sample consisted of 150 individuals experiencing Post-COVID or Long COVID syndrome in Nasiao Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province. A purposive sampling method was employed, and 32 participants with low baseline knowledge scores were selected to participate in the intervention. Research instruments included (1) a general demographic questionnaire, (2) a post-COVID complication assessment form, (3) a Tele-nursing monitoring log, (4) a satisfaction assessment form, and (5) a self-care reflection journal. Educational materials such as videos, knowledge kits, and pamphlets were also utilized. The instruments were validated by three experts, achieving a content validity index (CVI) of 0.97 and a reliability coefficient (Cronbach's alpha) of 0.76. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (paired-sample t-test) to compare knowledge levels before and after the intervention.

Results showed a statistically significant improvement in participants' knowledge scores following the intervention ($p < 0.01$). The mean pre-test score was 12.15 (S.D. = 2.08), which increased to 16.28 (S.D. = 1.59), with a mean difference of 4.13 (95% CI = 3.41 - 4.84). This study demonstrates that the developed support and educational system effectively enhanced self-care knowledge among patients with post-COVID complications and can be applied to community health promotion strategies.

Keywords: Supportive and education system/ Self-care/ Post COVID syndrome

*Corresponding author: Nuttaphon Phonthep, email: nuttaphon.one_nu@cpru.ac.th, Tel.: 08 8594 1761

Received: March 5, 2025/ Revised: April 17, 2025/ Accepted: April 18, 2025

บทนำ

โรคโควิด-19 เริ่มมีการแพร่ระบาดตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 ณ เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน และต่อมาในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศการแพร่ระบาดของโรคเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 พบว่าการแพร่ระบาดอย่างเป็นวงกว้าง (Pandemic) มีการติดต่อเชื้อในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่องช่วงเวลาหนึ่งในหลายภูมิภาคของโลกและพบว่าการติดเชื้อไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วและมีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลกระทบอย่างมหาศาลต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก แม้ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะฟื้นตัวจากภาวะเฉียบพลัน แต่มีหลักฐานเพิ่มขึ้นว่าผู้รอดชีวิตจำนวนมากยังคงมีอาการหลงเหลือหรือภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เรียกว่า ภาวะ Long COVID หรือ Post-COVID-19 Syndrome ซึ่งอาจคงอยู่นานหลายเดือนหรือเป็นปีหลังจากการติดเชื้อ⁽²⁻³⁾ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลียเรื้อรัง (Chronic fatigue) หายใจลำบาก (Dyspnea) ปัญหาความจำและสมาธิ (Brain fog) ปวดกล้ามเนื้อ ใจสั่น และภาวะซึมเศร้า⁽⁴⁻⁵⁾ ความซับซ้อนของภาวะนี้ก่อให้เกิดความท้าทายในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากยังไม่มีแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน⁽⁶⁻⁸⁾

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะ Long COVID ได้แก่ เพศหญิง การมีอายุมากกว่า 50 ปี อาการในระยะแรก ภาวะหายใจลำบากในระยะแรก และการมีประวัติภาวะทางจิตเวชมาก่อน⁽³⁾ นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่ากลไกทางพยาธิสรีรวิทยาของภาวะนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น การอักเสบเรื้อรังจากไวรัส ภาวะภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง และความเสียหายต่ออวัยวะต่างๆ^(4,9) ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Long COVID ยังขาดแนวทางที่ชัดเจน งานวิจัยที่ผ่านมาพยายามเสนอแนวทางการฟื้นฟู เช่น การทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูระบบทางเดินหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต การสนับสนุนสุขภาพจิตผ่านการบำบัดทางจิตวิทยา และการใช้ยาที่มีฤทธิ์ลดการอักเสบที่อาจช่วยบรรเทาอาการบางอย่างได้^(2,6,8) อย่างไรก็ตามการวิจัยเชิงระบบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ยังคงมีจำกัด

จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดชัยภูมิมียอดผู้ป่วยโควิดสะสมจำนวน 33,912 คน โดยอำเภอเมืองมียอดผู้ป่วยสะสมจำนวน 7,395 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียวเป็นหน่วยให้บริการทางด้านสุขภาพ สำหรับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีจำนวนทั้งหมด 7 หมู่บ้าน สถิติผู้ป่วยโควิดใน Home Isolation ในช่วงเดือน มกราคม - เมษายน 2565 มียอดผู้ป่วย 300 คน⁽¹⁰⁾ การระบาดอย่างเป็นวงกว้างของโรคทำให้ประชาชนในพื้นที่ตำบลนาเสียวได้รับผลกระทบในด้านต่างๆ รวมไปถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยซึ่งไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงการติดเชื้อได้ ดังนั้นภายหลังการเจ็บป่วยจึงมีผู้ป่วยบางรายมีอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 (Post COVID syndrome) หรือ ภาวะ Long COVID เกิดขึ้นตามมา ซึ่งเป็นผลกระทบที่สามารถเกิดขึ้นได้ในระยะยาว⁽¹¹⁾

ระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการที่มา อีกทั้งในปัจจุบันสถานการณ์การระบาดก็ยังมีอยู่อย่างต่อเนื่อง อัตราการกลับของบุคลากรมีน้อย ช่วงของการระบาดต้องแบ่งอัตรากำลังไปให้บริการ งานรับผิดชอบที่การดำเนินการไม่ต่อเนื่อง ระบบการดูแลผู้ป่วยด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ในคนไข้กลุ่มอื่นๆ น้อยลง อีกทั้งเมื่อมีกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ Long COVID ซึ่งเป็นอีกกลุ่มที่ต้องดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้ภาระงานเกินอัตรากำลังของบุคลากร ส่งผลให้การดูแลได้ไม่ทั่วถึง บุคลากรเกิดความเหนื่อยล้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะ Long COVID เป็นภาวะเรื้อรังที่ซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อหลายระบบในร่างกาย จึงจำเป็นต้องใช้รูปแบบการดูแลแบบองค์รวมที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการดูแลที่มีประสิทธิภาพควรประกอบด้วย การติดตามอาการระยะยาว การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย การสนับสนุนด้านสุขภาพจิต และการให้ความรู้ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมตามลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล หลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่า การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) สามารถลดความเหนื่อยล้าและปัญหาการทำงานของสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพร่างกายได้ การบูรณาการการดูแลผ่านระบบสุขภาพ เช่น การใช้เทคโนโลยี การสนับสนุนจากครอบครัว และการมีทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วยแพทย์

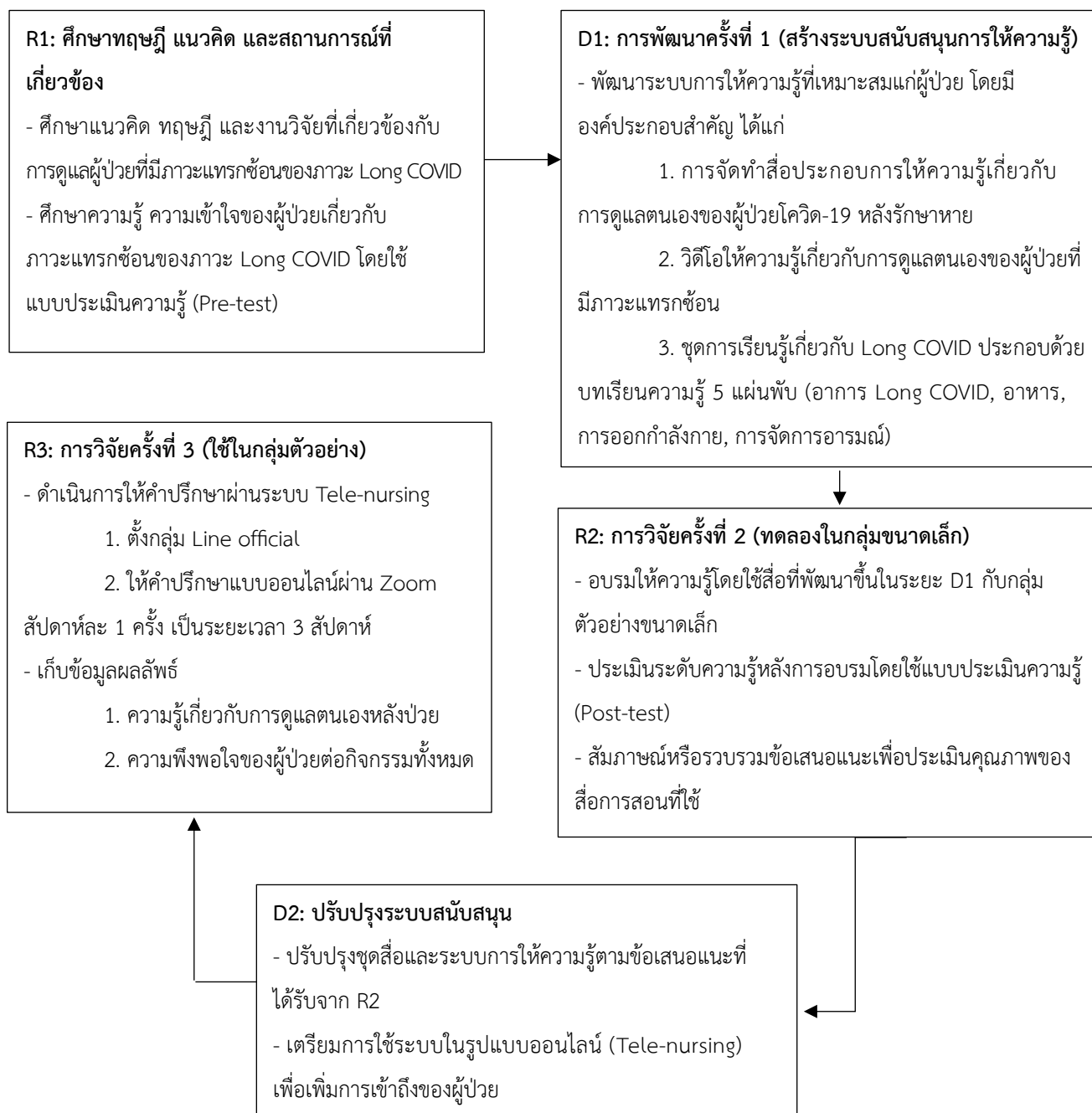
พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ถือเป็นแนวทางสำคัญในการฟื้นฟูผู้ป่วยให้กลับมาดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน⁽¹²⁻¹⁴⁾

ดังนั้นหากมีการพัฒนาระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 ก็จะเป็นการพัฒนาความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง โดยบุคลากรสามารถเป็นผู้สนับสนุนติดตามผล และจากสถานการณ์แพร่ระบาด สภาการพยาบาลได้ประกาศแนวทางการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) โดยมีนโยบายในการสนับสนุนระบบบริการพยาบาลทุกระดับที่ให้การพยาบาลแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพได้มาตรฐานตระหนักในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ของประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ประชาชนสามารถดูแลและจัดการสุขภาพตนเองได้ ประกอบกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้มีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาระบบบริการการพยาบาลทางไกลเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการให้บริการสาธารณสุข ด้านการศึกษาเน้นการสร้างโอกาสในการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพที่เป็นมาตรฐานเสมอกัน ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางในการพยาบาลทางไกลมาใช้ในการติดตามและสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังการให้ความรู้ เป็นการส่งเสริมการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ประหยัดเวลา และลดเวลาและสามารถให้บริการได้เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นหากประชาชนในพื้นที่ที่มีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ ก็จะสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายของตนเอง รวมไปถึงจนถึงสามารถดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19
2. เพื่อพัฒนาระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19
3. เพื่อประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยและความพึงพอใจหลังการใช้ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัยและตัวแปรที่ศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการติดเชื้อโควิด-19 (Post COVID syndrome หรือ Long COVID) เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมภายหลังจากการเจ็บป่วย โดยกระบวนการวิจัยครอบคลุมทั้งการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาและปรับปรุงระบบ ตลอดจนการทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการวิจัยและพัฒนาเชิงระบบตามลำดับขั้นตอน ได้แก่ R1D1-R3

ในระยะ R1 ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย Long COVID ตลอดจนประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังโควิด-19 โดยใช้แบบประเมินความรู้เป็นเครื่องมือ (Pre-test) จากนั้นในระยะ D1 ได้ดำเนินการพัฒนาระบบสนับสนุนการให้ความรู้ที่ประกอบด้วยสื่อการสอน ชุดความรู้ และวิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น อาการ Long COVID อาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์

ระยะ R2 เป็นการทดลองใช้ระบบในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก โดยอบรมให้ความรู้ตามสื่อที่พัฒนาขึ้น พร้อมประเมินระดับความรู้หลังการอบรม (Post-test) และรวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุงสื่อในระยะ D2 ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ต่อมาในระยะ R3 ได้ดำเนินการทดลองใช้ระบบในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ผ่านระบบ Tele-nursing โดยจัดตั้งกลุ่ม Line Official และให้คำปรึกษาออนไลน์ผ่าน Zoom สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ พร้อมทั้งประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมทั้งหมด

ในการวิจัยครั้งนี้ มีการกำหนดตัวแปรเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ผล ดังนี้

ตัวแปรต้น (Independent Variable) คือ ระบบสนับสนุนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน Long COVID ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก ได้แก่ สื่อแผ่นพับ วิดีโอให้ความรู้ การอบรม และการให้คำปรึกษาผ่านระบบ Tele-nursing

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ ระดับความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังการเจ็บป่วยจาก Long COVID และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบการให้คำปรึกษาและกิจกรรมสนับสนุนทั้งหมด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ ระยะที่ 2 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ความเป็นไปได้ ระยะที่ 3 ออกแบบและพัฒนาระบบ ระยะที่ 4 ทดลองใช้ ปรับปรุง และประเมินผล โดยทำการเปรียบเทียบในกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม (One-group) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pre test-post test) การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังป่วยเป็นโควิด-19 โดยมี ตัวแปรต้น คือ ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วยสื่อความรู้ ชุดกิจกรรมสะท้อนแนวคิดการดูแลตนเอง การอบรม และการติดตามผลผ่านระบบ Tele-nursing ขณะที่ตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังโควิด-19 ของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อระบบที่ได้รับ โดยระบบที่พัฒนาขึ้นถูกออกแบบให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโควิด 19 หลังรักษาหาย เกี่ยวกับอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 (Post COVID syndrome) หรือ Long covid ในเขตพื้นที่ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ คัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 150 คน จากประชากรตำบลนาเสียว จังหวัดชัยภูมิ แบบเฉพาะเจาะจงโดยวิธีการจับสลาก โดยใช้สูตรในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง⁽¹⁵⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างคือ 139 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 5 - 10% ได้จำนวน 150 คน ทำการประเมินความรู้และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ต่ำมาเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 32 คน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) มีช่วงอายุ 18 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) เป็นผู้ป่วยโควิด 19 หลังรักษาหาย เกี่ยวกับอาการอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 (Post COVID syndrome) หรือ Long covid
- 3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- 4) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต พื้นที่ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
- 5) มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
- 6) สามารถใช้ระบบออนไลน์ในการติดต่อสื่อสารได้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนดได้ครบ
- 2) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรม หรือไม่สามารถติดต่อใช้ระบบออนไลน์ในการติดต่อสื่อสารได้
- 3) อาสาสมัครไม่สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้

กลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 150 คน จากประชากรตำบลนาเสียว จังหวัดชัยภูมิ แบบเฉพาะเจาะจงโดยวิธีการจับสลาก โดยใช้สูตรในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง⁽¹⁵⁾ ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 PQ}{e^2}$$

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ
 Z = คะแนนมาตรฐาน
 P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร
 $Q = 1 - P$
 e = ค่าคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า

วิธีการคำนวณ

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.9) (1 - 0.9)}{(0.05)^2}$$

$$n = 138.29$$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างคือ 139 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 5 - 10% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน

ตำบลนาเสียว (หมู่ที่)	ประชากรที่ใช้ในการวิจัย (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	26	16
2	32	18
3	17	10
4	21	12
5	17	10
6	16	10
7	25	16
8	12	7
8	28	16
10	19	12
11	15	10
12	22	13
รวม	250	150

การคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 ในการเข้าร่วมการใช้ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในการดูแลตนเองภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*power ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย

1.1 ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

2) ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับอาการอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 (Post COVID syndrome) หรือ Long covid

1.2 ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยโควิด 19 หลังรักษาหาย เกี่ยวกับอาการอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 (Post COVID syndrome) หรือ Long covid

การแปลผลแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยข้อคำถามที่ตอบ “ใช่” และข้อคำถามที่ตอบ “ไม่ใช่”

เกณฑ์การให้คะแนนลักษณะคำตอบ มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ ใช่, ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้
ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

การแบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้ต่ำ ปานกลาง สูง โดยแบ่งระดับ⁽¹⁶⁾ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 0 - 11 ระดับต่ำ

คะแนนร้อยละ 12 - 15 ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 16 - 20 ระดับสูง

1.3 ชุดที่ 3 แบบบันทึกการ Tele-nursing

1.4 ชุดที่ 4 แบบประเมินระดับความพึงพอใจของกิจกรรม

การแปลผลแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน เป็นข้อความที่แสดงถึงความพึงพอใจที่มีต่อการจัดโครงการ/กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคำถามทั้งหมดเป็น ข้อคำถามเชิงบวก มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) คือ ความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว วิเคราะห์ข้อมูลใช้เกณฑ์ในการวัดตามระบบ (Likert Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความพึงพอใจ มากที่สุด	ค่าคะแนนเท่ากับ 5
ระดับความพึงพอใจ มาก	ค่าคะแนนเท่ากับ 4
ระดับความพึงพอใจ ปานกลาง	ค่าคะแนนเท่ากับ 3
ระดับความพึงพอใจ น้อย	ค่าคะแนนเท่ากับ 2
ระดับความพึงพอใจ น้อยที่สุด	ค่าคะแนนเท่ากับ 1

การคำนวณค่าเฉลี่ย คือ คะแนนที่รวมได้ทั้งหมดทุกข้อหารด้วยจำนวนข้อ โดยการแปลผลคะแนน ค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้ มีความหมาย ดังนี้

4.21 – 5.00	หมายความว่า	พึงพอใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	หมายความว่า	พึงพอใจมาก
2.61 – 3.40	หมายความว่า	พึงพอใจปานกลาง
1.81 – 2.60	หมายความว่า	พึงพอใจน้อย
1.00 – 1.80	หมายความว่า	พึงพอใจน้อยที่สุด

1.5 ชุดที่ 5 แบบบันทึกสะท้อนแนวคิดการดูแลตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 วิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 (Long COVID)

2.2 ส่วนที่ 2 ชุดกระเปาะความรู้สู่ Long covid ประกอบด้วยคู่มือความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เกิด ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19

2.3 ส่วนที่ 3 แผ่นพับ 5 แผ่น ประกอบด้วย อาการ Long covid อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ความถูกต้องและความเหมาะสมของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และความตรงเชิงเนื้อหาของแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยโควิด 19 หลังรักษาหาย เกี่ยวกับอาการอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ชุมชน 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และอาจารย์พยาบาล 1 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ของแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วย โควิด-19 หลังรักษาหาย เกี่ยวกับอาการอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 เท่ากับ 0.97 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ มาตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.76

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้ดำเนินการตามลำดับขั้นของกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ซึ่งประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ การศึกษาทฤษฎีและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (R1) การพัฒนาระบบสนับสนุนการให้ความรู้ (D1) การทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (R2) การปรับปรุงระบบ (D2) และการทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (R3) โดยมีรายละเอียดของวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละระยะ ดังนี้

ในระยะที่ 1 (R1) ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการติดเชื้อโควิด-19 หรือ Long COVID เพื่อใช้เป็นฐานความรู้สำหรับการออกแบบระบบสนับสนุน นอกจากนี้ ยังได้ดำเนินการประเมินระดับความรู้พื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโครงการ โดยใช้แบบสอบถามประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 (Post COVID syndrome หรือ Long COVID) ซึ่งถือเป็นข้อมูลเบื้องต้น (Pre-test)

ในระยะที่ 2 (D1) เป็นกระบวนการพัฒนาระบบสนับสนุนการให้ความรู้ โดยอาศัยข้อมูลจากระยะ R1 ในการออกแบบชุดความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยแผนพับจำนวน 5 ชุด (เกี่ยวกับอาการ Long COVID, อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการดูแลทั่วไป) ร่วมกับวิดีโอให้ความรู้ที่ใช้ประกอบการอบรม ทั้งนี้ ระยะนี้ไม่มีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม

ระยะที่ 3 (R2) เป็นการทดลองใช้สื่อที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก โดยดำเนินการอบรมให้ความรู้ด้วยชุดสื่อดังกล่าว และดำเนินการประเมินผลหลังการอบรมโดยใช้แบบสอบถามประเมินระดับความรู้ (Post-test) เปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนการอบรม รวมถึงแบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับเนื้อหาและรูปแบบของสื่อทั้งในด้านความชัดเจน ความเข้าใจง่าย และความเหมาะสมของเนื้อหา เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการปรับปรุงในระยะถัดไป

ระยะที่ 4 (D2) ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์จากแบบสอบถามและข้อเสนอแนะในระยะ R2 มาปรับปรุงคุณภาพของสื่อการสอนทั้งในด้านเนื้อหา รูปแบบ และวิธีการนำเสนอ พร้อมทั้งเตรียมรูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบ Tele-nursing เพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย ทั้งนี้ระยะนี้ไม่มีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 5 (R3) เป็นการทดลองใช้ระบบสนับสนุนฉบับสมบูรณ์ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ โดยผู้ป่วยจะได้รับการให้คำปรึกษาผ่านระบบ Tele-nursing ซึ่งดำเนินการผ่านช่องทาง Line Official และการสนทนาออนไลน์แบบกลุ่มผ่านระบบ Zoom สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 3 ครั้ง หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินระดับความรู้ (Post-test) อีกครั้งเพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนการเข้าร่วม (จาก R1) พร้อมทั้งเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบสนับสนุนและกิจกรรมทั้งหมด และแบบสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมกิจกรรม

การเก็บข้อมูลในทุกระยะดำเนินการภายใต้กรอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นทางการก่อนเข้าร่วม และมีการดูแลรักษาความลับของข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัยอย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยโควิด และแบบประเมินระดับความพึงพอใจของกิจกรรม วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบกลุ่มเดียวโดยใช้ t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เอกสารรับรองเลขที่ HE 66-1-028 และได้ดำเนินการศึกษาภายใต้ขอบข่ายของโครงร่างวิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจง อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูลและสอบถามความสมัครใจ โดยมี

การลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 โดยมีการนำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 32)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	12.50
หญิง	28	87.50
อายุ		
30 - 39 ปี	4	12.50
40 - 49 ปี	6	18.75
50 - 59 ปี	22	68.75
(Mean = 50.09, S.D. = 7.03, Min = 34, Max = 59)		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	14	43.75
มัธยมศึกษา	16	50.00
ปริญญาตรี	2	6.25
การประกอบอาชีพ		
เกษตรกร	22	68.75
รับจ้างทั่วไป	6	18.75
พนักงานบริษัท	3	9.38
อื่น ๆ	1	3.12
รายได้ต่อเดือน		
5,001 - 10,000 บาท	16	50.00
10,001 - 15,000 บาท	8	25.00
15,001 - 20,000 บาท	8	25.00

จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.50 และ เพศชาย ร้อยละ 12.50 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50 - 59 ปี ร้อยละ 68.75 รองลงมาได้แก่ 40 - 49 ปี ร้อยละ 18.75 และ 30 - 39 ปี ร้อยละ 12.50 ตามลำดับ (Mean = 50.09, S.D. = 7.03) โดยมีอายุน้อยสุด เท่ากับ 34 ปี และอายุมากที่สุด เท่ากับ 59 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.00 รองลงมาได้แก่ ประถมศึกษา ร้อยละ 43.75 และ ปริญญาตรี ร้อยละ 6.25 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 68.75 รองลงมาได้แก่ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 18.75 และ พนักงานบริษัท ร้อยละ 9.38 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 50.00 รองลงมา ได้แก่

น้อยกว่า 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 25.00 และ 15,001-20,000 บาท ซึ่งเท่ากับ ร้อยละ 25.00 ตามลำดับ
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ระดับความรู้เกี่ยวกับอาการหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ก่อนการทดลอง
(n = 32)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (16 - 20 คะแนน)	2	6.25
ปานกลาง (12 - 15 คะแนน)	19	59.37
ต่ำ (0 - 11 คะแนน)	11	34.38
(Mean = 12.15, S.D. = 2.08, Min = 9, Max = 17)		

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับอาการหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ก่อนการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 19 คน (ร้อยละ 59.37) รองลงมา ได้แก่ ระดับต่ำ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 34.38) และ ระดับสูง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.25) ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับอาการหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 เท่ากับ 12.15 (S.D.=2.08) โดยมีคะแนนน้อยสุด 9 คะแนน และคะแนนสูงสุด 17 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ระดับความรู้เกี่ยวกับอาการหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 หลังการทดลอง
(n = 32)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (16 - 20 คะแนน)	24	75.00
ปานกลาง (12 - 15 คะแนน)	8	25.00
(Mean = 16.28, S.D. = 1.59, Min = 12, Max = 19)		

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับอาการหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 หลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 75.00) รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 8 คน (ร้อยละ 25.00) ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับอาการหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 เท่ากับ 16.28 (S.D. = 1.59) โดยมีคะแนนน้อยสุด 12 คะแนน และคะแนนสูงสุด 19 คะแนน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ระดับความรู้เกี่ยวกับอาการหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 หลังการทดลอง
(n = 32)

ความรู้เกี่ยวกับอาการหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลัง การติดเชื้อโควิด-19	Mean	S.D.	Mean Diff. (95% CI.)	t	p-value
ก่อนการทดลอง	12.15	2.08	4.13	11.691	<0.001
หลังการทดลอง	16.28	1.59	(3.41-4.84)		

Mean Diff. = Mean Difference, 95%CI = 95% Confidence Interval

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับอาการหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ซึ่งตัวแปรต้นและตามเป็นข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous variables) จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired sample t-test

ก่อนการวิเคราะห์ได้นำข้อมูลมาทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยสถิติ Shapiro-wilk test มีค่า p-value >0.05 และพิจารณาค่าความเบ้และค่าความโด่ง (skewness และ kurtosis) น้อยกว่า ± 1.96 พบว่าตัวแปรที่ศึกษามีการแจกแจงปกติ (Normal distribution)

ผลการศึกษาคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับอาการหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง เท่ากับ 12.15 (S.D. = 2.08) และ คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง เท่ากับ 16.28 (S.D. = 1.59) โดยผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับอาการหรือภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง 4.13 คะแนน (95% CI = 3.41 to 4.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.01)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในช่วงอายุ 50 - 59 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า โดยมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 - 10,000 บาท จากการศึกษาของผู้หญิงวัยทำงานพบว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่มีแนวโน้มพัฒนาอาการ Long COVID เนื่องจากความไวของระบบภูมิคุ้มกันและความเสี่ยงต่อการตอบสนองแบบภูมิคุ้มกันเฉพาะตน (Autoimmunity) ที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับการศึกษาเกี่ยวกับภาวะ Long covid พบว่า มีแนวโน้มมากขึ้นในเพศหญิงและไม่ได้ขึ้นกับ ความรุนแรงของการติดเชื้อในระยะเฉียบพลัน⁽²⁾

ในส่วนของการศึกษาระดับความรู้ก่อนการทดลอง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้ปานกลางถึงต่ำ ซึ่งสะท้อนปัญหาการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าใจง่าย โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีการศึกษาระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะ Long COVID จำนวนมากมีความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคและการดูแลตนเองที่จำกัด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและภาวะจิตใจในระยะยาว⁽¹³⁾

หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ออกแบบโดยใช้ระบบสนับสนุนการให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วยสื่อแผ่นพับ วิดีโอ และการให้คำปรึกษาผ่านระบบ Tele-nursing ระยะเวลา 3 สัปดาห์ พบว่า ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ค่าเฉลี่ยจาก 12.15 เป็น 16.28, $p < .001$) โดยร้อยละ 75 ของผู้เข้าร่วมมีระดับความรู้ในระดับสูง ภายหลังการทดลอง ผลนี้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของนวัตกรรมที่ใช้สื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งสนับสนุนผลจากการทบทวนวรรณกรรมที่แสดงให้เห็นว่า การอบรมออนไลน์และการให้คำปรึกษาผ่านระบบทางไกลสามารถเพิ่ม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะ Long COVID ได้อย่างชัดเจน⁽¹⁴⁾

ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired Sample T-Test ซึ่งเหมาะสมกับตัวแปรแบบต่อเนื่อง พบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยืนยันว่า การแทรกแซงผ่านระบบสนับสนุนนี้มีผลต่อการเพิ่มความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระบบการฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ Long COVID ควรมีลักษณะเป็นแบบองค์รวม (Multidisciplinary) และควรมีช่องทางให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม⁽⁹⁾

นอกจากนี้ ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่อยู่ในระดับสูง ยังเป็นตัวบ่งชี้ถึง ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมกับบริบทของชุมชน และความสามารถในการเข้าถึงได้ของระบบ Tele-nursing โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางหรือรายได้ ซึ่งสะท้อนความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับ

ข้อเสนอที่ แนะนำให้มีการจัดรูปแบบการฟื้นฟูแบบ Personalized และ Accessible สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ Long COVID ทุกกลุ่ม โดยเฉพาะในประเทศไทยได้เข้าถึงปานกลางที่ระบบบริการสุขภาพยังมีข้อจำกัด⁽⁵⁾

ผลการวิจัยในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ระบบสนับสนุนการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการส่งเสริมความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังการติดเชื้อโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการยอมรับในระดับสูงจากผู้รับบริการ การออกแบบกิจกรรมที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและอิงหลักฐานจากวรรณกรรมสากล ทำให้ระบบดังกล่าวสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยในระดับปัจเจกและระบบสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่า ระบบสนับสนุนการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมระดับความรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 ได้อย่างมีนัยสำคัญ และได้รับความพึงพอใจในระดับสูง ดังนั้นข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยมีดังนี้

1. ควรนำระบบสนับสนุนการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย Long COVID ในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่สามารถใช้งานได้จริงและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ
2. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินการคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการใช้ระบบสนับสนุน
3. ควรขยายการศึกษาสู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายทางภูมิศาสตร์และสังคม เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของผลการศึกษาและความเหมาะสมของการประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยภายใต้ทุนววน. 67 ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินโครงการวิจัยนี้จนสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19). 2563.
2. Sykes DL, Holdsworth L, Jawad N, Gunasekera P, Morice AH, Crooks MG. Post-COVID-19 symptom burden: What is long-COVID and how should we manage it? *Lung*. 2021;199(2):113–119.
3. Yong SJ. Long COVID or post-COVID-19 syndrome: Putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *Infect Dis (Lond)*. 2021;53(10):737–754.
4. Pierce JD, Shen Q, Cintron SA, Hiebert JB. Post-COVID-19 syndrome: A biological perspective. *Nurs Res*. 2022;71(2):164–174.
5. Yong SJ, Liu S. Proposed subtypes of post-COVID-19 syndrome (or long-COVID) and their respective potential therapies. *Rev Med Virol*. 2022;32(4):e2315.
6. Al-Jahdhami I, Al-Naamani K, Al-Mawali A. The post-acute COVID-19 syndrome (Long COVID). *Oman Med J*. 2021;36(1):e220.
7. Liu J, et al. Efficacy of pulmonary rehabilitation using Triflow devices post-COVID-19. *Respir Care Adv*. 2021;10(2):89–96.

8. Zhang Y, et al. Post-COVID-19 complications and gender disparities. *J Clin Recovery*. 2022;15(3):234–240.
9. Halpin S, O'Connor R, Sivan M. Long COVID and chronic COVID syndromes. *J Med Virol*. 2021;93(3):1242–1243.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. การดำเนินงานควบคุมโรค [Internet]. 2565 [cited 2025 Apr 9]. Available from: https://cpho.moph.go.th/?page_id=33381
11. กระทรวงสาธารณสุข. แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) [Internet]. 2565 [cited 2025 Apr 9]. Available from: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8962>
12. Wong K, et al. Self-management programs and quality of life improvements. *Health Promot Int*. 2020;35(4):455–463.
13. Aiyegbusi OL, Hughes SE, Turner G, Cruz Rivera S, McMullan C, Chandan JS, et al. Symptoms, complications and management of long COVID: A review. *J R Soc Med*. 2021;114(9):428–442.
14. Zeraatkar D, Ling M, Kirsh S, Jassal T, Shahab M, Movahed H, et al. Interventions for the management of long covid (post-covid condition): Living systematic review. *BMJ*. 2024;387:e081318.
15. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2535.
16. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

ยุภา เชิดโคกสูง*

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา และ ศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ อายุ 1 เดือนขึ้นไป ถึง น้อยกว่า 15 ปี จำนวน 30 คน และ บุคลากร ทีมสุขภาพ 14 คน กระบวนการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบ และ ระยะที่ 2 ศึกษา ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบ 3) การทดลองใช้ รูปแบบฯ และ 4) ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบฯ โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบตรวจสอบเวชระเบียน แบบสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้าง แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลและผู้ดูแล แบบประเมินทักษะของพยาบาล แบบประเมิน ความพึงพอใจของผู้ดูแล และ แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบด้วย Paired t-test และ การวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ 3) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว และ 4) การวางแผนจำหน่าย โดยผลการประเมินผลลัพธ์การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคปอดอักเสบไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยมีวันนอนลดลง 1.70 วัน ค่ารักษาพยาบาลลดลง 724.10 บาท ไม่พบการภาวะหายใจ ล้มเหลว และ กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น ($p < 0.001$) ผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้พบว่า พยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ($p < 0.001$) และ พยาบาลและทีมสหวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล/ โรคปอดอักเสบ/ เด็ก/ วันนอนโรงพยาบาล/ ความพึงพอใจ

Development of Care Model for Children with Pneumonia, Sikhio Hospital, Nakhon Ratchasima Province

Yupa Cherdkoksung*

*Professional nurse, Sikhio hospital, Nakhon Ratchasima Province

Abstract

This research and development aimed to develop a care model for children with pneumonia at Sikhio Hospital, Nakhon Ratchasima Province and to study the results of using the care model for children with pneumonia at Sikhio Hospital, Nakhon Ratchasima Province. The target group included 30 caregivers of children with pneumonia aged 1 month and over to less than 15 years and 14 health personnel. The research and development process consisted of 2 stages: stage 1: model development and stage 2: model development results study. There were 4 steps: 1) Situation analysis, 2) Model development, 3) Model trial, and 4) Model evaluation and improvement. The research instruments used were a medical record check form, a structured group discussion form, a knowledge test for nurses and caregivers, a nurses' skills assessment form, a caregivers' satisfaction assessment form, and a health team satisfaction assessment form. The research data were analyzed using descriptive statistics, presented with frequency, percentage, mean, standard deviation, comparative statistics using paired t-test, and content analysis.

The study results found that the care model for pediatric pneumonia patients at Sikhio Hospital, Nakhon Ratchasima Province, consisted of 4 components: 1) roles and responsibilities of the multidisciplinary team, 2) nursing practice guidelines for pediatric pneumonia patients, 3) family participation, and 4) discharge planning. The results of the evaluation of the implementation of the care model for children with pneumonia found that patients had 1.70 fewer in hospitalization days, 724.10 baht less in medical expenses, no respiratory failure was found, and they were readmitted within 28 days. Caregivers had increased knowledge ($p < 0.001$) and caregivers were highly satisfied. In addition, it was found that nurses have higher knowledge and skills in caring for patients. ($p < 0.001$). Nurses and multidisciplinary teams were most satisfied with the care models using.

Keyword: Care model/ Pneumonia/ Children/ Hospitalization days/ Satisfaction

*Corresponding author: Yupa Cherdkoksung, email: yupapoopae@gmail.com, Tel.: 09 4291 3732

Received: March 17, 2025/ Revised: April 5, 2025/ Accepted: April 9, 2025

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของเด็กเล็กและผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าในแต่ละปีมีเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบมากกว่า 2 ล้านคนทั่วโลก⁽¹⁾ โดยในประเทศไทยโรคปอดอักเสบเป็น 5 ลำดับแรกของโรคทางเดินหายใจที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในทุกปี และมีแนวโน้มอัตราการตายจากโรคนี้เพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ พบรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 114,544 ราย อัตราป่วย 172.47 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 114 ราย อัตราตายร้อยละ 0.10 พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน สูงสุดในเด็กกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราการป่วยสูงสุด ประมาณ 573.99 ต่อแสนประชากร สำหรับประเทศไทย พบว่า โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่พบได้มากและยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อในเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี นอกจากนี้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตอาจจะประสบกับภาวะแทรกซ้อนหากมิได้แก้ไขจะทำให้มีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของเด็กและก่อให้เกิดความพิการขึ้นได้

สถานการณ์โรคปอดอักเสบในเขตสุขภาพที่ 9 พบว่า จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วย จำนวน 11,648 ราย เสียชีวิต 3 ราย กลุ่มอายุที่ป่วยมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 1 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 2 ปี และ กลุ่มอายุ 3 ปี ตามลำดับ มี อัตราป่วยเท่ากับ 451.09 ต่อประชากรแสนคน โดยในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 7,966 ราย ทั้งนี้ผู้ป่วยในเด็ก โรงพยาบาลสัจจ จังหวัดนครราชสีมา ให้บริการเด็กทั้งชายและหญิงอายุแรกเกิดถึงอายุ 14 ปี 11 เดือน 29 วัน ทุกกลุ่มโรค จากสถิติการให้บริการในหอผู้ป่วยเด็ก 3 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2564 - 2565 พบผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จำนวน 194, 156 และ 142 รายตามลำดับ เป็นรายโรคอันดับที่ 2 ในหอผู้ป่วยในเด็ก และพบอุบัติการณ์ การเกิดภาวะ Respiratory failure 3 รายต่อปี ในปี พ.ศ. 2566 และในปี พ.ศ. 2564 - 2565 มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 6 ราย, 6 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ เฉลี่ยวันนอนประมาณ 5 วันต่อราย และมีแนวโน้มสูงขึ้น และ พบผู้ป่วยกลุ่มนี้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 8,252 บาทต่อราย⁽³⁾ ทั้งนี้จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ยังไม่มีแบบแผนการรักษาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และจากผลการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลหอผู้ป่วยเด็กในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลสัจจ⁽⁴⁾ ปี พ.ศ. 2566 พบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวยังขาดความรู้และทักษะในการดูแล และการประเมินความรุนแรงเบื้องต้นที่เหมาะสมทั้งด้านร่างกาย อาการ อาการแสดง และการรักษามีความหลากหลายในการปฏิบัติ ขาดการประเมินซ้ำหลังการรักษา ขาดความต่อเนื่องในการติดตามผู้ป่วย ขาดการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ขาดการนำผู้ดูแลเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ขณะเข้ารับการรักษา และ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับเด็ก โดยเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ และ เปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแล ส่งผลให้กลับมาเป็นซ้ำและเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด รวมถึงการหยุดงานที่ต้องมาดูแลเด็กขณะเจ็บป่วย ทำให้ผู้ดูแลขาดรายได้ ซึ่งจะเป็นผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวตามมาได้

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า วนิดา แสนพุก, สุดใจ ศรีสงค์ และเพ็ญจรี แสนสุริวงศ์⁽⁵⁾ ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พบว่า ผู้ป่วยมีวันนอนลดลง 1.1 วัน ค่ารักษาพยาบาลลดลง 466.20 บาท ไม่พบการเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว การย้ายไปหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน หรือกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังได้รับการสอน ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ($P < 0.01$) และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด พยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ($P < 0.01$) พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด และ การศึกษาของ สะอาด จำปาอ่อน, ยุพินภรณ์ คำชู และปิยดา ทาศิริ⁽⁶⁾ ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรมติดเชื้อ โรงพยาบาลเลย พบว่า การหลุดลงระหว่างบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลลดลงจากร้อยละ 23.10 เป็น 0.00 จำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงจาก 7.30 เป็น 4.50 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจของ

พยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งจะเห็นได้ว่า รูปแบบหรือกระบวนการต่างๆ ที่พัฒนาขึ้น ด้วยกระบวนการวิจัย ส่งผลที่ดีต่อการให้บริการผู้ป่วยเด็ก ตรงตามบริบทของพื้นที่ของหน่วยงานนั้นๆ ที่ได้ดำเนินการวิจัย ทั้งนี้หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสีคิ้ว ยังมีปัญหาในการให้บริการผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ หากมีรูปแบบหรือกระบวนการดูแลที่เหมาะสม จะช่วยให้งานบริการดังกล่าวมีประสิทธิภาพและคุณภาพต่อไป

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลสีคิ้ว มีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ดังนั้นผู้วิจัยในบทบาทผู้บริหารทางการพยาบาลจึงสนใจศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบให้มีแนวทางชัดเจน โดยให้ทีมสหวิชาชีพเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลและเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลและประเมินความรุนแรงของภาวะหายใจลำบาก และ จัดการอาการอย่างเหมาะสม รวมถึงการพัฒนาการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพ โดยสามารถลดภาวะแทรกซ้อน ไม่กลับมารักษาซ้ำ ลดจำนวนวันนอน และ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์

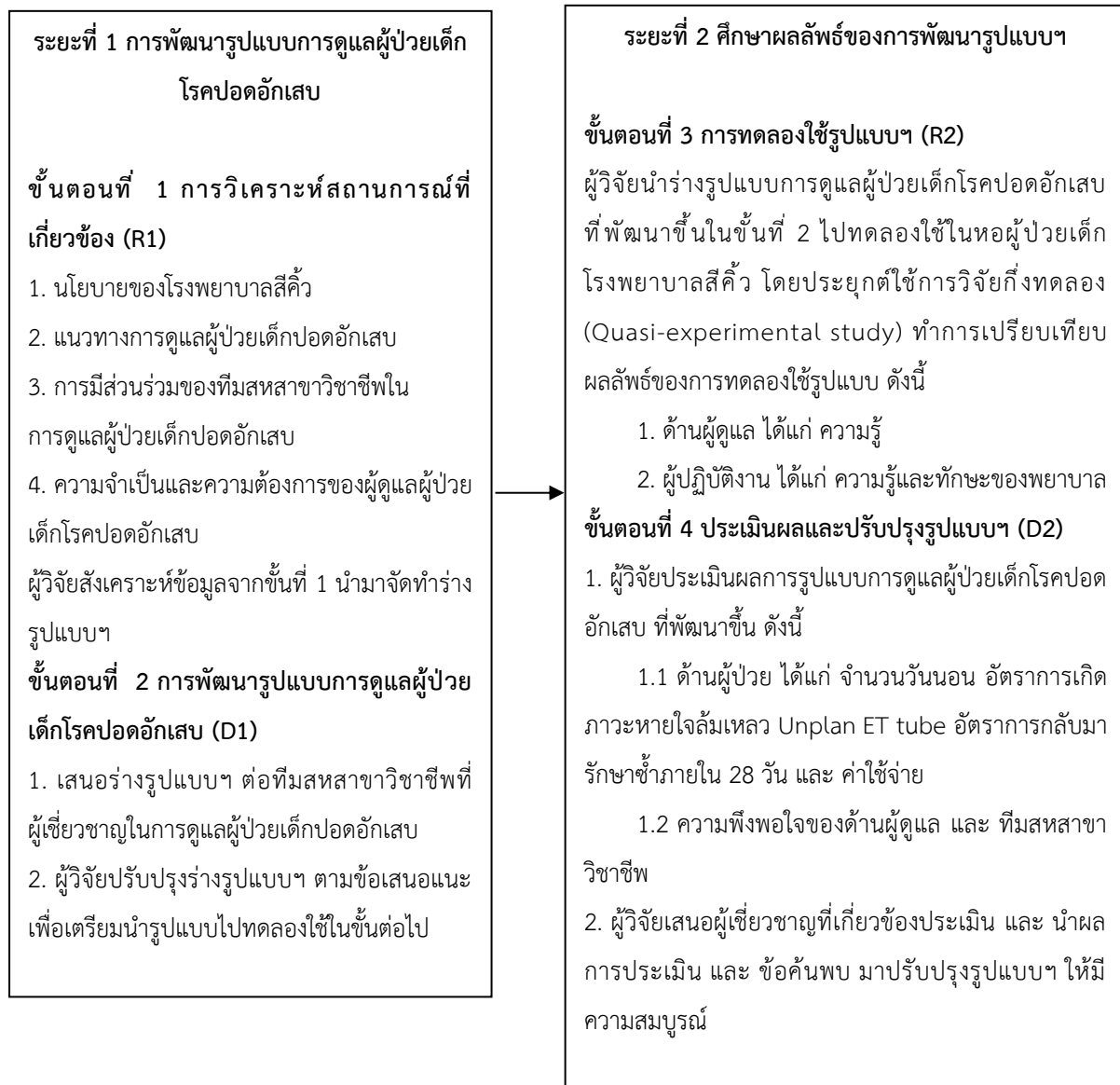
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยดำเนินการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จำนวนทั้งหมดจำนวน 30 ราย
2. ขอบเขตด้านเวลา ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566
3. ขอบเขตด้านตัวแปร ผู้วิจัยแบ่งตามระยะของการวิจัยดังนี้
 - 3.1 ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบ โดยมีตัวแปรที่ศึกษา คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ อายุ 1 เดือน ถึง อายุน้อยกว่า 15 ปี โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา
 - 3.2 ระยะที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบฯ โดยมีตัวแปรที่ศึกษา คือ
 - 3.2.1 ด้านผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนวันนอน อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว Unplan ET tube อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และ ค่าใช้จ่าย
 - 3.2.2 ความพึงพอใจของด้านผู้ดูแล และ ทีมสหสาขาวิชาชีพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว ครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D) มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการตามกระบวนการวิจัย ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบ และ ระยะที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (Research 1: R1), 2) การพัฒนารูปแบบฯ (Development 1: D1), 3) การทดลองใช้รูปแบบฯ (Research 2: R2) และ 4) ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบฯ (Development 2: D2) ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบ และ ระยะที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบฯ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (R1), 2) การพัฒนารูปแบบฯ (D1), 3) การทดลองใช้รูปแบบฯ (R2) และ 4) ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบฯ (D2) ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในหอผู้ป่วยในเด็กโรงพยาบาลสีคิ้ว ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ NRPH077 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2567 โดยนำเสนอวิธีดำเนินการวิจัยตามระยะของการวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (R1)

การวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ประกอบด้วย นโยบายของโรงพยาบาลสีคิ้ว แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ การมีส่วนร่วมของทีมนสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และ ความจำเป็นและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย การเก็บข้อมูล และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย

1.1 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากนโยบายการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสีคิ้ว รายงานการติดตามนิเทศงานการดูแลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสีคิ้ว ปีงบประมาณ 2566 ข้อมูลการรายงานผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และ การมีส่วนร่วมของทีมนสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยการสัมภาษณ์ กุมารแพทย์ จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน และ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก จำนวน 9 คน

1.3 ผู้วิจัยศึกษาความจำเป็นและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จากรายงานการจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ดูแล และ ความต้องการและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยนำข้อค้นพบที่ได้มาจัดทำร่างรูปแบบทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว เพื่อนำเข้ากระบวนการวิจัยในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (D1)

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว ใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แบบมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพ มีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องแบบเฉพาะเจาะจงจากทีมนสหวิชาชีพในโรงพยาบาลสีคิ้ว จำนวน 14 คน ดังนี้

1.1 กุมารแพทย์ จำนวน 2 คน

1.2 เภสัชกร จำนวน 1 คน

1.3 นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน

1.4 นักโภชนาการ จำนวน 1 คน

1.5 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก จำนวน 9 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการวิจัย โดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. การดำเนินการวิจัย

3.1 ผู้วิจัย เสนอร่างรูปแบบฯ ต่อทีมนสหสาขาวิชาชีพที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

3.2 ผู้วิจัยปรับปรุงร่างรูปแบบฯ ตามข้อเสนอแนะ

3.3 ผู้วิจัยเตรียมนำรูปแบบไปทดลองใช้ในขั้นตอนต่อไป

ระยะที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบฯ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบฯ (R2)

ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว ที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสีคิ้ว โดยประยุกต์ใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ระหว่างเดือน มิถุนายน 2567 ถึงเดือน พฤศจิกายน 2567 มีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเลือกแบบเจาะจงตามการเข้ารับบริการของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบอายุ 1 เดือน ถึงน้อยกว่า 15 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในเด็ก โรงพยาบาลสีคิ้ว ระหว่างเดือน มิถุนายน 2567 ถึงเดือน พฤศจิกายน 2567 จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก แยกตามกลุ่มดังนี้

1.1 ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

1.1.1 เกณฑ์คัดเข้า

1.1.1.1 ได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่อเข้ารับการรักษาว่าเป็นโรคปอดอักเสบ

1.1.1.2 อายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 15 ปี

1.1.1.3 ผู้ปกครองยินดียอมรับเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.1.2 เกณฑ์คัดออก

ผู้ป่วยเด็กที่แพทย์จำหน่ายโดยมาสมัครใจอยู่หรือได้รับการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือเสียชีวิต

1.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาที่แผนกหอผู้ป่วยในเด็ก โรงพยาบาลสีคิ้ว จำนวน 15 ราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้

2.1.1 เกณฑ์คัดเข้า

2.1.1.1 ยินดีเข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้

2.1.1.2 เป็นบิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครองที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบ ตลอดช่วงที่เข้ารับการรักษา

2.1.2 เกณฑ์คัดออก

ผู้ดูแลไม่สามารถเข้ารับการสอนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบตามแผนการสอนได้ทุกแผนการเรียนรู้

1.3 ทีมสุขภาพ จำนวน 14 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

1.3.1 เกณฑ์คัดเข้า

1.3.1.1 เป็นทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว

1.3.1.2 เป็นทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในเด็ก

1.3.1.3 เป็นทีมสุขภาพที่สนใจเข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้

1.3.2 เกณฑ์คัดออก

เจ้าหน้าที่ย้ายออกจากแผนกหรือย้ายสถานที่ปฏิบัติงานในช่วงเวลาดังกล่าว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว ที่พัฒนาขึ้น

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบติดตามการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ในการให้บริการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดตามสถานการณ์จริง ในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสีคิ้ว และ แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล มีค่า Kr-20 เท่ากับ 0.81 และ แบบประเมินความรู้และทักษะของพยาบาล ที่พัฒนาขึ้น โดยแบบประเมินความรู้ของพยาบาล มีค่า Kr-20 เท่ากับ 0.90 และ แบบประเมินทักษะของพยาบาล มีค่า Cronbach alpha coefficient เท่ากับ 0.79

3. การดำเนินการวิจัย

3.1 ผู้วิจัยดำเนินการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว ที่พัฒนาขึ้น ให้บริการในหอผู้ป่วยเด็ก ตามการเข้ารับบริการในแต่ละระยะราย จนครบ 30 ราย

3.2 ประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลและพยาบาล ก่อนและหลังดำเนินการตามกระบวนการของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3.3 ผู้วิจัยสรุปผลการนำรูปแบบฯ ไปทดลอง ได้แก่ ผลการประเมินความรู้และทักษะ ด้วยสถิติ Paired t-test และทำการวิเคราะห์ข้อค้นพบ ปัญหาและอุปสรรค ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบฯ (D2)

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ดำเนินการด้วยการประเมินความพึงพอใจ และนำข้อค้นพบมาปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย

1.1 กลุ่มผู้ใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น สำหรับการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว

1.2 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง สำหรับประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว ที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อค้นพบ จำนวน 5 คน ได้แก่ กุมารแพทย์ จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน และ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก จำนวน 1 คน

2. เครื่องมือในการวิจัย

2.1 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว โดยมีค่า Cronbach alpha coefficient เท่ากับ 0.90

2.2 แบบประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง โดยแบบประเมินในแต่ละข้อ มีค่า IOC ระหว่าง 0.67 - 1.00

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

3.1 ผู้วิจัยประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge) โดยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินความพึงพอใจ

3.2 ผู้วิจัยประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ โดยให้ทีมสหวิชาชีพทำแบบประเมินความพึงพอใจ ภายหลังจากการทดลองใช้รูปแบบในผู้ป่วยจนครบ 30 คน

3.3 ผู้วิจัยเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว ที่ปรับปรุงจากผลการประเมินผลลัพธ์ ต่อกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน เพื่อประเมินความเหมาะสม การนำไปใช้ และ ประโยชน์ที่ได้รับ

3.4 ผู้วิจัยนำผลการประเมิน และ ข้อค้นพบ มาปรับปรุงรูปแบบฯ ให้มีความสมบูรณ์

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก และ ทีมสหวิชาชีพ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ (จำนวน) ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าสูงสุด (Max.) และ ค่าต่ำสุด (Min.)

4.2 การวิเคราะห์ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ (จำนวน) ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าสูงสุด (Max.) และ ค่าต่ำสุด (Min.)

ผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบฯ ดังกล่าว ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว

จากการดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ ตามขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง และ ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยใช้ข้อมูลค้นพบในขั้นตอนที่ 1 มารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว ใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม แบบมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว มีองค์ประกอบดังนี้

1.1 บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นได้กำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละวิชาชีพไว้อย่างชัดเจน ได้แก่

1.1.1 กุมารแพทย์: ซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค ให้การรักษาประเมินอาการต่อเนื่อง วางแผนการจำหน่าย นัดติดตามการรักษาหลังผู้ป่วยจำหน่าย

1.1.2 พยาบาลประจำหอผู้ป่วย: ประเมินอาการ รวบรวมข้อมูล ผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ประเมินและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ สอนผู้ดูแลในการเช็ดตัวลดไข้ การล้างจมูก การดูแลเด็กเมื่อมีเสมหะ การสังเกตการณ์หายใจและอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

1.1.3 นักกายภาพบำบัด: ให้การฟื้นฟูสภาพปอด การเคาะปอดเพื่อช่วยขับเสมหะ การสอนญาติเกี่ยวกับการจัดทำเพื่อระบายเสมหะและการป้องกันการสำลัก

1.1.4 เภสัชกร: สอนและแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาพ่นในกรณีผู้ป่วยได้รับการพ่นยาแบบ Masterd Dose Inhalation (MDI)

1.1.5 นักโภชนาการ: ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารและภาวะโภชนาการ ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กมีปัญหาด้านทุโภชนาการ

1.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ประกอบด้วย

1.2.1 การประเมิน Early warning sign (EWS) ประกอบด้วย อัตราการหายใจ (Respiratory rate) ลักษณะการหายใจ (Retraction) และ ความอิ่มตัวของระดับออกซิเจนในร่างกาย (Oxygen saturation)

1.2.2 การจัดการทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก

1.2.3 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนในอัตราการไหลสูง ซึ่งได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนใส่เครื่อง การดูแลขณะใส่เครื่อง และการดูแลหลังการถอดเครื่อง

1.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation) โดยผู้ดูแลที่เฝ้าเด็กประจำจะได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนจากพยาบาลและทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับเรื่อง ความรู้เรื่องปอดอักเสบในเด็ก และการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ได้แก่ การเช็ดตัวลดไข้ การล้างจมูก การจัดทำ การเคาะปอด โดยพยาบาลทำการประเมินความรู้และทักษะหลัง การสอน และ ทำการสอนและประเมินซ้ำในกรณีที่ปฏิบัติไม่ได้

1.4 การวางแผนจำหน่าย ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กต่อเนื่อง โดยใช้ หลัก D-Method⁽⁷⁾ มีวิธีการดังต่อไปนี้

1.4.1 D (Disease) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องโรคและการสังเกตอาการผิดปกติ

1.4.2 M (Medication) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ต้องรับประทานที่บ้าน ตั้งแต่ชนิด สรรพคุณ อาการข้างเคียง ขนาด วิธีใช้ วิธีเก็บการเผื่อระวังอาการไม่พึงประสงค์ และวิธีการแก้ไขเบื้องต้น

1.4.3 E (Economic+ Environment) การให้คำแนะนำในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ เช่น การติดต่อหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ เช่น ประกันสังคม สิทธิการรักษา สวัสดิการต่าง ๆ รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม

1.4.4 T (Treatment) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ต้องทำต่อเนื่อง การดูแลและการปฏิบัติตัว

1.4.5 H (Health) การให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป เช่น การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ

1.4.6 O (Out-patient) การให้คำแนะนำการใช้แหล่งบริการสุขภาพอนามัยในการบำบัดต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติที่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด

2. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ

การประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากการทดลองใช้รูปแบบ ประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลและพยาบาล ก่อนและหลังดำเนินการตามกระบวนการของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น และ ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งมีผลการวิจัยดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

2.1.1 ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จำนวน 30 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสีคิ้ว ขณะทำการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.30 อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3 ปี 5 เดือน (S.D. = 2 ปี 4 เดือน) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.33 และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 3.3 วัน

2.1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เป็นกลุ่มผู้ร่วมวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 36.60 รองลงมาอายุน้อยกว่า 51-60 ปี ร้อยละ 26.60 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 โดยมีความเกี่ยวข้องกับเด็กที่ป่วย ส่วนใหญ่เป็นยาย ร้อยละ 43.30 และ มารดา ร้อยละ 36.60 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 และ มัธยมศึกษา ร้อยละ 40.00 และ อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 46.60 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 33.33

2.1.3 ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 14 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 64.30 และมีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 57.10

2.2 ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

2.2.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหายใจล้มเหลว และ การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย	ก่อนการใช้รูปแบบ	หลังการใช้รูปแบบ	p-value
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (บาท)	8,252.00	7,527.90	<0.001
ค่าเฉลี่ยระยะวันนอนโรงพยาบาล (วัน)	5.00	3.30	<0.001
การเกิดภาวะหายใจล้มเหลว (คน)	3.00	0	<0.001
การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (คน)	2.00	0	<0.001

2.2.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแลและพยาบาล พบว่า ด้านผู้ดูแล มีด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ หลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ พยาบาล มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ หลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน ผลการวิจัยดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ผู้ดูแลและพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ผลลัพธ์ผู้ดูแลและพยาบาล	Mean	S.D.	Mean diff.	95%CI of Mean diff.	t	p-value
ความรู้ของผู้ดูแล (n = 30)						
ก่อน	7.30	0.66	2.20	1.25-6.40	24.27	<0.001
หลัง	9.50	0.56				
ความรู้ของพยาบาล (n = 9)						
ก่อน	11.70	1.09	2.90	2.12-5.82	11.80	<0.001
หลัง	14.60	0.50				
ทักษะของพยาบาล (n = 9)						
ก่อน	15.00	1.32	3.90	2.24-6.82	6.90	<0.001
หลัง	18.90	0.97				

2.2.3 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบต่อบริการที่ได้รับ ตามรูปแบบการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบพบว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.28, SD= 0.57) และ ความพึงพอใจโดยรวมของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลเด็กปอดอักเสบพบว่า มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.60, SD= 0.46) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านผลการวิจัยดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	ระดับ
ความพึงพอใจของผู้ดูแล (n = 30)			
ความพึงพอใจโดยรวม	4.28	0.57	มาก
ความพึงพอใจด้านความสะอาด	4.23	0.61	มาก
ความพึงพอใจด้านการติดต่อประสานงาน	4.57	0.49	มากที่สุด
ความพึงพอใจด้านอรรถาธิบายของพยาบาลในหอผู้ป่วย	4.23	0.67	มากที่สุด
ความพึงพอใจด้านการแจ้งข้อมูล	4.20	0.56	มาก
ความพึงพอใจด้านคุณภาพการบริการ	4.20	0.56	มาก
ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ (n = 14)			
ความพึงพอใจโดยรวม	3.87	0.46	มาก
ความพึงพอใจด้านการมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน	4.60	0.51	มากที่สุด
ความพึงพอใจด้านการทำงานร่วมกัน	4.58	0.48	มากที่สุด
ความพึงพอใจด้านความคล่องตัวในการทำงาน	1.71	0.46	น้อย
ความพึงพอใจด้านการส่งเสริมพัฒนาบุคคล	4.60	0.46	มากที่สุด

การอภิปรายผล

จากการนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และ ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว ประกอบด้วย 1) บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ 3) การมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 4) การวางแผนการจำหน่าย ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการดำเนินงานอย่างชัดเจน สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีของการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ไปทดลองใช้ คือ ไม่พบภาวะหายใจล้มเหลวจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง และไม่พบอุบัติการณ์การกลับมาเสียชีวิตภายใน 28 วัน ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และ มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพที่ออกแบบการดูแลร่วมกัน เกิดการทำงานเป็นทีม มีการส่งต่อข้อมูลและดูแลต่อเนื่อง และปรับแก้ไขให้เหมาะสมกับบริบท ทุกคนทำงานได้ราบรื่น และมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบทั้งด้านความรู้และทักษะ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่าง ผู้ดูแลและบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจทีมสุขภาพ นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญที่ทำให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ได้รับการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ลดความวิตกกังวลกังวลของผู้ดูแล และมีความมั่นใจในการดูแลบุตรหลาน⁽⁸⁾

2. ผลการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พบว่า ระยะวันนอนในโรงพยาบาลลดลง ซึ่งเกิดจากรูปแบบการดูแลมีกำหนดแผนการรักษาผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน พยาบาลมีความรู้และทักษะ มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีการประเมินโดยใช้ Early warning sign (EWS) ทำให้สามารถประเมินความรุนแรงและจัดการกับอาการผู้ป่วยได้เหมาะสมทันเวลา ส่งผลให้ไม่พบผู้ป่วยเกิดภาวะหายใจล้มเหลวจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน และ มีการมีแนวปฏิบัติการรักษาโดยใช้ออกซิเจนชนิดอัตรา

การไหลสูงในการรักษาภาวะหายใจลำบาก ลดการใส่ท่อช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ อำไพรัตน์ สุทธิธรรมถาวร⁽⁹⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของระบบสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยเด็ก (Pediatric Early Warning System-PEWS) โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ซึ่งผู้ป่วยที่มีค่า PEWS score ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป สามารถทำนายการนอนในโรงพยาบาล การย้ายเข้าหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต การส่งต่อผู้ป่วยภาวะวิกฤต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลลัพธ์การทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นจะเห็นได้ว่า ด้านการรักษาพยาบาลพบว่าภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีค่าเฉลี่ย ค่ารักษาพยาบาลลดลง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงไปด้วย ส่วนด้านการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ไม่พบกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อม ทั้งด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน จึงมีความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยและสามารถกลับไปดูแลต่อเมื่อที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนทำให้ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ อารี สุขแจ่ม, พัชรา เกษมสุข และจริญา บึงทอง⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยทักษะด้านการดูแลเมื่อเด็กมีไข้ การดูแลเมื่อไอ มีน้ำมูกหรือมีเสมหะ การสังเกตอาการผิดปกติ และ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อัตราการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ในส่วนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบของพยาบาล ภายหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าความรู้และทักษะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อพยาบาลได้รับการเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแล สามารถประเมินอาการและดูแลเมื่อผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบเกิดภาวะหายใจลำบาก การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนไหลสูงได้อย่างถูกต้อง จนทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในภาวะการณเจ็บป่วยดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Pongdara A.⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาผลการใช้ High Flow Nasal Cannula (HFNC) ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบากโรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบวันนอนนอนรวมในหอผู้ป่วยเฉลี่ยอยู่ที่ 4.5 วันซึ่งใกล้เคียงกับวันนอนเฉลี่ยในการศึกษานี้ นอกจากนี้ยังพบว่าด้านความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่อง เปิดโอกาสให้ท่านและครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัยและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการรักษาพยาบาลซึ่ง ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ การนำผู้ปกครองหรือบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schepp K.⁽¹²⁾ ที่พบว่าผู้ปกครองของเด็กป่วยต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรม 4 ด้าน และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พบว่า มีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก อธิบายได้ว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี มีการขอความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย เป็นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของทีมในการพัฒนารูปแบบทุกขั้นตอน แต่ทั้งนี้ก็จะเห็นได้ว่าความพึงพอใจด้านความคล่องตัวในการทำงานอยู่ในระดับน้อย อาจเกิดจากเป็นรูปแบบใหม่ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานยังไม่เคยชิน อยู่ในช่วงปรับตัวในการปฏิบัติงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทั้งนี้จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ได้ตามสถานการณ์จริงของตึกผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสีกี้ว ซึ่งจะช่วยให้การบริการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีประสิทธิภาพ ทำให้หน่วยงานมีการจัดบริการที่มีคุณภาพและผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 ด้านบริหาร ทีมพัฒนาคุณภาพบริการทางการพยาบาล ควรมีการนิเทศติดตามทบทวนปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบเป็นประจำที่พบอุบัติการณ์หรือพบความเสี่ยง เพื่อให้บุคลากรมีความตระหนักและเห็นความสำคัญ

ปัญหาทำให้เกิดแนวทางการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอักเสบในเด็ก และ ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบ

1.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบช่วงอยู่ในช่วง ปฐมวัย อายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งควรได้รับการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการให้เป็นไปตามวัยในระหว่างเจ็บป่วย จึงควรเพิ่มการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละวัย เพื่อลดความกลัว วิตกกังวลและให้ความร่วมมือต่อการรักษาพยาบาล

1.3 ด้านวิชาการ ควรมีการฟื้นฟูความรู้และพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และ ประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบในกลุ่มทารกแรกเกิดที่อายุต่ำกว่า 1 เดือน ซึ่งมีความซับซ้อนและดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงกับมารดาตั้งแต่ระยะเจ็บครรภ์คลอดจนระยะหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, สถานการณ์โรคปอดอักเสบ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566], เข้าถึงได้จาก สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=21. 2
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคปอดอักเสบ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566], เข้าถึงได้จากสืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th> > publish PDF.
3. โรงพยาบาลสีกี้ว. รายงานการจัดบริการหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสีกี้ว ปีงบประมาณ 2566. จังหวัดนครราชสีมา; 2566.
4. โรงพยาบาลสีกี้ว. รายงานการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสีกี้ว ปีงบประมาณ 2566. จังหวัดนครราชสีมา; 2566.
5. วนิดา แสนพุก, สุดใจ ศรีสงค์ และ เพ็ญจรี แสนสุริวงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ. วารสารกองการพยาบาล. 2563: 47(1), 153-172.
6. สะอาด จำปาอ่อน, ยุพินภรณ์ ชำชู และ ปิยดา ทาศิริ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวม ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรมโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลเลย. รายงานสืบเนื่องการนำเสนอผลงานวิชาการ โรงพยาบาลเลย. 2565. 56-71.
7. อาจริย์ ยงทิพย์วรากล. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและมีภาวะหายใจลำบาก: กรณีศึกษา. ชัยภูมิวารสาร. 2566: 43 (พิเศษ), 100-111.
8. พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. การพยาบาลเด็ก. เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด; 2560.
9. อำไพรัตน์ สุทธิธรรมถาวร. ประสิทธิภาพของระบบสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยเด็ก (Pediatric Early Warning System-PEWS) โรงพยาบาลศิครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2566: 38(1), 19-28.
10. อารี สุขแจ้ง, พัชรา เกษมสุข และ จรินทร์ญา บึงทอง. ประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายแบบองค์รวม สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2565: 37(1), 217-230.
11. Pongdara, A. Effect of high flow nasal cannula (HFNC) in pediatric with respiratory distress. Thai Journal Pediatrics. 2019; 58(3), 175-80.
12. Schepp, K. Psychometric assessment of the preferred participation scale for parents of hospitalized children. Unpublished manuscript, University of Washington, School of Nursing, Seattle, WA; 1995.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

รสสุคนธ์ พิไชยแพทย์¹ จงกลณี ตัญเจริญ^{2*} สุรีพร แสงสุวรรณ³ สุระพงษ์ ฝ้ายเคนา⁴ นลปัทนันท์ ไชยวงศ์⁵

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{2*}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

⁴ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรุ นครราชสีมา

⁵พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรุ นครราชสีมา

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรุ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้ข้อมูลจำนวน 178 คน จากทั้งหมด 202 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามหลัก 3อ. 2ส. ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.88 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.23, S.D. = 0.82) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านความรู้เท่าทันสื่อ (Mean = 3.31, S.D. = 0.78) รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง (Mean = 3.30, S.D. = 0.81) และด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูล (Mean = 3.29, S.D. = 0.81) ขณะที่ด้านการบอกต่อมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 3.05, S.D. = 0.84) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามหลัก 3อ. 2ส. โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม (Mean = 3.09, S.D. = 0.88) โดยพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม (Mean = 3.49, S.D. = 0.76) รองลงมาคือ การไม่สูบบุหรี่ (Mean = 3.34, S.D. = 0.79) และการไม่ดื่มสุรา (Mean = 3.20, S.D. = 0.69) ขณะที่พฤติกรรมการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 2.47, S.D. = 1.08) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับดี แต่ยังคงส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อในชุมชน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมสุขภาพ/ การป้องกันโรค/ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง/
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Health Literacy and Health Behaviors for Prevention of Non-Communicable Diseases Among Village Health Volunteers

Rossukhon Pichaipat¹ Jongkolnee Tuicharoen^{2*} Sureeporn Saengsuwan³

Surapong Faikena⁴ Nontanun Chaiwong⁵

¹Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^{2*}Asst. Prof, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³Nurse Specialist, Social Medicine Department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

⁴Director of Nong Pru Subdistrict Health Promoting Hospital, Nakhon Ratchasima

⁵Nurse Specialist, Nong Pru Subdistrict Health Promoting Hospital, Nakhon Ratchasima

Abstract

This descriptive research aimed to examine the levels of health literacy and health behaviors for non-communicable disease (NCD) prevention among village health volunteers (VHVs). The sample consisted of 178 VHVs from a total of 202 in the catchment area of Nong Pru Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. Data were collected using two questionnaires: a health literacy questionnaire and a health behavior questionnaire for NCD prevention based on the “3Es-2Rs” principle. The reliability coefficients of the instruments were 0.88 and 0.89, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results showed that the overall health literacy level of VHVs in NCD prevention was high (Mean = 3.23, S.D. = 0.82). The highest mean score was found in media literacy (Mean = 3.31, S.D. = 0.78), followed by self-decision making (Mean = 3.30, S.D. = 0.81), and information comprehension (Mean = 3.29, S.D. = 0.81), while the lowest was in communication and advocacy (Mean = 3.05, S.D. = 0.84). The overall health behavior in NCD prevention was at a satisfactory level (Mean = 3.09, S.D. = 0.88). The highest mean score was observed in appropriate dietary habits (Mean = 3.49, S.D. = 0.76), followed by non-smoking (Mean = 3.34, S.D. = 0.79) and abstaining from alcohol (Mean = 3.20, S.D. = 0.69), while exercise behavior had the lowest score (Mean = 2.47, S.D. = 1.08). The findings indicate that VHVs generally possess good levels of health literacy and health behaviors in preventing NCDs. However, continuous promotion of physical activity is recommended to enhance their role as health promoters and to reduce NCD risks in the community.

