






วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย

Journal of Health Innovation and Safety (JHIS)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567



-  สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย
สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
เลขที่ 77 หมู่ 4 ตำบลทับตี่เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000
-  โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 4301 โทรสาร 035-454050
-  e-mail : Jhis@phcsuphan.ac.th



วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย
Journal of Health Innovation and Safety (JHIS)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับผลงานทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข นวัตกรรมสุขภาพ การแพทย์ การพยาบาล และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์แก่นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข นวัตกรรมสุขภาพ การแพทย์ การพยาบาล และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ทางวิชาการใน ส่วนภาครัฐและเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

สำนักงาน

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
77 หมู่ 4 ตำบลห้วยไทร อำเภอมะนิ จังหวัดสุพรรณบุรี 72000
โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 1103 โทรสาร 035-454050
E-mail : Jhis@phcsuphan.ac.th
Website: <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JHIS>

วารสารนี้เป็นวารสารที่เผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์เท่านั้น

วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย; Journal of Health Innovation and Safety (JHIS)



วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย
Journal of Health Innovation and Safety (JHIS)
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

ที่ปรึกษา

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ทันตแพทยศาสตร์ ศรีไทย

บรรณาธิการ

ดร.นพดล ทองอร่าม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

กองจัดการ

ดร. กนกพร สมพร
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
นางบุษรา โพธิ์เที่ยง
สภาการสาธารณสุขชุมชน
นางสาวศุภนิจ ทับชัย
โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. วงศา เล้าหศิริวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริรักษา
รองศาสตราจารย์ ดร. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน
รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทร์คง
รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรรถพร สนธิไชย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศพร ชูศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี้
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรกมล บุญโยอิน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวลักษณ์ สีดาเกษ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กิตติพร เนาว์สุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิทยา ศรีเมือง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คมสัน ธงชัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชฎารัตน์ แก้วเวียงเดช
อาจารย์ ดร. จิรนนท์ ตลชาติ
อาจารย์ ดร. สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
อาจารย์ ดร. จามรี สอนบุตร
อาจารย์ ดร. กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์
อาจารย์ ดร. สิทธิชัย สิงห์สุ

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ

สมาคมวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
นักวิชาการอิสระ
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
มหาวิทยาลัยนครพนม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยปทุมธานี

วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัยเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความ เพื่อลงตีพิมพ์อย่างน้อยจำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏ ในวารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัยที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือ สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย



วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย ฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีที่ 1 ฉบับที่ 2 ปี พุทธศักราช 2567 เล่มนี้เป็นเล่มที่สองของปีมังกร มีวัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับผลงานทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข นวัตกรรมสุขภาพ การแพทย์ การพยาบาล และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ คำนึงถึงประโยชน์แก่นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงตลอดจนเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข นวัตกรรมสุขภาพ การแพทย์ การพยาบาล และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ และตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ทางวิชาการในส่วนภาครัฐและเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ วารสารฯ หวังจะพัฒนาเข้าสู่การประเมินคุณภาพมาตรฐานของวารสาร การเริ่มต้นมีแต่สิ่งดีงาม และหวังว่าบทความในวารสารนี้จะเป็นประโยชน์แก่นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศและต่างประเทศ สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ทางเว็บไซต์ของวารสารภายใต้การดูแลของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี วารสารมีกำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เนื้อหาในวารสารฉบับนี้ มีบทความวิจัย 5 เรื่อง บทความทุกเรื่องสามารถ Download ได้ในรูปแบบ pdf. File ขณะเดียวกันหากมีความสนใจในการ เขียนบทความ ทั้งด้านวิชาการ งานวิจัยหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขชุมชนและสุขภาพตลอดจนข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงวารสารให้เหมาะสม ท่านผู้อ่านสามารถแจ้งมายังกองบรรณาธิการได้ จักขอบคุณยิ่ง

วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย ขอขอบคุณสถาบันพระบรมราชชนก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนร่วมสนับสนุนในการทำให้เสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทักษะทางวิชาการ และวิชาชีพของบุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้องต่อไป

นพดล ทองอร่าม
บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
บรรณาธิการ	ก
กองบรรณาธิการ	ข
บทบรรณาธิการ	
บทความวิจัย (Original Article):	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการ สงสัยล่าช้าด้านภาษา คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพเด็กดี สถาบัน พัฒนาสุขภาพะเขตเมือง	1
กนกวรรณ กันยาสาย	
ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในคลินิก ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง	15
อัมศยาภัค เหล่าหิซกุลพงศ์	
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงหนคร	24
สุภาพร ณ พัทลุง	
ความรู้ ทักษะคติและพฤติกรรมความเสี่ยงของผู้ปกครองเด็ก อายุ 6 - 12 ปี ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี	35
วิภาวรรณ ศรีอินทร์จันทร์, พงศกร อิมตระกูล, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์, ชฎารัตน์ เหลืองอร่าม	
การประเมินความเข้มแสงสว่างในห้องปฏิบัติการทันตกรรม และคอมพิวเตอร์ทันตกรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี	50
ศุภนิวัตร แสงหิรัญ, อนุพงษ์ สอดสี, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์	



คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย (Journal of Health Innovation and Safety: JHIS) ขอเชิญอาจารย์ นักวิชาการ และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข นวัตกรรมสุขภาพ การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร เพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอ ดังนี้

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. ผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข นวัตกรรมสุขภาพ การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข นวัตกรรมสุขภาพ การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลับกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (ยกเว้นการตีพิมพ์ในสองปีแรก ปี พ.ศ. 2567-2568 ฟรี)
 - อาจารย์และเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 บาท
 - อาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึกงานนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 บาท
 - บุคคลอื่น ๆ หรือไม่ได้เป็นอาจารย์และเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์ เรื่องละ 3,000 บาท

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย ได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows ขนาด 16 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 18

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 16 อยู่ใต้ชื่อเรื่องจัดกึ่งกลาง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 350 คำ ต่อบทคัดย่อ

5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)

6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 ตัวหนา

7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument

- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- อภิปรายผล (Discussion)
- การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication of the Results)
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
- References

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- รายการอ้างอิง (References)

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition

Copyright Notice

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารนวัตกรรมการศึกษาและความปลอดภัย ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารนวัตกรรมการศึกษาและความปลอดภัย

Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารนวัตกรรมการศึกษาและความปลอดภัย” โดยส่งไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ไปที่ e-mail address: Jhis@phcsuphan.ac.th โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก).....

สถานที่ติดต่อสอบถาม

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารนวัตกรรมการศึกษาและความปลอดภัย
 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
 77 หมู่ 4 ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000
 (โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 1103 โทรสาร 035-454050
 E-mail address: Jhis@phcsuphan.ac.th

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า
ด้านภาษา คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพเด็กดี
สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง

The effectiveness of the program to enhance health literacy for parents of
children with suspected delays in language development at the Model
Development and Innovations Services for Good Children Health Clinic,
Metropolitan Health and Wellness Institution.

กนกวรรณ กันยาสาย

Kanokwan Kunyasai

คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพเด็กดี สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง กรมอนามัย ประเทศไทย Model Development and
Innovations Services for Good Children Health Clinic, Metropolitan Health and Wellness Institution, Thailand
Corresponding author: Kanokwan Kunyasai, E-mail: sekkanok@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา 2) เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) วัดผลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มผู้ปกครองและเด็กที่มารับบริการอายุ 9 เดือน - 3 ปี 6 เดือน คัดกรองด้วยคู่มือ Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2567 พบผู้ปกครองที่มีเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษาจำนวน 30 คน ด้วยการคัดเลือกแบบสุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบประเมินความเชื่อมั่นของผู้ปกครอง แบบประเมินความรู้เรื่องการเล่านิทาน และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้แก่ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ pair t-test ผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก สมวัยร้อยละ 93.3 ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ (Mean=15.4 ,SD= 3.09) ซึ่งอยู่ระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ และมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Mean=116.8 ,SD=12.13) ซึ่งอยู่ระดับความเชื่อมั่นในตนเองสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมมีค่าคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 แปลผลว่าเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จากผลวิจัยบ่งชี้ว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา จึงควรสนับสนุนการสร้างความรู้ให้แก่ผู้ปกครองในระยะยาว เพิ่มการเข้าถึงข้อมูล สร้างความรู้ความเข้าใจ เพื่อการตัดสินใจเลือกการส่งเสริมพัฒนาการ ให้เด็กมีพัฒนาการกลับมาสมวัย

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ปกครอง ,พัฒนาการด้านภาษา

Abstract

This research is experimental research. The objectives 1) Evaluate the effectiveness of the program for creating health literacy for parents of children with suspected language delays. 2) Compare the development of children before and after participating in the program. Using a quasi-experimental research design. Measure results before and after the experiment among parents and children receiving services aged 9 months - 3 years 6 months screened with a manual Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) between March – May 2024. Found 30 parents of children with suspected language delays through random selection. Data were collected using a health literacy assessment form consisting of general information and information of the respondents. Parental confidence assessment form Knowledge assessment on storytelling and health literacy assessment form. Data were analyzed using a ready-made program including frequency percentage mean and standard deviation. Differences in means were compared using paired t-test statistics. The results showed that after participating in the program, 93.3% of children's language development was appropriate. Parents had a mean health literacy score (Mean=15.4, SD= 3.09). Which was at the low health literacy level. And the mean score of confidence in promoting language development was higher than before joining the program (Mean=116.8, SD=12.13). Which is at the high level of self-confidence with statistical significance at the 0.05 level. The mean scores on health literacy of parents before and after entering the program, the score is less than 60 percent which means that people have an insufficient level of health literacy. Research results indicate that the level of health literacy of parents is not sufficient to Practice in promoting language development therefore creating knowledge for parents in the long term should be supported. Increase access to information create knowledge and understanding to decide on promoting development for children to develop back to their age.

Keywords: Health literacy, parents, language development.

บทนำ

คนเป็นทรัพยากรที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศ การที่ประเทศจะมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพได้นั้นจะต้องเริ่มพัฒนาส่งเสริมกันตั้งแต่ในช่วงปฐมวัย ซึ่งถือเป็นช่วงวัยของการเจริญเติบโตที่มีความสำคัญที่สุดของชีวิต และถือเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการพัฒนาในช่วงวัยอื่น ๆ (พรเทพ ราชรุจิทอง และคณะ,2561) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 ระบุว่า กำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต เน้นให้คนไทยได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพในทุกช่วงวัย มีสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับโลกยุคใหม่ตามบรรทัดฐานของสังคม มีภูมิคุ้มกันต่อความเปลี่ยนแปลงและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข กำหนดให้ตัวชี้วัดดัชนีพัฒนาการเด็กสมวัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 88 ประกอบกับในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยกำหนดตัวชี้วัดเด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยเพื่อให้เด็กปฐมวัยตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ได้รับการพัฒนาเต็มศักยภาพ มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย (กรมอนามัย,2564) นอกจากนี้กรมอนามัยมีนโยบายสนับสนุนการส่งเสริมเด็กไทยอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะประเด็นสนับสนุนการเพิ่มอัตราการเกิดภายใต้แคมเปญ “Give Birth Great

World” การคลอดและการเลี้ยงดูเด็กสร้างเด็กไทยสูงที่สุดมีส่วนร่วมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อสร้างเด็กไทยให้เติบโตอย่างมีคุณภาพเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

จากการสำรวจสถานการณ์ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0-5ปี) เน้นการเข้าถึงบริการที่เป็นจุดสำคัญให้เด็กได้รับโอกาสในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ ในปี 2564 พบพัฒนาการล่าช้าด้านภาษา expressive language (EL) และ receptive language (RL) แนวโน้มเพิ่มขึ้น (กรมอนามัย, 2565) เช่นเดียวกับการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ในรอบ 15ปีที่ผ่านมาพบว่าเด็กปฐมวัยประมาณร้อยละ 30 มีพัฒนาการที่ล่าช้าโดยมีพัฒนาการล่าช้าทางด้านภาษามากที่สุด (พรเทพ ราชรุจิทอง และคณะ, 2561)

สถิติของสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมืองโดยคลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพเด็กดี มีการประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 2,215 คน พบว่า มีพัฒนาการสมวัย 1,907 คน คิดเป็นร้อยละ 86.09 พัฒนาการสงสัยล่าช้า 308 คน คิดเป็นร้อยละ 13.90 ซึ่งเด็กกลุ่มที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าจะได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้วยคู่มือ Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) ทุกราย หลังการติดตาม 1 เดือน พบว่ายังมีพัฒนาการล่าช้า 76 คน คิดเป็นร้อยละ 24.67 โดยมีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษามากที่สุดจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 68.42 ล่าช้าด้านการเข้าใจภาษา (RL) 28 คน คิดเป็นร้อยละ 53.84 ล่าช้าด้านการใช้ภาษา (EL) 24 คนคิดเป็นร้อยละ 46.15 (สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง, 2566)

จากข้อมูลข้างต้นคลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพเด็กดี จึงศึกษาและทบทวนวรรณกรรมอีกทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องถึงปัจจัยหรือวิธีการช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาและปรับรูปแบบบริการโดยการนำกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา โดยใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะทดแทนทั้งหมด 2) ระยะทดแทนบางส่วน และ 3) ระยะการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (ปาณิศรา ยานิพันธ์, 2564) การศึกษาในครั้งนี้เน้นการพยาบาลในรูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ในการส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยทฤษฎีดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิด แรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การ ตัดสินใจที่เหมาะสม สุขภาวะที่ดี เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งความรู้รอบรู้เป็นปัจจัยเอื้อสำคัญที่จะให้บุคคลสามารถดูแลและจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน Nutbeam, 2008 กล่าวว่าความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพ จะมีความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ จนนำไปสู่การตัดสินใจ พร้อมทั้งแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อจัดการสุขภาพของตนเอง กลวิธีสร้างเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพมีหลายวิธี ซึ่งผู้วิจัยสนใจวิธีการ ใช้เทคนิคการสอนกลับ (teach-back technique) การใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ (ask me 3) และการสร้างบรรยากาศให้เกิดความกล้าที่จะถาม (shame-free) มาใช้สร้างความรอบรู้ให้แก่ผู้ปกครอง นอกจากนี้ปัจจัยด้านการเลี้ยงดู เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้พัฒนาการเด็กล่าช้า ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม (อาริสรา ทองเหม, จินตนา พัฒนพงศ์ธร, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาวิจัยของณิขกุล พิชาชาญ (2566) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดู การเล่านิทาน อีกทั้งยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัยได้แก่ผู้เลี้ยงดูเด็กมีการเล่าหรืออ่านนิทานให้เด็กฟังอย่างสม่ำเสมอจะมีโอกาสมีพัฒนาการสมวัยมากกว่า ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจ พบว่าการเล่านิทาน เป็นกิจกรรมง่ายๆ ที่ผู้ดูแลสามารถทำกิจกรรมกับเด็กได้ทุกวัน และเป็นกิจกรรมที่สามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาได้ดีมาก รวมทั้ง ทำให้เด็กเกิดกระบวนการเรียนรู้และทักษะทางภาษาอย่างเป็นธรรมชาติ ส่งผลให้เรียนรู้คำศัพท์และโครงสร้างประโยคได้อย่างรวดเร็ว (ณิขกุล พิชาชาญ, 2566) เช่นเดียวกับการศึกษาของ บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถและบุษบา อรรถาวีร์ (2563) ที่พบว่าครอบครัวที่มีการเล่านิทาน เด็ก

มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 63.30 และพบว่า เด็กที่ได้รับการเล่นนิทานมีโอกาสพัฒนาการล่าช้าลดลง ร้อยละ 38 อีกทั้งจากการศึกษาของดักเกอร์ ค.ศ. 1969 พบว่าผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตัวเองสูงมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับความสามารถในการปรับตัว ไม่มีความวิตกกังวลจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงให้เห็นว่า การนำทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มโดยใช้รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ในการส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยการสร้างความรอบรู้ผู้ปกครอง ให้มีความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ จนนำไปสู่การตัดสินใจในการส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งเน้นการเพิ่มความรอบรู้ในการเล่นนิทาน เพื่อให้ผู้ปกครองมีความเชื่อมั่นในตนเองจนสามารถปรับตัวในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาให้กับเด็กได้

เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมาคลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพเด็กดี ใช้วิธีการให้แนะนำผู้ปกครองของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษากลับไปใช้คู่มือ Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) ในการส่งเสริมพัฒนาการข้อที่ยังไม่ผ่าน และนัดติดตาม 1 เดือน แต่ยังพบว่า เด็กมีพัฒนาการล่าช้าถึงร้อยละ 24.67 ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลซึ่งมีหน้าที่ในการให้คำปรึกษาผู้ปกครองเพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาให้กลับมาสมวัย จึงได้ศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา โดยเน้นความรู้และทักษะการเล่นนิทานเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษาให้เด็กมีพัฒนาการกลับมาสมวัยมากขึ้น รวมทั้งเป็นแนวทางให้ผู้ปกครองมีแนวทางปฏิบัติ มีความเชื่อมั่น มีความสามารถและทักษะที่ถูกต้องในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาที่บ้าน อีกทั้งยังเป็นต้นแบบของสถานพยาบาลอื่นๆ ในการนำรูปแบบโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษาไปใช้เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้กลับมาสมวัยมากขึ้นเพื่อสร้างเด็กไทยให้เติบโตอย่างมีคุณภาพเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษาที่เข้ามาใช้บริการในคลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพเด็กดีสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม จากกลุ่มผู้ปกครองของเด็กอายุ 9 เดือน – 3.6 ปี ที่มารับบริการในคลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพเด็กดีสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองซึ่งได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือ Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) พบมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา (Expressive language and Receptive language) จำนวน 30 คน ด้วยสูตรการคำนวณ ดังนี้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง อ้างอิงจากผลการวิจัยของอรุณศรี กัญฉะเศรษฐ และคณะ (2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาต่อความรู้ และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 8.76 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.49 และกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 11.57 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.71 นำมาคำนวณค่าอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.56 กำหนดให้ ค่าระดับความเชื่อมั่น (Type II error) เท่ากับ 0.05 อำนาจการกระจายทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.80 และนำค่าที่ได้มาคำนวณด้วยโปรแกรม G power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการไม่สามารถ เข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สำหรับการวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุเด็กอายุ 9 เดือน – 3.6 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา 30 คนและผู้ปกครองของเด็กกลุ่มดังกล่าว

