

วารสาร

การส่งเสริมสุขภาพและ
อนามัยสิ่งแวดล้อม
ศูนย์อนามัยที่ 8 อุบลราชธานี

Journal of Health Promotion and Environmental Health Research
Health Promotion Centre 8 Udon Thani

ISSN 2985-1696 (Online)



ข้อมูลเกี่ยวกับวารสาร

ภาษาอังกฤษ : Journal of Health Promotion and Environmental Health Research
ภาษาไทย : วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
Online ISSN: 2985-1696
เจ้าของวารสาร : ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
582 หมู่ 12 ถ.อุตร-สามพร้าว ต.สามพร้าว อ.เมืองอุตรธานี จ.อุตรธานี 41000.
โทรศัพท์ : 0-4212-9587
อีเมล : ar.hpc8@gmail.com

วัตถุประสงค์การจัดทำวารสาร

1. เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตลอดจนองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์หรือนวัตกรรมต่าง ๆ
2. เพื่อเป็นสื่อประชาสัมพันธ์ทางด้านการวิชาการในการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะคิด ข้อคิดเห็นข่าวสารที่มีคุณภาพและถูกต้อง
3. เพื่อเสริมสร้างความรู้และความก้าวหน้าทางด้านการวิชาการ

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารมีนโยบาย ตีพิมพ์บทความด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตลอดจนองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ สาขาที่เปิดรับมีดังต่อไปนี้ แม่และเด็กปฐมวัย วัยเรียนวัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ และอนามัยสิ่งแวดล้อมและสาขาอื่น ๆ กลุ่มเป้าหมายคือบุคคลที่สนใจ

กระบวนการพิจารณาบทความ

บทความทุกบทความจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (two - blind review)

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความวิจัยด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และบทความด้านวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์

ภาษาที่รับตีพิมพ์

ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

กำหนดการตีพิมพ์ (ปรับปรุง)

วารสารตีพิมพ์ 4 ฉบับต่อปี

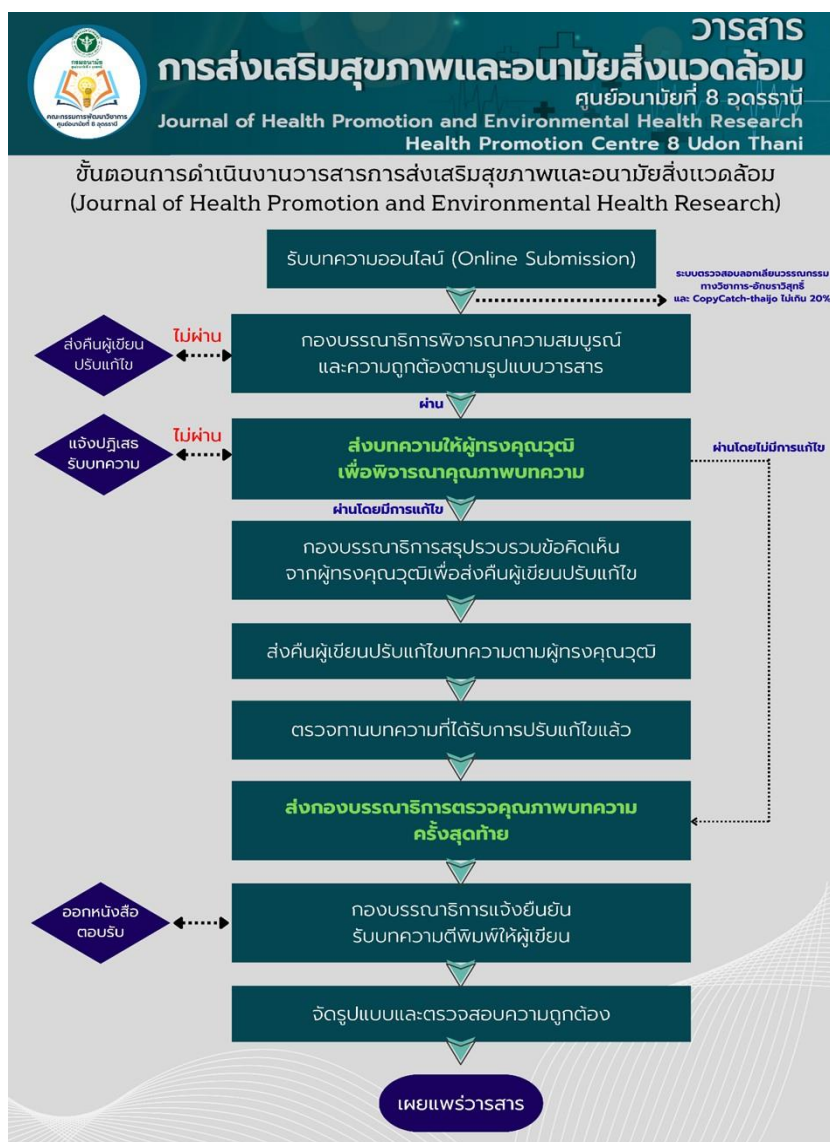
- ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - มีนาคม
- ฉบับที่ 2 ประจำเดือนเมษายน - มิถุนายน
- ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกรกฎาคม - กันยายน
- ฉบับที่ 4 ประจำเดือนตุลาคม - ธันวาคม

ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์

ไม่มีค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์

วิธีการส่งบทความ

ส่งผลงานผ่านระบบ Thaijo ได้ที่ <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/hpc8Journal/submissions>



ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่

ทางไปรษณีย์ : กลุ่มพัฒนาวิชาการและคาดการณ์ผลกระทบด้านสุขภาพ

สำนักงานเลขที่ 582 หมู่ 12 ถ.อุดร-สามพร้าว ต.สามพร้าว อ.เมืองอุดรธานี

จ.อุดรธานี 41000

โทรศัพท์ : 0-4212-9587 โทรสาร : 0-4212-9588

ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ :

E-mail: ar.hpc8@gmail.com และ Atiwat.kun0609@gmail.com

คณะผู้จัดทำวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ที่ปรึกษา

นายแพทย์กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
 นายกิตติพงศ์ แซ่เจ็ง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) กรมอนามัย

บรรณาธิการ

ดร. ธนินา อนุญาตพงษ์ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายอริวัฒน์	กุลวงษ์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นายชัชวาลย์	เพชรกอง	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวกุลนันท์	เหิรเมฆ	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นายพีรพัฒน์	เลี้ยงประยูร	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวภัทรานิษฐ์	นฤวรรน	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นายสิทธิชัย	โพทะพันธ์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

กองบรรณาธิการ

นายสมภพ	สุทัศน์วิริยะ	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวศิริพร	ศรีเทวณ	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวสุนิสา	ใจทั้ง	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นายยุทธนา	ชนะพันธ์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาววรรณพร	สว่างบุญ	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นายอเนกพงษ์	ฮ้อยคำ	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวพรพิมล	บุตะลา	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวดวงใจ	กันธิยา	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวปนัดดา	กันมัลย์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รองศาสตราจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชลการ ทรงศรี	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี
ดร.สุทิน	คณะบุญ
ดร.อรินรดา	ลาดลา
ดร.อนุชา	ไทยวงษ์
นายธวัชชัย	เขื่อนสมบัติ
	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี

ฝ่ายจัดการ

คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ (กพว.) ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

สำนักงาน

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
 เลขที่ 582 หมู่ 12 ถ.อุดร-สามพร้าว ต.สามพร้าว อ.เมืองอุดรธานี จ.อุดรธานี 41000

สารบัญ

บทบรรณาธิการ	หน้า
ก	
บทความวิจัย	
1. การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบ สิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี	1
❖ ศิวการ จันทะไทย	
2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 3อ. 2ส. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเครือวัดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร	17
❖ อนันต์ อีพิศการ, กันธิชา แสนอ้วน, จิรัชญา จันทะบาล, ทิพเกสร สีชมไชย, ปณิดา คำแพงพล, Boleak Chhorm, จิรพิชชา บุญพอ, ศวิตา ศรีสวัสดิ์	
3. ประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านทรัพย์เจริญ หมู่ที่ 2 ตำบลห้วยสีเสียด อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย	29
❖ ไพบูลย์เกียรติ สุภัทรางกูร	
4. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมโทรเวช เพื่อติดตามผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ที่มีภาวะ วิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	43
❖ ศทาวุธ นันทิกิตติราษฎร์, ศิริวรรณ วงศ์ประกรณ์กุล, รัชนีภากรณ์ แซ่ลี้, พิสมัย คุณาวัดน์, ชัชชชา สีผัดผ่อง	
5. การศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน บางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก	63
❖ อารีย์ ทวีวงศ์	
6. การพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชากร กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอ ดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่	77
❖ ประจวบ โลแก้ว	
7. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการ และการสุขภาพอาหาร กับพฤติกรรม การบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พื้นที่เขตบางเขน	90
❖ อำพร ฤทธิถาวร, นพักร อังคะนิจ	

บทบรรณาธิการ

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เดินทางมาถึงอีกหนึ่งฉบับที่เปี่ยมด้วยเนื้อหาสาระเข้มข้นและน่าสนใจ โดยในฉบับนี้ได้รวบรวมบทความวิจัยและบทความวิชาการด้านสิ่งแวดล้อม และด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างสภาพแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชน ในด้านสิ่งแวดล้อม บทความในฉบับนี้นำเสนอประเด็นที่หลากหลาย ตั้งแต่การจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน พฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย พฤติกรรมสุขอนามัยในครัวเรือนต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ขณะที่บทความด้านโรค NCDs มุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้ การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) รวมทั้งการศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมเกี่ยวกับโรค NCDs ตามแนวทางความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

กองบรรณาธิการเชื่อมั่นว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นแหล่งข้อมูลที่มีคุณค่าสำหรับนักวิชาการ บุคลากรสาธารณสุข นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป โดยสามารถนำองค์ความรู้ไปต่อยอดในการทำงาน วิจัย หรือพัฒนาโครงการที่ตอบโจทย์ต่อพื้นที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่าน ที่ร่วมถ่ายทอดองค์ความรู้ รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะอย่างมีอาชีวะ จนทำให้บทความในฉบับนี้มีคุณภาพน่าอ่านและนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง

ท้ายที่สุดนี้ กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้การสนับสนุนวารสารของศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานีมาอย่างต่อเนื่อง และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นแรงบันดาลใจให้เกิดความร่วมมือแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนางานด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ก้าวไกลและยั่งยืนต่อไป

(ดร.ธนิสา อนุญาหงษ์)

บรรณาธิการวารสาร

การพัฒนาแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี

ศิวาการ จันทะไทย

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อพัฒนาแบบ การให้คำปรึกษา และ ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี โดยใช้แนวคิดและกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจ ของ Elwyn et al. (2017) ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การสนทนาเป็นทีม (team talk) 2) การสนทนาทางเลือก (option talk) และ 3) การสนทนาเพื่อการตัดสินใจ (decision talk) มาประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจเลือกแต่ละวิธี โดยอ้างอิงประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ก่อนการใช้รูปแบบให้คำปรึกษา ร้อยละ 6.67 โดยวิธีล้างไตทางหน้าท้อง และหลังใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาสูงขึ้นเป็น ร้อยละ 23.53 ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและร้อยละ 17.65 ในการล้างไตทางหน้าท้อง และพบว่าส่วนใหญ่ยังคงปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ขอรับการรักษาแบบประคับประคอง อันมีสาเหตุมาจากค่าใช้จ่ายแฝงที่เกิดขึ้นจากค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่าง ๆ ขาดผู้ดูแลหลัก และไม่ยากเป็นภาระลูกหลาน รูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี ทีมบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจหรือวางแผนการบำบัดทดแทนไตได้ในระยะยาว หรือสามารถนำไปใช้ในการวางแผนเมื่อผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 เพื่อให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว ได้มีเวลาในการวางแผน และร่วมกันตัดสินใจ อย่างถ่วงถ่วงก่อนที่จะเข้าสู่ระยะสุดท้าย ลดความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายได้

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษา, วิธีบำบัดทดแทนไต, ระบบสิทธิบัตรทอง, ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 41110

Email : iampookpooy@gmail.com

Development of a consultation model for deciding on kidney replacement therapy under the Gold Card system for patients with end-stage renal disease Kumphawapi Hospital

Siwakarn Chantathai

Abstract

This research is a research and development study aimed at examining the situation and challenges in making decisions regarding renal replacement therapy under the gold patent system card system for patients with end-stage chronic kidney disease. The objective is to develop a consultation model and evaluate its effectiveness in decision-making for renal replacement therapy under the Universal Coverage Scheme for end-stage chronic kidney disease patients at Kumphawapi Hospital. The study applies the concept and process of shared decision-making by Elwyn et al. (2017) which consists of three key processes: 1) Team Talk 2) Option Talk and 3) Decision Talk. These processes are applied to assist patients in choosing their treatment method based on their experiences and healthcare expertise. The results indicate that after implementing the consultation model, the average knowledge score of the sample group significantly increased at a statistical significance level of 0.05. Prior to using the model, only 6.67% of patients opted for peritoneal dialysis. After implementation, the proportion increased to 23.53% for hemodialysis and 17.65% for peritoneal dialysis. However, it was found that most still refused kidney replacement therapy. Request palliative care which is caused by hidden expenses incurred from travel expenses Various personal expenses, lack of primary caregiver and don't want to be a burden on our caregiver. The consultation model for decision-making regarding renal replacement therapy under the Universal Coverage Scheme for end-stage chronic kidney disease patients at Kumphawapi Hospital can be utilized by healthcare personnel to provide guidance and counseling to patients, caregivers, and families. This enables patients to make informed decisions or plan long-term renal replacement therapy. Additionally, this model can be applied at the early stages of chronic kidney disease (Stage 4) to give patients and their families sufficient time to plan and carefully make decisions before reaching the final stage. This approach can help mitigate complications associated with end-stage kidney disease and reduce the severity of its impact.