Keywords: Health literacy/ Health behaviors/ prevention/ Non-communicable diseases/
Village Health Volunteers

*Corresponding author: Jongkolnee Tuicharoen, email: jongkolnee@knc.ac.th, Tel.: 08 5495 9640

Received: March 9, 2025/ Revised: April 15, 2025/ Accepted: April 17, 2025

บทนำ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ได้กลายเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลกและประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา แนวโน้มการเกิดโรคเหล่านี้ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกลุ่มประชากรวัยทำงาน วัยสูงอายุ และแม้แต่ในกลุ่มวัยรุ่น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาว ตลอดจนภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพโดยรวมของประเทศ⁽¹⁾ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้บ่อยในประเทศไทย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งบางชนิด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งโรคเหล่านี้มักมีปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูงและคุณค่าทางโภชนาการต่ำ การขาดกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความเครียดเรื้อรัง⁽²⁾

แม้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถป้องกันและควบคุมได้หากประชาชนมีความตระหนักรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีบทบาทอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) ที่หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่ดีต่อสุขภาพของตนเองและชุมชนโดยรอบ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็น “ทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและธำรงรักษาสุขภาพของตนเอง”⁽³⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการอ่านออกเขียนได้ แต่ยังครอบคลุมถึงทักษะในการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ การแยกแยะความถูกต้องของข้อมูล ตลอดจนความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ในบริบทของชีวิตจริง

จากการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมสุขภาพ การเข้ารับบริการสุขภาพ การป้องกันโรค และการควบคุมโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁻⁵⁾ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽⁶⁾ พบว่า ประชาชนไทยกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 - 59 ปี ร้อยละ 38.18 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี และมีเพียงร้อยละ 19.43 ที่มีความรอบรู้ในระดับดีมาก ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับต่ำ และยังไม่เพียงพอสำหรับการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน⁽⁶⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำอาจนำไปสู่การปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง การใช้ยาผิดวิธี หรือการตัดสินใจโดยขาดข้อมูลที่ถูกต้อง อันอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังและเพิ่มภาระทางการแพทย์และสังคมในระยะยาว⁽⁷⁻⁸⁾

ในบริบทของประเทศไทย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับชุมชน โดยทำหน้าที่เป็นตัวกลางระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่ ทำหน้าที่ทั้งในการให้ความรู้ การสื่อสารความเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพ การติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการจัดกิจกรรมป้องกันโรคต่าง ๆ ในชุมชน อสม. มีข้อได้เปรียบที่สำคัญคือเป็นบุคคลที่ประชาชนไว้วางใจ เข้าถึงง่าย และสามารถสื่อสารได้อย่างตรงจุด ซึ่งทำให้บทบาทของอสม. ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตาม ศักยภาพของ อสม. ในการทำหน้าที่ดังกล่าวจะประสบความสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ ซึ่งจะเอื้อต่อการถ่ายทอดข้อมูลอย่างถูกต้อง การให้คำแนะนำที่เหมาะสม และการเป็นแบบอย่างของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแก่ชุมชน โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนเมืองที่มีความหลากหลายของกลุ่มประชากร วิถีชีวิตที่เร่งรีบ การเข้าถึงอาหารฟาสต์ฟู้ด การขาดกิจกรรมทางกาย และปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ทำให้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องที่ท้าทาย การมี อสม. ที่มี ความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ^(4,9)

จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีลักษณะภูมิศาสตร์และโครงสร้างประชากรที่หลากหลาย ทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยเฉพาะในเขตเมืองที่มีความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพและวิถีชีวิตของประชาชน ทำให้การดูแลสุขภาพในระดับชุมชนประสบความสำเร็จ จากรายงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรู

ปี 2567 พบว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ในด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง ส่งผลให้เกิดช่องว่างสำคัญในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลกลุ่มประชากรเมืองที่มีพฤติกรรมสุขภาพหลากหลายและยากต่อการเข้าถึง⁽¹⁰⁾

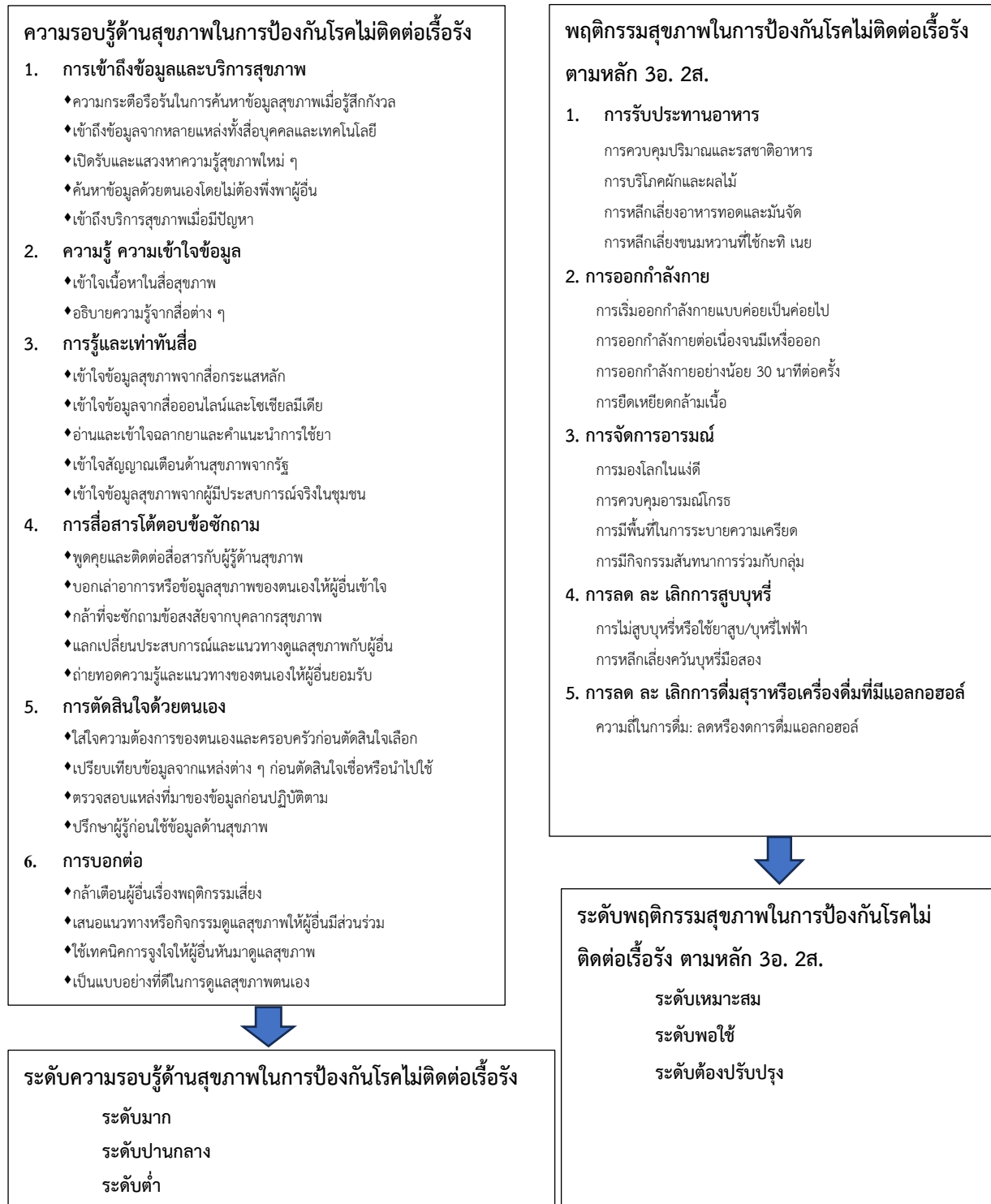
นอกจากนี้ ข้อมูลการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนยังพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ และยังไม่สามารถปฏิบัติตามหลักการ 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดสุรา) ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแต่ไม่ยั่งยืน⁽⁶⁾ ปัญหาดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนา อสม. ให้มีความรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

จากเหตุผลดังกล่าว การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดนครราชสีมาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาเสริมศักยภาพ อสม. และต่อยอดสู่การจัดการสุขภาพเชิงรุกในระดับชุมชน อันจะนำไปสู่การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชากรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมดที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอมะนังนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส จำนวน 202 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ จังหวัดนราธิวาส
- 2) ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตความรับผิดชอบที่ตำบลหนองจะบก ตามที่ได้รับมอบหมายจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอมะนังนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส อย่างน้อย 2 ปี เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในชุมชนอย่างต่อเนื่องและมีความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างรอบด้าน ซึ่งประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมต่อการสะสมความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยให้ข้อมูลที่รับจากกลุ่มตัวอย่างมีความน่าเชื่อถือและสะท้อนถึงพฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างแท้จริงตามบริบทของชุมชน
- 3) มีทักษะพื้นฐานทางด้านเทคโนโลยีและคอมพิวเตอร์ สามารถตอบแบบสอบถามในช่องทาง Google form ผ่านทาง Smart phone หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ที่รองรับสัญญาณอินเทอร์เน็ต
- 4) ยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ดัดแปลงจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2561⁽⁶⁾ และการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชน ปี พ.ศ. 2566⁽¹¹⁾ ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยทดสอบความตรง (Validity) ได้ค่าค่าสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามหลัก 3อ. 2ส. เท่ากับ 0.88 และ 0.89 ตามลำดับ ทั้งนี้ แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมคำลงในช่องว่าง
2. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีเนื้อหาการทดสอบความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรค ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยแบบทดสอบนี้ข้อคำถามมีความยากแตกต่างกัน จึงได้ประเมินค่าความเชื่อมั่นด้วยค่า KR-20 (Kuder-Richardson Formula 20) ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.74
3. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีทั้งหมด 25 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ (1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ (2) ความรู้ ความเข้าใจข้อมูล จำนวน 2 ข้อ (3) การรู้และเท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ (4) การสื่อสารโต้ตอบข้อซักถาม จำนวน 5 ข้อ (5) การตัดสินใจตนเอง จำนวน 4 ข้อ และ (6) การบอกต่อ จำนวน 4 ข้อ โดยทุกด้านของคำถามความรู้ด้านสุขภาพ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating

scale) 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Likert⁽¹²⁾ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ กำหนดค่าคะแนน 0 - 4 คะแนน ตามข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างหลังการประเมิน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์⁽¹³⁾ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.68 - 4.00 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.67 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 1.33 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับต่ำ

4. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามหลัก 3อ. 2ส. มีทั้งหมด 15 ข้อคำถาม กำหนดมาตรฐานวัดตามความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ (ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา) ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติ 6 - 7 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 4 - 5 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 1 - 2 วันต่อสัปดาห์ และไม่ปฏิบัติเลย กำหนดคะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Likert⁽¹²⁾ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนนไปจนถึง 4 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างหลังการประเมิน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์⁽¹³⁾ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.68 - 4.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพในเชิงปฏิบัติอยู่ในระดับเหมาะสม

คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.67 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพในเชิงปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 1.33 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพในเชิงปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

การรับรองจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา หมายเลข COA No. 39/2566 วันที่รับรอง 27 ธันวาคม พ.ศ. 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ (1) ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมชุมชนในการเก็บข้อมูล (2) นำเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงใน Google Form เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากนั้นมีการ (3) ชี้แจงรายละเอียดงานวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยให้ตอบตกลงในระบบ จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะดำเนินการตอบข้อมูลโดยใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาที และ (4) ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป (5) นำข้อมูลมาประมวลและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Statistics version 24 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเก็บข้อมูลมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 178 คน จากทั้งหมดจำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 88.12 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.24 อายุเฉลี่ย 55.64 ปี (S.D. = 2.56) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 68.75 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 27.55 โดยโรคที่เป็นมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.56 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.35 และ โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10.25 ระยะเวลาเฉลี่ยการเป็น อสม. 11.16 ปี

ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามถูกต้องมากที่สุดในเรื่อง ความรู้เรื่องผู้ป่วยเบาหวานควรกำหนดเวลาในการรับประทานยาให้ชัดเจนและรับประทานยาให้ตรงเวลาทุกวัน ร้อยละ 98.31 และรองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ

และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 97.19 และการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม หวาน มันจัด มีโอกาสทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 97.19 และผู้ป่วยเบาหวานสามารถออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เช่น แกว่งแขน เดิน อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 - 5 วัน ร้อยละ 95.51 และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามได้ถูกต้องใกล้เคียงกันในเรื่อง โรคและอาการของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ ข้อคำถามผู้ป่วยโรคเบาหวานถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะมีอาการเหนียวอ่อนเพลีย ร้อยละ 93.82 โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 93.26 อาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ อ่อนเพลีย หิวบ่อย กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย เวลากลางคืนและน้ำหนักตัวลด ร้อยละ 92.70 และ ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 92.13 นอกจากนี้ยังพบประเด็นที่ อสม. ยังต้องได้รับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ในประเด็นเรื่องการอดอาหารหรือกินข้าวเพียง 2 - 3 คำต่อมื้อ จะช่วยควบคุมโรคเบาหวานได้ดี ซึ่งในข้อคำถามนี้ มีกลุ่มตัวอย่างตอบจำนวนมากถึงร้อยละ 43.25 และข้อคำถามค่าปกติของระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้ว คือน้อยกว่า 100 มก/ดล. (กรณีที่งดอาหารและเครื่องดื่มอย่างน้อย 8 ชั่วโมง) ร้อยละ 11.80

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.23, S.D. = 0.82) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรู้และเท่าทันสื่อ (Mean = 3.31, S.D. = 0.78) รองลงมา คือ การตัดสินใจด้วยตนเอง (Mean = 3.30, S.D. = 0.81) และความรู้ความเข้าใจข้อมูล (Mean = 3.29, S.D. = 0.81) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การบอกต่อ (Mean = 3.05, S.D. = 0.84) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	Mean	S.D.	ระดับ
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.20	0.84	มาก
2. ความรู้ ความเข้าใจข้อมูล	3.29	0.81	มาก
3. การรู้และเท่าทันสื่อ	3.31	0.78	มาก
4. การสื่อสารโต้ตอบข้อซักถาม	3.22	0.82	มาก
5. การตัดสินใจด้วยตนเอง	3.30	0.81	มาก
6. การบอกต่อ	3.05	0.84	มาก
รวม	3.23	0.82	มาก

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้านดังนี้ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การเปิดรับและแสวงหาความรู้สุขภาพใหม่ๆ (Mean = 3.35, S.D. = 0.72) รองลงมา คือ เข้าถึงข้อมูลจากหลายแหล่งทั้งสื่อบุคคลและเทคโนโลยี (Mean = 3.32, S.D. = 0.83) และการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อมีปัญหา (Mean = 3.20, S.D. = 0.84) ส่วนประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ค้นหาข้อมูลด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Mean = 2.85, S.D. = 0.95) 2) ด้านความรู้ ความเข้าใจข้อมูล พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ การอธิบายความรู้จากสื่อต่างๆ (Mean = 3.29, S.D. = 0.82) และความรู้ความเข้าใจเนื้อหาในสื่อสุขภาพ (Mean = 3.28, S.D. = 0.80) 3) ด้านการรู้และเท่าทันสื่อ พบว่า ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การอ่านและเข้าใจฉลากยาและคำแนะนำการใช้ยา (Mean = 3.53, S.D. = 0.73) รองลงมา คือ เข้าใจสัญญาณเตือนด้านสุขภาพจากรัฐ (Mean = 3.49, S.D. = 0.67) และเข้าใจข้อมูลสุขภาพจากผู้มีประสบการณ์จริงในชุมชน (Mean = 3.22, S.D. = 0.84) ส่วนประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เข้าใจข้อมูลสุขภาพจากสื่อกระแสหลัก (Mean = 3.15, S.D. = 0.82) และเข้าใจข้อมูลจากสื่อออนไลน์และโซเชียลมีเดีย (Mean = 3.15,

S.D. = 0.83) 4) การสื่อสารโต้ตอบข้อซักถาม พบว่า ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ บอกเล่าอาการหรือข้อมูลสุขภาพของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจ (Mean = 3.30, S.D. = 0.83) รองลงมา คือ กล้าที่จะซักถามข้อสงสัยจากบุคลากรสุขภาพ (Mean = 3.29, S.D. = 0.79) และพูดคุยและติดต่อสื่อสารกับผู้รู้ด้านสุขภาพ (Mean = 3.22, S.D. = 0.81) ส่วนประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนวทางดูแลสุขภาพกับผู้อื่น (Mean = 3.13, S.D. = 0.86) 5) การตัดสินใจด้วยตนเอง พบว่า ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ปรึกษาผู้รู้ก่อนใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ (Mean = 3.44, S.D. = 0.82) รองลงมา คือ ใส่ใจความต้องการของตนเองและครอบครัวก่อนตัดสินใจเลือกบริการ (Mean = 3.34, S.D. = 0.77) และตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลก่อนปฏิบัติตาม (Mean = 3.29, S.D. = 0.81) ส่วนประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ก่อนตัดสินใจเชื่อหรือนำไปใช้ (Mean = 3.11, S.D. = 0.85) และ 6) การบอกต่อ พบว่า ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ กล้าเตือนผู้อื่นเรื่องพฤติกรรมเสี่ยง (Mean = 3.07, S.D. = 0.86) รองลงมา คือ เสนอแนวทางหรือกิจกรรมดูแลสุขภาพให้ผู้อื่นมีส่วนร่วม (Mean = 3.06, S.D. = 0.86) และเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเอง (Mean = 3.06, S.D. = 0.81) ส่วนประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ใช้เทคนิคการจูงใจให้ผู้อื่นหันมาดูแลสุขภาพ (Mean = 3.02, S.D. = 0.81)

3. พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ. 2ส.

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ. 2ส. โดยเป็นพฤติกรรมสุขภาพเชิงปฏิบัติโดยรวม อยู่ในระดับเหมาะสม (Mean = 3.09, S.D. = 0.88) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม (Mean = 3.49, S.D. = 0.76) รองลงมาคือ การไม่สูบบุหรี่ (Mean = 3.34, S.D. = 0.79) และการไม่ดื่มสุรา (Mean = 3.20, S.D. = 0.69) ขณะที่พฤติกรรมการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 2.47, S.D. = 1.08) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ. 2ส.

พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามหลัก 3อ. 2ส.	Mean	S.D.	ระดับ
1. การบริโภคอาหาร	3.49	0.76	เหมาะสม
2. การออกกำลังกาย	2.47	1.08	พอใช้
3. การจัดการอารมณ์	3.15	0.82	เหมาะสม
4. การไม่สูบบุหรี่	3.34	0.79	เหมาะสม
5. การไม่ดื่มสุรา	3.20	0.69	เหมาะสม
รวม	3.09	0.88	พอใช้

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้านดังนี้ 1) ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การหลีกเลี่ยงขนมหวานที่ใช้กะทิ เนย (Mean = 3.84, S.D. = 0.61) รองลงมา คือ การหลีกเลี่ยงอาหารทอดและมันจัด (Mean = 3.45, S.D. = 0.71) และการควบคุมปริมาณและรสชาติอาหาร (Mean = 3.44, S.D. = 0.87) ส่วนประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การบริโภคผักและผลไม้ (Mean = 3.21, S.D. = 0.83) 2) ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การออกกำลังกายต่อเนื่องจนมีเหงื่อออก (Mean = 3.54, S.D. = 1.16) รองลงมา คือ การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง (Mean = 3.47, S.D. = 1.01) และเริ่มออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไป (Mean = 2.45, S.D. = 1.05) ส่วนประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Mean = 2.43, S.D. = 1.10) 3) ด้านการจัดการอารมณ์

พบว่า ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การมีกิจกรรมสันทนาการร่วมกับกลุ่ม (Mean = 3.49, S.D. = 0.92) รองลงมา คือ การควบคุมอารมณ์โกรธ (Mean = 3.22, S.D. = 0.61) และการมีพื้นที่ในการระบายความเครียด (Mean = 3.16, S.D. = 0.68) ส่วนประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การมองโลกในแง่ดี (Mean = 2.71, S.D. = 1.05) 4) การลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ พบว่า การไม่สูบบุหรี่หรือใช้ยาสูบ/บุหรี่ไฟฟ้า (Mean = 3.43, S.D. = 0.79) และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง (Mean = 3.25, S.D. = 0.78) และ 5) การลด ละ เลิกการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า ความถี่ในการดื่ม (ลดหรืองดการดื่มแอลกอฮอล์) (Mean = 3.20, S.D. = 1.03)

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในด้านการรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจด้วยตนเอง และความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการเข้าถึง วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม อันเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับบุคคลและชุมชน ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam⁽⁶⁾ ซึ่งแบ่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบโต้ตอบ (Interactive Health Literacy) และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงวิจารณ์ (Critical Health Literacy) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงให้เห็นถึงความรู้ในระดับโต้ตอบและเชิงวิจารณ์ ซึ่งเป็นระดับที่เน้นความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล ตัดสินใจ และดำเนินพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมตามบริบทของตนเองและชุมชน สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานของ อสม. ในปัจจุบัน ที่ได้มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อสนับสนุนการทำงานให้มีประสิทธิภาพรวดเร็วทันสถานการณ์สามารถบันทึกและส่งต่อข้อมูลการระบาดของโรคไปยังหน่วยบริการได้ทันทีเช่น แอปพลิเคชัน “SMART อสม.” ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเพิ่มความทันสมัยและประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในชุมชนได้อย่างเรียลไทม์ แอปพลิเคชันนี้ช่วยให้ อสม. ลดการใช้กระดาษในการรายงานเพิ่มความรวดเร็วในชุมชน มีการสื่อสารโต้ตอบข้อซักถามดีขึ้น⁽¹⁴⁾

ทั้งนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น อสม. ที่มีประสบการณ์เฉลี่ยมากกว่า 11 ปี มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงวัยกลางคนถึงสูงอายุ และมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ขึ้นไป ล้วนเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญในการส่งเสริมทักษะและความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพได้อย่างลึกซึ้ง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จิราภรณ์ บุญมี และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า อสม. ที่มีประสบการณ์และระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่น และสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ไปยังชุมชนได้ดีกว่า อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในบางประเด็น เช่น ความเชื่อว่าการอดอาหารหรือกินข้าวเพียงเล็กน้อยสามารถควบคุมเบาหวานได้ หรือความไม่แม่นยำในค่าปกติของน้ำตาลในเลือด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดอบรมเชิงลึก และการจัดการเรียนรู้ที่มุ่งเน้น “ความเข้าใจที่ถูกต้อง” มากกว่าการท่องจำข้อมูลเพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยด้าน “การบอกต่อ” อาจสะท้อนถึงข้อจำกัดในการถ่ายทอดความรู้หรือขาดทักษะการโน้มน้าวใจให้ผู้อื่นดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งที่ อสม. มีบทบาทเป็นผู้นำการสื่อสารสุขภาพในชุมชน จึงควรได้รับการพัฒนาในด้านนี้เพิ่มเติมซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO)⁽¹⁶⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพไม่ได้หมายถึงแค่การเข้าใจข้อมูลเท่านั้น แต่รวมถึง “การแลกเปลี่ยนและสื่อสารข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ” ด้วย ดังนั้นควรมีการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารสุขภาพ และการสร้างความมั่นใจให้กับ อสม. ในการถ่ายทอดข้อมูลแก่ประชาชน เพื่อเสริมสร้างบทบาทในฐานะผู้นำสุขภาพในชุมชนให้เด่นชัดยิ่งขึ้น

2. พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ. 2ส.