จำนวน 30 คน (ครอบครัวละ 1 คน) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มจากรายชื่อที่สมัครใจ แล้วสุ่มจับสลากจนได้ครบ 30 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา ประกอบด้วยเนื้อหาสาระสำคัญ ดังนี้ ประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรม, กิจกรรมอธิบายและร่วมวางแผนการส่งเสริมพัฒนาการ, ทำความเข้าใจผลของสื่ออิเล็กทรอนิกส์, การใช้คู่มือ DSPM, เสนอตัวอย่างการเล่านิทานที่ดีและการเล่านิทานที่ไม่เหมาะสม ทำความเข้าใจเรื่องการเลือกนิทานตามวัย เทคนิคประโยชน์ของนิทาน เทคนิคการสอนกลับ (teach-back technique) การใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ (ask me 3) และการสร้างบรรยากาศให้เกิดความกล้า ที่จะถาม (shame-free) ส่งเสริมเล่านิทานทุกวันอย่างน้อย วันละ 5 นาที จากนั้นเชิญผู้ปกครองเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มไลน์เล่าเล่นเน้นภาษาเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินผลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน ในวันที่นัดเด็กมาติดตามพัฒนาการ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

2.2.1 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ปัจจัยการเลี้ยงดู ปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่างและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่างและเลือกตอบ ประกอบด้วยความเกี่ยวข้องกับเด็ก ปัญหาการมองเห็น ระดับความเครียดหรือวิตกกังวลและความสามารถในการอ่าน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเชื่อมั่นของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กเป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความเชื่อมั่นตนเองเฉพาะด้านตามสถานการณ์ โดยปรับจากแบบสอบถามความเชื่อมั่นตนเองเฉพาะด้าน (The Self-efficacy Scale) (Gao, 2007) มี 6 ข้อคำถาม ได้แก่ ด้านจิตใจมั่นคง กล้าแสดงออก เป็นผู้นำ กล้าตัดสินใจ กล้าเผชิญความจริงและความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนแบบสอบถาม 5 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนนคือไม่เชื่อมั่นเลย 2 คะแนนคือเชื่อมั่นน้อย 3 คะแนนคือเชื่อมั่นปานกลาง 4 คะแนนคือเชื่อมั่นมาก และ 5 คะแนนคือเชื่อมั่นมากที่สุด โดยแบบสอบถามความเชื่อมั่นตนเองเฉพาะด้านมีค่าความเชื่อมั่น 0.87 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 10 ข้อ การคิดคะแนน: การคิดคะแนนให้เอาคะแนนของแต่ละข้อบวกกันและนำผลที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดและคูณด้วย 10 จะได้ผลออกมาเป็นคะแนนของความเชื่อมั่นจะอยู่ที่ 10 - 150 ซึ่งเกณฑ์ของคะแนนดังนี้คะแนน 10 - 50 ระดับความเชื่อมั่นในตนเองต่ำคะแนน 51 - 100 ระดับความเชื่อมั่นในตนเองปานกลางคะแนน 101 - 150 ระดับความเชื่อมั่นในตนเองสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ผู้ปกครองเรื่องการเล่านิทานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา เป็นข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับนิทานประกอบด้วยข้อคำถามลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบใช่หรือไม่ใช่จำนวน 5 ข้อ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ตอบผิดได้ 0 คะแนนตอบถูกได้ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 5 คะแนน เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์โดยใช้คะแนนอ้างอิงในลักษณะ ทรัพย์สินสมบูรณ์ (2551) ดังนี้ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-3 คะแนน) หมายความว่าระดับความรู้ต่ำ คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (4 คะแนน) หมายความว่าระดับความรู้ปานกลาง คะแนนร้อยละ 80 (5 คะแนน) ขึ้นไปหมายความว่าระดับความรู้สูง และการทดสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้ด้วย KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.72

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพการได้ตอบ ซักถาม ตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ ผู้วิจัย ได้ศึกษาข้อมูลแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคสำหรับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขซึ่งสร้าง โดยกรมควบคุมโรค และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2563) จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาแบบประเมินความ รอบรู้ด้านสุขภาพดังกล่าวมาสร้างแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อโดยกำหนด มาตรฐานวัดหรือสเกลการวัดระดับใช้แบบลิเคิร์ต (Likert scale) ตามลำดับความยาก-ง่าย ได้แก่ ไม่เคย บางครั้ง เกือบ ทุกครั้งและทุกครั้ง มีคะแนน 1 - 4 คะแนน และนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรง และความเหมาะสมของเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องกันอย่างน้อย 2 ใน 3 ท่าน เพื่อแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาแลวนำคะแนนที่ได้จากการลงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน หาค่าดัชนี IOC (Index of Item-Objective Congruence) พบว่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรมกับจุดประ สงค IOC = 0.9 การแปลผลคะแนนรวมความรอบรู้สุขภาพคะแนนรวมเต็ม 28 คะแนนถ้าได้คะแนน 0-16 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็มอยู่ในระดับไม่ดีแปลผลว่าเป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อ การปฏิบัติตน ถ้าได้ 17-19 คะแนนหรืออยู่ในช่วงร้อยละ 61-69 ของคะแนนเต็มอยู่ในระดับพอใช้ แปลผลว่าเป็นผู้มี ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติได้ถูกต้องบ้าง ถ้าได้คะแนน 20-22.4 หรืออยู่ในช่วง ร้อยละ 70-79 ของคะแนนเต็มอยู่ในระดับดีแปลผลว่าเป็นผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติตน ได้ถูกต้อง ถ้าได้คะแนน 22.5-28 คะแนนหรือมากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็มอยู่ในระดับดีมากแปลผลว่าเป็นผู้มี ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย การทดสอบ คุณภาพเครื่องมือ ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดสอบความเที่ยง (reliability) โดยทดลองใช้กับพ่อ แม่/ผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหาและความ ชัดเจนของสำนวนภาษาของข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามให้เหมาะสมแล้วนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่า ความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า = 0.89

2.2.2 เครื่องมือประเมินพัฒนาการเด็ก

ใช้เครื่องมือแบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาและวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ หาค่าความเที่ยงตรง เชิงเนื้อหา โดยข้อประเมินส่วนใหญ่มีค่า IOC มากกว่า 0.50 และมีค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกตมากกว่า 0.80 เป็น เครื่องมือมาตรฐานที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ใช้ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (กระทรวง สาธารณสุข, 2558)

3. การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัย ลำช้าด้านภาษา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม - พฤษภาคม 2567 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เด็กตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ชี้แจงแนวทางให้เข้าใจรายละเอียดของเครื่องมือวิธีการและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับจนผู้ช่วยวิจัยสามารถทำได้เชี่ยวชาญเหมือนกับผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนแล้ว (เลขที่ KMPHT-67010002 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก) ผู้วิจัยแจ้งหัวหน้ากลุ่มงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือ และขออนุญาตใช้สถานที่ในการดำเนินการวิจัยจากนั้น ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยแจ้งรับอาสาสมัครผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษาหลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
2. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติหลังจากตรวจสอบคุณสมบัติแล้วแจ้งผลให้ทราบ
3. ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพชี้แจงโครงการวิจัยวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย
4. เจ้าหน้าที่เตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีการเตรียมเด็ก เช่น เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์และสภาพแวดล้อม และเตรียมผู้ปกครองโดยเจ้าหน้าที่สอบถามสิ่งที่ผู้ปกครองต้องการเกี่ยวกับพัฒนาการทำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและประเมินความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ปกครองในการเล่านิทานก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
5. ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาขั้นตอนนี้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที สำหรับผู้ปกครอง ด้วยกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านการเข้าใจโต้ตอบซักถามและตัดสินใจตามหลักการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่อธิบายและร่วมวางแผนการส่งเสริมพัฒนาการผู้รับบริการทำความเข้าใจและเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม ทำความเข้าใจผลของสื่ออิเล็กทรอนิกส์ การใช้คู่มือ Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) เสนอตัวอย่างการเล่านิทานที่ดีและการเล่านิทานที่ไม่เหมาะสม ทำความเข้าใจเรื่องการเลือกนิทานตามวัยเทคนิคประโยชน์ของนิทาน ส่งเสริมเล่านิทานทุกวันอย่างน้อยวันละ 5 นาที สร้างบรรยากาศให้เกิดความกล้า ที่จะถาม (shame-free) เจ้าหน้าที่ใช้เทคนิค Ask me 3 ซึ่งเป็นการตั้งคำถามสุขภาพสู่การมีสุขภาพที่ดี ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมเพื่อทวนสอบความเข้าใจของผู้ปกครอง เชิญชวนผู้ปกครองเข้าร่วมกลุ่มไลน์ เล่าเล่นเน้นภาษาเพื่อสะดวกในการเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองสอบถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่และเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองที่มีเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้พูดคุยปรึกษาสร้างบรรยากาศให้เกิดความกล้าที่จะถาม (shame-free) เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลความรู้เพิ่มเติม ผู้ปกครองให้กำลังใจ
6. ระยะเวลาติดตามภายหลังการใช้โปรแกรม ให้ผู้ปกครองและเด็กใช้โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา สำหรับเด็กที่บ้านเจ้าหน้าที่นัด 2 สัปดาห์เพื่อโทรติดตามให้คำปรึกษา ,ติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน โดยประเมินความรู้ผู้ปกครองและประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) หากเด็กยังมีพัฒนาการล่าช้าผู้วิจัยจะดำเนินการกระตุ้นพัฒนาการโดยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I) ต่อไป

4. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีขั้นตอนดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องนิทาน ความเชื่อมั่นในการส่งเสริมพัฒนาการ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลการทดสอบ ความรู้เรื่องนิทาน ความเชื่อมั่นในการส่งเสริมพัฒนาการและความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังให้ความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ pair t-test

ผลการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ของการให้ข้อมูลและเนื้อหา จากชุดแบบสอบถามกระดาษ และแบบสอบถามออนไลน์โดยผู้ปกครองสแกนคิวอาร์โค้ดที่เจ้าหน้าที่จัดเตรียมไว้ในวันที่พาดังกล่าวประเมินพัฒนาการซ้ำตามนัด ทั้งสิ้น 30 ชุด สามารถสรุปผลการวิจัยตามหัวข้อ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พบว่าประวัติทั่วไป รูปร่างปัจจุบันของเด็ก ส่วนใหญ่รูปร่างปกติ ร้อยละ 60 ผู้ดูแลปัจจุบันเป็นแม่ ร้อยละ 73.4 อายุของผู้ดูแลเด็กอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 53 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรี ร้อยละ 40 พ่อมีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษาและระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50 แม่มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60 อาชีพของพ่อและแม่ส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริษัท ร้อยละ 43.3 และ 46.6 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 25,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 43.3 ที่อยู่ปัจจุบันอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 83.3 ลักษณะเป็นทาวนเฮาส์ ร้อยละ 36.7 สถานภาพคู่ ร้อยละ 96.7 เลี้ยงเด็กแบบช่วยกันเลี้ยง ร้อยละ 96.7 ปัจจัยการเลี้ยงดูที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางภาษาของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า เล่นกับลูกอย่างน้อยวันละ 30 นาที ทุกวัน ร้อยละ 73.4 เคยการได้รับความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการเล่านิทาน ร้อยละ 60 ผู้ปกครองเด็กเคยฟังนิทาน ร้อยละ 66.7 ผู้ปกครองเล่านิทานให้แก่เด็กฟังนานๆ ครั้ง (น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์) ร้อยละ 33.3 เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น โทรศัพท์, โทรศัพท์นานๆ ครั้ง (น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์) ร้อยละ 40 ผู้ปกครองเด็กใช้สมุดคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยบ่อยครั้ง (มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์) ร้อยละ 40 แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัจจัยการเลี้ยงดูที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางภาษาของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 30)

ปัจจัยการเลี้ยงดูที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางภาษา	จำนวน/ความถี่	ร้อยละ(%)
การเล่นกับเด็ก อย่างน้อยวันละ 30 นาที	ทุกวัน	22
	บ่อยครั้ง(มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์)	4
	นานๆครั้ง(น้อยกว่า3 ครั้ง/สัปดาห์)	4
ได้รับความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการเล่านิทาน	เคย	18
	ไม่เคย	12
ประสบการณ์ การฟังนิทานของผู้ดูแล	เคย	20
	ไม่เคย	10
ผู้ดูแลเด็กเล่านิทานให้แก่เด็กฟัง	ทุกวัน	5
	บ่อยครั้ง(มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์)	8
	นานๆครั้ง(น้อยกว่า3 ครั้ง/สัปดาห์)	10
	ไม่เล่านิทาน	7
เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์	ทุกวัน	11
	บ่อยครั้ง(มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์)	6
	นานๆครั้ง(น้อยกว่า3 ครั้ง/สัปดาห์)	12
	ไม่ใช้	1
ผู้ปกครองใช้สมุดคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	ประจำ	5
	บ่อยครั้ง(มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์)	12
	นานๆครั้ง(น้อยกว่า3 ครั้ง/สัปดาห์)	9
	ไม่เคยใช้	4

ผลการวิจัยพบผู้ปกครองคิดว่าปัจจัยมีส่วนช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาทั้ง 5 หัวข้อ ได้แก่งดหรือลดสื่ออิเล็กทรอนิกส์, เล่นกับลูกอย่างอิสระอย่างน้อยวันละ 30 นาที, ผู้ปกครองส่งเสริมพัฒนาการตามเล่ม DSPM, เล่านิทานให้เด็กฟังทุกวันและเจ้าหน้าที่ส่งเสริมความรอบรู้เรื่องพัฒนาการเด็ก มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) โดยผู้ปกครองคิดว่าปัจจัยมีส่วนช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กมากที่สุดได้แก่การเล่นกับลูกอย่างน้อยวันละ 30 นาที คะแนนเฉลี่ย 4.20 คะแนน (SD=35.38) ดังแสดงในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 ปัจจัยมีส่วนช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา(ตามความคิดของผู้ปกครอง)

ปัจจัยมีส่วนช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา	x̄	SD	การแปลความหมาย
งดหรือลดสื่ออิเล็กทรอนิกส์	3.70	19.52	ระดับมาก
เล่นกับลูกอย่างอิสระอย่างน้อยวันละ 30 นาที	4.20	35.38	ระดับมาก
ผู้ปกครองส่งเสริมพัฒนาการตามเล่มDSPM	4.10	25.78	ระดับมาก
เล่านิทานให้เด็กฟังทุกวัน	3.66	20.96	ระดับมาก
เจ้าหน้าที่ส่งเสริมความรอบรู้เรื่องพัฒนาการเด็ก	3.83	24.74	ระดับมาก

2. ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 4 ข้อ ดังนี้ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นแม่ร้อยละ 60 ไม่มีปัญหาการมองเห็นร้อยละ 90 มีความเครียดหรือวิตกกังวลระดับต่ำร้อยละ 53.3 ระดับกลางร้อยละ 40 และระดับสูงร้อยละ 6.7 สามารถอ่านได้คล่องร้อยละ 96.6

3. ประเมินความเชื่อมั่นของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก ผลการวิจัยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีระดับความเชื่อมั่นของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กเรียงลำดับคะแนน ดังนี้เชื่อมั่นในตนเองสูงในหัวข้อส่งเสริมพัฒนาการภาษาให้เด็กได้ คะแนนความเชื่อมั่น 122 คะแนน สามารถทำให้เด็กสนใจเสียงรอบตัวได้และสามารถเล่นกับเด็กเพื่อให้เกิดความสุขก่อนฝึกภาษามีคะแนนความเชื่อมั่น 121 มีระดับเชื่อมั่นในตนเองระดับปานกลางในหัวข้อความสามารถในการช่วยให้เด็กพูดกับผู้อื่น ได้มีคะแนนความเชื่อมั่น 94 คะแนน สามารถทำให้เด็กฟังรู้และทำตามคำสั่งได้มีคะแนนความเชื่อมั่น 91 คะแนน สามารถบอกให้เด็กทำตามที่ทำพูดและทำให้เด็กใช้ภาษา (พูด) ได้มีคะแนนความเชื่อมั่น 88 คะแนน สามารถเล่านิทานได้อย่างน่าสนใจ ได้คะแนนความเชื่อมั่น 87 คะแนน สามารถเล่านิทานโดยทำเสียงสูงต่ำแสดงอารมณ์ได้มีคะแนนความเชื่อมั่น 83 คะแนน และเชื่อมั่นว่านิทานมีส่วนในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาได้มีคะแนนน้อยที่สุด 80 คะแนน ค่าเฉลี่ยระดับความเชื่อมั่นของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=97.5, SD=16.8)

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีระดับความเชื่อมั่นของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอยู่ในระดับเชื่อมั่นในตนเองสูงเป็นส่วนใหญ่ โดยผู้ปกครองสามารถเล่นกับเด็กเพื่อให้เกิดความสุขก่อนฝึกภาษามีคะแนนความเชื่อมั่นสูงที่สุด 139 คะแนน มีเพียงหัวข้อสามารถเล่านิทานโดยทำเสียงสูงต่ำแสดงอารมณ์ได้มีคะแนนความเชื่อมั่น 98 คะแนนมีระดับความเชื่อมั่นในตนเองระดับปานกลางค่าเฉลี่ยระดับความเชื่อมั่นของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง (Mean=116.2, SD=12.9) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเชื่อมั่นของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมรายข้อ (n = 10)

ความเชื่อมั่นของผู้ปกครอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1. ท่านสามารถช่วยให้เด็กพูดกับผู้อื่นได้	94	ปานกลาง	102	สูง
2. ท่านสามารถเล่นกับเด็กเพื่อให้เกิดความสุขก่อนฝึกภาษาได้	121	สูง	139	สูง
3. ท่านสามารถบอกให้เด็กทำตามที่ท่านพูดได้	88	ปานกลาง	109	สูง
4. ท่านสามารถเล่านิทานโดยทำเสียงสูง ต่ำ แสดงอารมณ์ได้	83	ปานกลาง	98	ปานกลาง
5. ท่านสามารถเล่านิทานได้อย่างน่าสนใจ	87	ปานกลาง	116	สูง
6. ท่านสามารถทำให้เด็กสนใจเสียงรอบตัวได้	121	สูง	128	สูง
7. ท่านสามารถทำให้เด็กฟังรู้ได้	91	ปานกลาง	120	สูง
8. ท่านสามารถทำให้เด็กใช้ภาษาได้(พูดได้)	88	ปานกลาง	122	สูง
9. ท่านเชื่อมั่นว่าท่านส่งเสริมพัฒนาการภาษาให้เด็กได้	122	สูง	124	สูง
10. ท่านเชื่อมั่นว่านิทานมีส่วนในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา	80	ปานกลาง	104	สูง