Keyword : Counseling, kidney replacement therapy, gold card system, patient with end-stage renal disease

บทนำ

ก่อนการมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2544 ประชาชนไทยที่ได้รับความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลมีเพียงข้าราชการ เจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐและครอบครัว ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม และผู้ได้รับการสงเคราะห์อีกจำนวนหนึ่ง แต่ยังมีประชาชนอีกจำนวนมาก (ประมาณ 18 ล้านคน) ยังไม่มีความคุ้มครองใด ๆ ต่อมาในปี 2545 รัฐบาลได้ออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ภายใต้โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage : UC) ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญที่ให้ “ชาวไทยมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยไร้สิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” และ “รัฐต้องจัดการและส่งเสริมบริการด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชน และสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า” (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบใหญ่ด้วยกัน ได้แก่ (1) ระบบประกันสังคม (2) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และ (3) ระบบบัตรประกันสุขภาพหรือที่รู้จักกันทั่วไปว่าบัตรทอง ทั้งนี้ แต่ละระบบมีวิวัฒนาการและแนวคิดที่แตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการถือเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการรวมถึง พ่อ แม่ บุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 2 คน ขณะที่ระบบประกันสังคมถือเป็นความมั่นคงด้านสังคมของลูกจ้างที่นายจ้างและลูกจ้างร่วมกันสมทบแก่แรงงานในระบบ ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสวัสดิการที่จัดแก่ประชาชนไทยกลุ่มอื่นๆ ที่เหลือซึ่งเกิดจากการรวมระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในขณะนั้น ซึ่งได้แก่ ระบบสวัสดิการผู้ที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูล, ระบบสิทธิบัตรทอง และ ผู้ที่ไม่มีหลักประกันใดๆ (สมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ, 2558)

ในระยะแรกของการดำเนินนโยบายยังมีบางโรคที่ชุดสิทธิประโยชน์หลักไม่ครอบคลุมการรักษาเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วย การปลูกถ่ายไต การล้างไตทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีการศึกษาว่าไม่คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกเลือกปฏิบัติและไม่ได้รับความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องอ้างว่ามีประสิทธิภาพต่ำเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่สูง เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจนกว่าจะเสียชีวิต ต่อมาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตระหนักถึงปัญหานี้จึงร่วมมือกับสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทยถึงข้อเท็จจริงและความเป็นไปได้เพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายและเสนอเป็นทางเลือกให้กับรัฐ และรัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความจำเป็น เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2550 คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติให้ขยายการจัดบริการบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเริ่มดำเนินการโครงการนำร่องในบางจังหวัด เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2551 ปัจจุบันมีนโยบายให้ดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ทุกจังหวัดที่มีความพร้อม (วันดี ทับทิม, 2558) นับเป็นก้าวสำคัญในการปฏิรูประบบการรักษายาบาลผู้ป่วยไต ด้วย “นโยบายล้างไตผ่านช่องท้องเป็นทางเลือกแรก” (PD First Policy) ส่งผลให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องได้รับการล้างไตสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างทั่วถึง แต่ถ้าหากต้องการฟอกเลือดตามความต้องการของตนเอง จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เอง อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับความเหมาะสม ความเท่าเทียมในการเข้าถึงการล้างไตวิธีต่าง ๆ ของผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อเทียบกับสิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รวมถึงความกังวลด้านผลการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ทำให้ในปี พ.ศ. 2565 สปสช. ตัดสินใจปรับเปลี่ยนนโยบายบำบัดทดแทนไต ให้ผู้ใช้สิทธิบัตรทองสามารถเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้อย่างอิสระโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้ง HD, PD และการปลูกถ่ายไต เพื่อความ

เท่าเทียมกับสิทธิประโยชน์อื่น และทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตได้มากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565) โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นภาวะไตสูญเสียหน้าที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานมากกว่า 3 เดือน ทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้าง การทำงานของไตเมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease: ESRD) ทำให้เกิดการคั่งของของเสียและภาวะน้ำเกินตามมาก่อให้เกิดความไม่สบายและภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องหรือการล้างไตทางช่องท้อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) และการปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation: KT) (กิตติมา เศรษฐบุณยสร้างและประเสริฐ ประสมรักษ์, 2559) แม้ว่าการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด แต่ก็มีข้อจำกัดในการได้ เช่น การบริจาคไตมีข้อจำกัดทั้งในฝั่งของผู้บริจาค และในฝั่งของการ Matching ระหว่างผู้บริจาค (Donor) และผู้รับ รวมถึงศักยภาพของสถานบริการที่สามารถทำได้ มักอยู่ในโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลจังหวัด การบำบัดทดแทนไตจึงเป็นทางเลือกหลักสำหรับผู้ป่วย (ธัญญารัตน์ อธิพรเลิศรัฐ, 2557) แต่การเริ่มต้นการบำบัดทดแทนไตเป็นการตัดสินใจที่สำคัญมากประการหนึ่ง เนื่องจากการรักษาที่มีผลกระทบต่อจิตใจและสังคมของผู้ป่วยอย่างมาก อุปสรรคของการรักษาที่สำคัญคือผู้ป่วยปฏิเสธบำบัดทดแทนไต แม้ได้รับคำปรึกษาแนะนำถึงข้อดีข้อเสียของการรักษาหลายครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมตัวและบำบัดทดแทนไตตามแผนการรักษา ผู้ป่วยหลายรายที่ปฏิเสธในตอนแรก และเปลี่ยนใจขอเข้ารับการบำบัดทดแทนไต เมื่อมีอาการหนักและมีความรุนแรง ซึ่งพบปัญหาในด้านการเตรียมพร้อม ทำให้ต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไตแบบฉุกเฉิน โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและการเจ็บป่วยมากกว่า รวมทั้งอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการเตรียมตัวดี โดยพบค่าใช้จ่ายที่สูงและภาระในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้นด้วย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

โรงพยาบาลกุมภวาปี เป็นโรงพยาบาล 300 เตียง มีการให้บริการคลินิกดูแลผู้ป่วยโรคไตวาย และมีหน่วยดูแลบำบัดทดแทนไตทั้งการล้างไตทางช่องท้องและหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากข้อมูลปีพ.ศ. 2565 ถึง พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด 2,179, 2,917 และ 2,869 คนตามลำดับ เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 605, 699 และ 685 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 27.77, 23.96 และ 24.02 ตามลำดับ จากข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องในปี พ.ศ. 2565 - พ.ศ. 2567 จำนวน 55, 34 และ 25 คนตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 9.09, 4.86 และ 3.63 ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งหมด ตามลำดับ มีข้อมูลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 357, 382 และ 327 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 59.01, 54.65 และ 47.46 ของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายทั้งหมด ตามลำดับ (ข้อมูลหน่วยเวชระเบียนและสถิติ, 2567) จากประสบการณ์การให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคไตวายเพื่อเลือกการบำบัดทดแทนไตพบว่าผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้ารับการบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยไม่พร้อมหรือกลัวการบำบัดรักษา กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิต ไม่มีผู้ดูแล ไม่สามารถเดินทางมารักษาอย่างต่อเนื่องตามนัดได้ และส่วนใหญ่ที่เป็นสาเหตุที่ผู้ป่วยกล่าวถึงคือกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาเนื่องจากกลัวว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก และผู้ป่วยไม่เข้าใจสิทธิในการรักษาของตนเองทำให้กลัวว่าต้องเสียเงินจำนวนมาก ซึ่งเหตุผลเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจล่าช้า เกิดอาการรุนแรงของโรค และเสียชีวิต

การให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลกุมภวาปีที่ผ่านมา ยังมีรูปแบบไม่ชัดเจน ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ส่วนใหญ่เป็นการแจ้งกับผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยตัดสินใจ ไม่ได้เป็นรูปแบบของการให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบทำให้ผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรทองไม่สามารถตัดสินใจในการเลือกวิธีการบำบัดได้ และการสื่อสารต่อกับญาติหรือผู้ดูแล เป็นการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถตัดสินใจในการบำบัดทดแทนไตได้ ซึ่งรูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตควรมีขั้นตอนที่ชัดเจนโดยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทั้งของผู้ป่วย

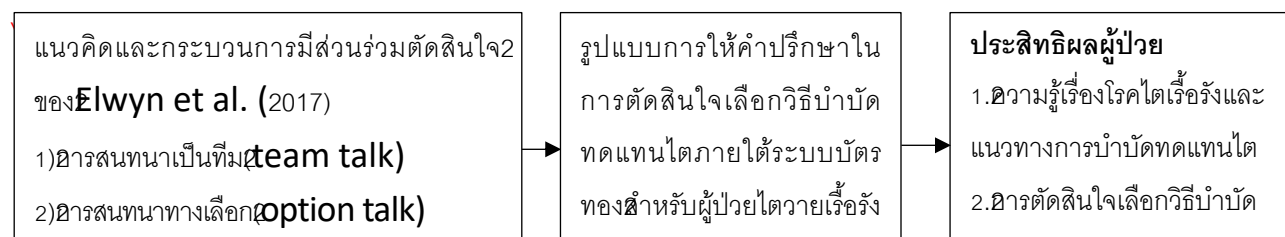
แพทย์ และพยาบาล ซึ่งมีกระบวนการให้คำปรึกษา 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การสนทนาเป็นทีม (team talk) เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันที่เน้นการสนทนาสื่อสารเป็นทีมเพื่อร่วมกันพิจารณาไตร่ตรอง ความจำเป็นในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ตระหนักถึงทางเลือกต่างๆ และเป้าหมายของตนเอง 2) การสนทนา ทางเลือก (option talk) เป็นการสนทนาสื่อสารให้ข้อมูลความรู้ข้อเสนอแนะทางเลือกหลากหลายช่องทาง การ เปรียบเทียบความแตกต่าง ข้อดี ข้อเสีย โดยใช้หลักการสื่อสารความเสี่ยง โดยเฉพาะการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาภายใต้ระบบสิทธิบัตรทองเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และเข้าใจในสิทธิการรักษาของตนเองเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และ 3) การสนทนาเพื่อการตัดสินใจ (decision talk) การสะท้อนผลลัพธ์และผลกระทบด้านต่างๆ ของการตัดสินใจเลือกแต่ละวิธีที่ผู้ป่วยให้ความสนใจหรือต้องการเลือก ตัดสินใจ โดยอ้างอิงประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพของผู้เชี่ยวชาญ (นภลัย แสงโพธิ์และคณะ, 2567) การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลด้วยตนเองของผู้ป่วยภายใต้การได้รับข้อมูลที่เพียงพอเพื่อประกอบการตัดสินใจย่อมทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ที่รับรู้และเข้าใจบริบทของตนเองมากที่สุด ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยไวยาวัจกรที่สุดท้ายมีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ผู้ป่วยเกิดสุขภาพที่ดี สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ และสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี
 - 3.1 เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและแนวทางการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ
 - 3.2 เพื่อศึกษาการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหลังใช้รูปแบบ

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยใช้แนวคิดและกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจ ของ Elwyn et al. (2017) ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การสนทนาเป็นทีม (team talk) 2) การสนทนาทางเลือก (option talk) และ 3) การสนทนาเพื่อการตัดสินใจ (decision talk) มาประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจเลือกแต่ละวิธี โดยอ้างอิงประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคลเพื่อบรรลุผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ และระยะที่ 3 ประเมินผล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการ ในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี ใช้วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร วิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนดังนี้

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ได้แก่ รายงานผู้ป่วยที่รักษาด้วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผู้ป่วยที่ล้างไตทางหน้าท้อง
2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางคำถามในการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร มีแนวคำถามจำนวน 3 ข้อ ได้แก่
 - 1) แนวทางการให้คำปรึกษากรณีพบผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นอย่างไร
 - 2) ปัญหาและอุปสรรคในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นอย่างไร
 - 3) ความต้องการหรือโอกาสในการพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตเป็นอย่างไร
2. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการฟอกเลือด 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการล้างไตทางหน้าท้อง 1 คน จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับพยาบาลที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยนอกทั่วไป จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง ช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยจัดกลุ่มสนทนาทั้งหมด 5 คน ไม่รวมผู้วิจัย มีแนวคำถาม 2 ข้อ ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยจดบันทึกข้อมูลเอง และขออนุญาตบันทึกการสนทนาใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1 ชั่วโมง เมื่อสนทนาเสร็จ ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ขั้นตอนที่ 2

การพัฒนาแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา และการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง

2. จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย เพื่อเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง ประกอบด้วย พยาบาลงานผู้ป่วยนอกโรคไม่ติดต่อ จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ผู้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลเรื่องสิทธิประกันสุขภาพ 1 คนและพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา 1 คน เพื่อร่วมแสดงความเห็นเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา ร่วมจัดทำแนวทางและขั้นตอนในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย ในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง

3. ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 2 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี

4. นำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก 1 คน และ อายุรแพทย์โรคไต 1 คน หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลให้คำแนะนำในเรื่องการทำกลุ่มให้คำแนะนำโดยให้มีผู้ป่วยจริงที่มีประสบการณ์ในการล้างไตทางหน้าท้องและฟอกเลือดมาให้คำแนะนำด้วย หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอกให้คำแนะนำในเรื่องการกำหนดเวลาและสถานที่ในการให้คำปรึกษา และอายุรแพทย์โรคไตให้คำแนะนำในเรื่องความรู้ในการเลือกแนวทางวิธีบำบัดทดแทนไตเมื่อเทียบกับอาการและความรุนแรง

5. นำรูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ฉบับสมบูรณ์หาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ โดยการมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะจากพยาบาลหน่วย ไตเทียม และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง โดยมีผู้ป่วยที่ล้างไตทางหน้าท้องและผู้ป่วยฟอกเลือดมาร่วมให้คำแนะนำ มีการกำหนดเวลาในการให้คำปรึกษาโดยใช้ระยะเวลาหลังจากที่พบแพทย์แล้วในตอนบ่าย ใช้สถานที่เป็นห้องตรวจซึ่งไม่มีการให้บริการในตอนบ่าย และปรับเนื้อหาแผนพบในการให้ความรู้ในการเลือกแนวทางวิธีบำบัดทดแทนไต

6. นำรูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปีฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3

ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี ขั้นตอนนี้เป็นใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pre-test Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่อาศัยในเขตอำเภอกุมภวาปี และมีสิทธิการรักษาภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่อาศัยในเขตอำเภอกุมภวาปี 2) ผู้ป่วยมีสิทธิบัตรทอง และ 3) แพทย์พิจารณาให้เลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 - เดือนกุมภาพันธ์ 2567 คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มขณะทำการทดลองได้จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 34 คน ดังสูตร

$$n = \frac{27}{(1-.1)^2} = 33.33$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไต จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน ระดับดี 8-10 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง 6-7 คะแนน (ร้อยละ 60 - 79) ระดับต่ำ 1-5 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการฟอกเลือด 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการล้างไตทางหน้าท้อง 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ต้องมากกว่า .05

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี
2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะรูปแบบการให้คำปรึกษา วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

4. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและแนวทางการบำบัดทดแทนไต (Pretest)

ขั้นหลังการทดลอง

ดำเนินการตามรูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทองที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 รูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี

ขั้นตอน	กิจกรรม	การดำเนินการ
ขั้นตอนที่ 1	การสร้างสัมพันธภาพ ตกลงบริการ ขอความยินยอม และเริ่มขั้นตอนให้คำปรึกษา ใช้เวลาประมาณ 5 นาที	-พยาบาลแนะนำตัวเอง -อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการให้บริการ และลงลายมือชื่อเพื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการ
ขั้นตอนที่ 2	ประเมินสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยใช้เวลาประมาณ 10 นาที	-ประเมินอาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย สภาพจิตใจ การดำเนินชีวิตประจำวัน สภาพสังคมและเศรษฐกิจ ลงข้อมูลในใบบันทึกประวัติของผู้ป่วย -ทำแบบทดสอบความรู้ก่อนให้คำปรึกษา -นัดหมายผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษาในตอนบ่าย
ขั้นตอนที่ 3	กระบวนการให้คำปรึกษา กระบวนการที่ 1 การสนทนาเป็นทีม (team talk) เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันที่เน้นการสนทนาเป็นทีมเพื่อร่วมกันพิจารณาไตร่ตรอง ความจำเป็นในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ตระหนักถึงทางเลือกต่างๆ และ เป้าหมายของตนเอง (ใช้เวลา 15 – 20 นาที) กระบวนการที่ 2 การสนทนาทางเลือก (option talk) ใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที กระบวนการที่ 3 การสนทนาเพื่อการตัดสินใจ (decision talk) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที	-ร่วมสนทนาเป็นทีมโดยประกอบด้วยผู้ป่วยไตวาย ครอบครัว พยาบาลให้คำปรึกษาและพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคไตวาย -ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายและการบำบัดทดแทนไตโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ ภาพพลิก -เชิญผู้ป่วยไตวายที่ล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือด ที่มาตามนัดในวันเดียวกัน มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ -คำปรึกษา ข้อเสนอแนะทางเลือกเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไตภายใต้สิทธิความคุ้มครองของบัตรทอง -การเปรียบเทียบความแตกต่าง ข้อดี ข้อเสีย และค่าใช้จ่ายของการบำบัดทดแทนไต -การสื่อสารเพื่อสะท้อนผลลัพธ์และผลกระทบด้านต่างๆ ของการตัดสินใจ หากตัดสินใจบำบัดทดแทนไตวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหากปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต โดยอ้างอิงประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ
ขั้นตอนที่ 4	สรุปผลการให้คำปรึกษา ใช้เวลาประมาณ 5 นาที	-สรุปผลการให้คำปรึกษาและนัดติดตามบริการ ใช้เวลา ประมาณ 5 นาที
ขั้นตอนที่ 5	สรุปและประเมินผล ใช้เวลาประมาณ 5 นาที	-สรุปผลการให้คำปรึกษาภายหลังสิ้นสุดการให้คำปรึกษา -กรณีผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต นัดหมายเข้าคลินิกไตวายเพื่อพบแพทย์เตรียมความพร้อมในการบำบัดทดแทนไตตามวิธีที่ผู้ป่วยเลือก -กรณีผู้ป่วยปฏิเสธหรือยังไม่ตัดสินใจ นัดติดตามและประเมินซ้ำ 1 สัปดาห์

ขั้นตอนหลังกระบวนการให้คำปรึกษา

1. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและแนวทางการบำบัดทดแทนไต (Posttest)
2. จัดรูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทองให้แก่กลุ่มที่สนใจการวิเคราะห์ข้อมูล
 1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและแนวทางการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test
 3. วิเคราะห์การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหลังใช้รูปแบบโดยใช้ความถี่และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลกุมภวาปี เลขที่ KPEC 6/2568 ลงวันที่ 19 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากข้อมูลเอกสารประวัติผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61 – 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 51 – 60 ปี และ 71 – 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.67 และ 13.33 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 86.67 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่อาศัยกับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 86.67 และอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 13.33 ส่วนใหญ่ดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ดี คิดเป็นร้อยละ 93.33 และ ดูแลตัวเองได้บ้าง แต่ยังต้องอาศัยผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 6.67 ส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมามีโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 20.00 และมีโรคเบาหวานอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 10.00 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 73.33 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานคิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมามีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 20.00 และมีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 13.33 ทั้งหมดมีสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากโรคเรื้อรังได้แก่เบาหวานและความดันโลหิตสูง จากประวัติการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต พบว่า มีประวัติปฏิเสธเข้ารับการบำบัดทดแทนไตขอรักษาแบบประคับประคอง คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมายังไม่ตัดสินใจคิดเป็นร้อยละ 23.33 และ เข้ารับการบำบัดทดแทนไตคิดเป็นร้อยละ 6.67 โดยทั้งหมดที่เลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต ได้เลือกการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้อง คิดเป็นร้อยละ 100

2. จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังไม่ติดต่อกันจำนวน 5 คน พบว่าแนวทางการให้คำปรึกษากรณีพบผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายยังไม่ชัดเจน การให้คำปรึกษาไม่เป็นแนวทางเดียวกัน รูปแบบการพูดคุยขึ้นกับประสบการณ์ของพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาแต่ละบุคคล ยังไม่มีการระบุหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาหลัก ปัญหาและอุปสรรคคือการกำหนดระยะเวลาในการให้คำปรึกษาจะเป็นในช่วงของการซักประวัติและบางรายจะให้คำปรึกษา

หลังจากพบแพทย์ ซึ่งไม่ได้กำหนดเวลาที่แน่นอน และด้วยความเร่งรีบในการให้บริการ ทำให้การพูดคุยไม่ได้พูดรายละเอียดที่ชัดเจน และด้วยความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้การให้คำปรึกษาไม่ได้ครอบคลุมเนื้อหาที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ สิ่งที่ต้องการคือการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาที่เป็นแนวทางเดียวกัน และมีการกำหนดเวลาหรือช่วงของการให้คำปรึกษา และอยากให้มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการให้คำปรึกษา ดังตัวอย่างคำกล่าว

“เราก็ไม่เคยมีแนวทาง ที่ผ่านมาก็ทำตามที่เคยทำ บางทีก็ไม่ว่าจะพูดยังไง”

“คนไข้เยอะ บางทีไม่รู้ว่าจะพูดตอนไหน ก็อยากให้มีการกำหนดเวลาว่าจะพูดกับคนไข้ตอนไหน และอยากได้วิธีการด้วยว่าจะเริ่มยังไงค่ะ”

“หนูไม่เคยผ่านการให้คำปรึกษามาก่อน หนูก็แนะนำตามที่หนูเข้าใจค่ะ ถ้ามีเป็นแนวทางเดียวกัน ก็จะได้มาเรื่อยๆค่ะ”

“คนไข้บัตรทองส่วนใหญ่ไม่อยากจ่ายค่ารักษา เพราะกลัวว่าตัวเองจะเสียเงินเยอะ กลัวลูกหลานต้องขายไร่ขายนา มาให้ตัวเองจ่ายค่ารักษา”

3. การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี มีการพัฒนาปรับเปลี่ยนรูปแบบแนวทางเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี

ขั้นตอนการให้คำปรึกษา	ก่อนพัฒนารูปแบบ	หลังพัฒนารูปแบบ
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ	ไม่มีการปฏิบัติที่ชัดเจน มีรูปแบบการปฏิบัติที่ไม่เหมือนกัน บางครั้งไม่ได้แนะนำตัว ส่วนใหญ่จะข้ามกระบวนการนี้ไป	มีรูปแบบการพูดที่เป็นรูปแบบเดียวกัน มีขั้นตอนที่ชัดเจน ระบุให้ปฏิบัติเป็นอันดับแรก
ขั้นตอนที่ 2 ประเมินสภาพปัญหา ความต้องการ	ประเมินพร้อมกันกับการซักประวัติก่อนพบแพทย์ และจะประเมินเฉพาะอาการการเจ็บป่วย	มีการประเมินซ้ำทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สภาพครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ
ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการให้คำปรึกษา	ไม่มีกระบวนการที่ชัดเจน เป็นรูปแบบการให้คำแนะนำและเสนอทางเลือก	มีรูปแบบตามกระบวนการให้คำปรึกษา มีการให้คำแนะนำในรูปแบบความรู้ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยสหวิชาชีพและผู้ป่วยที่มีประสบการณ์จริงในการล้างไตทางหน้าท้องและการฟอกเลือด มีการให้ความรู้ในเรื่องสิทธิของผู้ป่วยภายใต้สิทธิบัตรทองเพื่อลดความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย
ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการให้คำปรึกษา	มีเพียงการสรุปตามทางเลือกของผู้ป่วย	มีการสรุปผลการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนการตัดสินใจและเพื่อความเข้าใจที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา
ขั้นตอนที่ 5 สรุปและประเมินผล	เป็นการสรุปทางเลือกของผู้ป่วยและครอบครัวในการเลือกทางบำบัดทดแทนไต	เป็นการสรุปผลการให้คำปรึกษาและการตัดสินใจ และใช้เวลาผู้ป่วยในการตัดสินใจพร้อมนัดติดตามผลการตัดสินใจหากผู้ป่วยยังไม่พร้อมหรือไม่สามารถตัดสินใจได้

4. ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไตก่อนและหลังการใช้รูปแบบให้คำปรึกษา พบว่าก่อนใช้รูปแบบ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 6.33 คะแนน หลังการใช้รูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ย 8.93 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภายหลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไตก่อนและหลังการใช้รูปแบบให้คำปรึกษา (จำนวน 34 คน)

การทดสอบความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนน	95%ช่วงความเชื่อมั่น		p-value
				ต่ำสุด	สูงสุด	
ก่อนใช้รูปแบบ	6.33	1.464				
หลังใช้รูปแบบ	8.93	1.008	2.6	-2.962	-2.238	0.000*

* ระดับ 0.05, คะแนนเต็ม 10 คะแนน

5. ผลการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหลังใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ขอรับการรักษาแบบประคับประคอง คิดเป็นร้อยละ 35.29 รองลงมาตัดสินใจฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและยังไม่ตัดสินใจ คิดเป็นร้อยละ 23.53 และน้อยที่สุดคือการตัดสินใจล้างไตทางช่องท้อง คิดเป็นร้อยละ 17.65 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต หลังการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี (จำนวน 34 คน)

ผลการตัดสินใจหลังการรับคำปรึกษา	จำนวน	ร้อยละ
1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	8	23.53
2. การล้างไตทางช่องท้อง	6	17.65
3. ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ขอรับการรักษาแบบประคับประคอง	12	35.29
4. ยังไม่ตัดสินใจ	8	23.53

อภิปรายผล

1. สถานการณ์ก่อนการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี จากข้อมูลเอกสารประวัติผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศ อยู่ในช่วงวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จากประวัติการเลือกวิธีการเข้ารับการบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ขอรับการรักษาแบบประคับประคอง และมีส่วนน้อย เพียงร้อยละ 6.67 ที่เลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต โดยการล้างไตทางช่องท้อง จากการสัมภาษณ์พยาบาลประจำหน่วยงานพบว่า ที่ผ่านมาไม่มีรูปแบบการให้คำปรึกษาที่ชัดเจน จะเป็นรูปแบบการให้คำแนะนำจากประสบการณ์และความรู้ของพยาบาล ประกอบกับด้วยความเร่งด่วนในการให้บริการเมื่อเทียบกับปริมาณผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจน มีเวลาในการตัดสินใจน้อยและยังไม่แน่ใจที่จะตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการบำบัดทดแทนไต ซึ่งจากการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย และกังวลกลัวไม่มีผู้ดูแลในการช่วยล้างไตทางหน้าท้องหรือช่วยในการพามาโรงพยาบาลเพื่อล้างไตด้วยเครื่องไตเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ เทียนสอาด และคณะ (2561) ที่พบว่า รับรู้ภาระค่าใช้จ่ายมี

ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถส่งผลกระทบต่อสถานะการเงินของผู้ป่วยได้เนื่องจากเป็นภาระค่าใช้จ่ายในระยะยาวรวมทั้งผู้ป่วยต้องเสียเวลาในการทำงาน และค่าเดินทางที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบด้วยตนเอง

2. การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี มีรูปแบบการให้คำปรึกษาที่เป็นขั้นตอนตามกระบวนการให้คำปรึกษา มีรูปแบบที่ชัดเจนตามบริบทของโรงพยาบาลกุมภวาปี มีการระบุเวลาและสถานที่ในการให้คำปรึกษา การให้และเปลี่ยนความคิดเห็นแบบสหวิชาชีพ และมีตัวอย่างจริงจากผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรทอง และมีประสบการณ์ในการล้างไต ซึ่งเป็นการพัฒนามาจากการระดมความคิด การปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางร่วมกันระหว่างพยาบาลประจำหน่วยบริการผู้ป่วยนอก พยาบาลผู้มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยไตวาย พยาบาลผู้มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องสิทธิบัตรทอง และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยไตวายทำให้การให้คำแนะนำมีความสมบูรณ์ ครอบคลุมความรู้ทั้งในเรื่องโรค วิธีการบำบัดทดแทนไต และครอบคลุมถึงสิทธิบัตรทอง เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงสิทธิประโยชน์ของตนเอง สามารถประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี เศรษฐเสถียร (2558) ที่ได้ศึกษารูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรธานี ในนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สาขาแพทยศาสตร์ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และพยาบาลศาสตร์จากมหาวิทยาลัยต่างๆ ที่มาฝึกปฏิบัติงานที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ผลการศึกษาพบว่า แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพเป็นวิธีการเรียนรู้ที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาความสามารถ ในการแบ่งปันความรู้ทักษะ เสริมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือทั้งในด้านการศึกษา การทำงาน และการวิจัยร่วมกัน ระหว่างสหวิชาชีพ และช่วยเตรียมความพร้อมให้บุคลากรทำงานแบบสหวิชาชีพซึ่งเป็นวิธีทำงานที่เหมาะสมสำหรับการดูแลปัญหาสุขภาพของประชากรในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน โดยการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพมีเป้าหมายเพื่อการเรียนรู้ว่า แต่ละวิชาชีพมีบทบาท ความรับผิดชอบอะไร รู้จักภาวะความเป็นผู้นำ การทำงานเป็นทีมอย่างเข้าใจกันและกัน และการเรียนการสอนสะท้อนย้อนคิด ผลที่เกิดจากการเรียนการสอนที่เป็นสหวิชาชีพทำให้ผู้เรียนมองเห็นบทบาทการทำงานของตนที่มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของอภิรติ อภิวัฒน์การและชิดชนก เรือนก้อน (2561) ที่พบว่า การให้ปรึกษาการฟอกไตควรสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและแนวทางการรักษา จะทำให้ดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแผนการรักษา และผู้ป่วยสูงอายุมีแนวโน้มจะปฏิเสธการฟอกไตลดลง ทางทีมสหวิชาชีพควรมีจัดระบบการดูแลแบบประคับประคองให้เหมาะสม

3. ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไตก่อนและหลังการใช้รูปแบบให้คำปรึกษา พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุมภวาปี ซึ่งมีการระบุหัวข้อในการให้คำปรึกษาที่ครอบคลุมเนื้อหา มีแผนพับ สื่อความรู้และวีดิทัศน์ประกอบ มีระยะเวลาในการให้คำปรึกษาประมาณ 60 นาที ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาการ และสามารถซักถามข้อสงสัย ประกอบกับประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในเนื้อหาที่พยาบาลสื่อสารได้ง่ายขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้ความรู้แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียของสุภาพร แนวบุตรและสายศิริ มีระเสน (2559) ที่พบว่าภายหลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ และเผยแพร่ความรู้โรคธาลัสซีเมียผ่านสื่ออินเทอร์เน็ต ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นร่วมกับสื่อที่ดีก็จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นและง่ายต่อการเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ทางเลือกในการบำบัดทดแทนไต และ

โดยเฉพาะการให้คำแนะนำในเรื่องสิทธิบัตรทองที่ครอบคลุมดูแลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยสามารถประมาณการค่าใช้จ่ายของตนเองได้ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับตนเองได้

สำหรับผลการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหลังใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุ่มกวางปี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ขอรับการรักษาแบบประคับประคอง คิดเป็นร้อยละ 35.29 จากการวิเคราะห์พบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ทางเลือกของการบำบัดทดแทนไต และสิทธิประโยชน์จากสิทธิบัตรของตนเอง แต่ยังมีค่าใช้จ่ายในส่วนที่บัตรทองไม่ครอบคลุมหรือข้อเสียของทางเลือก เช่น การฟอกเลือด ผู้ป่วยจะมีค่าใช้จ่ายแฝงที่เกิดขึ้น จากการเดินทางไปโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชนที่ฟอกเลือด สัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง และครั้งละ 4 – 5 ชั่วโมง ผู้ป่วยบางรายต้องอาศัยรถประจำทาง หรือจ้างรถรับจ้างเหมา บางรายต้องทำงานรับจ้างทำให้ขาดรายได้ ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจเลือกได้ และในกรณีที่ล้างไตทางหน้าท้อง จะต้องมีผู้ดูแลที่ล้างไตทางหน้าท้องให้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ยังไม่มีผู้ดูแลที่จะต้องมาเรียนล้างไต และนอกจากนี้ ยังมีค่าใช้จ่ายที่ต้องเตรียมบ้านหรือสถานที่ในการล้างไตทางหน้าท้องที่บ้านให้ถูกต้องเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยและญาติต้องยังไม่พร้อมในการตัดสินใจเลือกวิธีนี้ และมีบางส่วนที่ยังไม่ตัดสินใจ เนื่องจากต้องปรึกษากับญาติหรือครอบครัวก่อน ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ตัดสินใจบำบัดทดแทนไต พบว่า มีร้อยละ 23.53 ตัดสินใจฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและร้อยละ 17.65 ตัดสินใจเรื่องการล้างไตทางช่องท้อง จากการวิเคราะห์เหตุผลพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความพร้อมทั้งในค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบในส่วนที่สิทธิบัตรทองไม่ครอบคลุมเช่น ค่าใช้จ่ายในการเตรียมสถานที่/ห้องในการล้างไตทางหน้าท้อง การซื้ออุปกรณ์ของใช้ต่างๆ และผู้ดูแลที่สามารถช่วยในการล้างไตทางหน้าท้องที่บ้านได้ ส่วนในกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า ผู้ป่วยมีรถส่วนตัวที่สามารถพามาล้างไตที่โรงพยาบาลได้ และมีผู้ดูแลที่ช่วยในการรับส่งฟอกเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ กิจจลักษณ์ แสงเงิน (2566) ที่พบว่า สิทธิการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จักรพงษ์ เสงตระกุลเวนิช และคณะ (2563) ที่ชี้ให้เห็นว่าประเทศกำลังพัฒนานั้นสาเหตุการตัดสินใจปฏิเสธการบำบัดทางไตนั้นเกิดจากความวิตกกังวลที่จะสร้างภาระให้กับครอบครัว

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกุ่มกวางปี ทีมบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจหรือวางแผนการบำบัดทดแทนไตได้ในระยะยาว หรือสามารถนำไปใช้ในการวางแผนเมื่อผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีเวลาในการวางแผน และร่วมกันตัดสินใจ อย่างถ่วงถ่วงก่อนที่จะเข้าสู่ระยะสุดท้าย ลดความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายได้

2. สามารถนำรูปแบบการให้คำปรึกษาไปประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาอื่นได้ เช่น สิทธิเบิกต้นสังกัด หรือสิทธิประกันสังคม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต หรือเลือกการดูแลแบบประคับประคองในระยะยาว เพื่อเป็นการติดตามการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และเป็นการติดตามผลการตัดสินใจที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังการนัดหมายติดตามการรักษา หรือเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนของโรคไตวายที่มากขึ้นซึ่งเป็นการคุกคามการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- Crabtree, B.F. & W. L. Miller. (1992). A template approach to text analysis: Developing and using codebooks. *Doing Qualitative Research*. B. F. Crabtree and W. L. Miller. Newbury Park, CA, Sage Publications, 93-109.
- Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiński, D., Gulbrandsen, P., Han, P. K. J., Härter, M., Kinnersley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Perez, L., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., Witteman, H. O., Van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ (Clinical research ed.)*, 359, j481. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4891>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. Download PDF
- กิจลักษณ์ แสงเงิน. (2566). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร*, 6(2), 102-114.
- กิตติมา เศรษฐ์บุญสร้าง, ประเสริฐ ประสมรักษ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(4), 485-503.
- ข้อมูลหน่วยเวชระเบียนและสถิติ. (2567). ข้อมูลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลกุมภวาปี. *งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี*.
- ข้อมูลหน่วยเวชระเบียนและสถิติ. (2567). เวชระเบียนสุดท้าย ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผู้ป่วยที่ล้างไตทางหน้าท้อง. *งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี*.
- จักรพงษ์ เฮงตระกูลเวนิช, กนกวรรณ พรหมชาติ, สุชัยญา พรหมนิม, นภาพร บุญยีน, จิตาพร อินทพงษ์, ภัทราภรณ์ มีศิริ. (2563). การศึกษาแบบย้อนหลังเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายระหว่างผู้ป่วยที่ตัดสินใจปฏิเสธกับผู้ป่วยที่ยอมรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไต. *วารสารกรมการแพทย์*, 4(4), 111-121.
- จุฑามาศ เทียนสอาด, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, ชาศรีย์ กิตติยากร. (2561). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา และการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ไทย*, 5(2), 19-38.
- ธัญญารัตน์ อีพรเลิศรัฐ. (2557). ความรู้เรื่องโรคไตสำหรับประชาชน (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: บริษัท เฮลท์ เวิร์ค จำกัด.
- นภาลัย แสงโพธิ์, มงคล วารีย์, อัญญาณี ฮองตันและชัยญาวีร์ ไชยวงศ์. (2567). ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 7(1), 76-87.

- วันดี ทับทิม. (2558). การพัฒนารูปแบบการประเมินการจัดบริการบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 21(1), 208-220.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณและพินทุสร เหมพิสุทธิ. (2558). ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือข่าย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุณี เศรษฐเสถียร. (2558). รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรธานี. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร, 25(2), 65-70.
- สุภาพร แนวบุตร และสายศิริ มีระเสน. (2559). ผลของการให้ความรู้แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับโรค ธาราล์ซีเมีย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ, 8(1), 25-36.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557 เล่มที่ 1 การบริหารงบประมาณทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565). ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 24 กุมภาพันธ์ 2568. เข้าถึงได้จาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/E/112/T_0010.PDF
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อภิรดี อภิวัฒน์นาร และชิดชนก เรือนก้อน. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิเสธการฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุดรดิตถ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ, 10(2), 29-43.

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 3อ. 2ส. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเครือวัดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสกลนคร

อนันต์ อิปติการ **

กันธิชา แสนอ้วน, จิรัชญา จันทะบาล, ทิพเกสร สีชมไชย, ปณิดา คำแพงพล,
Boleak Chhorm, จิรพิชชา บุญพอ, ศวิตา ศรีสวัสดิ์***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 3อ. 2ส. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเครือวัดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสกลนครกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุ 60 – 69 ปี โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 คน ใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้าน ดำเนินกิจกรรมใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ตอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเชิงอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินงานของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติ Paired Sample T-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง จำนวน 45 คน ร้อยละ 75.0 และมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 65.23 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.670 และหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลักการ 3อ.2ส. มีระดับความรู้เกี่ยวกับ 3อ.2ส.อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.3 ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.7 ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0 การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.3 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.7 และมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001)

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, การดูแลตนเอง, 3อ.2ส.

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์อนันต์ อิปติการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ / Email anan.i@ku.th

***คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

The Effectiveness of Health Literacy Promoting Program, Self-Care of Elderly by 3E 2S Ban Chiang Khrua Wat Yai Health Promoting Hospital District, Mueang District, Sakon Nakhon Province

Anan Iftikhal **

Kanticha Saenouan, Jiratchaya Chantaban, Tipkesorn Srichomchai, Boleak Chhorm, Panida Khamhaengpol, Jirapitcha Boonpor, Sawita Srisawat ***

Abstract

This research aims to be a quasi-experimental study. The objective was to evaluate the effectiveness of a health literacy promotion program for self-care in the elderly, following the 3E 2S principles, at Ban Chiang Khrua Wat Yai Health Promotion Hospital in Mueang District, Sakon Nakhon Province. The sample consisted of elderly individuals aged 60 – 69, selected through purposive sampling, with a total of 60 participants determined by a proportion estimation formula. The participants were elderly residents from various villages receiving services at the health promotion hospital. The program involved applying health literacy theory in conjunction with self-efficacy theory, and data was collected using a six-part questionnaire. Data analysis included descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics to compare the mean scores before and after the program using a Paired Sample T-test, with a significance was 0.05

The results showed that 75.0% of the participants were female (45 individuals), with an average age of 65.23 years and a standard deviation of 2.670. After participating in the program, 83.30% of the elderly had high levels of knowledge about the 3E 2S principles, 86.70% had positive attitudes toward self-care based on these principles, 70.00% had high levels of health literacy, 83.30% had high levels of self-efficacy, and 51.70% exhibited high levels of health care behavior according to the 3A 2S principles. The average scores significantly improved after the program (P-value < 0.001).