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ. 2ส. โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม โดยเฉพาะในด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา สะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักรู้และทัศนคติเชิงบวกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บทบาทการเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพของ อสม. ในการดำรงพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการป้องกันโรคเรื้อรัง อันอาจเป็นผลมาจากประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่เฉลี่ยกว่า 11 ปี รวมถึงพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่อยู่ในระดับดี ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Green และ Kreuter⁽¹⁷⁾ ในแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED ซึ่งระบุว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลายประการ ทั้งในด้านปัจเจกบุคคล เช่น ความรู้ เจตคติ ทักษะ และในด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนทางสังคมและระบบบริการสุขภาพ ซึ่งในกรณีของกลุ่ม อสม. ที่ได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากทั้งระบบบริการสุขภาพและชุมชนที่ตนมีบทบาทอยู่นั้น ส่งผลให้สามารถปฏิบัติตนในแนวทางที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กฤตภณ เทพอินทร์ และเสน่ห์ ขุนแก้ว⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยยังพบว่า ด้านพฤติกรรมออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับองค์ประกอบอื่น (Mean = 2.47, S.D. = 1.08) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดบางประการ เช่น ภาระหน้าที่ประจำวัน ความไม่สะดวกในการจัดสรรเวลา หรือขาดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาพร มาลา และคณะ⁽¹⁹⁾ และของจิราภรณ์ เต็มลาภ และราเชนทร์ นพณัฐวงศ์กร⁽²⁰⁾ ที่รายงานว่า แม้ อสม. จะมีความรู้และทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการออกกำลังกาย แต่พฤติกรรมจริงยังอยู่ในระดับต่ำ อันเนื่องมาจากข้อจำกัดต่างๆ เช่น ขาดเวลา หรือสิ่งสนับสนุนจากชุมชน นอกจากนี้เมื่อเชื่อมโยงกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า มีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 27.55 โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงยิ่งสะท้อนให้เห็นความจำเป็นของการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย และทักษะด้านการจัดการอารมณ์ เพื่อป้องกันการลุกลามของโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตของ อสม. เอง

ดังนั้น เพื่อให้พฤติกรรมสุขภาพของ อสม. มีความครบถ้วนในทุกมิติ ควรมีการส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวัยและสามารถทำได้ในชีวิตประจำวัน รวมถึงพัฒนากลไกสนับสนุน เช่น การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกันในชุมชน การให้คำปรึกษาและติดตามผลพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการสร้างแรงจูงใจเชิงบวก เช่น การยกย่องเชิดชู อสม. ต้นแบบด้านการออกกำลังกาย เพื่อเป็นแรงกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สรุปผลการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงถึงศักยภาพพื้นฐานในการดูแลสุขภาพตนเองและเผยแพร่ข้อมูลต่อชุมชน อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ในรายด้านพบว่า มีจุดเด่นที่ทำได้ดีแล้ว ได้แก่ ด้านการรู้และเท่าทันสื่อ โดยอสม.สามารถแยกแยะข้อมูลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ได้ดี มีการไตร่ตรองและเลือกใช้ข้อมูลอย่างเหมาะสม ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง แสดงถึงทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและเลือกวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ บ่งชี้ว่า อสม.มีความเข้าใจในเนื้อหาด้านสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ดี ส่วนประเด็นที่ควรพัฒนาคือ การบอกต่อ/สื่อสารกับผู้อื่น ซึ่งยังอยู่ในระดับต่ำสุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ สะท้อนว่าควรมีการเสริมทักษะการสื่อสาร การถ่ายทอดความรู้ และการโน้มน้าวใจผู้อื่นให้เห็นความสำคัญของการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม แสดงว่า อสม.มีแนวโน้มดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับหลักสุขภาพ โดยจุดเด่นที่ทำได้ดีแล้ว ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ

ด้านอาหาร มีการบริโภคอาหารที่เหมาะสม มีพฤติกรรมที่ดีในการไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง ส่วนประเด็นที่ควรพัฒนา คือ ออกกำลังกาย ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด สะท้อนว่า อสม. ยังขาดความสม่ำเสมอหรือยังไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ จึงควรได้รับการส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการพัฒนา/สร้างเสริมสมรรถนะ โดยมีแนวทางพัฒนาดังนี้

1.1 ทักษะการบอกต่อ/สื่อสารกับผู้อื่น

1.1.1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้าน การสื่อสารสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เช่น การเล่าเรื่อง (Storytelling), เทคนิคการใช้คำพูดเชิงบวก และการตั้งคำถามปลายเปิด

1.1.2 ส่งเสริมให้ อสม. ได้ฝึกฝนการพูดในสถานการณ์จำลอง เช่น บทบาทสมมติ หรือกิจกรรมกลุ่มย่อย เพื่อเสริมความมั่นใจ

1.1.3 พัฒนา ชุดความรู้แบบกระชับ เข้าใจง่าย เพื่อให้ อสม. นำไปใช้ในการบอกต่อ เช่น แผ่นพับ ภาพสื่อ หรือคลิปวิดีโอสั้น

1.1.4 สนับสนุนการใช้ สื่อดิจิทัลหรือช่องทางออนไลน์ (เช่น LINE กลุ่มชุมชน) ในการเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าสนใจ

1.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

1.2.1 สร้างเครือข่ายชมรมสุขภาพ ที่มี อสม. เป็นผู้นำสุขภาพชุมชนเป็นแกนกลาง กระตุ้นให้ออกกำลังกายร่วมกัน

1.2.2 สร้างระบบ ติดตามและให้กำลังใจ เช่น การบันทึกการออกกำลังกายรายวัน แจกของรางวัลเล็กๆ หรือป้ายเชิดชู “อสม.ต้นแบบสุขภาพ”

1.2.3 ใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ (เช่น ThaiFit หรือ Health Buddy) เพื่อช่วยบันทึกพฤติกรรมการเคลื่อนไหวในแต่ละวัน

2. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อยอดเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ โดยมีแนวทางต่อยอดดังนี้

2.1 การรู้และเท่าทันสื่อ

2.1.1 ส่งเสริมให้ อสม.มีบทบาทในการ ตรวจสอบและคัดกรองข่าวปลอม (Fake News) ด้านสุขภาพในชุมชน

2.1.2 ให้การอบรมเพิ่มเติมเรื่อง หลักการคิดเชิงวิพากษ์ และการวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายแหล่ง

2.1.3 สนับสนุนให้ อสม.ผลิต สื่อสุขภาพของตนเอง เช่น อินโฟกราฟิก วิดีโอสั้น หรือโพสต์ให้ความรู้บน Facebook ชุมชน

2.2 การตัดสินใจด้วยตนเอง

2.2.1 ใช้กระบวนการ โค้ชชิงสุขภาพ (Health Coaching) ให้ อสม.เป็นผู้นำในการให้คำแนะนำแก่สมาชิกในชุมชน

2.2.2 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น “เวทีเสวนาอสม.ต้นแบบ” เพื่อแชร์แนวทางการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน

2.2.3 พัฒนาแผนสุขภาพรายบุคคล (Personal Health Plan) และฝึกฝนการประเมินตนเองด้านสุขภาพ

2.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสม / ไม่สูบบุหรี่ / ไม่ดื่มสุรา

2.3.1 ให้ อสม. เป็น วิทยากรจิตอาสา ถ่ายทอดประสบการณ์ในการเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้อื่น

2.3.2 พัฒนาเป็น “อสม.ต้นแบบสุขภาพ” ในด้านที่ตนมีความเชี่ยวชาญ เช่น การกินอาหารตามหลักโภชนาการไทย การเลิกบุหรี่

2.3.3 จัดกิจกรรมรณรงค์ร่วมกับชุมชน เช่น “ตลาดอาหารปลอดภัย” “หมู่บ้านปลอดบุหรี่” หรือ “งดเหล้าเข้าพรรษา”

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแห่งชาติ (พ.ศ. 2566–2570). นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2567.
- World Health Organization. Global report on diabetes [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2025 Apr 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>
- World Health Organization. Health literacy: The solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259–67. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. Diabetes Care. 2008;31(5):874–9. <https://doi.org/10.2337/dc07-1932>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
- พิศมัย สุขอมรรตน์. ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในคลินิกโรคไม่ติดต่อ. วารสารสุขภาพชุมชน. 2566;29(4):573–85.
- กุลพินิจ เจริญดี, ณัฐกฤตา บริบูรณ์, อรรถกร บุตรชุมแสง, สุพิน รุ่งเรือง. ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. 2565;35(2):99–113.
- กรมอนามัย. รายงานผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ. รายงานสรุปผลการดำเนินงานด้านสุขภาพประจำปี 2567. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2567.
- ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ, ญาณิ แสงสง่า, สิทธิ จันทนันทะ, ดลภัทร ศุภสุข, เนตรชนก ไชยพาน. การประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: หจก.พีเอ็นครีเอชั่น; 2566.
- Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;140:1–55.
- Best JW. Research in education. 4th ed. New Jersey: Prentice-Hall Inc.; 1981.
- ปราณี แสดคง, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง, ชนกานต์ จันทะคุณ, เบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์, ธณิศ สายวัฒน์, สายใจ คำทะเนตร. ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2566; 46(2): 116-127.
- จิราภรณ์ บุญมี, สุสาสินี แสงสุวรรณ, จารุวรรณ ภูวิทย์พันธ์. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564; 14(3): 65–76.

16. 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; 2015. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205244>
17. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
18. กฤศณ เทพอินทร์, เสน่ห์ ขุนแก้ว. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2565; 14(1): 206-218.
19. สุภาพร มาลา, สุรัสวดี สุวรรณศรี, นริศรา ศรีแสง. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562; 12(1): 45-58.
20. จิราภรณ์ เต็มลาภ, ราเชนทร์ นพณัฐวงศ์กร. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลดอนมะนาว อำเภอสองพี่น้องจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. 2567; 4(2): 713-730.

ผลการจัดการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล

วริศรา ปั่นทองกลาง^{1*} สุชาภา คล้ายมณี² อภิญญา พาผล³ เยี่ยม คงเรืองราช⁴

^{1*,2,3,4}อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และมุมมองความคิดเห็นของนักศึกษา ก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ปีการศึกษา 2567 จำนวน 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 เกี่ยวกับการการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาในระบบประสาท และการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาระบบตา หู คอ จมูก การเก็บข้อมูลก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยใช้แบบสอบถามความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติทีคู่ (Paired sample t-test) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.75, -2.83, -5.95$ $p < 0.05$) ข้อค้นพบที่สำคัญในส่วนของ การวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง สามารถช่วยพัฒนาให้นักศึกษามีทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาทางการพยาบาลได้ ผลการวิจัยนี้สนับสนุนให้ผู้สอนได้นำการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมาใช้ เพื่อช่วยพัฒนาความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง/ การศึกษาทางการพยาบาล/ ทักษะทางการพยาบาล

*ผู้รับผิดชอบบทความ: วริศรา ปั่นทองกลาง: Warissara.p@nrru.ac.th, โทร.: 08 4023 0689

Received: 24 กุมภาพันธ์ 2568/ Revised: 11 เมษายน 2568/ Accepted: 17 เมษายน 2568

Effect of High-Fidelity Simulation Based Learning on Knowledge, Satisfaction, and Self-Confidence among Nursing Students

Warissara Panthonglang^{1*} Suchada Klaimanee² Apiruedee Papol³ Yiam Khongruangrat⁴

^{1*,2,3,4}Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

This study employed a quasi-experimental research design to investigate the effects of virtual simulation-based learning on nursing students' knowledge, satisfaction, and self-confidence. Additionally, it explored students' perspectives before and after participating in virtual simulation-based learning. The study sample consisted of 80 second-year nursing students from Nakhon Ratchasima Rajabhat University in 2024. The research instruments included a virtual simulation-based learning plan designed for the Adult Nursing 1 course, focusing on nursing care for adult patients with neurological disorders and those with ear, nose, throat, and eye conditions. Data collection utilizes questionnaires assessing students' knowledge, satisfaction, and self-confidence in performing nursing procedures. Data analysis was conducted using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics, specifically the paired sample t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings revealed that the post-learning mean scores for knowledge, satisfaction, and self-confidence were significantly higher than the pre-learning scores ($t = -3.75, -2.83, -5.95$ $p < 0.05$). The qualitative findings revealed that implementing virtual simulation-based learning significantly contributed to the development of nursing students' analytical thinking and clinical decision-making skills in addressing nursing-related problems. These results indicate that virtual simulation-based learning effectively enhances students' analytical thinking and decision-making skills in nursing practice. This study supports integrating virtual simulation-based learning into nursing education as an effective pedagogical approach to improving students' knowledge, satisfaction, and self-confidence before engaging in real clinical practice.

Keywords: Virtual Simulation-Based Learning/ Nursing Education/ Nursing skill

*Corresponding author: Warissara Panthonglang, email: Warissara.p@nrru.ac.th, Tel.: 08 4023 0689

Received: February 24, 2025/ Revised: April 11, 2025/ Accepted: April 17, 2025

บทนำ

การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation-based learning: SBL) เป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในยุคปัจจุบันที่นำมาใช้เพื่อเน้นการพัฒนาทักษะผู้เรียนให้สอดคล้องกับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student-centered) ผู้สอนมีหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้สามารถแสวงหาและสร้างความรู้ได้ด้วยตนเอง ความรู้ที่เกิดขึ้นจะคงอยู่นาน ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ทันที การเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเป็นการจัดให้ผู้เรียนได้เข้าไปเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองที่มีความเสมือนจริงมากกับหุ่นจำลองที่มีโปรแกรมควบคุมส่งเสริมให้ผู้เรียนตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้ความรู้ที่ได้จากในห้องเรียนมาปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลอง การจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการเรียนรู้ที่สำคัญต่อผู้เรียน 5 ด้านคือด้านความรู้ ด้านทักษะ การปฏิบัติการพยาบาล ด้านการคิดวิเคราะห์ ด้านความพึงพอใจและด้านความมั่นใจในตนเอง^(1,2) การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ช่วยเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ⁽³⁾ การสอนที่ให้ผู้เรียนฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ เพิ่มความปลอดภัย และลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยผู้เรียนเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้และปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเองสามารถฝึกปฏิบัติซ้ำได้หลายครั้งโดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรง จึงสามารถฝึกทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและวิกฤต⁽⁴⁾ เป็นกลยุทธ์การสอนที่ให้ผู้เรียนฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ เพิ่มความปลอดภัย และลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย⁽⁵⁾ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนถ่ายโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติผู้เรียนได้รับข้อมูลป้อนกลับทันทีผ่านการสะท้อนคิดผลลัพธ์การเรียนรู้ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางการพยาบาล และทักษะที่ไม่ใช่การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การทำงานเป็นทีม และการสื่อสาร ช่วยให้ผู้เรียนมีความพึงพอใจ และมีความมั่นใจในตนเอง⁽⁶⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง (High-fidelity simulation) ที่มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์⁽⁷⁾ จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลที่จะสำเร็จการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพจะมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล ช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ และเกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ ได้แก่ การเตรียมสถานการณ์ การออกแบบสถานการณ์ และขั้นตอนการเรียนการสอนประกอบด้วย 1) ขั้นนำปฐมนิเทศและชี้แจงรายละเอียด (Pre-brief) เป็นขั้นตอนที่ผู้สอนปฐมนิเทศและให้คำแนะนำแก่นักศึกษาก่อนเรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในห้องปฏิบัติการ การทำงานของหุ่นเสมือนจริง การแนะนำวิธีการใช้อุปกรณ์ต่างๆ และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสร้างความคุ้นเคยกับหุ่นและอุปกรณ์ในห้องเสมือนจริง 2) ขั้นดำเนินสถานการณ์ (Scenario) ตามฉากที่กำหนด และ 3) ขั้นสรุปผลการเรียนรู้ (Debriefing) การสรุปผลการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดประสบการณ์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง⁽⁸⁾ เป็นกลยุทธ์การสอนที่มีประสิทธิภาพในการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ผลลัพธ์จากการเรียนรู้ส่งผลให้ผู้เรียนมีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณดูแลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย⁽⁹⁾ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง มีเหตุผลสำคัญ 2 ประการ คือ สังคมให้ความสำคัญเรื่องของสิทธิและความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น การสอนในสมัยก่อนจะให้นักศึกษาไปฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริงบนหอผู้ป่วย ในปัจจุบันถูกมองว่าเป็นการละเมิดสิทธิผู้ป่วยและอาจก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้การจัดให้นักศึกษาฝึกในสถานการณ์จำลองให้มีความชำนาญก่อน จะช่วยให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจที่จะไปปฏิบัติการพยาบาลจริงกับผู้ป่วยลดโอกาสที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ สาเหตุประการที่สองคือการจัดการเรียนการสอนในยุคปัจจุบันมุ่งเน้นการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ผ่านกระบวนการลงมือกระทำ มากกว่าการเรียนรู้จากในห้องเรียน โดยเชื่อว่าการให้ผู้เรียนลงมือกระทำ ย่อมทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และจดจำ

สิ่งที่เรียนรู้ได้จากการเรียนรู้ผ่านตัวหนังสือเพียงอย่างเดียว รวมทั้งสามารถนำความรู้ไปใช้ในอนาคตได้มากกว่า เพราะเคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติมาแล้ว⁽¹⁰⁾ จากการทบทวนงานวิจัยผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ด้านความรู้ผลการศึกษพบว่าผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังเรียน⁽¹¹⁾ ผู้เรียนได้มีโอกาสได้พัฒนาทักษะการให้เหตุผลทางคลินิก การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตัดสินใจทางคลินิก ผ่านกระบวนการสะท้อนคิดผลลัพธ์การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองตามกรอบแนวคิดการศึกษาทางการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลอง (The Nursing Education Simulation Framework) ส่งผลให้ผู้เรียนมีความรู้ (Knowledge) ทักษะการปฏิบัติ (Skill performance) ความพึงพอใจ (Learner satisfaction) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) และความมั่นใจในตนเอง (self-confidence)⁽¹¹⁾ การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นกลยุทธ์การสอนที่มีประสิทธิภาพในการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ผลลัพธ์จากการเรียนรู้ส่งผลให้ผู้เรียนมีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ดังนั้นจึงควรจัดให้มีการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติกับนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี เพื่อส่งเสริมให้เกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการพยาบาลและตัดสินใจในการดูแลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย⁽⁹⁾

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ได้เปิดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในปีการศึกษา 2565 มีการเตรียมความพร้อมทุกด้านเพื่อพัฒนาศักยภาพนักศึกษาให้เป็นที่ไปตามจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล สอดคล้องตามเกณฑ์การศึกษาระดับอุดมศึกษา สภาการพยาบาลและความต้องการของสังคมอย่างเต็มประสิทธิภาพ โดยจัดหาอัตราค่าจ้างบุคลากรผู้สอนที่มีความรู้ ความสามารถ มีประสบการณ์ด้านการสอน จัดหาตำรา เอกสาร สื่อเทคโนโลยี ห้องปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียน ผู้สอนที่เพียงพอและทันสมัย ซึ่งในปัจจุบันคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา มีห้องปฏิบัติการและหุ่นจำลอง มีการจัดการเรียนการสอนรูปแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทั้งในภาคทฤษฎีและทดลองปฏิบัติ จำนวน 5 รายวิชา ได้แก่ รายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน รายวิชาการประเมินภาวะสุขภาพ รายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 แต่ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเลย ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อนำข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาผลผู้เรียนและผู้สอนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

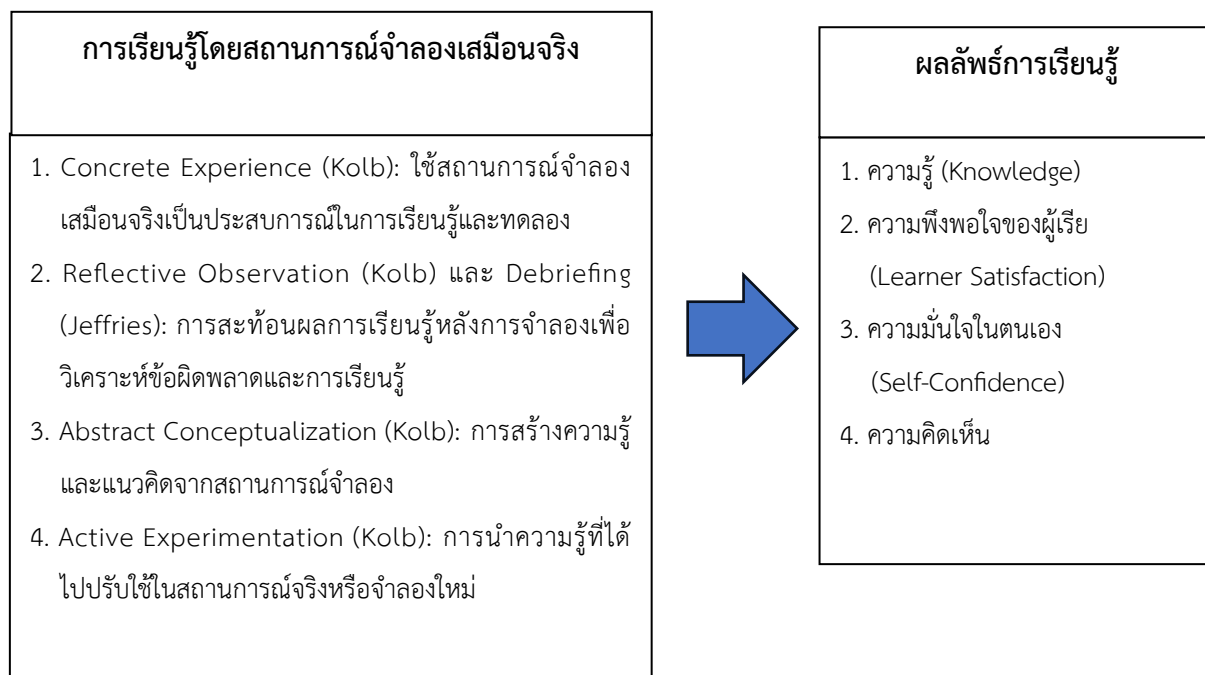
1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาล
2. ศึกษามุมมองความคิดเห็นของนักศึกษา ก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดตามทฤษฎีการเรียนรู้ของโคลบ (Kolb's Experiential Learning Theory)⁽¹²⁾ และกรอบการศึกษาด้านการจำลองการพยาบาล (The Nursing Education Simulation Framework) ของเจฟฟรีย์⁽¹⁾ คือการวิจัยนี้ ใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองในการออกแบบและประเมินการจัดการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง โดยมีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ ปัจจัยผู้สอน (Teacher factors), ปัจจัยผู้เรียน (Learner factors), ลักษณะการออกแบบสถานการณ์จำลอง (Design characteristics), กระบวนการเรียนรู้ (Educational practices) และผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning outcomes) ซึ่งรวมถึง ความรู้ (Knowledge), ความพึงพอใจของผู้เรียน (Learner Satisfaction) และ