4. ประเมินความรู้ผู้ปกครองเรื่องการเล่านิทานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ปกครองมีความรู้ในระดับต่ำจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 90 ค่าเฉลี่ยความรู้ในการเล่านิทานอยู่ในระดับต่ำ (Mean=2.6,SD=0.67) ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าผู้ปกครองมีความรู้ในระดับสูง 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ค่าเฉลี่ยความรู้ในการเล่านิทานภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=4.36,SD=0.71)

5. ประเมินความรู้ด้านสุขภาพการโต้ตอบซักถามตรวจสอบข้อมูลสุขภาพของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้ปกครองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด 9 คะแนน และมากที่สุด 18 คะแนน โดยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 90 ของผู้ปกครองทั้งหมด มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-16 คะแนน ซึ่งน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับไม่ดี แปลผลว่าเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตน มีผู้ปกครอง 3 รายคิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ปกครองทั้งหมด มีระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ 17-19 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 64 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับพอใช้ แปลผลว่าเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติได้ถูกต้องบ้าง ค่าเฉลี่ยระดับความรู้ด้านสุขภาพการโต้ตอบซักถาม ตรวจสอบข้อมูลสุขภาพของผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับไม่ดี (Mean=12.2 ,SD=2.55)

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพการโต้ตอบซักถามตรวจสอบข้อมูลสุขภาพของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษามีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด 11 คะแนน และมากที่สุด 27 คะแนน โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองจำนวน 23 รายคิดเป็นร้อยละ 76.7 ของผู้ปกครองทั้งหมด มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-16 คะแนนซึ่งน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับไม่ดีแปลผลว่าเป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตน มีผู้ปกครอง 4 รายคิดเป็นร้อยละ 13.3 ของผู้ปกครองทั้งหมด มีระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ 17-19 คะแนน คิดเป็นอยู่ในช่วงร้อยละ 61-69 ของคะแนนเต็มอยู่ในระดับพอใช้ แปลผลว่าเป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติได้ถูกต้องบ้าง ผู้ปกครอง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.7 ของผู้ปกครองทั้งหมด มีระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ 20-22.4 คะแนน คิดเป็นอยู่ในช่วงร้อยละ 70-79 ของคะแนนเต็มอยู่ในระดับดีแปลผลว่าเป็นผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องและมีผู้ปกครอง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.3 ของผู้ปกครองทั้งหมด มีระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ 22.5-28 หรือมากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็มอยู่ในระดับดีมากแปลผลว่าเป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย ค่าเฉลี่ยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพการโต้ตอบซักถาม ตรวจสอบข้อมูลสุขภาพของผู้ปกครองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับไม่ดี (Mean=15.4, SD=3.09)

เปรียบเทียบระดับความเชื่อมั่นของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษารายบุคคล พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนความเชื่อมั่นเฉลี่ยระดับปานกลาง (Mean=97.5, SD=11.63) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าคะแนนความเชื่อมั่นเฉลี่ยระดับสูง (Mean=116.8, SD=12.13) ผลของค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพการโต้ตอบซักถามตรวจสอบข้อมูลสุขภาพของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นแต่ยังอยู่ในระดับไม่ดี (Mean=15.4, SD=3.09) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยระดับไม่ดี (Mean=12.2, SD=2.55) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเชื่อมั่นและค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพการโต้ตอบซักถาม ตรวจสอบข้อมูลสุขภาพของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)

ตัวแปร	\bar{x}	SD	T-test	df	P-value
ความเชื่อมั่นของผู้ปกครอง					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	97.5	11.63	8.72	29	0.002
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	116.8	12.13			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	12.2	2.55	5.08	29	0.000
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	15.4	3.09			

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา 1 เดือนและนัดมาประเมินพัฒนาการซ้ำด้วยคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) พบว่า เด็กพัฒนาการสมวัย จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษาและติดตามเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็ก ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยผู้วิจัยประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าผู้ปกครองมีคะแนนความเชื่อมั่นในตนเองสูงสุดในหัวข้อส่งเสริมพัฒนาการภาษาให้เด็กได้และมีระดับความเชื่อมั่นสูงในหัวข้อสามารถทำให้เด็กสนใจเสียงรอบตัวได้และสามารถเล่นกับเด็กเพื่อให้เกิดความสุขก่อนฝึกภาษาส่วนหัวข้ออื่นๆมีระดับเชื่อมั่นในตนเองระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยระดับความเชื่อมั่นของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการประเมินความรู้ผู้ปกครองเรื่องการเล่านิทานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ปกครองค่าเฉลี่ยความรู้ในการเล่านิทานอยู่ในระดับต่ำ ประเมินความรู้ด้านสุขภาพการโต้ตอบซักถามตรวจสอบข้อมูลสุขภาพของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าผู้ปกครองร้อยละ 90 ของผู้ปกครองทั้งหมดมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีแปลผลว่าเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตน มีผู้ปกครองร้อยละ 10 ของผู้ปกครองทั้งหมด มีระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ แปลผลว่าเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติได้ถูกต้องบ้าง สรุปค่าเฉลี่ยระดับความรู้ด้านสุขภาพการโต้ตอบซักถาม ตรวจสอบข้อมูลสุขภาพของผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับไม่ดี

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษาพบว่าผู้ปกครองมีความรู้ด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ผู้ปกครองเรื่องการเล่านิทานและความเชื่อมั่นของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย การเปลี่ยนแปลง ดังกล่าวเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา ผู้วิจัยใช้รูปแบบบริการโดยการนำกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา การวิจัยในครั้งนี้เน้นการพยาบาลในรูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ในการส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยทฤษฎีดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การ ตัดสินใจที่เหมาะสม สุขภาวะที่ดีเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยเอื้อ สำคัญที่จะให้บุคคลสามารถดูแลและจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน ซึ่งโปรแกรมหวังจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา ได้มีความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของราตรี ทองคำ (2565) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรีพบว่าภายหลังได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยอีกทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของอริสา ทองเหม (2563) ที่มีการวิจัยพบว่า การเล่าหรืออ่านนิทานให้เด็กฟังอย่างสม่ำเสมอจะมีโอกาสมีพัฒนาการสมวัยมากกว่า อธิบายได้ว่า ภายหลังการ ใช้โปรแกรมทำให้ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาให้แก่เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้ดีมาก ขึ้น ทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านภาษากลับมาสมวัยเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ควรมีนโยบายสนับสนุนหนังสือนิทานให้กับเด็กตามช่วงวัยอย่างทั่วถึง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครองเห็น ความสำคัญเกี่ยวกับพัฒนาการและเพื่อใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านควรมีนโยบายหรือสื่อประชาสัมพันธ์ที่ ชัดเจนเกี่ยวกับผลเสียและการงดใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี

ควรมุ่งประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ด้านภาษา ไปขยายผลใช้ในสถานบริการอื่นๆ เช่นโรงพยาบาล คลินิกชุมชนอบอุ่น ศูนย์เด็กเล็ก และมีการติดตาม ประเมินผลภายหลังการใช้โปรแกรม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

ในงานวิจัยนี้งานวิจัยยังมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างน้อย เพื่อให้สามารถศึกษาปัจจัยที่ส่งผลมากขึ้นได้ ควรมี ขนาดตัวอย่างที่มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานสรุปผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน ควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2563, สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2565). ทบทวนสถานการณ์พัฒนาการเด็กไทยสืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2566 , จาก <https://nich.anamai.moph.go.th/th/general-of-50/204370>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). สมุทรปราการ : ทีเอสอินเตอร์พรินท์.
- ณิกุล พิชาชาญ.(2566).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. สืบค้น 29 มีนาคม 2567.จาก <https://he01.tcithaijo.org/index.php/shj/article>
- บำเพ็ญ พงศ์เพชรดีและบุษบา อรรถาวีร์. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย: ศูนย์อนามัยที่ 5. วารสารเกื้อการุณย์.; 27: 59-70.
- ปาณิสรา ยานิพันธ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลโฆง อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พรเทพ ราชจุฑทอง และคณะ. (2561). ผลของการแทรกกิจกรรมทางกายที่มีต่อแรงจูงใจตามสถานการณ์ความ เชื่อมั่นตนเองเฉพาะด้าน และความรู้สึกที่ดีต่อร่างกายตนเอง. วารสารวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและ กีฬา, 8(1), 61-79.
- ลักษณะ ทวีทรัพย์สมบูรณ์. (2551). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภออัมพวา จังหวัด สมุทรสงคราม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมืองดี. (2566). รายงานสถิติพัฒนาการคลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพ เด็กดี. สืบค้นเมื่อ 29 มกราคม 2567.

- อาริสรา ทองเหม, จินตนา พัฒนพงศ์ธร. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย : กรณีพื้นที่โครงการพัฒนาเพื่อความมั่นคงในพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริเขตกองทัพภาคที่ 3. สืบค้นเมื่อ 29 มีนาคม 2567. จาก https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/202106/m_news/35025/204972/file_download/41fe3e77eb3ae4c2cafc13c52979daf6.pdf
- Gao, Z., & Lee, A. (2007). Understanding students' motivation in physical education: Integration of expectancy-value model and self-efficacy theory. Doctoral dissertation, Louisiana State University.
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 2008;67(12):2072-78.

ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในคลินิก
ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง
Effects of a cognitive stimulation program in elderly people with mild
cognitive impairment In the elderly clinic a hospital Map Ta Phut
Municipality, Mueang District, Rayong Province

อัญศยาภัค เหล่าหัชกุลพงศ์

Unsayapak Laohatchakulpong

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

Rayong Hospital in Honor of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, Rayong Province

*Corresponding author: Unsayapak Laohatchakulpong, E-mail kulpong41@gmail.com, โทร 098-8941645

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง จำนวน 40 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพุทธิปัญญา 3) โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด โดยระดับความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ และค่าสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.00 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-70 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 32.00 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62.50 และการพักอาศัยส่วนใหญ่อยู่กับบุตรหลาน/ญาติพี่น้อง ร้อยละ 57.50 หลังจากที่ได้ฝึกโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกด้วยโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดมีคะแนนคิดเฉลี่ยรวมหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-9.72, p=0.00$) จากการศึกษาครั้งนี้ควรนำโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดไปฝึกทักษะการใช้โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด อำเภอเมือง จังหวัดระยองต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด, ผู้สูงอายุ, คลินิกผู้สูงอายุ

Abstract

This research was a one-group quasi-experimental research. The objective was to study the effect of a cognitive stimulation program for elderly people at risk with mild cognitive impairment at a geriatric clinic in a hospital in Map Ta Phut Municipality, Mueang District, Rayong Province. The sample consisted of 40 elderly people with mild cognitive impairment at a geriatric clinic in a hospital in Map Ta Phut Municipality, Mueang District, Rayong Province. The multi-stage sampling method was used. The research instruments consisted of 1) a personal data questionnaire, 2) a cognitive assessment form, and 3) a cognitive stimulation program. The Cronbach's Alpha Coefficient was 0.72. Data were analyzed using mean, standard deviation, percentage, and Paired t-test at a significance level of 0.05. The results of the study revealed the majority of the sample group: female (95.00%), with ages ranging from 60 to 70 years. We also found that most participants had chronic diseases (32.00%), with the majority having high blood pressure (62.50%), and most lived with children or relatives (57.50%). Furthermore, the participants had a significantly higher average score after following the cognitive stimulation program. ($t = -9.72, p = 0.00$).

The study demonstrated that the cognitive stimulation program should be implemented to train village health volunteers and caregivers of elderly individuals at risk of mild cognitive impairment in Map Ta Phut Municipality, Mueang District, Rayong Province.

Keyword : Cognitive stimulation program, Elderly people, Elderly clinic

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) โดยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 12.9 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 20 จากประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565) และมีการคาดประมาณว่าในอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super aged society) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จึงส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมโดยรวม การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์ของผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพที่เรื้อรัง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยได้ประมาณงบที่ต้องใช้ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยเฉลี่ยแล้วสูงถึงประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี (กรมอนามัย, 2562) ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้การทำงานของระบบต่างๆในร่างกายทำงานได้เสื่อมถอยลง อวัยวะต่างๆ

ทำงานได้ลดน้อยลง เช่น ระบบย่อยอาหาร ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหลอดเลือด ระบบภูมิคุ้มกัน การเคลื่อนไหวร่างกาย การมองเห็น การได้ยิน และระบบประสาท เป็นต้น (ศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชนตำบลสาวชะโงก, 2555) โดยส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง ตีบ โรคอ้วน และภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

ภาวะสมองเสื่อมคือภาวะที่การทำงานของสมองเสื่อมถอยลงเรื่อยๆ จนมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และสุดท้ายทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในที่สุด โดยพบอัตราการเกิดโรคประมาณร้อยละ 1.0-2.0 ในประชากรอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 8.0 ในประชากรอายุ 70-79 ปี และร้อยละ 50.0 หรือ 1 ใน 2 ของประชากรที่อายุ 85 ปีขึ้นไป (อำไพ พิมพีกร, และคณะ, 2553) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียความจำหรือภาวะสมองเสื่อมมีหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ เกิดจากการเสื่อมสภาพของเซลล์สมอง การเสื่อมสลายของเนื้อสมองโดยไม่ทราบสาเหตุที่ไม่แน่ชัดหรือเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแข็งหรือตีบตัน จนทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงความจำก็จะเสื่อมลงเรื่อยๆ ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของสมองเนื่องจากการใช้ความคิดน้อยลงได้ (กรวรรณ ยอดไม้, 2560) ก่อนที่จะมีอาการสมองเสื่อมปรากฏชัดเจน ผู้ป่วยจะเริ่มด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพในส่วนต่างๆ ที่ละน้อย โดยเฉพาะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เช่น หลงลืมบ่อย คิดตัดสินใจได้ช้าลงวอกแวก เสียสมาธิ ได้ง่าย สับสนทิศทาง ติดขัดในการนึกหาคำพูด เป็นต้น เรียกว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment : MCI) โดยเครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเพื่อตรวจหาภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นสำหรับผู้สูงอายุไทย (ปิยะภร ไพรสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2560) มีดังนี้ 1) แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมสำหรับญาติหรือผู้ดูแล (Thai Alzheimer's questionnaire, TAQ) 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และ 3) แบบประเมินพุทธิปัญญา (The Montreal Cognitive Assessment, MoCA) เป็นต้น

จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคสมองเสื่อม ปี 2565 ประเทศไทยพบโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 770,000 คน หรือประมาณร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งประเทศ โดยสถิติพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีจำนวนสูงขึ้นในทุกๆปี เฉลี่ยปีละหนึ่งแสนคน ปี2567 จังหวัดระยองมีผู้สูงอายุจำนวน 95,181 คน พบกลุ่มติดสังคมในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด อำเภอเมือง จำนวน 6,373 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่มีปัญหาความเสี่ยงด้านสุขภาพเรื่อง เสี่ยงโรคสมองเสื่อมจำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 2.15 เสี่ยงพลัดตกหกล้มและปวดเข่าจากภาวะข้อเข่าเสื่อมจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 0.63 จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงดำเนินการประยุกต์ใช้โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง เพื่อพัฒนาศักยภาพสมอง และลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมต่อไป

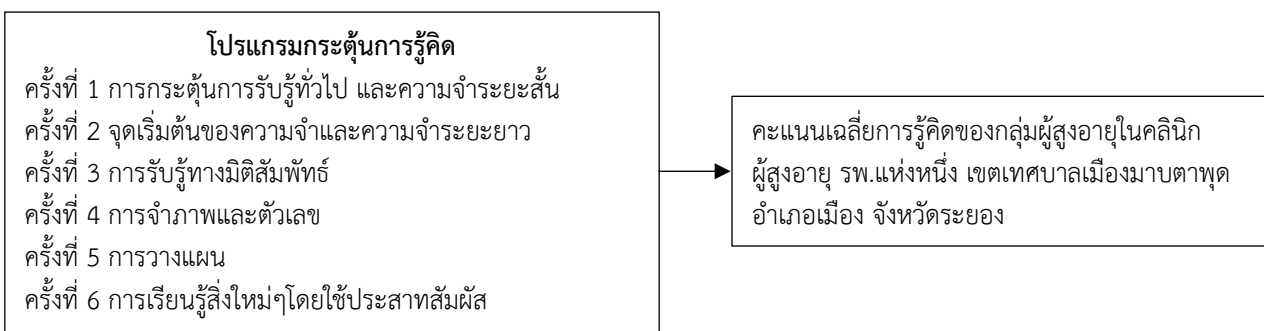
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง

สมมติฐานของการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยหลังเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการใช้โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มติดสังคมที่เข้ามาใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง มีความเสี่ยงโรคมองเสื่อมจำนวน 137 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คัดกรองประชากรผู้สูงอายุ 137 คน ด้วยแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วย MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT TEST (MoCA test) ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรู้คติน้อยกว่า 25 คะแนน ได้จำนวน 45 คน

ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากขั้นตอนที่ 1 จากตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้ 40 คน และทำการการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40

เกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัญชาติไทย
2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม หรืออัลไซเมอร์

3. เป็นผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินสมรรถภาพสมองด้วย MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT TEST (MoCA test) มีคะแนนการรู้คิดน้อยกว่า 25 คะแนน

4. ไม่มีปัญหาการพูด การมองเห็นและการได้ยิน

5. สามารถใช้ภาษาไทยเพื่อการสื่อสารโต้ตอบที่ได้ใจความ และยินยอมให้ข้อมูล

เกณฑ์คุณสมบัติการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ เป็นกลุ่มติดบ้าน และติดเตียง

2. ผู้สูงอายุที่ปฏิเสธการให้ข้อมูล

3. เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและต่อมาขอยุติการวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัย

4. ไม่เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 1 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยไปด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ โรคประจำตัว อาชีพ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่และลักษณะการอยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) มีการประเมินและการให้คะแนนดังนี้

1) การรับรู้มิติสัมพันธ์/หน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Visuospatial/Executive functions) 5

คะแนน

2) การเรียกชื่อ (Naming) 3 คะแนน

3) ความจำ (Memory) ไม่มีคะแนน

4) ความตั้งใจจดจ่อ (Attention) 6 คะแนน

5) ภาษา (Language) 3 คะแนน

6) ความคิดเชิงนามธรรม (Abstraction) 2 คะแนน

7) การระลึกถึงคำก่อนหน้า (Delayed recall) 5 คะแนน

8) การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation) 6 คะแนน

จุดตัดของคะแนนคือ 25 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไปถือว่า

ปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดประยุกต์จากโปรแกรม TEAMV ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แนวปัญญานิยมหรือการรู้คิด (Cognitive theory) มาช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน ร่วมกับการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายหรือนิวโรบิค (Neurobic exercise) โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์