Keywords: Health Literacy, Elderly / Older Adults, Self-Care, 3E 2S

** Asst. Prof. Anan Iftikhal. Faculty of Public Health, Kasetsart University. Email anan.i@ku.th

*** Faculty of Public Health, Kasetsart University. chalmphrakiat sakon nakhon province campus.

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2566 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 14.1 ล้านคน หรือร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะในปี พ.ศ. 2576 จะเพิ่มขึ้นเป็น 18.7 ล้านคน ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ส่งผลให้เกิดความท้าทายด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 46.06) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 21.12) และโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 2.43) (กรมอนามัย, 2565) จังหวัดสกลนคร มีประชากรผู้สูงอายุ 196,174 คน โดยกลุ่มอายุ 60-69 ปี เป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด และเผชิญปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ดังนั้น การเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย และการงดสูบบุหรี่ ดสุรา) ซึ่งเป็นแนวทางที่ช่วยลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรังและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สำคัญคือการเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม (Nutbeam, 2000) การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมักมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้น (Sorensen et al., 2012) ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หลัก 3อ. 2ส. เป็นแนวทางสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย ประกอบด้วย 3อ. ได้แก่ อาหาร (Eat), ออกกำลังกาย (Exercise), อารมณ์ (Emotion) และ 2ส. ได้แก่ การนอนหลับ (Sleep), การจัดการความเครียด (Stress Management) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ (กรมอนามัย, 2565) อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการนำไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในชุมชนชนบทที่อาจมีปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นอุปสรรค (Paasche-Orlow & Wolf, 2007)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีปัญหาด้านสุขภาพที่ขาดความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมด้านสุขภาพ จึงส่งเสริมสุขภาพที่มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทำให้ผู้สูงอายุอ่านหรือฟัง ข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างเข้าใจ และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ด้วยตนเองลดการใช้บริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นจากข้อความข้างต้นจำเป็นต้องมีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3อ. 2ส. เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพปัจจัยส่งเสริมสุขภาพนำไปสู่การพัฒนา และต่อยอดเพื่อการดูแลสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

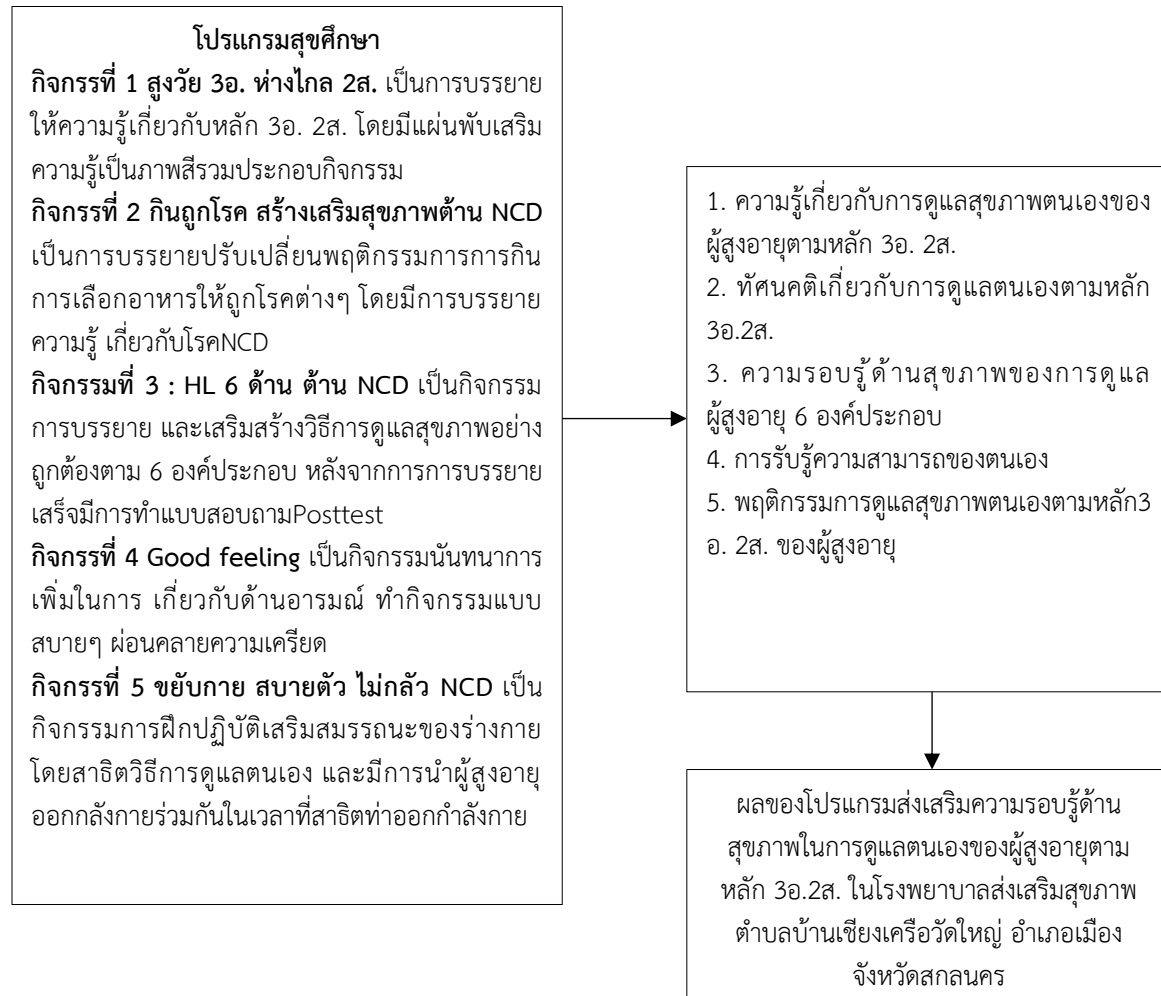
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 3อ. 2ส.

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ ทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการ

ดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุก่อน และหลังการดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) โดยใช้โปรแกรมสุขศึกษา เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเครือวัดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสกลนคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาการทำวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 69 ปี ที่ใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเครือวัดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสกลนคร จำนวน 917 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 69 ปี เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเครือวัดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสกลนคร จำนวน ทั้งหมด 60 คน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในงานศึกษานี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งเป็นวิธีที่เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากคุณสมบัติหรือเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุจำนวน 917 คน ซึ่งมีคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว จากนั้นใช้วิธีการจับสลากจากรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้าและคัดออก เพื่อเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 60 คน โดยวิธีการจับสลากจะช่วยให้กระบวนการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นไปอย่างสุ่มและเป็นธรรม ไม่ให้มีอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุที่มี อายุ 60 - 69 ปี ที่อยู่ใต้การรับบริการด้านสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชิงศรีวัดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร
- 2) ผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสาร ฟัง อ่าน พูด เขียนได้ในการเข้าร่วมกิจกรรม
- 3) ผู้สูงอายุยินยอมในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมดำเนินทำกิจกรรมทั้งหมดได้จนสิ้นสุดของกิจกรรม
- 2) ผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลไม่ครบตามที่กำหนด
- 3) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยระหว่างการดำเนินกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน ซึ่งผู้ทำวิจัยได้นำแบบสอบถามของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุขมาประยุกต์ใช้ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 9 ข้อ ทั้งคำถามปลายปิด - ปลายเปิดประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ รายได้เฉลี่ยต่อปี ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ลักษณะของครอบครัวในปัจจุบันที่อาศัยอยู่ และสิทธิการรักษา

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การกินอาหารที่ถูกต้อง การควบคุมอารมณ์ และผลเสียของการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบถูก-ผิด (True- False Item) มีคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ของ Bloom's Taxonomy

ตอนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. เป็นข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งเป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert,1961) ได้แก่ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ซึ่งมีลักษณะคำถามทั้งบวกและทางลบ จำนวน 10 ข้อ และใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนน ได้แก่ คะแนน 1 - 16 มีทัศนคติระดับต่ำ คะแนน 17 - 23 มีทัศนคติระดับปานกลาง คะแนน 24 - 30 มีทัศนคติระดับสูง

ตอนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ลักษณะคำถามแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยมาก มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนของเบสท์ (Best,1977) ปฏิบัติทุกๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ คะแนน 1 - 59

มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ คะแนน 60 – 92 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง คะแนน 93 – 120 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

ตอนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุ ลักษณะเป็นข้อคำถามในเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่างๆ โดยใช้แบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ตามการวัดของลิเคิร์ต (Likert,1967) จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 3 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนของเบสท์ (Best,1977) ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน ได้แก่ คะแนน 1 – 16 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับต่ำ คะแนน 17 – 23 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับกลาง คะแนน 24 – 30 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูง

ตอนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกจำนวน 7 ข้อ และเป็นข้อคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนของ (Best,1977) ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน ได้แก่ คะแนน 1 – 16 มีพฤติกรรมระดับต่ำ คะแนน 17 – 23 มีพฤติกรรมระดับปานกลาง และคะแนน 24 – 30 มีพฤติกรรมระดับสูง

ส่วนที่ 2 โปรแกรมสุขศึกษาในการดำเนินกิจกรรม มีกาดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 : สูงวัย 3อ. ห่างไกล 2ส.

กิจกรรมที่ 2 : กินถูกโรค สร้างเสริมสุขภาพด้าน NCD

กิจกรรมที่ 3 : HL 6 ด้าน ด้าน NCD

กิจกรรมที่ 4 : Good feeling

กิจกรรมที่ 5 : ขยับกาย สบายตัว ไม่กลัว NCD

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ประยุกต์และพัฒนาไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์และความเหมาะสม เพื่อให้อ่านเข้าใจตรงกันเรียงลำดับความสัมพันธ์ และมีสัดส่วนของเนื้อหาที่เพียงพอตามเอกสารที่ได้บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาตามที่ได้รับคำแนะนำด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item - Objective congruence = IOC) มีค่าตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปก่อนนำไปทดลองใช้เครื่องมือ

การทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ ปรับปรุงแก้ไขให้มีคุณภาพตามเกณฑ์และทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แต่ละข้อคำถาม มีคะแนนได้มากกว่า 1 คะแนน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับข้อคำถามผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยง แบบประเมินทั้งฉบับได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าความแปรปรวนของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ คะแนนความรู้ ตามหลัก 3อ. 2ส. ทศนคติ ความรอบด้านสุขภาพ และทางพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Paired sample t-test ของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ คะแนนความรู้เกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจตามหลัก 3อ.2ส. ความรอบด้านสุขภาพ และทาง พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 45 คน ร้อยละ 75.0% และเพศชาย จำนวน 15 คน ร้อยละ 25.0% โดยอยู่ในช่วงอายุ 65 - 69 ปี จำนวน 42 คน ร้อยละ 70.0% และ 60 - 64 ปี จำนวน 18 คน ร้อยละ 30.0% ในด้านสถานภาพสมรสผู้สูงอายุส่วนใหญ่ สมรส จำนวน 39 คน ร้อยละ 65.0% รองลงมาคือ โสด จำนวน 11 คน ร้อยละ 18.3% และ หม้าย/หย่าร้าง จำนวน 10 คน ร้อยละ 16.7% ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 5,000 - 10,000 บาท/ปี จำนวน 37 คน ร้อยละ 61.7% รองลงมาระหว่าง 11,000 - 20,000 บาท/ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 20.0% และ มากกว่า 20,000 บาท/ปี จำนวน 11 คน ร้อยละ 18.3% ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา จำนวน 47 คน ร้อยละ 78.3% รองลงมาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 10 คน ร้อยละ 16.7% ระดับปริญญาตรี จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.3% และ ระดับปริญญาโท จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.7% ในด้านอาชีพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 34 คน ร้อยละ 56.7% รองลงมาพ่อบ้าน/แม่บ้าน จำนวน 16 คน ร้อยละ 26.7% เกษียณอายุราชการ จำนวน 7 คน ร้อยละ 11.7% และรับจ้างทั่วไป จำนวน 3 คน ร้อยละ 5.0% ในด้านสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 31 คน ร้อยละ 51.7% และจำนวน 29 คน ร้อยละ 48.3% มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ไตวาย และโรคหัวใจ

ระดับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลัก 3อ. 2ส. ก่อนและหลังการดำเนินการ

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 3อ. 2ส. ก่อนดำเนินการมีความรู้ในระดับสูง จำนวน 37 คน ร้อยละ 61.7 รองลงมาระดับปานกลาง จำนวน 19 คน ร้อยละ 31.7 และระดับต่ำ จำนวน 4 คน ร้อยละ 6.7 มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.224 หลังดำเนินการ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับสูง จำนวน 50 คน ร้อยละ 83.3 และระดับปานกลาง จำนวน 10 คน ร้อยละ 16.7 มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.766 ทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ก่อนดำเนินการ มีทัศนคติของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 36 คน ร้อยละ 60.0 ทักษะของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง จำนวน 20 คน ร้อยละ 33.3 รองลงมา และทัศนคติของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 4 คน ร้อยละ 6.7 มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 20.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.866 หลังดำเนินการ พบว่า ผู้สูงอายุมีทัศนคติของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง จำนวน 52 คน ร้อยละ 86.7 รองลงมาระดับปานกลาง จำนวน 7 คน ร้อยละ 11.7 และระดับต่ำ จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.7 และมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 24.33 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.237 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 48 คน ร้อยละ 80.0 รองลงมาอยู่ในระดับสูง จำนวน 7 คน ร้อยละ 11.7 และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 5 คน ร้อยละ 8.3 มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 73.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.741 หลังดำเนินการ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง จำนวน 42 คน ร้อยละ 70.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 17 คน ร้อยละ 28.3 และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.7 มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 93.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ

14.232 ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 42 คน ร้อยละ 70.0 รองลงมาอยู่ในระดับสูง จำนวน 16 คน ร้อยละ 26.7 และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.3 และมีค่าคะแนนเฉลี่ย 22.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.677 หลังดำเนินการพบว่า อยู่ในระดับสูง จำนวน 50 คน ร้อยละ 83.3 และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 10 คน ร้อยละ 16.7 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 26.13 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.159 ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ก่อนการดำเนินการ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 43 คน ร้อยละ 71.7 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 9 คน ร้อยละ 15.0 และอยู่ในระดับสูง จำนวน 8 คน ร้อยละ 13.3 และค่าเฉลี่ย 20.58 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.044 หลังจากการดำเนินการ พบว่า ผู้สูงอายุมิพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อยู่ในระดับสูง จำนวน 31 คน ร้อยละ 51.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 25 คน ร้อยละ 41.7 และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 4 ร้อยละ 6.7 และค่าเฉลี่ย 23.88 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.232

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ยของระดับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หลัก 3อ. 2ส. ก่อนและหลังการดำเนินการ