ความมั่นใจในตนเอง (Self-confidence) และทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์⁽¹²⁾ โดยเชื่อว่าประสบการณ์เป็นแหล่งที่มาของการเรียนรู้และเป็นพื้นฐานสำคัญของความคิด ความรู้และการกระทำต่างๆ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนต่อเนื่องกัน คือ 1) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรมให้กับผู้เรียน (Concrete experience) 2) การไตร่ตรองสะท้อนคิดต่อประสบการณ์นั้น (Reflection observation) 3) การสรุปและสร้างความคิดรวบยอด (Abstract conceptualization) และ 4) การนำความคิดรวบยอดจากประสบการณ์ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริงหรือในสถานการณ์ใหม่ (Active experimentation) กรอบแนวคิดและตัวแปรที่ศึกษา การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองที่ออกแบบตามกรอบของ Jeffries ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามวงจรของ Kolb โดยผู้เรียนได้รับประสบการณ์ตรงจากสถานการณ์ที่จำลองขึ้น และมีโอกาสในการสะท้อนคิด สังเคราะห์ความรู้ และทดลองใช้แนวคิดในบริบทใหม่ ซึ่งกระบวนการนี้มีผลต่อผลลัพธ์สำคัญของการเรียนรู้ ได้แก่ ความรู้ (Knowledge) ได้รับการพัฒนาโดยตรงผ่านการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ทั้ง 4 ขั้นตอนของ Kolb ความพึงพอใจของผู้เรียน (Learner Satisfaction) สะท้อนถึงความรู้สึกลับวกต่อการเรียนรู้ที่ออกแบบให้สอดคล้องกับความต้องการและประสบการณ์ของผู้เรียน ความมั่นใจในตนเอง (Self-confidence) เพิ่มขึ้นจากการที่ผู้เรียนได้มีโอกาสลงมือปฏิบัติจริงในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเป็นระบบ

ดังนั้น กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้จึงมีพื้นฐานจากการบูรณาการแนวคิดด้านการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง ซึ่งช่วยให้เข้าใจถึงกลไกของการเรียนรู้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้เรียนพยาบาลได้อย่างชัดเจน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม (One group pre-test post-test) สถานที่ศึกษา คือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ระยะเวลาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงธันวาคม พ.ศ. 2567

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Approach) ประชากรประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ที่กำลังศึกษาอยู่ในการศึกษา 2567 ทั้งหมด จำนวน 80 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ประชากรทั้งเพศชายและหญิง อายุ 17-35 ปีสามารถเข้าใจ สนทนาได้ตอบรู้เรื่อง สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมโครงการและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนตรงตามวัตถุประสงค์

1.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Approach) ประชากรประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2567 ทั้งหมด จำนวน 80 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยเลือกนักศึกษาที่มีผลการเรียนดี มีเกรดเฉลี่ยสูงสุดจำนวน 25 คน นักศึกษาที่มีผลการเรียนปานกลาง จำนวน 30 คน และนักศึกษาที่มีผลการเรียนต่ำ จำนวน 25 คน แล้วแบ่งกลุ่มโดยเฉลี่ยผลการเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

2.1 โจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริง 2 สถานการณ์ ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบประสาทจากภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง และ 2) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาท่อน้ำดีและหลังการผ่าตัดต่อมทอนซิล โดยแบ่งสถานการณ์อาการผู้ป่วยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะอาการปานกลางถึงรุนแรง และระยะพักฟื้น ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขและนำมาทดลองสอนในห้องปฏิบัติการพยาบาลสถานการณ์จำลองเสมือนร่วมกับทีมผู้สอนในสาขา (alpha test) และนอกสาขา (beta test) และนำมาปรับปรุงแก้ไขนำไปใช้สอนจริงกับกลุ่มตัวอย่าง

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือวัดความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองผู้วิจัยใช้แบบประเมินของการศึกษาของ สมจิตต์ สินธุชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ และสุนีย์รัตน์ บุญศิลป์⁽¹³⁾ คำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามความพึงพอใจความมั่นใจในตนเอง และโดยรวมเท่ากับ 0.72 และ 0.84 ตามลำดับ ดังนี้

1) แบบประเมินความพึงพอใจเป็นลักษณะแบบสอบถามที่เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Rating Scale) เป็นข้อคำถามชนิดตรวจสอบรายการแบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 4 ระดับตามคะแนน ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับต่ำมาก ระดับ 2 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับต่ำ 3 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูง 4 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูงมาก จำนวน 3 ข้อ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้เมื่อทดสอบกับประชากรที่คล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเท่ากับ 0.89

2) แบบประเมินความมั่นใจในตนเองเป็นลักษณะแบบสอบถามที่เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Rating Scale) เป็นข้อคำถามชนิดตรวจสอบรายการแบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 4 ระดับตามคะแนน ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับต่ำมาก ระดับ 2 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับต่ำ 3 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูง 4 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูงมาก จำนวน 8 ข้อ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้เมื่อทดสอบกับประชากรที่คล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเท่ากับ 0.88

3) แบบวัดความรู้เป็นข้อสอบปรนัยจำนวน 7 ข้อ 4 ตัวเลือก ผู้วิจัยสร้างเอง ผ่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข นำแบบทดสอบไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 และคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson method) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.60 ค่าความยากง่ายเฉลี่ย 0.60 และค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ย 0.39 นำแบบทดสอบมาพิจารณาปรับแก้ไขข้อคำถามบางข้อ ที่มีความยากง่ายและหรืออำนาจจำแนกต่ำให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและคณะผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยทั้งหมดผ่านการอบรมเรื่อง รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และมีประสบการณ์ในการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

3.1 กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบวัดความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนเรียนรู้โดยใช้รูปแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

3.2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการเตรียมความพร้อมในชั้นเรียน ประมาณ 60 นาที เรื่องการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและได้รับเอกสารชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และคำถาม เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทั้งหมด 2 สถานการณ์

3.3 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คนแบ่งเป็น 16 กลุ่มๆ ละ 5 คน การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทั้งหมด 2 สถานการณ์ใช้เวลาในการเรียนรู้ กลุ่มละ 30 นาที โดยกำหนดให้เข้าเรียนในวันอังคาร สัปดาห์ที่ 2 ของการฝึกปฏิบัติรายวิชดังกล่าวนักศึกษา แต่ละกลุ่มจะได้แสดงบทบาทในสถานการณ์จำนวน 2 สถานการณ์และเป็นผู้สังเกตการณ์จำนวน 2 สถานการณ์ ในการแสดงบทบาทกลุ่มทดลองจะได้รับบทบาทที่ หมุนเวียนกันเป็นหัวหน้าทีมจำนวน 1 คน สมาชิกทีมจำนวน 4 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสถานการณ์ละ 30 นาที แต่ละสถานการณ์ประกอบด้วย ขั้นตอนการเรียนรู้ 3 ขั้นตอน ได้แก่

1) ขั้นนำ ปฐมนิเทศชี้แจงรายละเอียด 1 ชั่วโมง เพื่อชี้แจงรายละเอียดและการเตรียมความพร้อมนักศึกษาได้อย่างครอบคลุม

2) ขั้นดำเนินสถานการณ์ 30 นาที ใช้เวลาในการ Pre Brief 5 นาที, Run Seen 10 นาที และ D Brief 15 นาที

3) ขั้นสะท้อนประสบการณ์และสรุปผลการเรียนรู้ 1 ชั่วโมง ผู้สอนมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือ ในกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียน

3.5 หลังจากเสร็จสิ้นการเรียนรู้ในแต่ละกลุ่มผู้วิจัย ดำเนินการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นเกี่ยวกับความรู้ความพึงพอใจ และความมั่นใจตนเอง ใช้เวลากลุ่มละ 3 ชั่วโมง

3.6 เมื่อสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอน กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบวัดความรู้ในการเรียนรู้โดยใช้ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและแบบสอบถามความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองหลังการทดลอง ใช้เวลาตอบแบบวัดทั้ง 2 ชุด 30 นาที

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองด้วยสถิติการทดสอบที่ไม่เป็น

อิสระต่อกัน (Pair- t test) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการจัดกลุ่มและจัดการกับข้อมูลเป็นเอกสาร โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง HE -10-2567BCNR 015/2562 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2567 กรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยขออนุญาต เก็บข้อมูลโดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่ เข้าร่วมในการวิจัย และสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบ ต่อการประเมินผลสัมฤทธิ์ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย จะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะรายงานข้อมูลในภาพรวม ไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคล สำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยจะสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง เสมือนจริงภายหลังการสิ้นสุดการทดลอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ (ปี) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 64)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	53	82.8
ชาย	11	17.2
อายุ (ปี) (M = 20.31, SD = .89)		
19 - 20 ปี	56	87.5
มากกว่า 20 ปี	8	12.5

2. ข้อมูลความรู้ก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (n = 64)

คะแนนเฉลี่ยความรู้ (คะแนนเต็ม 7 คะแนน)	Mean	SD.	t	P
ก่อนเรียนรู้	5.33	1.5	-3.752	<0.001
หลังเรียน	6.06	1.4		

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ข้อมูลความพึงพอใจก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (n = 64)

ความพึงพอใจโดยรวม	ก่อนเรียน		หลังเรียน		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. วิธีการสอนที่ใช้ในสถานการณ์เสมือนจริงเป็นประโยชน์และมีประสิทธิภาพ	4.23	.868	4.50	.713	-2.069	.043
2. สถานการณ์เสมือนจริงทำให้ข้าพเจ้าได้เรียนรู้จากอุปกรณ์และกิจกรรมที่หลากหลาย ที่ส่งเสริมการเรียนรู้	4.31	.710	4.55	.754	-2.311	.024
3. ข้าพเจ้าสนุกกับวิธีการสอนของอาจารย์ด้วยสถานการณ์เสมือนจริง	3.78	1.091	4.23	.904	-3.220	.002
4. อุปกรณ์การสอนที่ใช้ในสถานการณ์เสมือนจริงได้กระตุ้นและช่วยในการเรียนรู้ของข้าพเจ้า	4.27	.840	4.39	.769	-1.000	.321
5. วิธีการสอนของอาจารย์ในสถานการณ์เสมือนจริงเหมาะสมกับวิธีการเรียนรู้ของข้าพเจ้า	4.06	.924	4.34	.877	-2.553	.013
ความพึงพอใจโดยรวม	4.13	.73	4.40	.7176	-2.835	.006

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ข้อมูลความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในตนเองก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (n = 64)

ความมั่นใจในตนเอง	ก่อนเรียน		หลังเรียน		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. ข้าพเจ้ามั่นใจว่าข้าพเจ้ามีความเข้าใจถ่องแท้ในเนื้อหาที่อาจารย์สอนในระหว่างการเรียนสถานการณ์เสมือนจริง	3.22	.745	4.03	.796	-7.315	.000
2. ข้าพเจ้ามั่นใจว่าการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์เสมือนจริงครอบคลุมเนื้อหาสำคัญที่สามารถนำไปใช้ได้	3.88	.745	4.30	.728	-3.729	.000
3. ข้าพเจ้ามั่นใจว่าข้าพเจ้าได้พัฒนาทักษะและได้รับความรู้จากการเรียนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นในหอผู้ป่วย	4.06	.732	4.48	.563	-4.489	<0.001

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ความมั่นใจในตนเอง	ก่อนเรียน		หลังเรียน		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
4. อาจารย์ของข้าพเจ้าได้ใช้แหล่งข้อมูลที่มีประโยชน์ในการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริง	4.09	.750	4.59	.583	-5.150	<0.001
5. ในฐานะที่ข้าพเจ้าเป็นนักศึกษาข้าพเจ้ามีความรับผิดชอบที่จะเรียนรู้ในสิ่งที่ข้าพเจ้าต้องการจากการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมสถานการณ์เสมือน	4.23	.771	4.47	.616	-2.116	.038
6. ข้าพเจ้ารู้ว่าขอความช่วยเหลืออย่างไรเมื่อข้าพเจ้าไม่เข้าใจในเนื้อหาหรือหลักการของการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์เสมือนจริง	3.91	.849	4.48	.642	-5.110	<0.001
7. ข้าพเจ้ารู้ว่าจะใช้กิจกรรมจากสถานการณ์เสมือนจริงอย่างไรในการเรียนรู้ถึงทักษะที่จำเป็น	4.11	.737	4.47	.689	-3.142	.003
8. อาจารย์เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบที่จะบอกข้าพเจ้าในสิ่งที่ข้าพเจ้าต้องเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาของสถานการณ์เสมือนจริงในชั้นเรียน	4.16	.840	4.47	.776	-2.658	.010
	3.96	.58	4.41	.53	-5.955	<0.001

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในตนเองโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ข้อมูลมุมมองความคิดเห็นของนักศึกษาก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงจากการประชุมกลุ่มย่อยพบว่า กลุ่มตัวอย่างความเห็นว่าการเรียนรู้อยากให้อาจารย์มีการแสดงและสาธิตสถานการณ์จำลองให้ดูครั้งแรกก่อน หรือมีคลิปวิดีโอให้ดูเป็นตัวอย่างเพื่อเป็นแนวทางให้นักศึกษาก่อนเข้าเรียนจริง ไม่ใช่ให้เข้าสถานการณ์จำลองเลย เนื่องจากนักศึกษาไม่เคยเรียนรู้ในรูปแบบนี้มาก่อน กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า “นักศึกษาคือผู้เรียนรู้จากอาจารย์ ไม่ใช่ให้เรียนรู้ด้วยตนเอง” อยากให้มีการชี้แจงวิธีการเรียนรู้ให้ละเอียด อยากให้อาจารย์บอกข้อผิดพลาดหรือจุดที่ต้องแก้ไขและไม่ทำผิดในครั้งต่อไป ควรให้นักศึกษาทดลองฝึกก่อนเข้าเรียนจริง หลังการเรียนรู้กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการเรียนรู้ในรูปแบบนี้ “สนุกมากและได้ความรู้” การเรียนรู้ทำให้มีความมั่นใจมากขึ้น ช่วยพัฒนาให้นักศึกษามีทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจแก้ไขปัญหาทางการพยาบาล ช่วยพัฒนาความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงของนักศึกษาพยาบาล

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจและค่าเฉลี่ยความมั่นใจในตนเองของกลุ่มตัวอย่างภายหลัง

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตต์ สินธูชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ และสุนีย์รัตน์ บุญศิลป์⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาถึงผลของการจัดการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลปีที่ 4 ในการฝึกปฏิบัติรายวิชา ผีอกทักษะทางวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความมั่นใจในตนเองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองหลังทดลองสูงกว่านักศึกษาที่เรียนโดยวิธีปกติตามหลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของ สุมนชาติ ดวงบุบผา, สุนทรี เกียรติวิทยากิจ, พรศิริ พิพัฒน์พานิช และสิริวัฒน์ ช่างปัด⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาถึงผลของสถานการณ์จำลองทางคลินิกต่อความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย พบว่านักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม และนายนาย วงศ์ยะ⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาถึงผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล พบว่าภายหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงนักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ พรณทิพย์ ชับขุนทด, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, นุชมาศ แก้วกุลพล และรัชณี พจนนา⁽¹⁷⁾ ศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลมารดาและทารกในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล พบว่า หลังจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองความรู้การพยาบาลมารดาและทารกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน ความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการพยาบาลมารดาและทารกของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลมารดาและทารกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ถึงความเห็นพ้องต้องกันในด้านต่างๆ ของความพึงพอใจของนักศึกษา ความมั่นใจในตนเอง แนวทางปฏิบัติทางการศึกษาและการออกแบบการจำลองที่ใช้ในหลักสูตรทำให้ผู้เรียนรู้สึกมั่นใจในตนเองและได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการเรียนรู้ ตามทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) ของ เดวิด เอ. โคลบ (David A. Kolb)⁽¹²⁾ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ผ่านการลงมือทำ (Learning by doing) ประสบการณ์การเรียนรู้ (Experiential Learning) รวมถึงความคิด อารมณ์ และสภาพแวดล้อม ส่งผลต่อกระบวนการเรียนรู้โดยการสร้างความรู้ ทักษะ และเจตคติอย่างสร้างสรรค์ เดวิด เอ. โคลบ เชื่อว่าโดยธรรมชาติแล้วผู้เรียนแต่ละคนมีรูปแบบการเรียนรู้ (Learning Styles) ที่แตกต่างกัน การนำประสบการณ์ตรงที่เคยได้รับมาบูรณาการเพื่อสร้างการเรียนรู้ใหม่ๆ เน้นการทบทวนประสบการณ์ นำสิ่งที่ได้ลงมือกระทำมาตกผลึก สร้างความคิดรวบยอด เพื่อให้เกิดความรู้ใหม่และนำไปต่อยอดความรู้เดิมและนำไปประยุกต์ ใช้ในบริบทหรือสถานการณ์ใหม่ การที่ผู้เรียนมีความรู้ มีประสบการณ์เดิมแต่ไม่ได้ตกผลึก ทำให้ลืมได้ง่ายหรือไม่สามารถนำไปปรับหรือประยุกต์ใช้ได้เพราะขาดข้อสรุป⁽¹⁸⁾ การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงโดยการจำลองสถานการณ์ในการปฏิบัติงานจริงมาให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และเผชิญกับปัญหาในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงความเป็นจริง ผลลัพธ์จากการเรียนรู้ (Outcomes) ที่ได้รับจากการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองประกอบด้วย 1) ความรู้ (Knowledge) ความรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่จัดให้กับผู้เรียน 2) ความพึงพอใจของผู้เรียน (Learner Satisfaction) เป็นการตอบสนองของผู้เรียนต่อกิจกรรมการเรียนรู้ และสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้และ 3) ความมั่นใจในตนเอง (Self-Confidence) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตัดสินใจทางคลินิกและจำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นเกี่ยวกับการคิดวิเคราะห์และความสามารถในการแก้ปัญหาและระดับความมั่นใจในตนเองจะมีผลต่อความสามารถในการแสดงทักษะที่ถูกต้องของผู้เรียน⁽¹⁹⁾

การเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองช่วยให้ผู้เรียนพึงพอใจในประโยชน์ และประสิทธิภาพที่ทำให้เกิดการเรียนรู้⁽²⁰⁾ ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยได้ปฏิบัติซ้ำหลายครั้งและได้เรียนรู้ในสิ่งที่ถูกต้องปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในตนเอง ซึ่งเป็นผลจากความเชื่อในความสามารถของความรู้และทักษะการปฏิบัติ⁽²¹⁾

ภายหลังการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการเรียนรู้ในรูปแบบนี้ “สนุกมาก ได้ความรู้ทำให้ มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากก่อนเรียนกลุ่มตัวอย่างยังมีความสงสัยเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการเรียนรู้ที่ครูกำหนดให้ โดยผู้สอนยังไม่ได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ก่อนเรียน ภายหลังการเรียนรู้กลุ่มตัวอย่างได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้และมีประสบการณ์การเรียนรู้ในทุกขั้นตอน ได้แก่ได้รายการเตรียมความพร้อมก่อนเรียนจากผู้สอน หลังจากนั้นผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองผ่านโจทย์สถานการณ์ (Scenario) ซึ่งเป็นประสบการณ์จำลอง (Simulation experience) กับหุ่นจำลองในห้องเรียนที่สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร (Environment of trust) ในบรรยากาศคล้ายคลึงกับสถานการณ์จริง ที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักคิดวิเคราะห์จากกิจกรรมที่ได้กระทำด้วยตนเอง ผู้สอนเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกในการจัดเรียนรู้การจัดการเรียนรู้ที่มีการแบ่งเป็นกลุ่ม ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการสร้างความรู้ร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ ได้ตอบ (Interactive) และการสร้างความร่วมมือ (Collaborative) ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์เชิงพลวัต (Dynamic interaction) ระหว่างผู้สอน (Facilitator) และผู้เรียน (Participants) นำไปสู่กลวิธีในการเรียนการสอน (Educational strategies) ที่มีประสิทธิภาพการสะท้อนคิดและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเป็นการกระตุ้นการเรียนรู้และสร้างแรงจูงใจ ช่วยลดความตึงเครียด กล้าแสดงออกของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการสะท้อนความคิดเป็นไปตามธรรมชาติทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีความลึกซึ้งและแข็งแกร่ง ชื่นชอบและพึงพอใจในรูปแบบการเรียนรู้ที่ได้รับ ส่งผลผลลัพธ์การเรียนรู้ (learning outcomes) ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึก “สนุกมาก ได้ความรู้ ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น” ผลสืบเนื่องจากปฏิสัมพันธ์เชิงพลวัตระหว่างกลุ่มผู้เรียนและผู้สอนจะก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกทั้งผลลัพธ์กับผู้เรียนกับผู้ป่วยและผลลัพธ์เชิงในระบบการจัดการเรียนการสอนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พัฒนาเครื่องมือประเมินการผลลัพธ์การเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยสอดคล้องกับความคาดหวังของโปรแกรมของหลักสูตร (Program Learning Outcomes ; PLO) และผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชา (Course Learning Outcomes ; CLOs)

1.2 ควรประเมินความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค และการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ การออกแบบโจทย์สถานการณ์ ฯลฯ ในมุมมองของอาจารย์ผู้สอนและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการจัดการเรียนการสอนให้เป็นไปในทางเดียวกัน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 วิจัยติดตามประเมินผลลัพธ์ด้านทักษะการแก้ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทตามโจทย์สถานการณ์เพื่อประเมินความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล

2.2 วิจัยติดตามประเมินผลลัพธ์ด้านความถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล

2.3 วิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ในรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในรายวิชาเดียวกัน/รายวิชาอื่นๆ

2.4 ปรับเปลี่ยนรูปแบบการวิจัยทดลองเป็น One Group Pretest - Post-test Design และใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพมาอธิบายผลการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ผลข้อมูลเชิงคุณภาพมาพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Jefferies PR. A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nurs Educ Perspect*. 2005; 26(2): 96-103.
2. O'Donnell JM, Decker S, Howard V, Levett-Jones T, Miller CW. NLN/Jeffries Simulation Framework State of the Science Project: Simulation Learning Outcomes. *Clinical Simulation in Nursing*. 2014; 10(7): 373-382.
3. Waxman KT. The development of evidence-based clinical simulation scenarios: guidelines for nurse educators. *J Nurs Educ*. 2010; 49(1): 29-35.
4. Broussard L. Simulation-based learning: How simulation help nurses improve clinical skills and preserve patient safety. *Nurs Womens Health*. 2008; 12(6): 521-524.
5. Landeen J, Jeffries P. Simulation. *Journal of Nursing Education*. 2008; 47(11): 487-488.
6. Hovancsek M, Jeffries P, Escudero E, Foulds B, Huseb S, Iwamoto Y, et al. Creating simulation communities of practice: an international perspective. *Nurs Educ Perspect*. 2009; 30(2): 121-125.
7. Rourke L, Schmidt M, Garga N. Theory-Based Research of High Fidelity Simulation Use in Nursing Education: A Review of the Literature. *International Journal of Nursing Education Scholarship* [Internet]. 2010 [cited 2025 Jan 5]; 7(1). Available from: <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1965>
8. Neill MA, Wotton K. High-fidelity simulation debriefing in nursing education: a literature review. *Clin Simulat Nurs*. 2011; 7(5). e161-e168.
9. ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์, จันทร์ฉาย มณีวงศ์, จารุวรรณ สอนงญาติ. การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi*. 2023; 6(1): 5-28.
10. ศิริพร ชุตเจือจัน, สุดารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล, วรางคณา คุ่มสุข. การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำมาประยุกต์ใช้ในการสอนทางการพยาบาล. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi*. 2565; 5(1): 17-31.
11. Yuan H, Williams BA, Fang J, Ye Q. A systematic review of selected evidence on improving knowledge and skills through high-fidelity simulation. *Nurs Educ Today*. 2012; 32(3): 294-298.
12. Kolb AY, Kolb DA. Learning styles and learning spaces: Enhancing experience learning in higher education. *Acad Manage Learn Educ*. 2005; 4(2): 193-213.
13. สมจิตต์ สินธุชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ. การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน Fidelity Simulation Based Learning: Implementation to Learning and Teaching Management. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2560; 18(1): 29-38.
14. สมจิตต์ สินธุชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, สุนิย์รัตน์ บุญศิลป์. ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาฝึกทักษะทางวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษา. *Rama Nurs J*. 2560; 23(1): 113-127.