ติดต่อกัน โดยแต่ละครั้งใช้เวลารวมประมาณ 90 นาที พร้อมให้กลับไปฝึกปฏิบัติต่อเนืองที่บ้านหลังทำการฝึกแต่ละครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ โรคประจำตัวอาชีพ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่และลักษณะการอยู่อาศัย ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน จากเกณฑ์ค่าดัชนีสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item objective Congruence : IOC) จากข้อคำถามทั้งหมดมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.50 - 1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability Test) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (ใช้เวลา 1 สัปดาห์) ดำเนินการประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) โดยผู้วิจัยเอง โดยใช้แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) คัดกรองกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตามแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพ โรคประจำตัว อาชีพ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ และลักษณะการอยู่อาศัย

2. ขั้นตอนการทดลอง ดำเนินการใช้โปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดที่ประยุกต์จากโปรแกรม TEAMV ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แนวปัญญานิยมหรือการรู้คิด (Cognitive theory) มาช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ ของผู้เรียน ร่วมกับการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายสมองหรือนิวโรบิค (Neurobic exercise) โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์แต่ละครั้ง ใช้เวลาประมาณ 90 นาทีพร้อมให้กลับไปฝึกปฏิบัติต่อเนืองที่บ้าน

3. ขั้นตอนการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (ใช้เวลา 1 สัปดาห์) โดยผู้วิจัยเอง โดยใช้แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) ประเมินอีกครั้งหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ใช้ในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจากแบบสอบถาม ประกอบด้วยจำนวน ความถี่ และร้อยละ เพื่อใช้บรรยายการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้อมูลประเภทแฉงนับ (Categorical data) ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพ โรคประจำตัว อาชีพ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่และลักษณะการอยู่อาศัย

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) สถิติเชิงอนุมานที่ใช้การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เลขที่โครงการ REC-RY No.19/2567 รับรองเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2567 ซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้ง

ผลการวิจัย

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.00 มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 57.50 สถานภาพหม้าย ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00 ซึ่งมีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูงเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.50 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และหอบหืด ร้อยละ 47.50, 15.00 และ 2.50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 77.50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.50 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 97.50 ไม่ดื่มสุราร้อยละ 87.50 และส่วนใหญ่พักกับบุตรหลาน/ญาติพี่น้อง ร้อยละ 57.50 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	2 (5.00)
หญิง	38 (95.00)
อายุ (ปี)	
60 – 70	23 (57.50)
71 – 80	17 (42.50)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 70.47 (5.68)	
โรคประจำตัว	
ไม่มี	8 (20.00)
มี	32 (80.00)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
ประเภทโรคประจำตัว	
ความดันโลหิตสูง	25 (62.50)
ไขมันในเลือดสูง	19 (47.50)
หอบหืด	1 (2.50)
โรคอื่นๆ	5 (12.50)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	31 (77.50)
ค้าขาย	6 (15.00)
รับจ้าง	3 (7.50)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	33 (82.50)
มัธยมศึกษา	6 (15.00)
ปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี	1 (7.50)
สูบบุหรี่	
ไม่สูบ	39 (97.50)
สูบ	1 (2.50)
ดื่มสุรา	
ไม่ดื่ม	35 (87.50)
ดื่ม	5 (12.50)
การพักอาศัย	
คนเดียว	5 (12.50)
คู่สมรส	12 (30.00)
บุตรหลาน/ญาติพี่น้อง	23 (57.50)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง พบว่า หลังการทดลองโปรแกรมฝึกสมองของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีคะแนนเฉลี่ยรวมสูงกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.00$) 23.52 (SD=1.86) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ประเด็นการเปรียบเทียบ	คะแนนก่อน		คะแนนหลัง		t	P-Value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย	20.65	1.99	23.52	1.67	-9.72	0.000*

*P-Value<0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง พบว่าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ประยุกต์จากโปรแกรม TEAMV ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แนวปัญญานิยมหรือการรู้คิด (Cognitive theory) มาช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ ของผู้เรียน ร่วมกับการจัดกิจกรรมการออกกำลังสมองหรือนิวโรบิก (Neurobic exercise) สามารถนำมาใช้ในการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุศรินทร์ หลิมสุนทร, ภิรมภากรณ์ ยี่มศิริ และ ภราภรณ์ โถแก้ว (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่าง 30 รายมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่คัดเลือกเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรม ($M = 24.28, SD = 2.95$) สูงกว่า ก่อนเข้าโปรแกรม ($M = 19.97, SD = 3.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.64, p < .001$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของผกาภาส พิมพ์ธารา, พรชัย จุลเมตต์ และ นัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2565) ศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชนกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและอาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 10 ราย เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment-Basic (MoCA-B) และ โปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนทดลองเท่ากับ 21.80 ($SD = 2.44$) และระยะหลังการทดลอง เท่ากับ 27.10 ($SD = 1.66$) ซึ่งสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดสามารถเพิ่มการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชนได้จริง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำโปรแกรมกระตุ้นต่อการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ไปใช้ในการกระตุ้นการรู้คิดกับผู้สูงอายุในสถานบริการสาธารณสุขของเทศบาลเมืองมาบตาพุด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง
2. ฝึกทักษะการใช้โปรแกรมกระตุ้นต่อการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องเล็กน้อย ร่วมกับผู้ดูแล เพื่อศึกษาและวัดผลความต่อเนื่องของการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุ

References

- กรวรรณ ยอดไม้. (2560). บทบาทครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 11(1), 189-204.
- กรมอนามัย. (2562). คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย. กรุงเทพฯ: บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ปิยะภร ไพรสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรับรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย. วารสารสภาการพยาบาล, 32(1), 64-80.
- ผกามาศ พิมพ์ธารา, พรชัย จุลเมตต์, & นัยนา พิพัฒน์วิไลชา. (2565). การศึกษานำร่องผลของโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรับรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 30(3), 1-11.
- บุศรินทร์ หลิมสุนทร, ภิมภากรณ์ ยิ้มศิริ และ ภราภรณ์ โถแก้ว. (2565). การศึกษาภาวะสมองเสื่อม ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อม และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ. วารสารพยาบาลตำรวจ, 8(1), 23-32.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2559, (3-5). นครปฐม : พรินท์เอร์รี่.
- ศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชนตำบลสาวชะโงก (2555) คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567. จาก <http://oldweb.saochangok.go.th/UserFiles/Plans/pdf20.pdf>.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2565) ที่ที่ใช่ สูงวัยในถิ่นที่อยู่ : ทบทวนแนวคิดและการดำเนินการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุไทย. สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567. จาก https://ipsr.mahidol.ac.th/post_research/research-book-590/
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- อำไพ พิมพ์ไกร, พรรณพิศา นันตาวัง, รัชภูมิ เมืองแก้ว, อติศร ตริทิพย์รักษ์ และนิภาพรรณ ทิพยจักร. (2553). ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมในการรักษาโรคสมองเสื่อมในเขตจังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน
ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงหนคร
Prevalence and Factors Associated with Readmission within 28 Days
of COPD Patients at Singhanakorn Hospital

สุภาพร ณ พัทลุง
Supaporn Na Phatthalung
โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา
Singhanakorn Hospital, Songkla

*Corresponding author: Supaporn Na Phatthalung, E-mail: pair_2509@hotmail.com, โทร 084-7507740

บทคัดย่อ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุหนึ่งของความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบรุนแรง แม้ว่าจะได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว แต่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งก็มีอาการกำเริบจนต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำในเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งส่งผลเสียแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาตัวในโรงพยาบาลสิงหนคร ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2566 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูล โดยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าโคสแควร์ และสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก ในการเปรียบเทียบปัจจัยของผู้ป่วยที่ต้องกลับมารักษาซ้ำ โดยถือว่าค่าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อ $p\text{-value} < .05$ ผลการศึกษา ความชุกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันและต้องกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน มีจำนวน 33 ราย (ร้อยละ 25.38) เมื่อพิจารณาความชุกรายปัจจัย 3 อันดับแรกที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะกำเริบเฉียบพลันและต้องกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยใส่ท่อช่วยหายใจในรอบปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคกลุ่ม E และผู้ป่วยที่มีประวัติเคยใช้ยาปฏิชีวนะในรอบปีที่ผ่านมา มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ร้อยละ 93.3 ร้อยละ 77.8 และร้อยละ 67.9 ตามลำดับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ได้แก่ ความรุนแรงของโรคตาม Gold guild line 2023 ในผู้ป่วยกลุ่ม B (OR=16.20, $p < .001$) กลุ่ม E (OR = 28.20, $p < .001$) และประวัติเคยใส่ท่อช่วยหายใจ (OR = 18.64, $p < .017$) จากผลการศึกษาพบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันและต้องกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ร้อยละ 25.38 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน คือ ระดับความรุนแรงของโรค และ และประวัติเคยใส่ท่อช่วยหายใจ

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ภาวะกำเริบเฉียบพลัน, การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน

Abstract:

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the leading causes of illness and death among the population in Thailand. COPD patients often experience severe exacerbations, even after hospital admission. After being hospitalized, some patients experience symptom relapse and require readmission to the hospital within a short period, which is extremely detrimental to their health. This research is a cross-sectional study. The objective was to study the prevalence and factors associated with acute exacerbations of COPD in patients who were readmitted to Singhanakorn Hospital within 28 days. Study Design: A cross-sectional study on readmission within 28 days of COPD patients was conducted at Singhanakorn Hospital from October 1, 2022, to September 30, 2023. Data were collected using medical records of patients in Singhanakorn Hospital. The study focused on the prevalence and factors associated with readmission within 28 days of COPD patients at Singhanakorn Hospital. The data were analyzed using statistical methods. Descriptive statistics were used to describe the demographic data of the patients, including percentages and frequencies. The Chi-square test was used to compare the factors of patients who were readmitted to the hospital. A P-value of less than 0.05 was considered statistically significant. Results: The prevalence of COPD patients with acute exacerbation who were readmitted to the hospital within 28 days during the study period was 25.38%. The top 3 prevalence factors were history of intubation (93.3%), disease severity (77.8%), and history of antibiotic use (67.9%), respectively. Factors associated with readmission were disease severity: Group B (OR=16.20, $p<.001$), Group E (OR=28.20, $p<.001$), and history of intubation (OR=18.64, $p<.001$). Conclusion: The prevalence of readmission within 28 days in COPD patients with acute exacerbation was 25.38%. The factors associated with readmission within 28 days in COPD patients with acute exacerbation were disease severity and history of intubation.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Acute Exacerbation, Readmission

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย ซึ่งอาการจะค่อยๆ เป็นมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง หรือในกรณีที่โรคมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยแม้แต่การทำกิจวัตรประจำวันหรืออยู่เฉยๆ เหล่านี้จะนำไปสู่สภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย โดยความระดับความรุนแรงของโรคจะสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการกำเริบเฉียบพลันหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ภาวะหายใจหรือหัวใจล้มเหลวและการเสียชีวิตในที่สุด ข้อมูลจาก Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) พบว่าโรคปอดอุด

กันเรื้อรังเป็นโรคที่มีความสำคัญ เป็นปัญหาสุขภาพที่ทำให้อัตราการป่วย อัตราการตายเพิ่มมากขึ้น เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทยในระดับต้นๆ เป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งความชุกของโรคจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของโลก และถ้ายังเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน จะทำให้มีอัตรากลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงขึ้น ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ร้อยละ 46 และร้อยละ 19 ที่ต้องกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมด้วยทั้งโดยตรง (ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษา) และโดยอ้อม (การสูญเสียรายได้จากการขาดงาน เสียอายุก่อนวัยอันควรหรือแม้แต่ครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ต้องสูญเสียรายได้ไป) ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้สมรรถภาพปอดแย่งลง เป็นภาระทางครอบครัวและสังคมทำให้คุณภาพชีวิตลดลง รวมทั้งต้องใช้งบประมาณในการดูแลสูง (ศุภนิดา คำนิยม, 2567)

สำหรับประเทศไทย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประเทศไทยต้องสูญเสียทรัพยากร สุขภาพจำนวนมาก อีกทั้งเป็นโรคในระบบทางเดินหายใจที่คร่าชีวิตคนไทยเป็นอันดับ 4 รองจาก มะเร็งปอด ปอดอักเสบ และวัณโรคปอด อัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1.3 เท่า ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 40 คน ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2566 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 12 เขตสุขภาพ กลุ่มผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป มีจำนวน 184,665 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี 2565 จำนวน 180,711 คน และปี 2564 จำนวน 182,619 คน โดยในเขตบริการสุขภาพที่ 1 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด และเขตบริการสุขภาพที่ 12 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากเป็นอันดับที่ 6 และอัตราการกำเริบเฉียบพลันมากเป็นอันดับ 1 อัตราป่วยตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2566 จำนวน 20,267 รายต่อปี หรือเฉลี่ยวันละ 55 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2567) จังหวัดสงขลา อัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มากเป็นอันดับ 2 และพบอัตราการกำเริบเฉียบพลัน 157.00 ต่อร้อยผู้ป่วย เป็นลำดับที่ 5 ในเขตสุขภาพที่ 12 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2567)

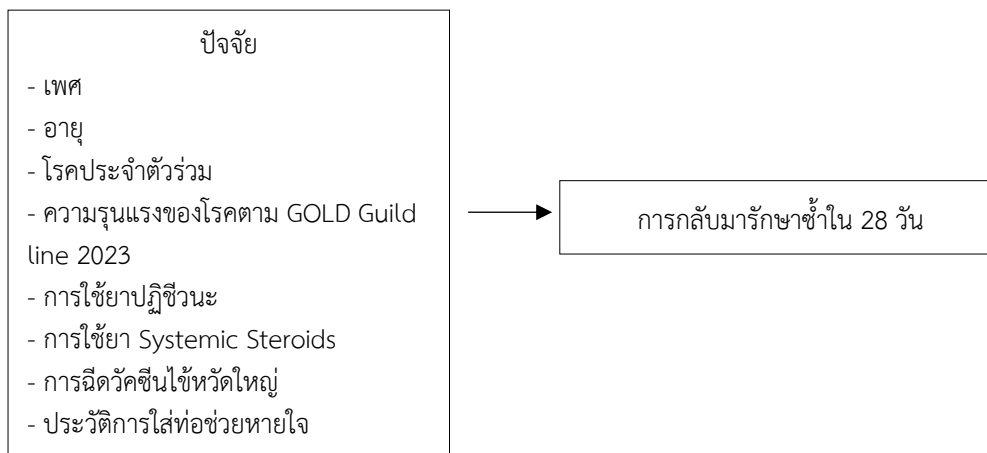
โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2564 – 2566 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังเข้ารับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด จำนวน 91 ราย 43 ราย และ 130 ราย ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันด้วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 20.87, 16.27, และ 23.57 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาการหายใจลำบาก เป็นอาการสำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยซึ่งอาการจะค่อย ๆ เป็นมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง หรือในกรณีที่มีโรครุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อย แม้แต่การทํากิจวัตรจากความรุนแรงของตัวโรค อัตราการเสียชีวิต อัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการมาเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 28 วันในโรงพยาบาล ยังมีแนวโน้มสูงขึ้นตามความรุนแรงของอาการของผู้ป่วย จึงเป็นที่มาของการศึกษาค้นคว้า เพื่อศึกษาความชุก และวิเคราะห์หาปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในเวลาอันรวดเร็วภายใน 28 วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงหนคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงหนคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และกลับมารับบริการซ้ำในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytic cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดที่เข้ารับการรักษายาในโรงพยาบาลสิงหนครที่เข้ามารับการรักษานอนในโรงพยาบาลสิงหนคร ตั้งแต่ 1 เดือนตุลาคม 2565–30 กันยายน 2566 จำนวน 297 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษา คือ 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วน ตามหัวข้อที่ต้องการศึกษา 2. ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอาการหลัก การวินิจฉัยหลัก ลงรหัสโรคจาก International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10) Version:2019 ขึ้นต้นด้วย J44.1

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ 1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาด้วยภาวะอื่น ไม่มีภาวะกำเริบเฉียบพลัน เช่น ภาวะทางศัลยกรรม อุบัติเหตุ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคเส้นเลือดสมองตีบ 2. ผู้ป่วยที่ตามเวชระเบียนไม่พบหรือข้อมูลที่สำคัญไม่ครบถ้วน 3. การให้รหัสโรค ICD 10 ไม่สัมพันธ์กับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย และ 4. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ระบุด้วยรหัสโรค J44.1 ที่เข้ามารับการรักษานอนในโรงพยาบาลสิงหนคร ตั้งแต่ 1 เดือนตุลาคม 2565–30 กันยายน 2566 จำนวน 297 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการใช้สูตร ของ Thorndike คือ $N = 10K + 50$ (N =จำนวนกลุ่มตัวอย่าง K =จำนวนตัวแปรอิสระที่ศึกษา) การศึกษาครั้งนี้ จำนวน 8 ตัวแปร จากการแทนค่าในสูตร จะได้ $N = (10$

$\times 8) + 50 = 130$ ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ จำนวน 130 ตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling : SRS) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีจับสลากแบบไม่มีการแทนที่/ใส่คืน (Sampling without replacement) เป็นการเลือกหน่วยตัวอย่างหน่วยหนึ่งหน่วยใดจากประชากรขึ้นมาเป็นตัวอย่าง แล้วไม่นำหน่วยนั้นใส่กลับไปประชากรก่อนที่จะเลือกหน่วยถัดไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง 1 ปี ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ความรุนแรงของโรคแบ่งตาม GOLD guideline 2023 ประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) ประวัติการใช้ยา Systemic Steroids ประวัติการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจ และการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน รวม 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน แพทย์ 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 จากนั้นนำไปทดลองบันทึกจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลพบว่า แบบบันทึกที่สร้างขึ้นสามารถบันทึกข้อมูลได้ถูกต้อง ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงหนคร เพื่อชี้แจงและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย
2. ภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง โดยใช้ฐานข้อมูล จากโปรแกรม Hosxp และจากข้อมูลประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วย เลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ Admit ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ระบุด้วยรหัสโรคร่วม J441 เลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คนและนำมาลงข้อมูลใน โปรแกรม SPSS และประเมินผลข้อมูลที่กำหนด
3. อธิบายข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลลักษณะทั่วไปและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. นำผลการวิจัยที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงหนคร ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ละตัวแปร (Bivariate Analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p -value ของ Wald's test น้อยกว่า 0.05 เข้าสู่การวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression Analysis) และคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value น้อยกว่า .05 ออกจากสมการด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอด้วยค่า Crude Odds Ratios (OR) Adjusted Odds Ratio P -value และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval, 95%CI) การแปล