ตัวแปร	ระดับของตัวแปร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุตามหลัก 3อ. 2 ส.	ความรู้ที่อยู่ในระดับต่ำ	4	6.7	0	0.0
	ความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง	19	31.7	10	16.7
	ความรู้ที่อยู่ในระดับสูง	37	61.6	50	83.3
	$\bar{X}$, S.D.	7.40, 1.224		8.08, 0.766	
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแล ตนเองตามหลัก 3อ.2ส.	ทัศนคติระดับต่ำ	4	6.7	1	1.7
	ทัศนคติระดับปานกลาง	36	60.0	7	11.7
	ทัศนคติอยู่ในระดับสูง	20	33.3	52	86.7
	$\bar{X}$, S.D.	20.70, 2.866		24.33, 2.237	
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ	ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ	5	8.3	1	1.7
	ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพระดับ ปานกลาง	48	80.0	17	28.3
	ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง	7	11.7	42	70.0
	$\bar{X}$, S.D.	73.83, 9.741		93.57, 14.232	
การรับรู้ความสามารถ ของตนเองของผู้สูงอายุ	การรับรู้ความสามารถตนเองระดับต่ำ	2	3.3	0.0	0.0
	การรับรู้ความสามารถตนเองระดับ ปานกลาง	42	70.0	10	16.7
	การรับรู้ความสามารถตนเองระดับสูง	16	26.7	50	83.3
	$\bar{X}$, S.D.	22.43, 2.677		26.13, 2.159	
พฤติกรรมการดูแล สุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับต่ำ	9	15.0	4	6.7
	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง	43	71.7	25	41.7
	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับสูง	8	13.3	31	51.7
	$\bar{X}$, S.D.	20.58, 3.044		23.88, 3.232	

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามหลัก 3อ. 2ส. ก่อนและหลังการดำเนินการ

เมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเครือวัดใหญ่ จังหวัดสกลนคร เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนการดำเนินกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ย 7.40 (S.D. = 1.224) และหลังดำเนินกิจกรรมคะแนนเฉลี่ย 8.08 (S.D. = 0.766) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย 20.70 (S.D. = 2.866) และหลังการดำเนินกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ย 24.33 (S.D. = 2.237) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย 2.00 (S.D. = 0.412) และหลังการดำเนินกิจกรรม คะแนนเฉลี่ย 2.68 (S.D. = 0.504) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$ การรับความรู้สามารถของตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย 22.43 (S.D. = 2.677) และหลังการดำเนินกิจกรรม คะแนนเฉลี่ย 26.13 (S.D. = 2.159) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$ และด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย 20.58 (S.D. = 3.044) และหลังการดำเนินกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ย 23.88 (S.D. = 3.232) ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามหลัก 3อ. 2ส. ก่อนและหลังการดำเนินการ

	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean different	df	t	95% CI	P-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 3อ. 2ส.								
ก่อนการดำเนินการ	60	7.40	1.224	- 0.683	59	-3.895	-1.034 ถึง -0.332	0.001
หลังการดำเนินการ	60	8.08	0.766					
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส.								
ก่อนการดำเนินการ	60	20.70	2.866	-3.633	59	-8.613	-4.477 ถึง -2.789	0.001
หลังการดำเนินการ	60	24.33	2.237					
ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ								
ก่อนการดำเนินการ	60	73.83	9.741	-19.733	59	-9.637	-23.831 ถึง - 15.636	0.001
หลังการดำเนินการ	60	93.57	14.232					
การรับความรู้สามารถของตนเองของผู้สูงอายุ								
ก่อนการดำเนินการ	60	22.43	2.677	-3.700	59	-8.235	-4.599 ถึง -2.208	0.001
หลังการดำเนินการ	60	26.13	2.159					
พฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.								
ก่อนการดำเนินการ	60	20.58	3.044	-3.300	59	-5.400	-4.514 ถึง -2.086	0.001
หลังการดำเนินการ	60	23.88	3.232					

อภิปรายผลการศึกษา

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่า ก่อนดำเนินการ ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับ 3อ. 2ส. ในระดับสูง จำนวน 37 คน (ร้อยละ 61.7) ระดับปานกลาง จำนวน 19 คน (ร้อยละ 31.7) และระดับต่ำ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 6.7) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.40 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.224 หลังดำเนินการ พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็น 50 คน (ร้อยละ 83.3) และระดับปานกลาง 10 คน (ร้อยละ 16.7) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 8.08 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.766 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานภายหลังการดำเนินงานมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการกิจกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของทิพวัลย์ และคณะ (2566) ที่พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทำให้ความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากการดำเนินกิจกรรมที่ทำให้คะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น เกิดจากกิจกรรมที่ใช้ในการส่งเสริมความรู้ ได้แก่ กิจกรรม "สูงวัย 3 อ. ห่างไกล 2ส." ซึ่งประกอบด้วยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับหลัก 3 อ. 2ส. ประกอบด้วยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับหลัก 3อ. 2ส. การใช้สื่อการสอน เช่น แผ่นพับ ภาพพลิก เกมบิงโก และวิดีโอ ตลอดจนการทบทวนความรู้ผ่านการถามตอบ การใช้สื่อการสอนที่หลากหลายและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการเรียนรู้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรับรู้และจดจำข้อมูล ทักษะคิดของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองตามหลัก 3อ. 2ส. ก่อนดำเนินการ พบว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง จำนวน 36 คน (ร้อยละ 60.0) ระดับสูง 20 คน (ร้อยละ 33.3) และระดับต่ำ 4 คน (ร้อยละ 6.7) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 20.70 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.866 หลังดำเนินการ พบว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็น 52 คน (ร้อยละ 86.7) ระดับปานกลาง 7 คน (ร้อยละ 11.7) และระดับต่ำ 1 คน (ร้อยละ 1.7) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 24.33 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.237 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานภายหลังการดำเนินงานมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการกิจกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของอารมณ (2566) ที่พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทำให้ทัศนคติในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) กิจกรรม "กินถูกโรค สร้างเสริมสุขภาพต้าน NCD" ซึ่งเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติผ่านการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับวัยและการป้องกันโรค NCD การใช้สื่อการสอน เช่น แผ่นพับ และฟิวเจอร์บอร์ด ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจและปรับเปลี่ยนทัศนคติได้ดีขึ้น ด้านความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองตามหลัก 3 อ. 2ส. ก่อนดำเนินการ พบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง จำนวน 48 คน (ร้อยละ 80.0) ระดับสูง 7 คน (ร้อยละ 11.7) และระดับต่ำ 5 คน (ร้อยละ 8.3) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 73.83 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.741 หลังดำเนินการ พบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็น 42 คน (ร้อยละ 70.0) ระดับปานกลาง 17 คน (ร้อยละ 28.3) และระดับต่ำ 1 คน (ร้อยละ 1.7) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 93.57 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.232 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานภายหลังการดำเนินงานมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการกิจกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของนิริรัตน์ และคณะ (2562) ที่พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการทำให้คะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กิจกรรม "HL 6 ด้าน ต้าน NCD" ซึ่งเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่าน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การตอบโต้ซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อข้อมูลสุขภาพ การใช้วิธีการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและการแลกเปลี่ยนความรู้ภายในกลุ่มช่วยเพิ่มความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินการ พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง จำนวน

42 คน (ร้อยละ 70.0) ระดับสูง 16 คน (ร้อยละ 26.7) และระดับต่ำ 2 คน (ร้อยละ 3.3) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 22.43 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.677 หลังดำเนินการ พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็น 50 คน (ร้อยละ 83.3) และระดับปานกลาง 10 คน (ร้อยละ 16.7) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 26.13 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.159 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานภายหลังการดำเนินงานมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการกิจกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของรุจิวงศ์ (2560) ที่พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โปรแกรมสุขศึกษาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากกิจกรรม “กินถูกโรค สร้างเสริมสุขภาพต้าน NCD” และกิจกรรม “ขยับกาย สบายตัว ไม่กลัว NCD” ซึ่งเน้นการฝึกปฏิบัติและการแลกเปลี่ยนความรู้ภายในกลุ่ม การฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินการ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง จำนวน 43 คน (ร้อยละ 71.7) ระดับต่ำ 9 คน (ร้อยละ 15.0) และระดับสูง 8 คน (ร้อยละ 13.3) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 20.58 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.044 หลังดำเนินการ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็น 31 คน (ร้อยละ 51.7) ระดับปานกลาง 25 คน (ร้อยละ 41.7) และระดับต่ำ 4 คน (ร้อยละ 6.7) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 23.88 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.232 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานภายหลังการดำเนินงานมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการกิจกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ (2566) ที่พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทำให้พฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งกิจกรรม “กินถูกโรค สร้างเสริมสุขภาพต้าน NCD” กิจกรรม “ขยับกาย สบายตัว ไม่กลัว NCD” และกิจกรรม “Good feeling” ซึ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด การใช้วิธีการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและการฝึกทักษะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้น ดังนั้นการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. มีผลต่อการเพิ่มความรู้ ทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานภายหลังการดำเนินงานมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมสุขศึกษานำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ เพื่อขยายผลให้เกิดการพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน และพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานด้านสังคมและวัฒนธรรม
2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมโดยให้ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และครอบครัวของผู้สูงอายุมีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินโครงการ พร้อมกับการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพดี เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้จากเพื่อนร่วมวัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร บัณฑิตคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ที่ได้นำคำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ตลอดการดำเนินการวิจัย รวมถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเครือวัดใหญ่ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจน ผู้สูงอายุในตำบลเชียงเครือที่เข้าร่วมกิจกรรมตลอดจนเสร็จสิ้นกระบวนการในการศึกษานี้จนทำให้สำเร็จไปอย่างด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 3อ. 2ส. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. กรมอนามัย. (2565). รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข.
- ทิพวัลย์ และคณะ. (2566). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทางการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 41(4).
- นิธิรัตน์ และคณะ. (2562). ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.
- พรพรรณ ชัยมงคล. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น.
- รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศน์. (2560). การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์ เขต 4-5, 12(1).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2565). สำนักนายกรัฐมนตรี.
- อารมณ อร่ามเมือง. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนกระดังงา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชนบุรี.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A systematic review. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), S19–S26. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.supp.S19>.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.

ประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการสุขภาพตำบลที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านทรัพย์เจริญ หมู่ที่ 2 ตำบลห้วยสีเสียด อำเภอกุหลาบ จังหวัดเลย

ไพบุลย์เกียรติ สุภัทรางกูร

บทคัดย่อ

การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการสุขภาพตำบลที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านทรัพย์เจริญ ตำบลห้วยสีเสียด อำเภอกุหลาบ จังหวัดเลย รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มตัวอย่างเดียววัดซ้ำก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การจัดการสุขภาพตำบลที่อยู่อาศัยของคนในครัวเรือน คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ตัวแทนครัวเรือนจำนวน 68 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 ถึง มีนาคม 2568 ใช้สถิติพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานและสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกร พฤติกรรมจัดการสุขภาพตำบลที่อยู่อาศัย ด้านสุขลักษณะโดยทั่วไป พฤติกรรมสุขอนามัยในครัวเรือนการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมสุขอนามัยในครัวเรือนดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พฤติกรรมจัดการสุขภาพตำบลที่อยู่อาศัยด้านสุขลักษณะโดยทั่วไป พฤติกรรมสุขอนามัยในครัวเรือนการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมสุขอนามัยในครัวเรือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการสร้างวิสัยทัศน์และจิตสำนึก การจัดการเชิงภาคี การจัดการทำแผนปฏิบัติการในการจัดการสุขภาพตำบลที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชุมชน และครัวเรือนและการติดตามและประเมินผล ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการสุขภาพตำบลที่อยู่อาศัยให้ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการกำหนดนโยบายภาครัฐให้มีการบูรณาการกับเครือข่ายภาคเอกชน มีการสื่อสาร สร้างความรู้ และจิตสำนึกที่ดีร่วมกัน รวมถึง ควรมีการนำโปรแกรมการจัดการสุขภาพตำบลที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการแก้ปัญหาด้านปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสี่ยงต่อการป้องกันโรคติดต่อและเหตุรำคาญต่างๆ และจัดทำข้อบัญญัติท้องถิ่นในการผลักดันกิจกรรมส่วนชาตที่ต้องปรับปรุงพัฒนาต่อไป

คำสำคัญ : ประสิทธิผล, โปรแกรมการจัดการสุขภาพตำบลที่อยู่อาศัย, การมีส่วนร่วม, พฤติกรรม การจัดการสุขภาพตำบลที่อยู่อาศัย

Effectiveness of Community Participatory Housing Sanitation Management Program Ban Sabcharoen, Village No. 2, Huai Si Siat Subdistrict, Phu Luang District, Loei Province

Paiboonkiat Suphatrangkul

Abstract

Study on the effectiveness of the community participation in residential sanitation management program Ban Sapcharoen, Huai Si Siat Subdistrict, Phu Luang District, Loei Province The quasi-experimental research design with a single sample repeated measures before and after the experiment aimed to compare the behavior of residential sanitation management of household members. The sample group was calculated using the G*Power ready-made program, resulting in 68 household representatives. Data were collected using a questionnaire between November 1, 2024 and March 2025. Descriptive and inferential statistics and Paired t-test were used.

The results of the research found that most of them were female, aged 41-60 years, had completed primary school, and were farmers. Residential sanitation management behavior in terms of general hygiene, household hygiene behavior, participation in health promotion and environmental sanitation, and household hygiene improved after joining the program. Residential sanitation management behavior in terms of general hygiene, household hygiene behavior, participation in health promotion and environmental sanitation, and household hygiene were significantly different from each other. Creating a vision and awareness, partner management, organizing an action plan for residential sanitation management, and the environment, and changing community and household behaviors, as well as monitoring and evaluation, affected residential sanitation management behaviors for the better. Therefore, there should be a government policy that integrates with the private sector network, communicates, creates awareness and good conscience together, and implements a participatory housing sanitation management program to solve the problems of enabling factors and risk factors for preventing infectious diseases and various nuisances, and establishes local regulations to drive the lacking activities that need to be improved and developed further.