15. สุมลชาติ ดวงบุบผา, สุนทรี เจียรวิทย์กิจ, พรศิริ พิพัฒน์พานิช, ชีรวัฒน์ ช่างปัด. ผลของสถานการณ์จำลองทางคลินิกต่อความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย. *Rama Nurs J.* 2565; 28(3): 415-432.
16. ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม, นาดยา วงศ์ยะรา. ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.* 2564; 4(3): 178-194.
17. พรณทิพย์ ชัยขุนทด, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, นุชมาศ แก้วกุลชล, รัชนี พจนา. ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลมารดาและทารกในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2563; 29(6): 1063-1070.
18. McLeod S. Kolb's Learning Styles and Experiential Learning Cycle [Internet]. *SimplyPsychology*; 2024 [cited 2025 Jan 5]. Available from: <https://www.simplypsychology.org/learning-kolb.html>
19. วรางคณา คุ่มสุข, มาเรียม นิลพันธุ์. การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง Simulation-Based Learning. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน.* 2564; 3(1): 1-11.
20. Partin JL, Payne TA, Slemmons MF. Students perceptions of the relearning experience passing high-fidelity simulation to teach concepts relative to obstetrics. *Nurs Educ Perspect.* 2011; 32(3): 186-188.
21. Stroup C. Simulation usage in nursing fundamentals: integrating literature review. *Clin Simulat Nurs.* 2014; 10(3): 155-164.

ผลของรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

กษิณีเดช ศิริเวชยันต์*

*ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

ปัจจุบันรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก (Implant retained overdenture) ถือเป็นสิทธิการรักษาสำหรับผู้ป่วยสิทธิบัตรทองที่มีปัญหาฟันเทียมล่างหลวมหรือขยับซึ่งสามารถแก้ไขปัญหการยึดอยู่ของฟันเทียมทั้งปากชั้นล่างได้ การศึกษานี้ดำเนินการให้บริการฝังรากฟันเทียมให้แก่ผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอกระสัง ทั้ง 5 แห่ง และศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต อาสาสมัครทั้ง 40 คน จะได้รับการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-14) และแบบสอบถามตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต (SF-6D) ก่อนรับการรักษารากฟันเทียมและหลังรับการรักษารากฟันเทียมในช่วงของการเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียม (Pick-up phase) เป็นเวลา 1 เดือน วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่สวมฟันเทียมทั้งปากก่อนและหลังได้รับการรักษารากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก (Implant retained overdenture) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการศึกษาอาสาสมัครทั้ง 40 คน เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-14) ของอาสาสมัครทั้งหมดที่ได้รับการรักษารากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก พบว่ามีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังรับการรักษารากฟันเทียมขั้นตอนเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียม (Pick-up phase) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ต่อการออกเสียง ($Med_{pre} 3.0, Med_{post} 1.0; Z = -5.367; P < .001$) การรับรส ($Med_{pre} 3.0, Med_{post} 2.0; Z = -5.521; P < .001$) ความรู้สึกปวดหรือเจ็บ ($Med_{pre} 3.0, Med_{post} 1.0; Z = -4.912; P < .001$) การกินอาหารลำบาก ($Med_{pre} 4.0, Med_{post} 0; Z = -5.525; P < .001$) ความรู้สึกกังวลกับลักษณะของตัวเอง ($Med_{pre} 3.0, Med_{post} 1.5; Z = -5.437; P < .001$) ความเครียด ($Med_{pre} 2.0, Med_{post} 1.0; Z = -5.267; P < .001$) ความต้องกินอาหารที่ไม่อยากกิน ($Med_{pre} 2.0, Med_{post} 0; Z = -5.313; P < .001$) ปัญหาระหว่างการกินอาหาร ($Med_{pre} 4.0, Med_{post} 0; Z = -5.675; P < .001$) ความอับอาย ($Med_{pre} 1.0, Med_{post} 0; Z = -3.871; P < .001$) ความรู้สึกหงุดหงิดต่อผู้อื่น ($Med_{pre} 1.5, Med_{post} 0; Z = -1.977; P < .05$) ปัญหาในการทำหน้าที่ปกติ ($Med_{pre} 2.0, Med_{post} 0; Z = -5.039; P < .001$) ความรู้สึกไม่เอื้ออำนวย ($Med_{pre} 1.0, Med_{post} 0; Z = -4.170; P < .001$) และมีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังรับการรักษารากฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ต่อตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต (SF-6D) ในด้านการออกสังคม ($Med_{pre} 2.0, Med_{post} 1.5; Z = -2.399; P < .05$) ความเจ็บปวด ($Med_{pre} 4.0, Med_{post} 3.0; Z = -3.768; P < .001$) สภาวะจิตใจ ($Med_{pre} 3.0, Med_{post} 3.0; Z = -4.217; P < .001$) และพลังชีวิต ($Med_{pre} 3.0, Med_{post} 3.0; Z = -2.449; P < .05$)

คำสำคัญ: รากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก/ การเข้าถึงบริการ/ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก/ ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต

Effects of Implant Retained Overdenture on Quality of Life in Oral Health Dimension and Quality of Life Indicators, Krasang District, Buriram Province

Kasidech Siriwejayant*

*Dentist, Senior Professional Level, Krasang Hospital, Buriram Province

Abstract

Currently, Implant retained overdenture is considered a treatment option for patients who have problems with loose lower dentures. This study conducted dental implant services for 40 elderly people at 5 subdistrict health promotion hospitals in Krasang District and studied the impact on quality of life in the oral health dimension and quality of life indicators. All 40 volunteers will be interviewed with a quality of life questionnaire on oral health dimensions (OHIP-14) and quality of life indicator questionnaire (SF-6D) before receiving dental implant treatment and after receiving dental implant treatment (Pick-up phase) for 1 month. The objective was to study quality of life in the oral health dimension and quality of life indicators of patients wearing complete dentures before and after receiving treatment with implant retained overdenture at subdistrict health promotion hospital, krasang district, buriram province.

Results: All 40 volunteers have a statistically significant difference on quality of life (OHIP-14) between before and after receiving dental implant treatment (Pick-up phase) ($P < .05$) regarding pronunciation (Med_{pre} 3.0, Med_{post} 1.0; $Z = -5.367$; $P < .001$), taste (Med_{pre} 3.0, Med_{post} 2.0; $Z = -5.521$; $P < .001$), pain (Med_{pre} 3.0, Med_{post} 1.0; $Z = -4.912$; $P < .001$), difficulty eating (Med_{pre} 4.0, Med_{post} 0; $Z = -5.525$; $P < .001$), worry about appearance (Med_{pre} 3.0, Med_{post} 1.5; $Z = -5.437$; $P < .001$), stress (Med_{pre} 2.0, Med_{post} 1.0; $Z = -5.267$; $P < .001$), having to eat food that one doesn't want to eat (Med_{pre} 2.0, Med_{post} 0; $Z = -5.313$; $P < .001$), problems with eating (Med_{pre} 4.0, Med_{post} 0; $Z = -5.675$; $P < .001$), embarrassment (Med_{pre} 1.0, Med_{post} 0; $Z = -3.871$; $P < .001$), irritability towards others (Med_{pre} 1.5, Med_{post} 0; $Z = -1.977$; $P < .05$), problems performing normal duties (Med_{pre} 2.0, Med_{post} 0; $Z = -5.039$; $P < .001$), unpleasant feeling (Med_{pre} 1.0, Med_{post} 0; $Z = -4.170$; $P < .001$). And there was a statistically significant difference between before and after receiving dental implant treatment ($P < .05$) on quality of life indicators (SF-6D) in terms of social participation (Med_{pre} 2.0, Med_{post} 1.5; $Z = -2.399$; $P < .05$), pain (Med_{pre} 4.0, Med_{post} 3.0; $Z = -3.768$; $P < .001$), mental status (Med_{pre} 3.0, Med_{post} 3.0; $Z = -4.217$; $P < .001$) and vitality (Med_{pre} 3.0, Med_{post} 3.0; $Z = -2.449$; $P < .05$).

Keywords: Implant retained overdenture/ Accessibility/ Quality of life in the oral health dimension/ Quality of life indicators

*Corresponding author: Kasidech Siriwejayant, email: teedent@hotmail.com, Tel.: 08 6996 8442

Received: January 15, 2025/ Revised: March 28, 2025/ Accepted: April 11, 2025

บทนำ

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 60 - 74 ปี มีความจำเป็นต้องได้รับการใส่ฟันเทียมบางส่วนทั้งขากรรไกรบนและล่างร้อยละ 45.3 และในกลุ่มผู้สูงอายุ 80 - 85 ปี มีความจำเป็นต้องได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากสูงกว่ากลุ่มอายุ 60 - 74 ปี คือร้อยละ 12.8 และ 3.4 ตามลำดับ⁽¹⁾ การศึกษาของ Naruedee L. ในปี ค.ศ. 2017⁽²⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพฟันเทียมทั้งปากต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก อาสาสมัคร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากจำนวน 126 คน ผลการศึกษาพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยสุดคือเรื่องกิน/เคี้ยว ซึ่งมีสาเหตุจากฟันเทียมหลวมขยับเป็นหลัก ฟันเทียมที่มีการยึดอยู่และ/หรือความเสถียรในระดับที่ไม่ผ่านเกณฑ์สัมพันธ์กับการเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ความไม่พึงพอใจต่อฟันเทียมในด้านการกิน/เคี้ยวและการลดลงของประสิทธิภาพการบดเคี้ยว อย่างไรก็ตามในปัจจุบันรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก (Implant retained overdenture) ถือเป็นสิทธิการรักษาสำหรับผู้ป่วยสิทธิบัตรทองที่มีปัญหาฟันเทียมล่างหลวมหรือขยับซึ่งสามารถแก้ไขปัญหการยึดอยู่ของฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่างได้ จากการศึกษาของ Ahmad K. และคณะในปี ค.ศ. 2024⁽³⁾ ทำการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตในการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ฟันปลอมทั้งปาก (Complete dentures; CD) และรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก (Implant retained overdenture; IOD) เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วย 76% ของกลุ่ม IOD รายงานว่าประสบการณ์การใช้ฟันปลอมทั้งปากร่วมกับรากฟันเทียมมีประสิทธิภาพดีขึ้น อย่างไรก็ตามไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในคะแนน OHIP ระหว่างกลุ่มผู้ป่วย CD และ IOD

การเข้าถึงบริการทันตกรรมโดยรวมจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติ พบอัตราการใช้บริการทันตกรรมของปี พ.ศ. 2566 เมื่อใช้ข้อมูลปี พ.ศ. 2562 ในการเปรียบเทียบเท่ากับร้อยละ 7.7 การใช้บริการทันตกรรมจากฐานข้อมูล HDC (Health Data center) ของหน่วยบริการที่สังกัด สป.สธ. พบอัตราการใช้บริการทันตกรรมอยู่ที่ 31.4 เปอร์เซ็นต์ ในขณะที่การศึกษาของ ชูลิพร เฒ่านิมมงคล⁽⁴⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางบ่อ พบว่าปัจจัยความตระหนักถึงความจำเป็นในการรับบริการมีความสัมพันธ์กับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ โดยมีความต้องการใส่ฟันเทียมสูงที่สุด จากการศึกษาของ อนงค์ เพชรล้ำ⁽⁵⁾ พบว่าการเดินทางที่สะดวกสามารถสร้างความพึงพอใจมากต่อผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ปัจจุบันปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนในพื้นที่อำเภอกระสังโดยเฉพาะอย่างยิ่งโดยเฉพาะการให้บริการฟันเทียมและรากฟันเทียมซึ่งผู้รับบริการส่วนใหญ่คือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีที่พำนักห่างจากอำเภอเมืองยังคงเป็นความท้าทายของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัสรา รัตนะ⁽⁶⁾ พัฒนาห้วยยอดโมเดลในการบริการใส่ฟันเทียมแก่ประชาชนที่ รพ.สต. ไกลบ้าน พบว่าช่วยลดระยะเวลารอคอยคิวทำฟันเทียมลงและเพิ่มการเข้าถึงบริการ

นิลุบล ดีพลกรัง⁽⁷⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมภาครัฐของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยนำความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพและปัจจัยสนับสนุนมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r = 0.404$, $r = 0.663$, $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) สำหรับตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว ได้แก่ แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค สามารถร่วมกันพยากรณ์การเข้าถึงบริการทันตกรรมภาครัฐของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 49.30 ($R^2 \text{ adj} = 0.493$) อุปสรรคคือผู้สูงอายุขาดความรู้เรื่องสุขภาพฟัน มีปัญหาฟันเหลือน้อยเคี้ยวลำบาก ได้รับการตรวจฟันไม่เพียงพอและการเดินทางไปรับบริการไม่สะดวก Salwa Omar Bajunaid และคณะ⁽⁸⁾ ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต (QoL) ของผู้ป่วยที่ใช้ฟันปลอมแบบยึดกับรากฟันเทียมกับฟันปลอมแบบทั่วไปพบว่าร้อยละ 1.7 เท่านั้นที่พึงพอใจมากกับความมั่นคงของฟันปลอมทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 44.8 ที่พึงพอใจในการใช้ฟันปลอมแบบยึดกับรากฟันเทียม ประมาณร้อยละ 8.6 ของผู้เข้าร่วมรู้สึกพึงพอใจมากเกี่ยวกับการเคี้ยวอาหารกับฟันปลอมทั่วไป

เมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 36.2 ที่พึงพอใจมากในการใช้ฟันปลอมแบบยึดกับรากฟันเทียม ประมาณร้อยละ 10.3 พอใจมากกับสุขภาพช่องปากโดยทั่วไปเมื่อใช้ฟันปลอมทั่วไปเมื่อเทียบกับร้อยละ 29.3 ที่พึงพอใจมากเมื่อใช้ฟันปลอมแบบยึดกับรากฟันเทียม ฟันปลอมแบบยึดกับรากฟันเทียมบริเวณขากรรไกรล่าง มีผลกระทบที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากกว่าฟันปลอมแบบทั่วไปและควรได้รับการพิจารณาเป็นมาตรฐานขั้นต่ำในการดูแลที่มอบให้แก่ผู้ป่วยที่สูญเสียฟันทั้งหมด Marieke AP Filius และคณะ⁽⁹⁾ ได้ทำการศึกษาผลกระทบของการบำบัดด้วยรากฟันเทียมต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก (OHIP-49) สถานะสุขภาพ (SF-36) และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่สูญเสียฟัน ผู้ป่วย 25 ใน 31 คน พบคะแนนรวมของ OHIP-NL49 ก่อนและหลังการรักษาคือ 38 [28;56] และ 17 [7;29] ตามลำดับ ($P < 0.001$) คะแนนของทุกมิติใน OHIP-NL49 ลดลงแสดงให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ($P < 0.05$) รวมทั้งความพึงพอใจในรูปลักษณะของฟัน ความสามารถในการเคี้ยวและการพูดเพิ่มขึ้น ($P < 0.001$) สถานะสุขภาพทั่วไปไม่ได้เปลี่ยนแปลงด้วยการรักษาด้วยรากฟันเทียม ($P > 0.05$) สรุปว่าการรักษาด้วยรากฟันเทียมชนิดถาวร ช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากและความพึงพอใจกับรูปลักษณะของฟัน ความสามารถในการเคี้ยวและการพูด โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพทั่วไป Stephan Eitner และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาผลกระทบของการบำบัดด้วยรากฟันเทียมในขั้นตอนต่างๆ ต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก (OHRQoL) การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อประเมิน OHRQoL ก่อน ระหว่าง และหลังการบำบัดด้วยรากฟันเทียม โดยมีการประเมินโดยผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยรายงานการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในคะแนน OHIP มัธยฐาน (ก่อนผ่าตัด: 76.5; ช่วงรักษา: 84.3; หลังผ่าตัด: 29.5; $p < 0.01$) เช่นเดียวกับแพทย์ (ก่อนผ่าตัด: 7.1; หลังผ่าตัด: 2; $p < 0.01$) ปัญหาที่รายงานโดยผู้ป่วยมากที่สุดคือ “กังวล” (มิตีย่อย: ความไม่สบายใจทางจิตใจ) ในขณะที่มิตีย่อย “ข้อจำกัดการทำงาน” ถูกระบุบ่อยที่สุดโดยแพทย์การประเมิน OHRQoL ก่อนการรักษา ช่วงการรักษา และหลังการรักษามีคะแนน OHIP ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในทางตรงกันข้ามกับการประเมินของแพทย์ คะแนน OHIP ที่ไม่พึงประสงค์มากที่สุดถูกรายงานโดยผู้ป่วยในช่วงการรักษา ในขณะที่มิตีย่อยความไม่พึงพอใจทางจิตใจใน OHIP เป็นปัจจัยสำคัญของผู้ป่วย

ในปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เพิ่มบริการใส่รากฟันเทียมให้กับผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นสิทธิบัตรทอง 30 บาท ทุกกลุ่มอายุที่มีปัญหาการใส่ฟันเทียม อย่างไรก็ตามการเข้าถึงบริการรากฟันเทียมของผู้มีสิทธิในปัจจุบันยังมีจำนวนไม่มากนักเนื่องมาจากข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทั้งเรื่องการเดินทาง ข้อจำกัดทางด้านร่างกายของผู้ป่วยฟันเทียมซึ่งมักเป็นผู้สูงอายุและระยะเวลาการรอคอยที่โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการรากฟันเทียมของประชาชนในพื้นที่ จึงเกิดการศึกษาในครั้งนี้ขึ้นเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก (implant retained overdenture) ของผู้สูงอายุอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้วยการออกให้บริการฝังรากฟันเทียมให้แก่ผู้สูงอายุจำนวน 40 ท่าน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอกระสังทั้ง 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองชั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเพชร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเต็ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองไผ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้แดง และศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตจากการมีรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากช่วยเพิ่มการยึดอยู่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่สวมฟันเทียมทั้งปากก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากในช่วงของการเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียม (Pick-up phase) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่สวมฟันเทียมทั้งปากก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากในช่วงของการเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียม (Pick-up phase)

2. ขอบเขตด้านประชากร ได้แก่ คือผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอกระสังที่ได้รับการฝังรากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปาก (implant retained overdenture) แล้วเสร็จในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 40 ท่าน

3. ตัวแปรในการวิจัย ได้แก่

ตัวแปรต้น : การรักษาด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก (Implant retained overdenture) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

ตัวแปรตาม : คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่สวมฟันเทียมทั้งปากก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากในช่วงของการเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียม (Pick-up phase) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียว โดยวัดผลคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่สวมฟันเทียมทั้งปากก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากในช่วงของการเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียม ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2024-163 รหัสโครงการ 198/2567 รับรองเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2567 ซึ่งมีรายละเอียดวิธีการศึกษาดังนี้

ประชากร คือผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอกระสังที่ได้รับการฝังรากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปาก (Implant retained overdenture) และรอรับการรักษาในช่วงของการเชื่อมส่วนของหน่วยยึดฟันเทียม โดยผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการฝังรากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปากแล้ว จำนวน 40 ท่าน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอกระสังที่ได้รับการฝังรากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่ง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (Alpha error probability) เท่ากับ 0.05 และอำนาจทางสถิติ (Power) เท่ากับ 0.8 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจำนวนอย่างน้อย 34 ท่าน พิจารณากำหนดขนาดตัวอย่างคือผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอกระสังที่ได้รับการฝังรากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปากแล้วเสร็จและกลับมาได้รับการรักษาต่อในช่วงของการเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียม จำนวน 40 ท่าน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

อาสาสมัครในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่ง ของอำเภอกะสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ได้รับการฝังรากฟันเทียมแล้วเสร็จและกลับมารับการรักษาต่อในช่วงของการเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียม (Pick-up phase) ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 - มกราคม พ.ศ. 2568

อาสาสมัครที่ยินดีตอบแบบสอบถามก่อนและหลังโครงการ

อาสาสมัครที่สามารถสื่อสารเข้าใจและสามารถตอบแบบสอบถามได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

อาสาสมัครที่ไม่สามารถมารับการรักษาด้วยการฝังรากฟันเทียมจนเสร็จสิ้นขั้นตอนการ

อาสาสมัครที่ขอถอนตัวระหว่างงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม The Oral Health Impacts Profile (OHIP-14) สำหรับสัมภาษณ์ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก คุณภาพชีวิต (quality of life)⁽¹¹⁾ หมายถึงสภาวะการรับรู้ของบุคคลต่อสถานภาพในชีวิตของตนเอง หรือสภาวะการมีชีวิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิตทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิต โดยแบบประเมิน OHIP-14 ถูกพัฒนาเพื่อใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างแบบประเมินวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่มีระบบด้วยการรวบรวมปัญหาสุขภาพช่องปากให้ได้มากที่สุด มีแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่หลากหลาย มีคุณสมบัติ psychometric ความเที่ยง ความตรง ความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดีและเป็นแบบสอบถามที่เรียบง่าย ใช้งานและเข้าใจง่าย แบบสอบถาม OHIP-14 ประกอบไปด้วยคำถามจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ แต่ละคำถามให้ตอบเป็นความถี่ของปัญหาที่เกิดขึ้น โดยให้รหัส 0 หมายถึง “ไม่เคย” 1 หมายถึง “แทบจะไม่มีเคย” 2 หมายถึง “เป็นบางครั้ง” 3 หมายถึง “ค่อนข้างบ่อย” 4 หมายถึง “บ่อยครั้งมาก” คะแนนรวมในแต่ละบุคคลจะอยู่ในช่วง 0 - 56 คะแนน คะแนนจาก OHIP-14 สูงกว่าแสดงถึงผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มที่ได้คะแนนต่ำกว่า⁽¹²⁾