ผลพิจารณาจากค่า Odds Ratios กรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่า ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน

จริยธรรมการวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงขลา เลขที่ 28/2567 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567 และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้

- 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย
- 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย
- 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม
- 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ
- 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม
- 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้

ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการใช้งานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ความชุกของการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงหนคร
ตารางที่ 1 ความชุกของการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงหนคร (n=130)

ตัวแปร	กลับมารักษาซ้ำ	
	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วย COPD ที่รักษาโรงพยาบาล N=130	33	25.38
เพศ		
ชาย	32	27.35
หญิง	1	3.03
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 65 ปี	7	35.0
มากกว่า 65 ปี	26	23.6
โรคประจำตัว		
มี	28	27.5
ไม่มี	5	17.9
ระดับความรุนแรงของโรค		
กลุ่ม A	5	5.6
กลุ่ม B	7	50.5
กลุ่ม E	21	77.8
ประวัติการใช้ Steroid ในรอบปีที่ผ่านมา		
ไม่เคยใช้	8	13.8
เคยใช้	25	34.7

ตารางที่ 1 ความชุกของการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงหนคร (n=130) (ต่อ)

ตัวแปร	กลับมารักษาซ้ำ	
	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะในรอบปีที่ผ่านมา		
ไม่เคยใช้	14	13.7
เคยใช้	19	67.9
ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในรอบปีที่ผ่านมา		
ได้รับ	3	12.5
ไม่ได้รับ	30	28.3
ประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจในรอบปีที่ผ่านมา		
ไม่เคยใส่	19	16.5
เคยใส่	14	93.3

จากตารางที่ 1 พบว่าในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 130 ราย ความชุกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 25.38) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 32 คน (ร้อยละ 27.35) อายุมากกว่า 65 ปี (ร้อยละ 23.6) มีโรคประจำตัวจำนวน 28 คน (ร้อยละ 27.5)

พิจารณาความชุก 3 ปัจจัยแรกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันและกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ประกอบด้วย ประวัติเคยใส่ท่อช่วยหายใจ ระดับความรุนแรงของโรค กลุ่ม E และ ประวัติเคยรับยาปฏิชีวนะในรอบปีที่ผ่านมา มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ร้อยละ 93.3, 77.8 และ 67.9 ตามลำดับ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา แบบทีละปัจจัย

ตัวแปร	ไม่กลับมารักษาซ้ำ		กลับมารักษาซ้ำ		OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	86	88.66	32	27.35	Ref		.390
หญิง	11	84.6	1	3.03	.504	0.11-2.40	
อายุ (ปี)							
น้อยกว่า 65 ปี	13	65.0	7	35.0	Ref		.283
มากกว่า 65 ปี	84	76.4	26	23.6	.575	.21-1.59	
โรคประจำตัว							
มี	74	72.5	28	27.5	Ref		.340
ไม่มี	23	82.1	5	17.9	1.741	.60-5.03	

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา แบบที่ละปัจจัย (ต่อ)

ตัวแปร	ไม่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน	ร้อยละ	กลับมารักษาซ้ำ จำนวน	ร้อยละ	OR	95% CI	p-value
ระดับความรุนแรงของโรค							
กลุ่ม A	84	94.4	5	5.6	Ref		.001*
กลุ่ม B	7	50.0	7	50.5	16.80	4.22-66.95	
กลุ่ม E	6	22.2	21	77.8	58.80	16.36-211.38	
ประวัติการใช้ Systemic Steroid ในรอบปีที่ผ่านมา							
ไม่เคยใช้	50	86.2	8	13.8	Ref		.006*
เคยใช้	47	65.3	25	34.7	3.32	1.36-8.10	
ประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะ ในรอบปีที่ผ่านมา							
ไม่เคยใช้	88	86.3	14	13.7	Ref		.001*
เคยใช้	9	32.1	19	67.9	13.27	5.01-35.12	
ประวัติการได้รับวัคซีน ไข้หวัดใหญ่ในรอบปีที่ผ่านมา							
ได้รับ	21	87.5	3	12.5	Ref		.108
ไม่ได้รับ	76	71.7	30	28.3	2.763	.767-9.952	
ประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจในรอบปีที่ผ่านมา							
ไม่เคยใส่	96	83.5	19	16.5	Ref		.001*
เคยใส่	1	6.7	14	93.3	70.74	8.77-570.53	

จากตารางที่ 2 การวิเคราะห์อย่างหยาบ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค ประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะ ประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจและประวัติการใช้ Systemic steroid ระดับความรุนแรงของโรค ผู้ป่วย COPD ที่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่ม E ร้อยละ 77.8 และผู้ป่วยกลุ่ม B ร้อยละ 50.5 ประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะในรอบปีที่ผ่านมา ผู้ป่วย COPD ที่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ส่วนใหญ่มีประวัติเคยใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 67.9 ประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจในรอบปีที่ผ่านมา ผู้ป่วย COPD ที่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ส่วนใหญ่เคยมีประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 93.3ประวัติการใช้ Systemic Steroid ในรอบปีที่ผ่านมา ผู้ป่วย COPD ที่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ส่วนใหญ่ มีประวัติเคยใช้ยา Systemic Steroid ร้อยละ 34.7

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
ระดับความรุนแรงของโรค			<.001
กลุ่ม A	Ref	Ref	
กลุ่ม B	16.80 (4.22-66.95)	16.20 (3.90-67.24)	
กลุ่ม E	58.80 (16.36-211.18)	28.20 (7.14-111.34)	
ประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจ			<.017
ไม่เคยใส่	Ref	Ref	
เคยใส่	70.7 (8.77-570.53)	18.64 (1.70-204.60)	

จากตาราง 3 เมื่อวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค ตาม GOLD Guideline 2023 โดยผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคกลุ่ม B มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน 16.20 เท่า ($OR_{adj}=16.20$, 95%CI: 3.90-67.24) และผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคกลุ่ม E มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน 28.20 เท่า ($OR_{adj}=28.20$, 95%CI: 7.14-111.34) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงกลุ่ม A นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยใส่ท่อช่วยหายใจ มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน 18.64 เท่า ($OR_{adj}=18.64$, 95%CI: 1.70-204.60) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยใส่ท่อช่วยหายใจในรอบปีที่ศึกษา

อภิปรายผล

1. ความชุกของการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงหนคร ร้อยละ 25.38 เปรียบเทียบกับการศึกษาของ (อุษา เอี่ยมลออและคณะ. 2561) พบว่า อัตราการรับเข้าเป็นผู้ป่วยในซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าร้อยละ 23.80 แต่ต่ำกว่าการศึกษาของ Garcia-Aymerich และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมาอนซ้ำในโรงพยาบาล พบว่าอัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าร้อยละ 63 ในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณาความชุกของปัจจัย 3 อันดับแรกที่กลับมารักษาซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยใส่ท่อช่วยหายใจในรอบปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคกลุ่ม E และผู้ป่วยที่มีประวัติเคยใช้ยาปฏิชีวนะในรอบปีที่ผ่านมา มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ร้อยละ 93.3 ร้อยละ 77.8 และร้อยละ 67.9 ตามลำดับ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงหนคร มี 2 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยแรก คือปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคกลุ่ม B และกลุ่ม E มีโอกาสกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน เป็น 16.20 และ 28.20 เท่า ($OR=16.20$ และ $OR = 28.20$) (p-value <0.001) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้กลับมารักษาซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิทยา อินทวนิชและคณะ.(2561) ที่พบว่า ระดับความรุนแรงของโรค (Gold grade) สัมพันธ์กับการกำเริบฉับพลันรุนแรง นอกจากนี้ กนกวรรณ อนุศักดิ์ และคณะ (2564) ได้ทำการศึกษาผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ระดับความรุนแรงโรค ตาม GOLD Grade มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่ระดับ D จะมีโอกาสเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันค่อนข้างสูง และเป็นเหตุให้ต้องมาห้องฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ ศุภนิดา คำนิยม. (2567) ผลการศึกษาพบว่าระดับความรุนแรงของโรคซึ่งกำหนดโดย Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) ที่เพิ่มขึ้นจะมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันที่นอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน เพิ่มขึ้น 2.72 เท่า (OR=2.72, $p < .001$) เนื่องจากระดับความรุนแรงของโรคที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้สมรรถภาพและการทำงานของปอดลดลง อากาศผ่านเข้าสู่ปอดได้ยากขึ้น เกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ อาการไอต่อเนื่อง อ่อนเพลียและเสมหะจำนวนมากยิ่งขึ้น ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซและความทนในการทำกิจกรรมออกแรงลดลง จึงทำให้เกิดอาการกำเริบได้ง่ายและรุนแรงขึ้น จนไม่สามารถที่จะจัดการอาการที่บ้านได้ ต้องเข้ารับมาการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่นอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน ในการศึกษาวิจัยร้อยละ 51.55 มีความรุนแรงของโรค GOLD Group C และผลการศึกษาวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีประวัติเคยใส่ช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจ (Intubation) (OR=18.64) (p -value 0.017) มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของศุภวิวัชร โรจนสิงหะ (2565) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะต้องเข้ารับการรักษาใน ICU หรือต้องใส่ท่อช่วยหายใจ/ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำจนต้องนอนโรงพยาบาล (Readmission) ในเวลา 28 วัน และการศึกษาของ Garcia-Aymerich J et al.(2003) และ Chia Wei Kong et al. (2020) ที่แสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยยังมีความรุนแรงของโรคมามากเท่าใด โอกาสที่โรคมักมีความกำเริบรุนแรงจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำย่อมมีมากขึ้นเท่านั้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำไปเป็นฐานข้อมูล หลักฐาน เชิงประจักษ์ นำไปพัฒนาทักษะความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป
2. ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลนี้ไปพิจารณาเพื่อดำเนินการสนับสนุนหรืออำนาจการให้หน่วยงานเกิดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร หรือส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติการทางพยาบาลที่เป็นเลิศในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมถึงพัฒนาศาสตร์ที่จะสามารถ ขับเคลื่อนองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง ดังนั้นข้อมูลจะเป็นข้อมูลทุติยภูมิ ดังนั้นควรทำวิจัยช่วงที่คนไข้ ยังอยู่ในระยะติดตามการรักษาอยู่ จะได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเชิงลึกมากกว่านี้
2. การวิจัยครั้งนี้ครอบคลุม เพียงแต่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในหน่วยงานของโรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา ดังนั้นจึงควรมีการขยายขอบเขตของการศึกษาทั้งตัวแปรการศึกษาวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย และพื้นที่ศึกษาวิจัย รวมถึงนำข้อมูลการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นฐานในการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางในการเฝ้าระวังหรือรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ

ภายใน 28 วัน เนื่องจากอาการกำเริบ รวมถึงควรมีการวัดและ ประเมินความรู้ และทักษะการปฏิบัติของ ผู้ป่วยในการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ในครั้งถัดไป

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของปัจจัยที่สามารถอธิบาย พยาธิสภาพของผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพัฒนาต่อยอดในการเพิ่มระยะเวลา การเก็บข้อมูลให้ยาวนานขึ้น เป็น 3-6 เดือน หรือ 1 ปี และศึกษาเพิ่มระยะเวลาในการกลับมารักษาซ้ำ เป็น 3-6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อจะได้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูล ได้มากขึ้น ต่อไป

References

- กนกวรรณ อนุศักดิ์ , รัตนนุช มาธนะสารวุฒิ , โภคิน ศักรินทร์กุล และ วิชุดา จิรพรเจริญ. (2564). ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่ ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลลำพูน. *วารสารกรมการแพทย์*, 46(4), 67-73
- ศุภนิดา คำนิยม. (2567). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่นอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน:โรงพยาบาลโสธร. *ยโสธรเวชสาร*. 26(1), 108
- ศุภวิวัชร โรจนสิงหะ. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง ในโรงพยาบาลหัวหิน. *หัวหินเวชสาร*, 2(3), 10-14
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2465). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง. บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุด กั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565. เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2566 จาก <https://www.tst.or.th/wp-content/uploads/2023/02/E2%80%8B.pdf>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (2567). ข้อมูล HDC. สงขลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา.
- สุทธิยา อินทุวนิช, ชัยสิริ อังกระวรรณท และกนกพร ภิญโญพรพาณิชย์. การนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ มีอาการเฉียบพลันจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสารภี (2561). การศึกษาย้อนหลังหา ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *เชียงใหม่เวชสาร*, 57(3):151-7
- อุษา เอี่ยมละออ, เยาวเรศ สายสว่าง, ปิยะลักษณ์ ฉายสุวรรณ และอารีย์ โกพัฒน์กิจ. (2561). อุบัติการณ์ และปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาล อ่างทอง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 12(2), 240-252
- Chia Wei Kong, Tom M.A. Wilkinson. Predicting and preventing hospital readmission for exacerbations of COPD. *ERJ Open Research* 2020 6: 00325-2019; DOI: 10.1183/23120541.00325-2019
- Garcia-Aymerich, J., Ferrero, E., Félez, M. A., Izquierdo, J., Marrades, R. M., & Antó, J. M. (2003). Risk factors of readmission to hospital for a COPD exacerbation: A prospective study. *Thorax*, 58(2), 100-105.

ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองเด็ก อายุ 6 - 12 ปี
ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

Knowledge Attitudes and Dental Health Behaviors of Children 6 to 12 Years
Old Tambon Wangnamyen Bangplama District Suphanburi

วิภาวรรณ ศรีอินทร์จันทร์¹, พงศกร อิมตระกูล², สุทธิศักดิ์ สุริรัช^{3*}, ชฎารัตน์ เหลืองอร่าม⁴
Wipawan Sri-Injan¹, Phongsakon Imtrakun², Sutthisak suriruk³ Chadarat Luang – Araam⁴

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทียนดัด

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสี่ร้อย,

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁴โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

¹Ban Thian Dat Tambon Health Promoting Hospital

²Sirol Tambon Health Promoting Hospital²

³Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute,

⁵the 5th region Health Promotion Center Hospital, Ratchaburi

*Corresponding author: sutthisak surirak, E-mail sutthisak3523@gmail.com, โทร 083-0776939

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองและพฤติกรรมการทันตสุขภาพและความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ ทักษะเกี่ยวกับทันตสุขภาพของเด็ก พฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการทันตสุขภาพของเด็กอายุ 6 - 12 ปี ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้แบบสอบถามที่ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.808 ประชากรจำนวน 135 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพอยู่ระดับกลาง ร้อยละ 60.7 มีทักษะเกี่ยวกับทันตสุขภาพอยู่ระดับดี ร้อยละ 69.3 พฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองอยู่ระดับดี ร้อยละ 56.3 พฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 49.6 การศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ทักษะเกี่ยวกับทันตสุขภาพและพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพ ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทันตสุขภาพของนักเรียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r = 0.544$

จากการศึกษาจึงสรุปว่า เด็กมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพและพฤติกรรมการทันตสุขภาพอยู่ใน ระดับปานกลางซึ่งมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขและโรงเรียนควรดำเนิน กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพเพื่อให้นักเรียนมีความรู้และพฤติกรรมการทันตสุขภาพที่ถูกต้องและดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ทันตสุขภาพ, ทักษะ, การเลี้ยงดู, พฤติกรรมทันตสุขภาพ

Abstract

This research is descriptive research with the objective of studying knowledge, attitude, parenting behavior of parents and dental health behavior and relationships. between knowledge Attitudes regarding children's dental health , Dental health care behavior of parents and dental health behavior of children aged 6 - 12 years, Wang Nam Yen Subdistrict Bang Pla Ma District Suphanburi Province Using a questionnaire with a confidence coefficient equal to 0.808, a population of 135 people. . Data were analyzed using Descriptive Statistics and Pearson's Correlation Coefficient

The results showed that the children 6 to 12 years old at Wangnamyen , Bangplama , Suphamburi Province most their dental health knowledge are moderate level (60.7%), dental health attitudes are good level (69.3%), dental health take care of parent are good level(56.3%)and dental health behaviors of children are moderate level (49.6%).The correlation study found that dental health knowledge and attitudes of children and dental health take care of parent related with dental health behaviors of children. There is a statistically significant relationship (p -value < 0.01) with a correlation coefficient $r = 0.544$.

The study concluded that dental health knowledge and dental health behaviors of children are moderate level which are related Therefore , dental public health officer and school form dental health promotion activities to provide students have dental health knowledge and dental health behavior are accurate and better.

Keywords : dental health, attitudes, parenting, dental health behavior.

บทนำ

ปัญหาทันตสุขภาพนับว่าเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญ ถึงแม้ว่าหลายหน่วยงานจะให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาโดยตลอดแต่ก็ยังคงเป็นปัญหาเรื้อรังเรื่อยมาซึ่งในแต่ละช่วงอายุก็จะมีปัญหาที่แตกต่างกันไป สำหรับเด็กวัยประถมศึกษาเป็นวัยเริ่มเข้าสู่ช่วงเริ่มการศึกษาและเป็นวัยที่ ฟันแท้เริ่มขึ้นมาในช่องปากและฟันน้ำนมเริ่มหลุด ทำให้เกิดปัญหาอนามัยช่องปากได้ง่าย ซึ่งปัญหาทางทันตสุขภาพของเด็กวัยนี้นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญเนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพกาย เช่น อาการเจ็บปวดฟัน มีกลิ่นปาก เคี้ยวอาหารไม่ได้และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตรวมทั้งการเข้าสังคมด้วย

จากการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555 มีผลการสำรวจ สรุปแสดงให้เห็นว่าเด็กวัยเรียนและเยาวชนอายุ 12 ปี มีสถานะการเกิดโรคฟันผุลดลงเล็กน้อย โดยพบร้อยละ 52.3 มีประสบการณ์การเกิดโรคฟันผุ โดยค่าเฉลี่ยผุ อด ถอน 1.3 ซึ่งต่อคน ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กวัยนี้เริ่มมีสถานะการเกิดโรคฟันผุค่อนข้างคงที่คือ การเข้าถึงบริการทันตกรรมป้องกันที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สำหรับสถานะปริทันต์เป็นที่น่าสังเกตว่าสถานะปริทันต์ของเด็กกลุ่มนี้ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเด็กอายุ 12 ปีพบว่าไม่มีสถานะเหงือกปกติสูงขึ้นกว่าการสำรวจครั้งที่ 6 จากร้อยละ 18.0 เป็นร้อยละ 29.9 แต่ประเด็นที่ยังเป็นปัญหาสำคัญที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคในกลุ่มนี้คือพฤติกรรม การบริโภคขนมและเครื่องดื่มโดยพบว่าร้อยละ 48.9 ดื่มน้ำอัดลมเป็นบางวัน ร้อยละ 9.6 ดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำทุกวันและร้อยละ 38.9 บริโภคขนมกรุบกรอบซึ่งมีส่วนผสมของแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบหลัก อีกทั้งพฤติกรรมการแปรงฟันซึ่งพบว่า ร้อยละ 46.1ไม่เคยแปรงฟันหลัง

อาหาร กลางวันเลย ร้อยละ 57.8 แปร่งฟันก่อนนอนทุกวันและร้อยละ 18.9 ที่บริโภคอาหารหลังแปร่งฟันก่อนนอนแล้วไม่แปร่งอีก และสุดท้ายพฤติกรรมมารับบริการทางทันตกรรม พบว่า ร้อยละ 50.9 ได้รับการรักษาฟันและเหงือก (รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555)

พฤติกรรมทันตสุขภาพเป็นการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะต้องสร้างและปลูกฝังให้กับ เด็กเพื่อให้ปฏิบัติจนเกิดความเคยชินและเป็นนิสัยถาวรเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ โดย พฤติกรรมจะเกิดจากการเรียนรู้ซึ่งเป็นกระบวนการของการได้รับความรู้ ความเข้าใจหรือทักษะโดยผ่านการมีประสบการณ์หรือจากการศึกษาในสิ่งนั้น ซึ่งเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านจิตใจและด้านพฤติกรรม (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์และเฉลิมพล ตันสกุล (2550) ; อ้างอิงมาจาก Bloom et al.)

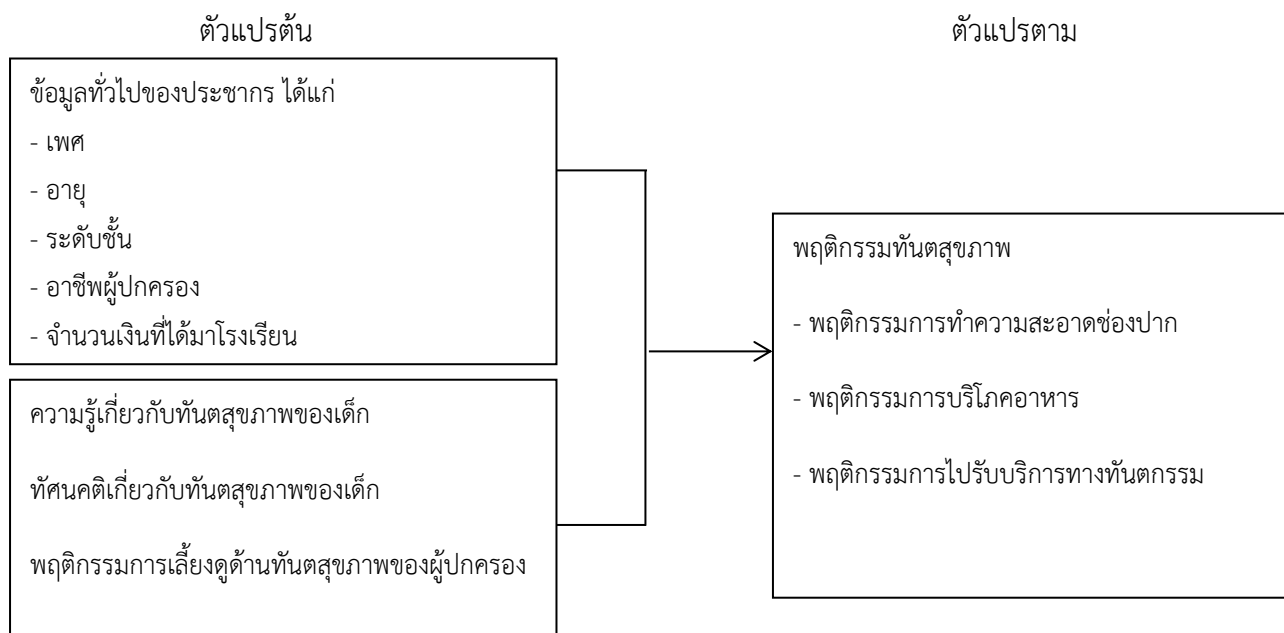
จากข้อมูลทฤษฎีภูมิในพื้นที่ตำบลวังน้ำเย็นพบว่า 5 ปัญหาโรคหลักๆคือ 1). โรคระบบหายใจ 2). โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก 3). โรคระบบกล้ามเนื้อ 4). โรคระบบไหลเวียนเลือด 5). โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคในช่องปากเป็นปัญหาอยู่ในอันดับที่ 2 ที่ควรได้รับการแก้ไข และโรคฟันผุยังเป็นปัญหาอันดับที่ 1 ในส่วนของเด็กชั้นประถมศึกษา ในเขตที่ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็นเป็นผู้ดูแล คือ โรงเรียนวัดวังน้ำเย็น หมู่ 2 และโรงเรียนวัดไผ่มั่ง หมู่ 4 ซึ่งเด็กในวัยนี้ จะได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เมื่อพบปัญหาจึงนัดมาบริการทางทันตกรรมและได้รับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ร่างกายต่าง ๆ ภายในโรงเรียนรวมถึงการส่งเสริมด้านทันตสุขภาพซึ่งจะเน้นในส่วนของการดูแล ทันตสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง เช่น พฤติกรรมการแปรงฟัน พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อโรคฟันผุ โดยทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็นยังคงเห็นส่วนสำคัญและได้เข้าไปให้ความรู้แก่นักเรียนระดับชั้นประถมในส่วนนี้ แต่อย่างไรก็ตามความรู้ด้านทันตสุขภาพที่ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็นไปให้อาจไม่ส่งผลในระยะยาว หรือเด็กรู้แล้วไม่นำไปปฏิบัติจึงอาจทำให้เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้มีฟันผุ อีกทั้งทัศนคติของเด็กก็เป็นส่วนหนึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมทันตสุขภาพที่แตกต่างกัน ผู้ปกครองก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้เด็กเกิดพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพที่หลากหลาย เนื่องจากการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองแต่ละคนก็แตกต่างกัน และเด็กในวัยนี้ก็มี การเลียนแบบผู้ปกครองจึงทำให้อาจเกิดพฤติกรรมที่หลากหลายเช่นกัน

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับทันตสุขภาพของเด็กและพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองที่มีผลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กอายุ 6 - 12 ปี ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองและพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กอายุ 6-12 ปี ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและ พฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กอายุ 6-12 ปี ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษา ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของเด็กและพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองที่มีผลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กอายุ 6 - 12 ปี ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2558 จำนวน 135 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เด็กกลุ่มอายุ 6-12 ปี ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ทั้งหมด จำนวน 135 คน ประกอบด้วยนักเรียนโรงเรียนวัดวังน้ำเย็น หมู่ 2 จำนวน 101 คน นักเรียนโรงเรียนวัดไผ่ม่วง หมู่ 4 จำนวน 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัยนี้ คือ แบบสอบถามซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของประชากร ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพผู้ปกครอง ค่าใช้จ่ายที่ได้รับในแต่ละวัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ เป็นคำถามปรนัยมี 4 ตัวเลือกโดยการเลือกตอบที่ถูกที่สุดเพียงคำตอบเดียว จำนวน 8 ข้อถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนนถ้าตอบผิด ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ ลักษณะคำถามปลายปิดมี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 8 ข้อ ทัศนคติทางบวก ตอบว่า เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน ทัศนคติเชิงลบ ตอบว่า เห็นด้วย ให้ 1 คะแนนไม่แน่ใจ ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครอง ลักษณะคำถามปลายปิดมี 3 ตัวเลือก คือ เป็นประจำ บางครั้ง ไม่เคยทำ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะทางบวก พฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสถานะทันตสุขภาพ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่เคยทำ ให้ 1 คะแนน ลักษณะทางลบ พฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสถานะทันตสุขภาพ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติเป็นเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่เคยทำ ให้ 3 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมทันตสุขภาพ ลักษณะคำถามปลายปิดมี 3 ตัวเลือก คือ เป็นประจำ บางครั้ง ไม่เคยทำ จำนวน 8 ข้อ ทางบวก พฤติกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสถานะทันตสุขภาพ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่เคยทำ ให้ 1 คะแนน ทางลบ พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสถานะทันตสุขภาพ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติเป็นเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่เคยทำ ให้ 3 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา IOC เท่ากับ 0.70

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ เด็กนักเรียนโรงเรียนเทศบาล 4 วัดศรีบัวบาน จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาช (Cronbach) โดยประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือขออนุญาตผู้บริหารศึกษาโรงเรียนชั้นประถมในพื้นที่ตำบลวังน้ำเย็นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการทำการวิจัยครั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 8 กรกฎาคม 2559 แล้วเสร็จเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2559 รวมระยะเวลาทั้งหมด 1 เดือน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับให้เรียบร้อยสมบูรณ์ครบถ้วน หากไม่สมบูรณ์ต้องรีบดำเนินการเก็บซ้ำเดี๋ยวนั้นทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความรู้ ทศนคติและพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองที่เด็กอายุ 6-12 ปี ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปในการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากร ความรู้ด้านทันตสุขภาพ ทศนคติด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมทันตสุขภาพใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพและพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

จริยธรรมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลโดยมีหนังสือยินยอมตนและหนังสือยินยอมสำหรับผู้ปกครองให้ทำการวิจัย ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะไม่มีเปิดเผยหรือระบุตัวบุคคล หลังเสร็จสิ้นวิจัยจะมีการเผาทำลาย ข้อมูลทั้งหมด วิจัยนี้ผ่านการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ตามเอกสารหมายเลข PHCSP - 008 แล้ว

ผลการวิจัย

ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.6 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 47.4 นักเรียนส่วนใหญ่อายุ 11 ปี ร้อยละ 25.2 น้อยที่สุดเป็นอายุ 12 ปี ร้อยละ 3.7 ระดับชั้นของนักเรียนส่วนใหญ่เป็นชั้น ป.3 ร้อยละ 19.3 น้อยที่สุดเป็นชั้น ป. 1 ร้อยละ 14.1 ผู้ปกครองของนักเรียนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 51.1 น้อยที่สุดประกอบอาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 22.2 จำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียนของนักเรียนส่วนใหญ่ 20 บาทต่อวัน ร้อยละ 42.2 น้อยที่สุด 30 บาทต่อวัน ร้อยละ 25.9

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ปรากฏผลตามรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักเรียนจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพที่ตอบถูกรายข้อ

ข้อคำถาม	ตอบถูกจำนวน (N=135)	ร้อยละ
1.ฟันผุสังเกตได้จากฟันเป็นรู	88	65.2
2.ลักษณะของเหงือกปกติคือขอบเหงือกมีลักษณะบาง เรียบ	84	62.2
3.การแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีส่วนผสมฟลูออไรด์เป็นวิธีการป้องกันโรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบด้วยตนเองดีที่สุด	100	74.1
4.นักเรียนควรใช้เวลาในการแปรงฟัน 2-3 นาที	102	75.6
5.การแปรงฟันเวลาตอนเช้าและก่อนนอนสำคัญที่สุด	112	83
6.ผลไม่มีประโยชน์ต่อฟัน	117	86.7
7.ถ้าหลีกเลี่ยงการกินอาหารหวานไม่ได้ควรลดความถี่ในการกินลง	60	44.4
8.นักเรียนควรไปพบหมอฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง	58	43

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า ข้อคำถามที่นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพมากที่สุดคือ ผลไม่มีประโยชน์ต่อฟัน คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาคือ การแปรงฟันเวลาตอนเช้าและก่อนนอนสำคัญที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83 และน้อยที่สุดคือนักเรียนควรไปพบหมอฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักเรียนจำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้เกี่ยวกับทัศนสุขภาพ	จำนวน (N=135)	ร้อยละ
ระดับสูง (7 - 10 คะแนน)	33	24.4
ระดับกลาง (4 - 6 คะแนน)	82	60.7
ระดับต่ำ (0 - 3 คะแนน)	20	14.8
รวม	135	100

Mean = 5.34 , S.D. = 1.702 , Max = 8 , Min = 0

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับทัศนสุขภาพอยู่ในระดับกลางคิดเป็นร้อยละ 60.7 รองลงมาคือมีความรู้ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 24.4 และน้อยที่สุดคือมีความรู้ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 14.8

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพ ปรากฏผลตามรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของนักเรียนจำแนกตามทัศนคติ เกี่ยวกับทัศนสุขภาพรายข้อ

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น(N=135)			μ	σ	ระดับทัศนคติ
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย			
	จำนวน (คน) (ร้อยละ)	จำนวน (คน) (ร้อยละ)	จำนวน (คน) (ร้อยละ)			
1.นักเรียนคิดว่าการแปรงฟันที่ถูกวิธีเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและน่าเบื่อ	28 (20.7)	21 (15.6)	86 (63.7)	2.43	0.815	ดี
2.นักเรียนคิดว่าการไปหาหมอฟันเป็นเรื่องที่น่ากลัว	37 (27.4)	37 (27.4)	61 (45.2)	2.18	0.836	ปานกลาง
3.นักเรียนคิดว่าโรคฟันผุป้องกันได้	81 (60)	31 (23)	23 (17)	2.43	0.768	ดี
4.นักเรียนคิดว่าถ้าดูแลฟันอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ฟันอยู่กับเราได้นาน	108 (80)	20 (14.8)	7 (5.2)	2.75	0.542	ดี
5.นักเรียนคิดว่าการแปรงฟันก่อนนอนเป็นสิ่งจำเป็น	123 (91.1)	10 (7.4)	2 (1.5)	2.90	0.351	ดี
6.นักเรียนคิดว่าน้ำอัดลม ลูกอม นมรสหวานไม่ทำให้ฟันผุ	28 (20.7)	14 (10.4)	93 (68.9)	2.48	0.818	ดี
7.นักเรียนคิดว่าการตรวจฟันด้วยตนเองทำให้เสียเวลาและไม่มีประโยชน์	32 (23.7)	50 (37)	53 (39.3)	2.16	0.781	ปานกลาง
8.นักเรียนคิดว่าการแปรงลิ้นช่วยทำให้ปากสะอาด	92 (68.1)	40 (29.6)	3 (2.2)	2.66	0.521	ดี

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อของทัศนคติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีและพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การแปรงฟันก่อนนอนเป็นสิ่งจำเป็น คิดเป็นร้อยละ 91.1 รองลงมาคือ ถ้าดูแลฟันอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ฟันอยู่กับเราได้นาน คิดเป็นร้อยละ 80 และน้อยที่สุดคือ การตรวจฟันด้วยตนเองทำให้เสียเวลาและไม่มีประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 23.7

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของนักเรียนจำแนกตามระดับทัศนคติ

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพ	จำนวน (N=135)	ร้อยละ
ทัศนคติดี (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00)	95	69.3
ทัศนคติด้านกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33)	40	29.2
ทัศนคติไม่ดี (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	2	1.5
รวม	137	100

Mean = 2.50 , S.D. = 0.360

จากตารางที่ 4 พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 69.3 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 29.2 และน้อยที่สุดคือระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.5

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทัศนสุขภาพของผู้ปกครอง

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทัศนสุขภาพของผู้ปกครอง ปรากฏผลตามรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของนักเรียนจำแนกตามพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทัศนสุขภาพของผู้ปกครองรายข้อ

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น(N=135)			μ	σ	ระดับพฤติกรรม
	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยทำ			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	(คน) (ร้อยละ)	(คน) (ร้อยละ)	(คน) (ร้อยละ)			
1. ผู้ปกครองซื้อน้ำอัดลมให้นักเรียนกิน	22 (16.3)	97 (71.9)	16 (11.9)	1.96	0.531	ปานกลาง
2. ผู้ปกครองซื้อผลไม้ให้นักเรียนกิน	70 (51.9)	62 (45.9)	3 (2.2)	2.50	0.545	ดี
3. ผู้ปกครองพานักเรียนไปพบหมอฟันเป็นประจำ	28 (20.7)	91 (67.4)	16 (11.9)	2.09	0.566	ปานกลาง

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของนักเรียนจำแนกตามพฤติกรรมการเลี้ยงดู ด้านทัศนคติของผู้ปกครองรายข้อ (ต่อ)

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น(N=135)			μ	σ	ระดับพฤติกรรม
	เป็น	บางครั้ง	ไม่เคยทำ			
	ประจำ					
	จำนวน (คน) (ร้อยละ)	จำนวน (คน) (ร้อยละ)	จำนวน (คน) (ร้อยละ)			
4. ถ้านักเรียนไม่แปร่งฟัน ผู้ปกครองก็ไม่ว่า	19 (14.1)	41 (30.4)	75 (55.6)	2.41	0.727	ดี
5. ผู้ปกครองอนุญาตให้นักเรียนกินลูกอม	27 (20)	62 (45.9)	46 (34.1)	2.14	0.724	ปานกลาง
6. ผู้ปกครองซื้อแปรงสีฟันและยาสีฟันให้นักเรียน	100 (74.1)	31 (23)	4 (3)	2.71	0.516	ดี
7. ผู้ปกครองซื้อขนมขบเคี้ยว เช่น เลย์ คอนเน่ ปูไทย เป็นต้น เก็บไว้ที่บ้าน	31 (23)	69 (51.1)	35 (25.9)	2.03	0.696	ปานกลาง
8. ผู้ปกครองบอกให้นักเรียนแปร่งฟันก่อนนอน	97 (71.9)	28 (20.7)	10 (7.4)	2.64	0.617	ดี

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อของพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทัศนคติของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีและปานกลางใกล้เคียงกันและพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ผู้ปกครองซื้อแปรงสีฟันและยาสีฟันให้นักเรียน คิดเป็นร้อยละ 74.1 รองลงมาคือ ผู้ปกครองบอกให้นักเรียนแปร่งฟันก่อนนอน คิดเป็นร้อยละ 71.9 และน้อยที่สุดคือ ผู้ปกครองซื้อน้ำอัดลมให้นักเรียนกิน คิดเป็นร้อยละ 16.3

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของนักเรียนจำแนกตามระดับพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทัศนคติของผู้ปกครอง

ระดับพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทัศนคติของผู้ปกครอง	จำนวน(N=135)	ร้อยละ
ปฏิบัติดี (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00)	76	56.3
ปฏิบัติปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33)	54	40
ปฏิบัติไม่ดี (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	5	3.7
รวม	135	100

Mean = 2.31 , S.D. = 0.32

จากตารางที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทัศนคติอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 56.3 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40 และน้อยที่สุดคือ ระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 3.7

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียน

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียน ปรากฏผลตามรายละเอียดดังนี้ ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของนักเรียนจำแนกตามพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนรายข้อ