แบบสอบถาม Short Form 6D หรือ SF-6D⁽¹³⁾ เป็นเครื่องมือที่ให้หน่วยค่าคุณภาพชีวิตโดยวัดจากมิติทางสุขภาพ 6 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหวออกแรงจำนวน 6 ระดับ การทำงาน/การดำเนินชีวิตประจำวันจำนวน 4 ระดับ การออกสังคมจำนวน 5 ระดับ ความเจ็บปวด ไม่สบายจำนวน 6 ระดับ สภาวะจิตใจจำนวน 5 ระดับ และพลังชีวิตจำนวน 5 ระดับ โดยแต่ละคำถามให้ตอบเป็นระดับของปัญหา คะแนนจาก SF-6D สูงกว่าแสดงถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มที่ได้คะแนนต่ำกว่า

รากฟันเทียมตรารักษ์ PRK เป็นผลิตภัณฑ์กลุ่มเครื่องมือแพทย์ประเภทฝังในระดับความเสี่ยง class 3 โดยพัฒนาคุณลักษณะของรากฟันเทียมมีลักษณะพิเศษในส่วนของเกลียวนอก ซึ่งมีลักษณะที่เหมาะสมกับโครงสร้างกายวิภาคของกระดูกเป็นหลัก ลักษณะของเกลียวนอกจะมีลักษณะเป็นเกลียวที่เหมาะสมตามชั้นความหนาแน่นของกระดูกโดยแบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก คือ ส่วนหัวและส่วนลำตัวที่มีลักษณะเป็นแท่งกลาง และส่วนปลายมีลักษณะเป็นแท่งตัน โดยที่บริเวณด้านนอกของส่วนหัวมีเกลียวคู่ขนาดเล็กสองชั้น (Double micro thread) เพื่อลดแรงต้านของกระดูกบริเวณช่วงกระดูกส่วนเปลือก (Cortex bone) ซึ่งเป็นบริเวณที่กระดูกมีความหนาแน่นมาก ถัดจากส่วนหัวดังกล่าวจะเป็นส่วนลำตัว (Expanded cutting) จะมีเกลียวนอกที่มีความหนาบริเวณของยอดสันเกลียว และถัดจากส่วนลำตัวดังกล่าวจะเป็นส่วนปลายซึ่งบริเวณภายนอกโดยรอบของส่วนดังกล่าวมีเกลียวลักษณะยอดแหลม บริเวณส่วนหนึ่งของเกลียวของส่วนลำตัวและส่วนปลายถูกทำเป็นคมตัด (Self-cutting) เพื่อช่วยให้เกิดแรงในการตัดเฉือนกระดูกในบริเวณที่เป็นกระดูกแบบนิ่ม (Spongy bone) และโดยที่บริเวณทั้งสองดังกล่าวมีร่องแนวไดนามิกฟลูท (dynamic flutes) เป็นร่องต่อเนื่องขึ้นมาจากคมตัด (Self-cutting) สามารถช่วยลดแรงในการใส่รากฟันเทียมได้ ระบบการยึดต่อระหว่างรากฟันเทียม (Implant Fixture) และส่วนต่อรากฟันเทียม (Abutment) ต่อแบบ six smooth curve and guide sleeve with morse taper connection โดย six smooth curve มีลักษณะเป็น

มุมโค้งหยอดเป็นนวัตกรรมที่สามารถป้องกันการเคลื่อนตัว เพิ่มความแข็งแรงของรากฟันเทียมและง่ายในการสวมประกอบ morse taper มีลักษณะเป็นผิวสัมผัสที่เรียบและมีมุมเอียง 5 องศา ทำให้เกิดการยึดติดกันระหว่างผิวของรากฟันเทียมและส่วนยึดฟันเทียม (Cold welding) ส่งผลให้มีความแข็งแรงสามารถรับแรงกด (Max compression) ได้สูงขึ้น guide sleeve มีคุณสมบัติในการทำหน้าที่เป็นแกนนำเพื่อช่วยประคองแนวต่อระหว่างรากฟันเทียม และส่วนต่อรากฟันเทียมให้ทำการสวมประกอบระหว่างรากฟันเทียมและส่วนต่อรากฟันเทียมทำได้ง่ายและมีความเที่ยงตรงสูง

อาสาสมัครทั้งหมดได้รับการคัดเลือกจากผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากในขากรรไกรบนและล่าง ที่ได้รับการรักษาด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก จำนวน 2 ตัว ต่อท่านที่ขากรรไกรล่างบริเวณสันเหงือกซี่ 33, 43 ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ตามโครงการฟันเทียมรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่งในอำเภอกระสัง อาสาสมัครทั้งหมดได้รับการพิมพ์ปากเพื่อทำโมเดลสำหรับวางแผนการรักษาและได้รับการถ่ายภาพรังสีเพื่อประเมินสันเหงือกบริเวณที่จะได้รับการผ่าตัด ในวันผ่าตัดอาสาสมัครทั้งหมดได้รับการประเมินสัญญาณชีพ (Vital sign) ทั้งก่อนและหลังการทำหัตถการ หลังการผ่าตัดฝังรากเทียมเป็นเวลา 3 เดือน ทำการรวบรวมข้อมูลอาสาสมัครทั้งหมดผ่านแบบสอบถามด้วยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม Short Form 6D (SF-6D) และ The Oral Health Impacts Profile (OHIP-14) ก่อนให้บริการรักษาต่อเนื่องในช่วงของการเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียม (Pick-up phase) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่งในเขตอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครทั้งหมดได้รับการเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียมและปรับแก้ฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่างกับรากฟันเทียมเพื่อเพิ่มการยึดอยู่ (Retention) ของฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่าง นัดหมายเพื่อตรวจเช็คการใช้งานฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่างร่วมกับรากฟันเทียม หลังอาสาสมัครใช้งานฟันเทียมที่ได้รับการเพิ่มการยึดอยู่ด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากเป็นเวลา 1 เดือน ติดตามผลการรักษาและทำการสัมภาษณ์อาสาสมัครทั้งหมดโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยแบบสอบถาม Short Form 6D (SF-6D) และ The Oral Health Impacts Profile (OHIP-14) อีกครั้ง วิเคราะห์คะแนนก่อนและหลังจากการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม Short Form 6D (SF-6D) และ The Oral Health Impacts Profile (OHIP-14) จากการรวบรวมข้อมูลพบการแจกแจงไม่ปกติ พิจารณาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test ผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 70 - 79 ปี ร้อยละ 37.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 รากเทียมที่ใช้ส่วนใหญ่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 3.4 มิลลิเมตร ยาว 10 มิลลิเมตร ดังแสดงในตารางที่ 1 อาสาสมัครทั้ง 40 คนยินดีเข้าร่วมการศึกษาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตก่อนรับการรักษาด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากในช่วงของการเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียม (Pick-up phase) และหลังรับการรักษา ตลอดการรักษาไม่พบผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก รากฟันเทียมทั้งหมดมีการเชื่อมต่อทางโครงสร้างและการทำงานกับกระดูกขากรรไกร (Osseointegration) อาสาสมัครทั้งหมดได้รับการปรับแก้ฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่างเพื่อให้เข้ากับรากฟันเทียม อาสาสมัครได้รับการนัดหมายเพื่อแก้ไขจุดกดเจ็บจนหายเป็นปกติ นัดหมายอาสาสมัครทั้งหมดเพื่อติดตามผลการรักษาที่ระยะเวลา 1 เดือน เพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก ปรับแก้ฟันเทียมทั้งปากขึ้นบนและล่าง และทำการสัมภาษณ์อาสาสมัครทั้งหมดด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตอีกครั้งโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านเดิม

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครได้แก่ อายุ เพศ ขนาดรากฟันเทียมที่อาสาสมัครได้รับ (n = 40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	24	60.0
หญิง	16	40.0
อายุ (ปี)		
50 - 59 ปี	10	25.0
60 - 69 ปี	14	35.0
70 - 79 ปี	15	37.5
80 ปีขึ้นไป	1	2.5
ขนาดรากฟันเทียม		
Diameter 3.4 mm/10 mm	26	65.0
Diameter 3.8 mm/10 mm	14	35.0

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจากแบบสอบถาม The Oral Health Impacts Profile (OHIP) ของอาสาสมัครทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากที่ รพ.สต. ทั้ง 5 แห่ง พบว่ามีความแตกต่างคะแนนระหว่างก่อนและหลังรับการรักษาด้วยรากฟันเทียมในช่วงของการเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียม (pick-up phase) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ในด้านต่างๆ ได้แก่ ปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้ออกเสียงลำบาก OHIP (1) (Med_{pre} 3.0, Med_{post} 1.0; $Z = -5.367$; $P < .001$) ปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้การรับประทานอาหารแย่ง OHIP (2) (Med_{pre} 3.0, Med_{post} 2.0; $Z = -5.521$; $P < .001$) รู้สึกปวด หรือเจ็บฟัน เหงือกหรือส่วนอื่นๆในช่องปาก OHIP (3) (Med_{pre} 3.0, Med_{post} 1.0; $Z = -4.912$; $P < .001$) ปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้อินอาหารลำบาก OHIP (4) (Med_{pre} 4.0, Med_{post} 0; $Z = -5.525$; $P < .001$) ปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้รู้สึกกังวลกับลักษณะของตนเอง OHIP (5) (Med_{pre} 3.0, Med_{post} 1.5; $Z = -5.437$; $P < .001$) ปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้เกิดความเครียด OHIP (6) (Med_{pre} 2.0, Med_{post} 1.0; $Z = -5.267$; $P < .001$) ปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้ต้องกินอาหารที่ไม่อยากกิน OHIP (7) (Med_{pre} 2.0, Med_{post} 0; $Z = -5.313$; $P < .001$) ปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้เกิดปัญหาระหว่างกินอาหาร OHIP (8) (Med_{pre} 4.0, Med_{post} 0; $Z = -5.675$; $P < .001$) ปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้อับอายหรือขายหน้า OHIP (10) (Med_{pre} 1.0, Med_{post} 0; $Z = -3.871$; $P < .001$) ปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้แสดงความรู้สึกหงุดหงิด รำคาญต่อผู้อื่น OHIP (11) (Med_{pre} 1.5, Med_{post} 0; $Z = -1.977$; $P < .05$) ปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้มีปัญหาในการทำหน้าที่ตามปกติ OHIP (12) (Med_{pre} 2.0, Med_{post} 0; $Z = -5.039$; $P < .001$) ปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้รู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่น่าอภิรมย์ OHIP (13) (Med_{pre} 1.0, Med_{post} 0; $Z = -4.170$; $P < .001$) และพบความแตกต่างของคะแนนด้านปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้ไม่ได้พักผ่อน OHIP (9) และปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมใดๆได้โดยสิ้นเชิง OHIP (14) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจากแบบสอบถาม The Oral Health Impacts Profile (OHIP-14) ก่อนรับการรักษาด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากและหลังการรักษาด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากในช่วงของการเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียม (Pick-up phase) เป็นเวลา 1 เดือน

OHIP-14	Pre-implant tx			Post-implant tx			Z	P value
	Median	Min	Max	Median	Min	Max		
OHIP (1)	3.0	0	4.0	1.0	0	3.0	-5.367	0.001
OHIP (2)	3.0	3.0	4.0	2.0	1.0	3.0	-5.521	0.001
OHIP (3)	3.0	0	4.0	1.0	0	3.0	-4.912	0.001
OHIP (4)	4.0	0	4.0	0	0	1.0	-5.525	0.001
OHIP (5)	3.0	2.0	4.0	1.5	0	3.0	-5.437	0.001
OHIP (6)	2.0	0	4.0	1.0	0	2.0	-5.267	0.001
OHIP (7)	2.0	0	4.0	0	0	1.0	-5.313	0.001
OHIP (8)	4.0	3.0	4.0	0	0	2.0	-5.675	0.001
OHIP (9)	1.0	0	4.0	1.0	0	4.0	-.699	0.485
OHIP (10)	1.0	0	2.0	0	0	1.0	-3.871	0.001
OHIP (11)	0.5	0	4.0	0	0	4.0	-1.977	0.048
OHIP (12)	2.0	0	4.0	0	0	2.0	-5.039	0.001
OHIP (13)	1.0	0	2.0	0	0	2.0	-4.170	0.001
OHIP (14)	0	0	1.0	0	0	1.0	-1.941	0.052

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตจากแบบสอบถาม SF-6D มีความแตกต่างของคะแนนระหว่างก่อนและหลังการรักษาด้วยรากฟันเทียมในช่วงของการเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียม (pick-up phase) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลกระทบเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครในด้านการออกสังคม (social functioning) (Med_{pre} 2.0, Med_{post} 1.5; $Z = -2.399$; $P < .05$) และพลังชีวิต (vitality) (Med_{pre} 3.0, Med_{post} 3.0; $Z = -2.449$; $P < .05$) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตในด้านความเจ็บปวด (pain) (Med_{pre} 4.0, Med_{post} 3.0; $Z = -3.768$; $P < .001$) และสภาวะจิตใจ (mental health) (Med_{pre} 3.0, Med_{post} 3.0; $Z = -4.217$; $P < .001$) อย่างไรก็ตามพบความแตกต่างของคะแนนด้านการเคลื่อนไหวที่ต้องออกแรง (physical functioning) และการทำงาน/การดำเนินชีวิตประจำวัน (role limitation) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงคะแนนตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตจากแบบสอบถาม Short Form 6D (SF-6D) ก่อนรับการรักษาด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากและหลังรับการรักษาด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากในช่วงของการเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียม (Pick-up phase) เป็นเวลา 1 เดือน

SF-6D	Pre-implant tx			Post-implant tx			Z	P value
	Median	Min	Max	Median	Min	Max		
Physical functioning	3.0	2.0	5.0	3.0	1.0	5.0	-1.684	0.092
Role limitation	3.0	1.0	4.0	2.0	1.0	4.0	-1.556	0.120
Social functioning	2.0	1.0	5.0	1.5	1.0	4.0	-2.399	0.016
Pain	4.0	3.0	6.0	3.0	2.0	4.0	-3.768	0.001
Mental health	3.0	2.0	5.0	3.0	2.0	4.0	-4.217	0.001
Vitality	3.0	2.0	4.0	3.0	2.0	4.0	-2.449	0.014

อภิปรายผลการวิจัย

โดยทั่วไปผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงบริการฟันเทียมทั้งปากและรากฟันเทียมจะเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการเข้าถึงบริการ ซึ่งเป็นการรักษาทางทันตกรรมที่มีความซับซ้อนและมีข้อจำกัดในการออกให้บริการเชิงรุกในหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปากที่มีข้อจำกัดในการเดินทางหรือศักยภาพในการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนก็จะไม่สามารถได้รับการรักษาดังกล่าว ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ทั้งการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ความมั่นใจในรูปลักษณ์ของตนเองและการเข้าสังคมหรือผลกระทบที่เกิดต่อภาวะร่างกายและจิตใจในภาพรวม การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงผลที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากเชิงรุกในผู้ป่วย 40 ราย ซึ่งมีปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลชุมชน และได้รับการรักษาด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากตั้งแต่วินิจฉัยครั้งแรก (Surgical implantation phase) ขั้นตอนเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียม (Pick-up phase) และขั้นตอนคงสภาพ (Maintenance phase) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้ที่พักของตัวทั้ง 5 แห่ง ต่อคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคะแนนตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต สำหรับการศึกษาในครั้งนี้พิจารณาสัมภาษณ์อาสาสมัครทั้งหมดด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านเดิมในแต่ละพื้นที่เพื่อควบคุมอคติที่อาจเกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเลือกการสัมภาษณ์ครั้งแรกในช่วงหลังจากรักษาขั้นตอนแรก (Surgical implantation phase) ไปแล้ว 3 เดือน และก่อนเข้าสู่การรักษาในขั้นตอนเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียม (Pick-up phase) ซึ่งเป็นช่วงที่ฟันเทียมของผู้ป่วยยังไม่ได้มีการเชื่อมส่วนของหน่วยยึดเปรียบเทียบกับขั้นตอนหลังเชื่อมส่วนของหน่วยยึดกับฟันเทียม (Pick-up phase) ไปแล้วเป็นเวลา 1 เดือน เพื่อให้อาสาสมัครเห็นความแตกต่างของผลการรักษาด้วยรากฟันเทียม

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-14) มีรูปแบบคำถามที่หลากหลายและครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากและการใช้ฟันเทียม มักถูกใช้เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากในด้านต่างๆ อย่างไรก็ตามแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-14) มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาที่ใช้ในการตอบคำถาม และการมีข้อคำถามบางข้อที่มีความซับซ้อนทำให้ยากต่อการทำความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถาม⁽¹⁴⁾ จากการสัมภาษณ์อาสาสมัครทั้งหมดด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-14) พบว่าสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการทำฟันเทียมทั้งปากที่มีปัญหาการยึดอยู่ของฟันเทียม (Retention) จะมีระดับ

คะแนนเฉลี่ยจากการสัมภาษณ์ในระดับที่สูงโดยเฉพาะในด้านปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้เกิดปัญหาระหว่างกินอาหาร ปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้กินอาหารลำบาก และปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้รู้สึกกังวลกับลักษณะของตนเองตามลำดับ ซึ่งเป็นผลกระทบโดยตรงจากการมีฟันเทียมที่มีปัญหาการยึดอยู่ที่ไม่ดี และเป็นสาเหตุของการไม่ใช้ฟันเทียมที่ได้รับ ผลการศึกษาพบว่าเมื่ออาสาสมัครทั้งหมดได้รับการแก้ไขปัญหาการยึดอยู่ของฟันเทียมด้วยรากฟันเทียมแล้วพบว่ามีความแตกต่างของคะแนนระหว่างก่อนและหลังรับการรักษาด้วยรากฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-14) ทุกด้านที่ระดับ ($P < .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครที่ดีขึ้นจากการให้การรักษาด้วยรากฟันเทียมยกเว้นด้านปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้ไม่ได้พักผ่อน และปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอมทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ได้โดยสิ้นเชิง สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่ทำการรักษาด้วยฟันเทียมแบบยึดติดกับรากฟันเทียมในขากรรไกรล่าง (Implant-supported mandibular overdentures) ช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHRQoL) ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่รายงานว่ามีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย ไม่ว่าจะเป็นด้านรูปลักษณ์ฟัน ความสามารถในการเคี้ยว และการพูด⁽¹⁵⁾

แบบสอบถาม Short Form 6D (SF-6D) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินสุขภาพทางด้านเศรษฐศาสตร์ในแง่คุณภาพชีวิตที่เหลือ หรือ quality-adjusted life year ซึ่งมีขอบเขตของการประเมินนอกเหนือจากประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากโดยตรง⁽¹⁶⁾ แบบสอบถาม Short Form 6D (SF-6D) เป็นเครื่องมือที่ใช้งานง่ายสะดวกและรวดเร็วด้วยคำถามเพียง 6 ข้อสำหรับข้อจำกัดของแบบสอบถาม Short Form 6D (SF-6D) อาจไม่เหมาะสำหรับตรวจสอบความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายเพียงเล็กน้อยหรือโรคที่เกิดกับสภาวะทางร่างกายที่หลากหลายหรือมีความซับซ้อน และอาจไม่ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บป่วยเฉพาะ โดยทั่วไปมักใช้งานแบบสอบถาม Short Form 6D (SF-6D) เพื่อประกอบการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพสำหรับประเมินการรักษาใหม่ๆ ให้ประโยชน์คุ้มค่าต่อการลงทุนหรือไม่⁽¹⁷⁾ สำหรับคะแนนตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตจากแบบสอบถาม Short Form 6D (SF-6D) พบว่ามีความแตกต่างของคะแนนระหว่างก่อนและหลังรับการรักษาด้วยรากฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตในด้านการออกสังคม (Social functioning) ด้านพลังชีวิต (Vitality) ด้านความเจ็บปวด (Pain) และสภาวะจิตใจ (Mental health) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครที่ดีขึ้นจากการให้การรักษาด้วยรากฟันเทียม

สรุป

จากการศึกษาพบว่า การรักษาด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก (Retained overdenture) อำเภอกะสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการรักษาด้วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากในอนาคต

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบจากการให้บริการทันตกรรมที่มีความซับซ้อน เช่น บริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต

ในหลายๆ ด้าน อย่างไรก็ตามยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาอย่างต่อเนื่องถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในช่วงของระยะคงสภาพ (Maintenance phase) ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2567.
2. Limpuangthip N. The quality of complete denture, patient's satisfaction, oral health-related quality of life, and their association [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University 2017; 951p.
3. Ahmad K, Hannah K, Heather B, Jamie S. Comparison of Implant-Retained Overdenture and Conventional Complete Denture: A Survey Study to Measure Patients' Satisfaction and Quality of Life in Dental School Clinics, J Oral Implantol 2024; 50(3): 266–276.
4. ชูลีพร ผ่านิมมงคล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารพัฒนวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2561; 17(3): 11.
5. อนงค์ เพชรล้ำ. การประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการ ใหม่ ฟันเทียมทันใจ ห่วงใยชุมชน อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม 2560; 11(26): 44-61.
6. ภัสรา รัตนะ. การพัฒนาระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงบ้านภายใต้รูปแบบ Huaiyot Model. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565; 31(2): 282-8.
7. นิลุบล ดีพลกรัง. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมภาครัฐของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2564; 3(1): 1-19.
8. Salwa Omar Bajunaid, Abdullah S Alshahrani, Ahad A Aldosari et al. Patients' Satisfaction and Oral Health-Related Quality of Life of Edentulous Patients Using Conventional Complete Dentures and Implant-Retained Overdentures in Saudi Arabia Int J Environ Res Public Health. 2022; 19(1): 557.
9. Filius MAP, Vissink A, Cune MS, Raghoobar GM, Visser A. Effect of implant therapy on oral health-related quality of life (OHIP-49), health status (SF-36), and satisfaction of patients with several agenetic teeth: Prospective cohort study. Clin Implant Dent Relat Res. 2018; 20(4): 592-597.
10. Stephan Eitner, Manfred Wichmann, Karl Andreas Schlegel et al. Oral health-related quality of life and implant therapy: An evaluation of preoperative, intermediate, and post-treatment assessments of patients and physicians. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. 2012; 40(1): 20-23.
11. Nobile M. The definition of health: A clinical reading. Med law. 2014; 33(2): 33-40.
12. สัมภาษณ์ ชาตอลกรณ. คุณสมบัตินักวิจัยทางจิตวิทยาของแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai). วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2560; 34(3): 158-170.
13. Craig BM, Pickard AS, Stolk E, Brazier JE. US valuation of the SF-6D. Med Decision Making. 2013; 33(6): 793-803.
14. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol. 1997; 25(4): 284-90.
15. Kuoppala R, Näpänkangas R, Raustia A. Quality of life of patients treated with implant-supported mandibular overdentures evaluated with the oral health impact profile (OHIP-14). a survey of 58 patients. J Oral Maxillofac Res. 2013; 4(2): e4.

16. Wang P, Fu AZ, Wee HL, Lee J, Tai ES, Thumboo J, Luo N. Predicting preference-based SF-6D index scores from the SF-8 health survey. *Qual Life Res.* 2013; 22(7): 1675-83.
17. Brazier J, Roberts J, Deverill M. The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *J Health Econ.* 2002; 21(2): 271-92.



**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
340 ถนนสุรนารายณ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา
จังหวัดนครราชสีมา 30000
หมายเลขโทรศัพท์: 0 4400 9009 ต่อ 3831
อีเมล: phjournal@nrru.ac.th**