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น(N=135)			μ	σ	ระดับพฤติกรรม
	เป็น	บางครั้ง	ไม่เคย			
	ประจำ	ทำ	ทำ			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
(คน)	(คน)	(คน)				
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
1.นักเรียนแปรงฟันตอนเช้าและก่อนนอน	101 (74.8)	30 (22.2)	4 (3)	2.73	0.513	ดี
2.นักเรียนชอบดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน	37 (27.4)	82 (60.7)	16 (11.9)	1.84	0.609	ปานกลาง
3.นักเรียนกินขนมขบเคี้ยว เช่น เลย์ คอนเน่ ภูเก็ตเป็นต้น เป็นอาหารว่าง	38 (28.1)	77 (57)	20 (14.8)	1.87	0.644	ปานกลาง
4.นักเรียนตรวจสุขภาพช่องปากปีละ 2 ครั้ง	58 (43)	56 (41.5)	21 (15.6)	2.27	0.717	ปานกลาง
5.นักเรียนใช้แปรงสีฟันที่มีขนแข็ง หัวแปรงขนาดใหญ่	27 (20)	52 (38.5)	67 (49.6)	2.30	0.783	ปานกลาง
6.นักเรียนไม่รับประทานผักและผลไม้	34 (25.2)	49 (36.3)	52 (38.5)	2.13	0.790	ปานกลาง
7.นักเรียนเปลี่ยนแปลงสีฟันใหม่เมื่อขนแปรงบาน	81 (60)	36 (26.7)	18 (13.3)	2.47	0.721	ดี
8.นักเรียนบ้วนปากหรือทำความสะอาดช่องปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร	73 (54.1)	53 (38.7)	10 (7.4)	2.47	0.632	ดี

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อของพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ นักเรียนแปรงฟันตอนเช้าและก่อนนอน คิดเป็นร้อยละ 74.8 รองลงมาคือ นักเรียนเปลี่ยนแปลงสีฟันใหม่เมื่อขนแปรงบาน คิดเป็นร้อยละ 60 และน้อยที่สุดคือนักเรียนชอบดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน คิดเป็นร้อยละ 27.4

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของนักเรียนจำแนกตามระดับพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียน

ระดับพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียน	จำนวน (N=135)	ร้อยละ
ปฏิบัติดี (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00)	62	45.9
ปฏิบัติปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33)	67	49.6
ปฏิบัติไม่ดี (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	6	4.4
รวม	135	100

Mean = 2.258 , S.D. = 0.308

จากตารางที่ 8 ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.6 รองลงมาคือ ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 45.9 และน้อยที่สุดคือ ระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 4.4

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะเกี่ยวกับทันตสุขภาพ พฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองและพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะเกี่ยวกับทันตสุขภาพ พฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองและพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันปรากฏผลตามรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะเกี่ยวกับทันตสุขภาพและพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียน

ตัวแปร	N	r	p - value
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียน	135	0.236**	0.006
ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะเกี่ยวกับทันตสุขภาพกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียน	135	0.220*	0.010
ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียน	135	0.544**	0.000

จากตารางที่ 9 ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r = 0.236$ ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะเกี่ยวกับทันตสุขภาพกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r = 0.220$ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r = 0.544$

อภิปรายผล

จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพของนักเรียนพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพอยู่ในระดับกลาง (ร้อยละ 60.7) ซึ่งข้อคำถามที่นักเรียนมีความรู้ด้านทันตสุขภาพน้อยที่สุดคือนักเรียนควรไปพบหมอฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 43) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างจึงทำให้ไม่มีเวลาพาไปพบหมอฟันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา เสงี่ยม (2554) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 โรงเรียนท่าลาด ตำบลท่าลาด อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ด้านความรู้ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.2) จากการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของนักเรียนพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 69.3) ซึ่งข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือนักเรียนคิดว่าการตรวจฟันด้วยตนเองทำให้เสียเวลาและไม่มีประโยชน์ (ร้อยละ 23.7) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักเรียนไม่มีความรู้วิธีการตรวจฟันด้วยตนเอง คิดว่าต้องให้หมอฟันตรวจเท่านั้นจึงไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง คิดว่าตรวจไปก็ไม่มีประโยชน์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธารทิพย์ ทองดี (2552) ได้ศึกษา

พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบสถานีอนามัยตำบล องค์พระ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ด้านทัศนคติต่อการดูแลทันตสุขภาพนักเรียนส่วนใหญ่มี ทัศนคติต่อการดูแลทันตสุขภาพระดับสูง (ร้อยละ 72.22) จากการศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพ ของผู้ปกครองพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 56.3) ซึ่งข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ผู้ปกครองซื้อน้ำอัดลมให้นักเรียนกิน (ร้อยละ 16.3) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ปกครองไม่มีความรู้และไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองจึงทำให้เกิดการเรียนรู้และ เลียนแบบพฤติกรรมของผู้ปกครองซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปากของเด็กซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของ ปริญา จิตอร่ามและกุลนาถ มากบุญ (2557) ได้ศึกษาพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กอายุ 3 -5 ปีที่เข้ารับการเรียนรู้จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลท่าไม้ อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 97 พบว่า พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\mu = 1.42$, $\sigma = 0.345$)

จากการศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียน พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.6) ซึ่งข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ นักเรียนชอบดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน (ร้อยละ 27.4) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ปกครองซื้อน้ำหวาน น้ำอัดลมให้นักเรียนกินและพฤติกรรมชอบ รับประทานของหวานของนักเรียนเองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภทัย ยินดียุทธ (2552) ได้ศึกษา พฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตตำบลนิคมกระเสี้ยว อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า พฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ นักเรียนมีระดับพฤติกรรมอยู่ระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 66.1) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของ นักเรียน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์กันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่นักเรียนได้รับความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับ สุขภาพช่องปากจึงทำให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากจึงมีพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธารทิพย์ ทองดี (2552) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบสถานีอนามัยตำบลองค์พระ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์เท่ากับ - 0.351 และ ค่า p-value เท่ากับ 0.003 เมื่อเทียบกับระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สรุปได้ ว่าความรู้กับการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์กันในเชิงลบ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของ นักเรียน พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์กันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่นักเรียนได้เห็นความสำคัญและผลดีของการดูแลสุขภาพ ช่องปากทั้งจากความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากจึงทำให้มีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดีซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภทัย ยินดียุทธ (2552) ได้ศึกษาพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตตำบลนิคมกระเสี้ยว อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ทัศนคติด้านทันตสุขภาพกับด้านพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($P=0.00$) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองกับ พฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียน พบว่าพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรม ทันตสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ปกครองมี บทบาทในการเป็นแบบอย่างของนักเรียน ซึ่งนักเรียนจะเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมของผู้ปกครองจากการ สังเกตและความใกล้ชิดทำให้เด็กนักเรียนแสดงพฤติกรรมตามมาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (กันทิมา เหม

พรหมราช (2557) ; อ้างอิงมาจาก Hunsrisakkhun 2003) พบว่าพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็ก ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหน้าที่สัมพันธ์กับผู้ปกครอง ได้แก่ ทักษะคิดต่อการดูแลทันตสุขภาพช่องปาก ในขณะที่ความรู้มีผลน้อยมากต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพและสอดคล้องกับการศึกษาของ ลักขณา อัยจิรากุลและคณะ(2555) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลช่องปากและการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กในจังหวัดสระแก้ว พบว่า โรคฟันผุในเด็กเล็ก มีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ปกครองขาดความรู้เกี่ยวกับการรับประทานขนมหวาน โดยมีค่าอัตราส่วนความเสี่ยงที่ปรับแล้ว (95% CI) เท่ากับ 6.955 (1.067, 43.343) พฤติกรรมของผู้ปกครองในการตรวจดูฟันผุหรือดูความสะอาดฟันเด็ก โดยมีค่าอัตราส่วนความเสี่ยงที่ปรับแล้ว (95% CI) เท่ากับ 3.352 (1.848, 6.079) เห็นได้ว่าพฤติกรรมดูแลช่องปากมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งการเกิดโรคฟันผุสาเหตุอาจเกิดมาจากการพฤติกรรมของเด็กเอง

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำผลการศึกษาคำแนะนำ ทักษะคิดเกี่ยวกับทันตสุขภาพและพฤติกรรมดูแลช่องปากด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองที่มีผลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กอายุ 6 - 12 ปี ในเขตตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ศึกษามีแนวความคิดที่จะนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง ถูกวิธีและเหมาะสม

1) จัดกิจกรรมสนทนาการโดยสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับผลเสียจากการดื่มเครื่องดื่มหวาน วิถีการตรวจฟันด้วยตนเองและการไปพบทันตแพทย์ผ่านการเล่นเกมที่แก่นักเรียนเพื่อให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากจนไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียน

2) จัดกิจกรรมสนทนาการข้างต้นโดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ปกครองเลี้ยงดูนักเรียนด้านทันตสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

3) ส่งเสริมบทบาทของทางโรงเรียน ครูประจำชั้น ครูอนามัย ให้มีส่วนร่วมในการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียน เช่น การตรวจฟันเด็ก การจัดโครงการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การจัดการประกวดหนูน้อยยิ้มสวยเพื่อกระตุ้นให้นักเรียนอยากดูแลสุขภาพช่องปาก

4) ส่งเสริมบทบาทของเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขให้เข้ามาส่งเสริมกิจกรรมเชิงรุกในโรงเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาคำแนะนำของบุคคลที่เกี่ยวข้องที่หลากหลายมากขึ้นเช่น การดูแลด้านทันตสุขภาพของครูอนามัย การดูแลด้านทันตสุขภาพของครูประจำชั้น

2. ควรศึกษาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของนักเรียน โดยเน้นที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดำเนินการ

3. ควรมีการศึกษารoles of ผู้ปกครองต่อพฤติกรรมเกี่ยวกับทันตสุขภาพของเด็กที่

4. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่นหรือเพิ่มกลุ่มตัวอย่างและมีการศึกษาถึงปัจจัย อื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนเพื่อนำมาศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบต่อไป

References

- ปริญญา จิตอร่าม,และกุลนาถ มากบุญ. (2557). พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพ ช่องปากเด็ก อายุ 3 -5 ปีที่เข้ารับการเรียนรู้จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลท่าไม้ อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารทันตภิบาล, 25, 26-41.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ระดับประเทศครั้งที่ 7 ในปี 2555.กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, กรุงเทพมหานคร
- อัครา เอิบสุขศิริ. (2556). จิตวิทยาสำหรับครู (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ลักขณา อัยจิรากุล. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูและการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กในจังหวัดสระแก้ว. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น
- จิราภา เต็งไตรรัตน์. (2554). จิตวิทยาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เพ็ญพร เหมเหมรานนท์. (2554). ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 – 5 ปี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลเวียงน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม(การศึกษาอิสระปริญญาทางสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม
- สุพัตรา เส็งนา. (2554). ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 โรงเรียนท่าลาด ตำบลท่าลาด อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา (การศึกษาอิสระปริญญาทางสาธารณสุข).มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม
- สุจิตรา วรรณกิจ. (2554). พฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนวัดสุวรรณราม อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ (การศึกษาอิสระปริญญาทางสาธารณสุข).มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม
- วรารสิณี แก้วอ่อนเรือน. (2554). พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กประถมศึกษาช่วงชั้นที่ 1 โรงเรียนเทศบาล 1 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (การศึกษาอิสระปริญญาทางสาธารณสุข)มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม
- ดรณรัตน์ พิมพ์เสน. (2554). พฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ต่อการเกิดโรคฟันผุ โรงเรียน บ้านโป่งสามัคคี ตำบลโคกจาน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ (การศึกษาอิสระปริญญาทางสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม
- สุรางค์ ไคว่ตระกูล. (2553). จิตวิทยาการศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ :สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธารทิพย์ ทองดี. (2552). พฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบสถานีอนามัยตำบลองค์พระ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี(การศึกษาอิสระปริญญาทางสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- สุธาสิณี สัมไม้. (2552). ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในตำบลมะขามเต่า อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท(การศึกษาอิสระ ปริญญาทางสาธารณสุข). มหาวิทยาลัย มหาสารคาม, มหาสารคาม.
- สุพิชฌ์ณันท์ บุบผาอินทร์. (2552). พฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลวังเพลิง อำเภอโคกสำโรง จังหวัด ลพบุรี (การศึกษาอิสระปริญญาทางสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

- สุภัทชัย ยินดียุทธ. (2552). พฤติกรรมด้านทัศนสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตตำบลนิคม
กระเสียว อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี (การศึกษาอิสระปริญญาทางสาธารณสุข). มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม, มหาสารคาม
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์,และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2550). พฤติกรรมสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 6). มหาสารคาม : คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การประเมินความเข้มแสงสว่างในห้องปฏิบัติการทันตกรรม และโคมไฟยูนิตทันตกรรม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
Lighting Assessment in Dental Laboratory and Dental Unit Lamps at
Sirindhorn College of Public Health Suphanburi

ศุณีวัตร์ แสงหิรัญ, อนุพงษ์ สอดสี*, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์

Suniwat Sanghirun, Anuphong Sodsee*, Sutthisuk Surirak

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก
Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Anuphong Sodsee, E-mail: tonanuphong@gmail.com)

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเข้มแสงสว่างแบบบริเวณพื้นที่ทั่วไปของห้องปฏิบัติการ และแบบจุดปฏิบัติงานของยูนิตทันตกรรม ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี โดยวัดความเข้มแสงสว่างแบบจุดปฏิบัติงาน จำนวน 78 ยูนิต เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องวัดความเข้มแสง (Lux Meter) และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) หาค่าเฉลี่ย (Mean) เปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานกระทรวงแรงงาน เรื่อง มาตรฐานของความเข้มแสงสว่าง

ผลการวิจัย พบว่า การตรวจวัดความเข้มแสงสว่างของโคมไฟยูนิตทันตกรรมด้วยวิธีการวัดแบบจุดปฏิบัติงาน ในห้องปฏิบัติการ 1 ห้องปฏิบัติการ 2 และคลินิกกลาง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความเข้มของแสงสว่างคิดเป็นร้อยละ 9.52, 19.05 และ 2.78 ตามลำดับ ในขณะที่ความเข้มแสงสว่างบริเวณพื้นที่ทั่วไปในห้องปฏิบัติการ 1 ห้องปฏิบัติการ 2 และคลินิกกลาง ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความเข้มของแสงสว่างอย่างไรก็ตาม ควรมีการตรวจวัดความเข้มแสงสว่างซ้ำ เพื่อวางแผนในการบริการจัดการและหามาตรการควบคุมและป้องกันความเข้มแสงสว่างทั้งโคมไฟยูนิตทันตกรรม และความสว่างของห้องปฏิบัติการ

คำสำคัญ: ยูนิตทันตกรรม ความเข้มแสงสว่าง ห้องปฏิบัติการ

Abstract

This research is a survey study aimed at assessing the illuminance levels in Area measurement of the laboratory and at the Spot measurement of dental units at Sirindhorn College of Public Health in Suphanburi Province. Illuminance levels at 78 work units were measured using a light meter and data recording forms. The data were analyzed using

descriptive statistics to calculate the average and compared with the standards set by the Department of Labour Protection and Welfare regarding illuminance standards.

The research findings revealed that the measurement of illuminance from the dental unit lights using Spot measurement methods in Laboratory 1, Laboratory 2, and the central clinic met the illuminance standards at rates of 9.52%, 19.05%, and 2.78%, respectively. In contrast, the illuminance levels in the Area measurement of Laboratory 1, Laboratory 2, and the central clinic did not meet the standards. Therefore, it is recommended that illuminance levels be re-measured to plan for better management and to establish control and prevention measures for both the dental unit lights and the overall illumination in the laboratories.

Keywords: Dental unit, illuminance, Laboratory

บทนำ

ความเข้มแสงสว่างถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ทำให้เกิดกิจกรรมการดำเนินการในชีวิตประจำวันของสิ่งมีชีวิต เนื่องจากความเข้มแสงสว่างมีผลต่อการทำงาน นอกจากนี้ยังมีบทบาทสำคัญในการทำงานของมนุษย์ แสงสว่างน้อยเกินไปก่อให้เกิดอาการปวดตา เมื่อยล้าสายตา ปวดศีรษะ ในทางกลับกันแสงสว่างมากเกินไปเป็นสาเหตุให้พนักงานเกิดความไม่สบายตา แสบตา เมื่อยล้าทางสายตา ปวดศีรษะ อุบัติเหตุและสมรรถภาพในการมองเห็นลดลง การประเมินความเข้มของแสงสว่างในการทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน หากแสงสว่างในการทำงาน ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนดไว้ นายจ้างจะได้ใช้ผลการตรวจวัดประกอบการพิจารณาในการปรับปรุงต่อไป (พีรพล ภูแย้ม, เสรีย์ ตู้ประกาย, วัฒนา จันทะโคตร และมงคล รัชชะ, 2566)

สิ่งคุกคามต่อสุขภาพสภาพแวดล้อมการทำงานของหน่วยทันตกรรมในโรงพยาบาลของรัฐ จากการสำรวจสิ่งคุกคามทางกายภาพใน หน่วยทันตกรรมของโรงพยาบาลของรัฐ 85 แห่ง พบว่าหน่วยทันตกรรมเกินร้อยละ 70 มีสิ่งคุกคาม ต่อสุขภาพทางกายภาพ ได้แก่ แสงสว่างไม่เพียงพอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเข้มแสงที่ระบบไฟฟ้ส ของระบบให้แสงสว่างนั้นต่ำกว่า 13,000 ลักซ์ ร้อยละ 68.2 ซึ่งส่งผลให้ท่าทางการทำงานของทันตบุคลากรส่วนใหญ่ยืนหลังงอ ร้อยละ 53.6 เนื่องจากใช้สายตาเพ่งในการให้บริการทันตกรรม ซึ่งทำให้เกิดอาการปวดหลังตามมาได้ ส่วนสิ่งคุกคามทางกายภาพอื่นๆ ได้แก่ อุณหภูมิ ความร้อน และความสั่นสะเทือน มีรายงานว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อได้ โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสัมผัสเครื่องมือที่มีแรงสั่นสะเทือนสูงๆ มีโอกาสทำให้เกิดอาการปวดไหล่สูงถึง 2.9 เท่าของคนที่ไม่ได้ใช้เครื่องมือที่มีแรงสั่นสะเทือนสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุนิสา ชายเกลี้ยง, วรวรรณ ภูซาดา, รัชติญา นิธิธรรมธาดา, 2559)

ทั้งนี้สภาพแวดล้อมที่มีความเข้มแสงสว่างในปริมาณที่เหมาะสมนั้นมีผลอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพการทำงานและการเรียนรู้ของบุคคล ซึ่งการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ สภาพแวดล้อมการรับรู้ อันเป็น

ความพร้อมภายในตัวผู้เรียน และสภาพแวดล้อมภายนอกที่จัดให้แก่ผู้เรียนและเหตุการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งกระบวนการต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการเรียนรู้เมื่อมีสิ่งเร้าจากสภาพแวดล้อมมากระตุ้นประสาทสัมผัสส่งไปยังสมอง และตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้น ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการเรียนรู้และในปัจจุบันการศึกษามีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากต่อทุกเพศทุกวัย การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการมองเห็นจึงเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและลดผลเสียต่อสายตาที่อาจก่อให้เกิดความเมื่อยล้าและอาจเป็นสาเหตุที่นำไปสู่อุบัติเหตุได้ (สุธาทอง หอมยา, สุกัญญา วงศ์ธนะบุรณ, อติศร วงศ์ต, และพหล รงค์กุล, 2566)

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี มีการจัดเรียนการสอนของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ กับหุ่นจำลอง และผู้ป่วยจริง ซึ่งมีการทำหัตถการคือ การขูดหินน้ำลาย อุดฟัน ถอนฟัน เคลือบฟลูออไรด์ สอนการดูแลสุขภาพช่องปากและทำความสะอาดช่องปาก ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของแสงสว่างในคลินิกกลาง และห้องปฏิบัติการ ซึ่งอาจมีผลต่อสุขภาพ การเกิดอุบัติเหตุ ประสิทธิภาพในการทำงานของนักศึกษา อาจารย์ และบุคลากร ดังนั้นจึงควรมีการตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและหามาตรการควบคุมและป้องกันค่าความเข้มแสงให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ที่เกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพ นำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินระดับความเข้มแสงสว่างแบบบริเวณพื้นที่ทั่วไปของห้องปฏิบัติการ และคลินิกกลาง และแบบจุดปฏิบัติงานของยูนิตทันตกรรม ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานกระทรวงแรงงาน เรื่อง มาตรฐานของความเข้มแสงสว่าง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยสำรวจความเข้มแสงสว่างภายในคลินิกทันตกรรม และโคมไฟยูนิตทันตกรรม และเทียบกับค่ามาตรฐานตามกฎหมาย ได้แก่ ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานกระทรวงแรงงาน เรื่อง มาตรฐานของความเข้มแสงสว่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ทำการคัดเลือกบริเวณตรวจวัดความเข้มแสงสว่างเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ห้องปฏิบัติการจำนวนทั้งสิ้น 3 ห้อง และยูนิตทันตกรรม จำนวนทั้งสิ้น 78 ยูนิต ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าในการศึกษา (Inclusion Criteria)

1. ยูนิตทันตกรรมที่สามารถใช้งานได้ปกติ ไม่ชำรุดเสียหาย
2. ยูนิตที่ใช้งานในห้องปฏิบัติการทันตกรรม 1, ห้องปฏิบัติการทันตกรรม 2 และห้องคลินิกกลาง

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. ยูนิตที่อันตรายที่ไม่สามารถใช้งานได้ เนื่องจากชำรุด เสียหาย ทั้งก่อนวิจัย และระหว่างเก็บข้อมูลวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องวัดความเข้มแสงสว่าง (Lux meter) โดยใช้วิธีการตรวจวัดความเข้มของแสง ตามแนวปฏิบัติ ตามกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อนแสงสว่าง พ.ศ. 2549 (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, 2549)

2. แบบบันทึกข้อมูลความเข้มแสงสว่าง จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แบบบันทึกความเข้มแสงสว่างแบบ บริเวณพื้นที่ทั่วไป จำนวน 3 ข้อ และ แบบบันทึกความเข้มแสงสว่างแบบจุดปฏิบัติงาน จำนวน 78 ข้อ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

วิธีการตรวจสอบความเข้มแสงสว่างของห้องปฏิบัติการทันตกรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี จะใช้เครื่องวัดความเข้มแสงสว่าง (Lux Meter) เป็นเครื่องมือในการศึกษาโดยวิธีการ ตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ การวัดความเข้มแสงสว่างเฉลี่ยแบบพื้นที่ทั่วไป และการ ตรวจวัดความเข้มแสงสว่างแบบจุดปฏิบัติงาน ซึ่งมีรายละเอียดวิธีการตรวจวัดและการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การตรวจวัดความเข้มแสงสว่างเฉลี่ยแบบบริเวณพื้นที่ทั่วไป (Area Measurement) เป็นการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างภายในห้องปฏิบัติการทันตกรรม ซึ่งวิธีการจะวางเครื่องมือวัดความเข้มแสงสว่างในบริเวณต่าง ๆ ของห้องดังนี้ โดย

N = จำนวนโคมไฟต่อแถว

M = จำนวนแถว

$r1 - r8$ = ความเข้มแสงสว่างระหว่างหลอดไฟส่วนในและกลางห้องและ R = ค่าเฉลี่ยของ $r1-8$

$q1 - q4$ = ความเข้มแสงสว่างระหว่างหลอดไฟกับขอบข้างห้องและ Q = ค่าเฉลี่ยของ $q1-4$

$t1 - t4$ = ความเข้มแสงสว่างระหว่างหลอดไฟกับหัว-ท้ายห้องและ T = ค่าเฉลี่ยของ $t1-4$

$p1, p2$ = ความเข้มแสงสว่างระหว่างหลอดไฟกับมุมห้องและ P = ค่าเฉลี่ยของ $p1$ และ $p2$

แทนค่า R, Q, T, P, N และ M ตามสูตร จะได้ค่าเข้มแสงสว่างเฉลี่ย

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจวัดความเข้มแสงสว่างแบบจุดปฏิบัติงาน (Spot Measurement) เป็นการ ตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างบริเวณจุดที่ทำงานในห้องปฏิบัติงาน ซึ่งจะตรวจวัดในจุดที่สายตากระทบ ชิ้นงานหรือ จุดที่ทำงาน (Point of work) โดยวางเครื่องวัดแสงในแนวระนาบเดียวกับชิ้นงานหรือพื้นผิวที่ สายตาตกกระทบแล้วบันทึกค่าแสงสว่างที่อ่านได้ โดยปรับโคมไปห่างจากจุดที่ทำการตรวจวัด 65 เซนติเมตร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวัดผลลัพธ์

1.1) ทำการหาค่าเฉลี่ยของผลการตรวจค่าแสงสว่างในแต่ละตำแหน่งผลของการตรวจวัด กล่าวคือ หาค่าเฉลี่ย $P1-P2, Q1-Q2, T1-T4$ และ $R1-R8$

1.2) นำค่าเฉลี่ยที่ได้ในแต่ละบริเวณมาแทนค่าในสมการของค่าความเข้มของแสงสว่างแบบเฉลี่ย

$$\text{ค่าความเข้มแสงสว่างแบบเฉลี่ย} = \frac{R(N-1)(M-1)+(QN-1)+T(M-1)+P}{NM}$$

โดยที่ N หมายถึง จำนวนหลอดไฟ

M หมายถึง จำนวนแถวของหลอดไฟ

P หมายถึง ค่าเฉลี่ยความเข้มแสงสว่างบริเวณมุมห้อง (ค่าเฉลี่ยของ P1-P2)

T หมายถึง ค่าเฉลี่ยความเข้มแสงสว่างบริเวณกึ่งกลางขอบข้างห้อง (ค่าเฉลี่ยของ T1-T4)

Q หมายถึง ค่าเฉลี่ยความเข้มแสงสว่างบริเวณกึ่งกลางขอบหัว-ท้ายห้อง (ค่าเฉลี่ยของ Q1-Q8)

R หมายถึง ค่าเฉลี่ยความเข้มแสงสว่างบริเวณส่วนในกลางห้อง (ค่าเฉลี่ยของ R1-R8)

1.3) นำค่าความเข้มแสงสว่างที่คำนวณได้จากสมการค่าความเข้มของแสงสว่างแบบเฉลี่ยไปเปรียบเทียบความเข้มชั้นแสงสว่างตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

2) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูล และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ความเข้มแสงสว่าง โดยใช้สถิติความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP 2567- 043 ลงวันที่ 17 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ผลการตรวจแบบจุดปฏิบัติงาน (Spot Measurement)

1.1 ห้องปฏิบัติการ 1 จากผลในการตรวจวัดความเข้มแสงสว่างช่วงเช้า และช่วงบ่าย ครั้งที่ 1, 2 และ 3 มียูนิตทันตกรรมที่ทำการศึกษ จำนวน 21 ยูนิต พบว่า มีค่าความเข้มแสงสว่างผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 2 ยูนิต คิดเป็นร้อยละ 9.52 ซึ่งยูนิตทันตกรรมที่ระดับความเข้มแสงสว่างผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คือ B1 และ B5

1.2 ห้องปฏิบัติการ 2 จากผลในการตรวจวัดความเข้มแสงสว่างช่วงเช้า และช่วงบ่าย ครั้งที่ 1, 2 และ 3 มียูนิตทันตกรรมที่ทำการศึกษ จำนวน 21 ยูนิต พบว่า มีค่าความเข้มแสงสว่างผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 4 ยูนิต คิดเป็นร้อยละ 19.05 ซึ่งยูนิตทันตกรรมที่ระดับความเข้มแสงสว่างผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คือ G7, B6, P3 และ P6

1.3 คลินิกกลาง จากผลในการตรวจวัดความเข้มแสงสว่างช่วงเช้า และช่วงบ่าย ครั้งที่ 1, 2 และ 3 มียูนิตทันตกรรมที่ทำการศึกษ จำนวน 36 ยูนิต พบว่า มีค่าความเข้มแสงสว่างผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 1 ยูนิต คิดเป็นร้อยละ 2.78 ซึ่งยูนิตทันตกรรมที่ระดับความเข้มแสงสว่างผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คือ I3

2. ผลการตรวจค่าเฉลี่ยแบบบริเวณพื้นที่ทั่วไป (Area Measurement)

จากผลการตรวจวัดแสงสว่างของห้องปฏิบัติการ 1, ห้องปฏิบัติการ 2 และ คลินิกกลาง 1 ช่วงเช้าและบ่าย ครั้งที่ 1, 2 และ 3 ช่วงเช้า และช่วงบ่าย โดยนำผลตรวจแบบบริเวณพื้นที่ทั่วไปเปรียบเทียบกับประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานกระทรวงแรงงาน เรื่อง มาตรฐานของความเข้มแสงสว่าง พบว่าห้องปฏิบัติการทั้งหมด มีค่าความเข้มแสงสว่าง ไม่ผ่านมาตรฐาน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยการตรวจแบบบริเวณพื้นที่ทั่วไป (Area measurement)

ห้อง	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ค่าเฉลี่ยของห้อง (Mean)	ผลการประเมิน
	ช่วงเช้า	ช่วงบ่าย	ช่วงเช้า	ช่วงบ่าย	ช่วงเช้า	ช่วงบ่าย		
ห้องปฏิบัติการ 1	191.93	165.34	211.49	225.02	227.72	223.73	207.54	ไม่ผ่าน
ห้องปฏิบัติการ 2	304.57	310.28	311.95	290.64	290.54	273.58	296.93	ไม่ผ่าน
คลินิกกลาง	269.68	282.46	278.76	279.09	266.52	289.57	277.68	ไม่ผ่าน

*ค่ามาตรฐานการตรวจวัดแสงแบบบริเวณพื้นที่ทั่วไป ต้องไม่น้อยกว่า 300 Lux

อภิปรายผล

1. การตรวจประเมินแบบบริเวณพื้นที่ทั่วไป (Area Measurement) จำนวนทั้งหมด 3 ห้อง ได้แก่ ห้องปฏิบัติการ 1, ห้องปฏิบัติการ 2 และ คลินิกกลาง นำผลตรวจวัดเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานกระทรวงแรงงาน เรื่อง มาตรฐานของความเข้มแสงสว่าง ระดับความเข้มแสงสว่างไม่ผ่านมาตรฐานทั้งหมด

2. การตรวจประเมินแบบจุดปฏิบัติงาน (Spot Measurement) จำนวนทั้งหมด 78 จุด ระดับความเข้มของแสงผ่านมาตรฐาน จำนวน 6 จุด คิดเป็นร้อยละ 7.70 ไม่ผ่านมาตรฐาน จำนวน 72 จุด คิดเป็นร้อยละ 92.30 ห้องปฏิบัติการที่มีค่าความเข้มแสงสว่างผ่านมาตรฐานสูงสุดคือ ห้องปฏิบัติการ 2 คิดเป็นร้อยละ 19.05 รองลงมาห้องปฏิบัติการ 1 คิดเป็นร้อยละ 9.52 และคลินิกกลาง คิดเป็นร้อยละ 2.78 เนื่องจากจุดส่วนใหญ่ หลอดไฟมีอายุการใช้งานยาวนานและยังไม่ได้รับการเปลี่ยนหลอดไฟใหม่ ในขณะที่จุดที่มีความเข้มแสงสว่างผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาจเนื่องด้วยได้รับการซ่อมแซมและมีการเปลี่ยนหลอดไฟของโคมไฟใหม่

นอกจากนี้ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับคู่มือการออกแบบอาคารสถานบริการสุขภาพและสภาพแวดล้อมแสงสว่าง ณ ตัวผู้ป่วยเท่ากับ 1000 Lux (กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จะมีจุดที่ผ่านมาตรฐานจำนวน 67 จุด คิดเป็นร้อยละ 85.89 ส่วนความสว่างของห้องปฏิบัติการ 1, ห้องปฏิบัติการ 2 และ คลินิกกลาง ที่มีความเข้มแสงสว่างไม่ผ่านมาตรฐาน อาจเป็นเพราะว่ามีหลอดไฟชำรุด และอีกสาเหตุหนึ่งมาจากบริเวณหน้าต่างและประตูมีม่าน จึงทำให้แสงจากภายนอกส่องเข้ามาได้น้อยหรือไม่สามารถส่องเข้ามาได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิรพล ภูแย้ม และคณะ (2566) ได้ประเมินระดับแสงสว่างภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม พบว่าร้อยละ 21.46 โดยห้องที่ไม่ผ่านมีสาเหตุจาก ภายในห้องมีหลอดไฟเก่า และ

ชำระ รวมถึงมีอุปกรณ์ที่บดบังแสงสว่าง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐกุล คุณเมือง และคณะ (2560) พบว่า สาเหตุที่ทำให้ค่าความเข้มแสงสว่างต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานมีหลายสาเหตุด้วยกันเช่น หลอดไฟไม่เพียงพอ หลอดไฟชำรุด หลอดไฟไม่สะอาด มีม่านหรือตู้ปิดกั้นทางเข้าของแสงจากภายนอก

ดังนั้นแนวทางในการปรับปรุงความเข้มแสงสว่างภายในห้องปฏิบัติการ 1, ห้องปฏิบัติการ 2 และคลินิกกลาง คือควรจัดการเปลี่ยนหลอดไฟที่เสียภายในห้องใหม่ เปิดฝ้าม่านทุกครั้งที่ใช้ห้อง ในส่วนของหลอดไฟชนิดที่อันตรายแนะนำให้เปลี่ยนหลอดไฟใหม่ในยูนิตที่ไม่ผ่านมาตรฐาน และควรเปลี่ยนหลอดไฟเมื่อครบอายุการใช้งาน คือ 1,500 ชั่วโมง ถึงแม้ว่าระยะเวลาการใช้งานของหลอดฮาโลเจนจะมากถึง 1,500 – 3,000 ชั่วโมง (ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษา, 2564) ทั้งนี้ ควรตรวจเช็คสภาพหลอดไฟหรือเปลี่ยนใหม่เมื่อครบรอบการใช้งาน เพื่อให้หลอดไฟสามารถให้แสงสว่างได้เต็มที่และมีประสิทธิภาพพร้อมใช้งานอยู่เสมอ

การนำผลการวิจัยไปใช้

นำผลการประเมินความเข้มแสงสว่างของยูนิตทันตกรรม และห้องปฏิบัติการ เสนอให้ผู้บริหาร ดำเนินการวางแผนปรับปรุงซ่อมแซม และวางระบบการตรวจสอบความเข้มแสงสว่างให้อยู่ในค่ามาตรฐานที่กำหนด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการแยกประเภทชนิดของหลอดไฟในพื้นที่ที่จะทำการตรวจวัดปริมาณความเข้มแสงสว่าง เช่น หลอดฟลูออเรสเซนต์ (Fluorescent), หลอด Incandescent, หลอดเมทัลฮาไลด์, หลอด LED เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเกี่ยวกับพื้นที่ การจัดวางหลอดไฟ และแสงสว่างจากหน้าต่าง
3. ควรมีการตรวจสอบสุขภาพตาของนักศึกษา อาจารย์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเฝ้าระวังและหาแนวทางป้องกันควบคุมปัญหาสุขภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

References

- กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. (2549). แนวปฏิบัติตามกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อนแสงสว่าง พ.ศ. 2549, 1 กรกฎาคม 2567 เข้าถึงได้จาก http://medinfo2.psu.ac.th/commed/images/TIS18001/tisp4/law%20Physi/images/law/practice_illumination.pdf
- กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. (2561). ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานกระทรวงแรงงาน เรื่อง มาตรฐานของความเข้มแสงสว่าง. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 39 ง 21 กุมภาพันธ์ 2561.
- กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือการออกแบบอาคารสถานบริการสุขภาพ และสภาพแวดล้อม ฉบับทั่วไป. 15 กรกฎาคม 2567 เข้าถึงได้จาก https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-11-16--163.pdf
- ชนิษฐกุล คุณเมือง, นุชจรี นะรินยา และพรพรรณ สุกุลคู. (2560). ประเมินความเข้มแสงสว่างเฉพาะจุดใน

- ห้องเรียน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 10(2), 70-76.
- พิรพล ภูรัมย์, เสรีย์ ตู้อู่ประกาย, วัฒนา จันทะโคตร และมงคล รัชชะ. (2566). การประเมินระดับแสงสว่าง ภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(3), 27-33.
- ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษา. (2564). LIGHT BULBS ประเภทของหลอดไฟ เลือกใช้ให้เหมาะสม. 15 กรกฎาคม 2567, เข้าถึงได้จาก <https://sciplanet.org/content/7845>.
- สุธาทอง หอมยา, สุกัญญา วงศ์ธนะบุรณ, อติศร วงศ์ดี, และพหล รงค์กุล. (2566). ความเข้มของแสงสว่าง ภายในอาคารคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.การประชุมวิชาการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติครั้งที่ 22,197-202
- สุนิสา ชายเกลี้ยง, วรวรรณ ภูซาดา, และรัชติญา นิธิธรรมธาดา. (2559). สิ่งคุกคามในสภาพแวดล้อมการทำงานและ ความเสี่ยง ทางกายศาสตร์ของทันตบุคลากร.วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 11(1), 99-101.