Keywords : Effectiveness, Housing sanitation management program, Participation, Housing sanitation management behavior

นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยสีเสียด

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูหลวง จังหวัดเลย / E-mail : paiboonkiat2017@gmail.com

Public Health Officer Professional Level, Huaisiat Subdistrict Health Promoting Hospital,

Phuluang District Health Office , Loei / E-mail : paiboonkiat2017@gmail.com

บทนำ

บ้านหรือที่พักอาศัยถือเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นสถานที่ที่ประชาชนใช้ในการอยู่อาศัย และทำกิจกรรมต่างๆ ของบุคคลในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ แต่ปัจจุบันวิถีชีวิต และสภาพของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การทำงานที่รีบเร่งแข่งกับเวลา ทำให้ประชาชนละเลยต่อสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว และไม่มี การจัดการดูแลที่พักอาศัยที่เหมาะสม โดยเฉพาะในเรื่องของ การสุขาภิบาลขั้นพื้นฐานในครัวเรือน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิด การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการจัดการด้านสุขาภิบาลที่พักอาศัย การ สุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม และการปรับปรุงพฤติกรรมสุขอนามัยในครัวเรือนส่วนบุคคลให้ถูกต้องและเหมาะสม (กรม อนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากการสำรวจสุขาภิบาลที่พักอาศัยด้านสุขลักษณะโดยทั่วไปของจังหวัดเลย พบว่าพฤติกรรมสุขอนามัยใน ครัวเรือน ส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ การประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พ.ศ.2565 มีการจัดบ้านถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 29.6 ส่วนถูกหลักสุขาภิบาล ร้อยละ 32.1 มีน้ำดื่มสะอาดเพียงพอต่อการบริโภคในครัวเรือน ร้อยละ 31.7 มี การกำจัดขยะมูลฝอยถูกได้อย่างถูกวิธี ร้อยละ 29.8 มีการกำจัดน้ำเสียถูกหลักสุขาภิบาล ร้อยละ 29.2 มีการควบคุม แมลงและสัตว์นำโรคร้อยละ 32 บ้านสะอาดเรียบร้อย ร้อยละ 29.6 บ้านมีแสงสว่างเพียงพอ ร้อยละ 32.2 บ้านมีการ ระบายอากาศที่ดี ร้อยละ 35.6 บ้านมีความคงทนถาวร ร้อยละ 29.8 และมีพฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงประกอบ อาหารที่มีเครื่องหมายอาหารและยาอย่างถูกต้อง ร้อยละ 27.6 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, 2565)

อำเภอภูหลวง พบว่ามีการจัดบ้านถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 35.7 ส่วนถูกหลักสุขาภิบาล ร้อยละ 35.9 มีน้ำดื่ม สะอาดเพียงพอต่อการบริโภคในครัวเรือน ร้อยละ 35.6 มีการกำจัดขยะมูลฝอยได้ อย่างถูกวิธี ร้อยละ 35.6 มีการ กำจัดน้ำเสียถูกหลักสุขาภิบาล ร้อยละ 35.5 มีการควบคุมแมลง และสัตว์นำโรคร้อยละ 32 บ้านสะอาดเรียบร้อย ร้อยละ 35.7 บ้านมีแสงสว่างเพียงพอ ร้อยละ 32.2 บ้านมีการระบายอากาศที่ดี ร้อยละ 30.1 บ้านมีความคงทนถาวร ร้อยละ 29.8 และมีพฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงประกอบอาหารที่มีเครื่องหมายอาหารและยาอย่างถูกต้อง ร้อยละ 35.9 ด้านโรคติดต่อ ที่มีปัจจัยมาจากการจัดสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ นอกจากนี้ยังมีปัญหาโรคติดต่อ ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงจากปัญหาสิ่งแวดล้อมภายในและรอบบ้าน ยังคงพบมีผู้ป่วยและมีอัตราป่วยด้วย โรค ใช้เลือดออก เกินเกณฑ์ที่กำหนด พ.ศ.2563 อัตราป่วย 610 ต่อแสนประชากร มีแนวโน้มลดลงใน พ.ศ. 2564 และ พ.ศ.2565 อัตราป่วย 47.50 และ 36.00 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โรคอุจจาระร่วงยังคงพบผู้ป่วยค่อนข้างสูงและมี ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 2564 และ 2565 โดยมีอัตราป่วย 2,205.2 , 1,382.39 และ 1,446.17 ต่อ แสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, 2565)

จากการสำรวจตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) หมวดที่ 2 มีที่อยู่อาศัย ข้อที่15 ครัวเรือนมีการจัดบ้านเป็น ระเบียบถูกสุขลักษณะ พบว่า ในตำบลห้วยสีเสียด มีครัวเรือนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อนี้ ร้อยละ 5 (กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย, 2565) จากข้อมูล 2 ชุมชน ตำบลห้วยสีเสียด ที่เข้าร่วมประเมินโครงการชุมชนสะอาด ระดับ อำเภอ พบว่า มี 1 ชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 ซึ่งเป็นการผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน และอีก 1 ชุมชนไม่ผ่านเกณฑ์ขั้น พื้นฐาน (การประเมินชุมชนสะอาด ระดับอำเภอ, 2564)

ปัจจัยด้านอายุสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจ ภายในและภายนอกด้านสุขภาพ ความรู้ การรับรู้ และความตั้งใจในการปฏิบัติ การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัย ที่สำคัญเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพส่วนบุคคล ปัจจัยดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแบบแผน ความ เชื่อทางด้านสุขภาพ ทฤษฎีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม และ ทฤษฎีการปฏิบัติ (บงอร ฉางทรัพย์และคณะ, 2553) และแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม การบริหารภาครัฐแบบมีส่วน

ร่วมตามหลักธรรมาภิบาล ที่ภาครัฐต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำงานและร่วมรับผลประโยชน์ร่วมตรวจสอบเพื่อสร้างความโปร่งใสจะช่วยเพิ่มคุณภาพการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐให้ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย (สมพงษ์ เกษสิน, 2556) การจัดโปรแกรมจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมเป็นการนำแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวมาปรับประยุกต์ใช้เชื่อว่าจะทำให้ประชาชนมีการจัดการที่อยู่อาศัยของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย บ้านทรัพย์เจริญ หมู่ที่ 2 ตำบลห้วยสี่เสียด อำเภอกุหลาบ โดยการประเมินที่อยู่อาศัยและจัดทำโครงการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์ขึ้น เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการสุขภาพที่พักรักษา การสุขภาพสิ่งแวดล้อมขั้นพื้นฐานในครัวเรือน ส่งเสริมให้ประชาชนร่วมกันปรับปรุงสภาพแวดล้อมทั้งภายในบ้านและบริเวณบ้านโดยรอบ ให้ถูกต้องและเหมาะสม ตามหลักสุขภาพ รวมทั้งสร้างพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลที่ดี ตลอดจนการมีส่วนร่วมพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน/ชุมชนเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในทุกครัวเรือน ให้มีความใส่ใจต่อสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี โดยเริ่มปลูกฝังตั้งแต่ระดับครัวเรือน ชุมชน และขยายผลสู่สังคมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่ออธิบายพฤติกรรมจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยด้านสุขลักษณะโดยทั่วไป พฤติกรรมสุขอนามัยในครัวเรือนการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมสุขอนามัยในครัวเรือนที่เข้าร่วมโปรแกรม
- 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยของคนในครัวเรือนที่เข้าร่วมโปรแกรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

1. ทฤษฎีการเกลี้ยกล่อมมวลชน (Mass Persuasion) (Maslow อ้างถึงใน อศิน รพีพัฒน์, 2527) กล่าวว่า การเกลี้ยกล่อม หมายถึง การใช้คำพูดหรือการเขียน เพื่อมุ่งให้เกิดความเชื่อถือและการกระทำซึ่งการเกลี้ยกล่อมมีประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในการปฏิบัติงานและถ้าจะให้เกิดผลดี ผู้เกลี้ยกล่อมจะต้องมีศิลปะในการสร้างความสนใจในเรื่องที่จะเกลี้ยกล่อม โดยเฉพาะในเรื่องความต้องการของคนตามหลักทฤษฎีของมาสโลว์ ที่เรียกว่าลำดับขั้นความต้องการ (hierarchy of needs) คือ ความต้องการของคนจะเป็นไปตามลำดับจากน้อยไปมากมีทั้งหมด 5 ระดับ ดังนี้

1.1 ความต้องการทางด้านสรีระวิทยา (physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (survival needs) ได้แก่ ความต้องการทางด้านอาหาร ยา เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และความต้องการทางเพศ

1.2 ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต (safety and security needs) ได้แก่ ความต้องการที่อยู่อาศัยอย่างมีความปลอดภัยจากการถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูกขโมยทรัพย์สิน หรือความมั่นคงในการทำงานและการมีชีวิตอยู่อย่างมั่นคงในสังคม

1.3 ความต้องการทางด้านสังคม (social needs) ได้แก่ ความต้องการความรัก ความต้องการที่จะให้สังคมยอมรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

1.4 ความต้องการที่จะมีเกียรติยศชื่อเสียง (self-esteem needs) ได้แก่ความภาคภูมิใจความต้องการดีเด่นในเรื่องหนึ่งที่จะให้ได้รับการยกย่องจากบุคคลอื่น ความต้องการด้านนี้เป็นความต้องการระดับสูงที่เกี่ยวกับความมั่นใจในตัวเองในเรื่องความสามารถ และความสำคัญของบุคคล

1.5 ความต้องการความสำเร็จแห่งตน (self-actualization needs) เป็นความต้องการในระบบสูงสุด ที่อยากจะทำให้เกิดความสำเร็จในทุกสิ่งทุกอย่างตามความนึกคิดของตนเอง เพื่อจะพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ความต้องการนี้จึงเป็นความต้องการพิเศษของบุคคลที่จะพยายามผลักดันชีวิตของตนเองให้เป็นแนวทางที่ดีที่สุด

2. ทฤษฎีการระดมสร้างขวัญของคนในชาติ (National Morale) คนเรามีความต้องการทางกายและใจ ถ้าคนมีขวัญดีพอผลของการทำงานจะสูงตามไปด้วย แต่ถ้าขวัญไม่ดีผลงานก็ต่างไปด้วยทั้งนี้เนื่องจากว่าขวัญเป็นสถานการณ์ทางจิตใจที่แสดงออกในรูปพฤติกรรมต่าง ๆ การจะสร้างขวัญให้ดีต้องพยายามสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ร่วมงาน เช่น การไม่เอาไรต์เอาเบรียบ การให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับงานการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น เป็นต้น และเมื่อใดก็ตามถ้าคนทำงานมีขวัญดีจะเกิดสำนึกในความรับผิดชอบ อันจะเกิดผลดีแก่หน่วยงาน ทั้งในส่วนที่เป็นขวัญส่วนบุคคลและขวัญของกลุ่ม ดังนั้น เป็นไปได้ว่าขวัญของคนเราโดยเฉพาะคนมีขวัญที่ดีย่อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้ (ยุพาพร รูปงาม, 2545)

3. ทฤษฎีสร้างความรู้สึกชาตินิยม (Nationalism) ปัจจัยประการหนึ่งที่น่าสู่การมีส่วนร่วมคือ การสร้างความรู้สึกชาตินิยมให้เกิดขึ้น หมายถึง ความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองที่จะอุทิศหรือเน้นค่านิยม เรื่องผลประโยชน์ส่วนรวมของชาติ มีความพอใจในชาติของตัวเอง พอใจเกียรติภูมิจงรักภักดีผูกพันต่อท้องถิ่น (ยุพาพร รูปงาม, 2545)

4. ทฤษฎีการสร้างผู้นำ (Leadership) การสร้างผู้นำจะช่วยจูงใจให้ประชาชนทำงานด้วยความเต็มใจ เพื่อบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ร่วมกัน ทั้งนี้เพราะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญของการรวมกลุ่มคน จูงใจไปยังเป้าประสงค์โดยทั่วไปแล้วผู้นำอาจจะมีทั้งผู้นำที่ดีเรียกว่า ผู้นำปฏิภณ (positive leader) ผู้นำพลวัต คือ เคลื่อนไหวทำงานอยู่เสมอ (dynamic leader) และผู้นำไม่มีกิจ ไม่มีผลงานสร้างสรรค์ ที่เรียกว่า ผู้นำนิเสธ (negative leader) ผลของการให้ทฤษฎีการสร้างผู้นำจึงทำให้เกิดการระดมความร่วมมือปฏิบัติงานอย่างมีขวัญกำลังใจ งานมีคุณภาพ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และร่วมรับผิดชอบ ดังนั้นการสร้างผู้นำที่ดีย่อมจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ด้วย (ยุพาพร รูปงาม, 2545)

5. ทฤษฎีการใช้วิธีและระบบทางการบริหาร (Administration and Method) การใช้ระบบบริหารในการระดมความร่วมมือเป็นวิธีหนึ่งที่ย่ายเพราะใช้กฎหมาย ระเบียบ แบบแผน เป็นเครื่องมือ ในการดำเนินการ แต่อย่างไรก็ตามผลของความร่วมมือยังไม่มีระบบใดดีที่สุดในเรื่องการใช้บริหาร เพราะธรรมชาติของคน ถ้าทำงานตามความสมัครใจอย่างตั้งใจไม่มีใครบังคับก็จะทำงานด้วยความรัก แต่ถ้าไม่ควบคุมเลยก็ไม่เป็นไปตามนโยบาย และความจำเป็นของรัฐ เพราะการใช้ระบบบริหารเป็นการให้ปฏิบัติตามนโยบายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเพิ่มความคาดหวังผลประโยชน์ (ยุพาพร รูปงาม, 2545)

2. แนวคิดการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่อยู่อาศัย

หลักการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน ประชาชนในชุมชนต้องมีความเข้าใจและตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นลำดับแรก ในที่นี้ให้พิจารณา เรื่อง การจัดการ อนามัยสิ่งแวดล้อมตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของคนในชุมชน ซึ่งต้องนำมาใช้ในกระบวนการวิเคราะห์และจัดลำดับความเสี่ยงที่ชุมชน ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม งานอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) การจัดการขยะในครัวเรือนและชุมชน
- 2) การจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูล
- 3) การจัดบ้านหรือที่อยู่อาศัยให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในบ้านที่พักอาศัย เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ และลดการเกิดโรคติดต่อจากสัตว์พาหะและแมลงนำโรคมาสู่คน เช่น หนู แมลงสาบ ยุง เป็นต้น
- 4) การจัดหาและเผื่อสำรองคุณภาพอาหารและน้ำดื่ม เพื่อลดปัญหาโรคอาหารและน้ำเป็นสื่อ
- 5) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่พิเศษ หรือพื้นที่เสี่ยง
- 6) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน เพื่อรองรับ ต่อกรณีสาธารณภัย หรือภัยพิบัติทางธรรมชาติ การจัดการมลพิษทางอากาศทั้งภายในอาคาร หรือภายนอกอาคาร การจัดการเหตุรำคาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพ

ปัจจัยเสี่ยง คือ ต้นเหตุ สาเหตุ หรือการรับสัมผัสของบุคคล ที่เป็นการเพิ่มโอกาสของความเสียหาย อาการเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือผลกระทบต่อสุขภาพในทางใดทางหนึ่งของประชาชน โดยผลกระทบต่อสุขภาพหรือความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินดังกล่าวจะเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ ที่ไม่แน่นอน อาจยังไม่เกิดขึ้นในเวลาปัจจุบันแต่มีโอกาสเกิดขึ้นในอนาคตหลังจากมีการรับสัมผัสมาแล้วในระยะเวลาหนึ่งและไม่มีการควบคุมความเสี่ยงดังกล่าว ปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหมายถึง สถานการณ์ หรือ องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดโอกาสความเสียหาย อันตราย หรือผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น อากาศเป็นพิษ หมอกควัน ฝุ่นละออง น้ำเน่าเสีย การปนเปื้อนของเชื้อโรคในอาหารและน้ำ เป็นต้น

ผลกระทบต่อสุขภาพจากความเสี่ยงอนามัยสิ่งแวดล้อม

1. ผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ เมื่อได้รับปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น ไอระเหยสารเคมี ฝุ่นละออง ควันไฟ และยาฆ่าแมลง เป็นต้น
2. ผลกระทบต่อระบบไหลเวียนเลือดในร่างกาย เช่น สารตะกั่วที่ปนเปื้อนจากสี เป็นต้น
3. ผลกระทบต่อระบบประสาทของร่างกาย เช่น ยาฆ่าแมลงหรือยากำจัดวัชพืชในงานเกษตรกรรม เป็นต้น
4. ผลกระทบต่อระบบอวัยวะสืบพันธุ์
5. ผลกระทบต่อผิวหนัง เกิดจากการได้รับปัจจัยเสี่ยงจากสารเคมีหรือฝุ่นละออง รวมทั้งขนสัตว์ หรือเกสรดอกไม้ โดยเกิดลักษณะอาการต่อผิวหนัง เช่น มีอาการผดผื่น แสบคันที่ผิวหนัง เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น ส่งผลเสียต่อสุขภาพของประชาชน อย่างกว้างขวาง การจัดการความเสี่ยง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพ และเป็นการขจัดปัญหาสิ่งแวดล้อมให้หมดไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าไปให้การช่วยเหลือ ค้ำครอง และป้องกันความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเป็นกลุ่มอ่อนไหวต่อสภาพความเสี่ยงด้านสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่มีอายุ 18-60 ปี ที่พักอาศัยอยู่ใน ตำบลห้วยสีเสียด อำเภอกุหลาบ ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

2.2 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประชากรในเขต ตำบลห้วยสีเสียด อำเภอกุหลาบ 2 หมู่บ้าน เพื่อใช้เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีเงื่อนไขต้องสมัครใจเข้าร่วม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนด กลุ่มทดลอง 34 ครัวเรือน และกลุ่มควบคุม 34 ครัวเรือน รวมเป็น 68 ครัวเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีอยู่ 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบประเมินโครงการ บ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีทั้งหมด 39 ข้อแบ่งเป็น 4 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 สุขลักษณะโดยทั่วไป 28ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขอนามัยในครัวเรือน 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2 ข้อโดยมีเกณฑ์การประเมินแบ่งเป็น 2 ระดับ

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ระดับการประเมิน	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
ระดับหลังคาเรือน	มีผลการประเมินตามแบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์ “ผ่านทุกข้อ”	มีผลการประเมินตามแบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์ “ไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งหรือทุกข้อ”
ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน	จำนวนหลังคาเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชน ผ่านเกณฑ์ประเมิน ตั้งแต่ ร้อยละ 60 ขึ้นไป ของหลังคาเรือนทั้งหมด	จำนวนหลังคาเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชน ผ่านเกณฑ์ประเมิน น้อยกว่าร้อยละ 60 ของหลังคาเรือนทั้งหมด

ประเภทที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมของ ตำบลห้วยสีเสียด อำเภอกุหลาบ ประกอบด้วย

1.1 การสร้างวิสัยทัศน์และจิตสำนึก โดยการสื่อสารให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดบ้านให้ถูกสุขลักษณะ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหานั้น

1.2 การจัดการเชิงภาคี การเข้ามามีบทบาทในกระบวนการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยของชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน

1.3 การจัดการทำแผนปฏิบัติการในการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยของชุมชน โดยจัดทำกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม โดยชุมชนและสมาชิกในชุมชนจะเป็นผู้ดำเนินการหลัก และรับผิดชอบการประสานงานและดำเนินกิจกรรม ซึ่งรูปแบบของกิจกรรมที่ชุมชนได้มีการดำเนินการ มีดังต่อไปนี้

- การเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ และการร่วมจัดบ้านกับกลุ่มตัวอย่างทุกครัวเรือนโดยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จัดการประกวดครัวเรือนที่มีการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัย ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. **ขั้นเตรียมการ** วางแผนการดำเนินการจัดโปรแกรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วม โดยการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ ประภาพร ศรีสถิตย์ธรรม (2543)

2. **ขั้นดำเนินการ** มีวิธีดำเนินการดังนี้

2.1 นัดหมายวัน เวลา สถานที่ จำนวนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

2.2 ประเมินการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยก่อนการดำเนินการ มีขั้นตอนต่อไปนี้

วันที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา (นาที)
1	กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์	เพื่อสร้างสัมพันธ์ในการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มเป้าหมาย	30
	การสร้างวิสัยทัศน์และจิตสำนึก	กำหนดทิศทางที่จะดำเนินการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัย ให้ถูกสุขลักษณะ มีการกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความมุ่งมั่น ตั้งใจในการแก้ปัญหา การสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	60
2	กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์	เพื่อสร้างสัมพันธ์ในการเรียนรู้ร่วมกัน	15
	จัดอบรมให้ความรู้เรื่อง “การจัดบ้านให้ถูกสุขลักษณะ”	สร้างความเข้าใจบทบาทในกระบวนการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยของชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน	150
3	กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์	เพื่อสร้างสัมพันธ์ในการเรียนรู้ร่วมกัน	15
	การจัดทำแผนปฏิบัติการในการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยของชุมชน	เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการในการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยของชุมชน	180
4	กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์	เพื่อสร้างสัมพันธ์ในการเรียนรู้ร่วมกัน	15
	จัดการประกวดครัวเรือนที่มีการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้	สร้างขวัญกำลังใจและความยั่งยืน	120
5	ประเมินผล		120

5. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายก่อนทำการจัดโปรแกรม โดยใช้แบบประเมินประเมินโครงการ บ้านสะอาดอนามัยดี ซีวีสมบุรณ์

2. จัดโปรแกรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมให้กับกลุ่มเป้าหมาย

3. เก็บข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายโดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกับก่อนการจัดโปรแกรม

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการทดสอบสมมติฐาน สถิติที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ สถิติพรรณนา คือความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงข้อมูลทั่วไป สถิติ Paired t-test ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดสุขภาพที่พักอาศัยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษา (หรือ) ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง เกินครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.8 เพศชาย ร้อยละ 38.2 อายุระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 89.7 รองลงไปอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 18-40 ปี ร้อยละ 10.3 ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.2 รองลงไปจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 25 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 4.4 และจบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาโท ร้อยละ 1.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 79.4 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 11.8 ค้าขายและอื่นๆ ร้อยละ 5.9 และอาชีพรับราชการ หรือเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 2.9

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์

ก่อนจัดโปรแกรม พฤติกรรมการจัดสุขภาพที่อยู่อาศัย ด้านสุขลักษณะโดยทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่ มีการใช้สารปรุงแต่งอาหาร และอาหารกระป๋อง ที่ถูกต้องปลอดภัย ร้อยละ 100 รองลงมา บ้านมีน้ำอุปโภค บริโภค ที่สะอาดเพียงพอตลอดปีและมีการจัดเก็บสารเคมีที่เป็นอันตราย จัดเก็บให้มิดชิดแยกเป็นสัดส่วนและพ้นมือเด็ก ร้อยละ 98.5 และพบไม่ผ่านมากที่สุด ได้แก่ บริเวณโดยรอบบ้านสะอาด ร่มรื่นและไม่มียุงยุง ร้อยละ 10.3 พฤติกรรมการจัดสุขภาพที่อยู่อาศัย ด้านพฤติกรรมอนามัยในครัวเรือน พบส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวทุกคน ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่ายทุกครั้ง ร้อยละ 98.5 รองลงมาคือสมาชิกในครอบครัว มีอาการป่วยเป็นไข้หวัด ไอ จาม มีไข้หรือหน้ากากอนามัย ปิดปาก จมูก ร้อยละ 95.6 และที่ไม่ผ่าน มากสุดคือสมาชิกในครอบครัวทุกคนใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกัน ร้อยละ 17.6 พฤติกรรมการจัดสุขภาพที่อยู่อาศัย ด้านการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พบส่วนใหญ่ ครัวเรือนไม่ก่อปัญหาเหตุรำคาญหรือมลพิษสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนและผู้อยู่อาศัยใกล้เคียง ร้อยละ 98.5 รองลงมาสมาชิกในครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชน ร้อยละ 94.7

หลังจัดโปรแกรม พบว่าพฤติกรรมการจัดสุขภาพที่อยู่อาศัย ด้านสุขลักษณะโดยทั่วไป ส่วนใหญ่ ภายในบ้านมีการระบายอากาศดีและมีแสงสว่างเพียงพอ น้ำใช้ในห้องน้ำ ห้องส้วม สะอาดเพียงพอ และไม่มีลูกน้ำยุง ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันตักน้ำสะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ ประตู ที่จับเปิด ปิด ที่ล็อคด้านในกลอนประตู อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูล ถังเก็บกักไม่รั่วแตกหรือชำรุด ห้องนอนสะอาด เป็นระเบียบทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ บริเวณห้องครัวหรือบริเวณที่ใช้เตรียม ปรุง ประกอบอาหาร แยกเป็นสัดส่วน สะอาด มีการระบายอากาศดีและมีการจัดวางวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นระเบียบ และถูกสุขลักษณะ อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสดผลไม้ต้องล้างให้สะอาด ก่อนปรุงประกอบอาหาร หรือรับประทาน อาหารปรุงสุกแล้ว มีภาชนะปกปิดหรือเก็บในตู้กับข้าวหรือตู้เย็น มีการใช้สารปรุงแต่งอาหาร และอาหารกระป๋อง ที่ถูกต้อง ปลอดภัย ภาชนะรองรับมูลฝอยมีฝาปิดมิดชิดสะอาด และเพียงพอต่อปริมาณมูลฝอย ไม่มีน้ำขังในภาชนะต่าง ๆ ที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง มีการควบคุมกำจัด หนู แมลงวันแมลงสาบ เพื่อป้องกัน การแพร่กระจายของเชื้อโรค สารเคมีที่เป็นอันตราย จัดเก็บให้มิดชิด แยกเป็นสัดส่วน และพ้นมือเด็ก จัดเก็บ บำรุงรักษา และตรวจสอบความ

ปลอดภัยของสายไฟ ปลั๊กไฟและอุปกรณ์ไฟฟ้าทุกชนิดให้อยู่ในสภาพดีปลอดภัย ผ่านเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 ไม่ผ่านมากที่สุดได้แก่ ตัวบ้านอยู่ในสภาพดี มั่นคง แข็งแรง ร้อยละ 2.9 พฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ด้านพฤติกรรมอนามัยในครัวเรือน พบส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวทุกคนล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่ายทุกครั้ง สมาชิกในครอบครัวทุกคนใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกัน และกรณี มีอาการป่วยเป็นไข้หวัด ไอ จาม มีไข้หรือหน้ากากอนามัย ปิดปากจมูกผ่านเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 และสมาชิกในครอบครัวทุกคนไม่ใช้ภาชนะตม่น้ำร่วมกัน ผ่านเพิ่มขึ้น ร้อยละ 98.5 พฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ด้านการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัว มีการเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชน และครัวเรือน ไม่ก่อปัญหาเหตุรำคาญหรือมลพิษสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนและผู้อยู่อาศัยใกล้เคียง ผ่านเพิ่มขึ้นร้อยละ 100

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมพฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยรวมทุกข้อ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมพฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยรวมทุกข้อ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม พบว่า ผลคะแนนพฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยรวมทุกข้อหลังการจัดโปรแกรมสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยรวมทุกข้อ เปรียบเทียบก่อน-หลัง (n=68)

ภาพรวมการจัดการ สุขาภิบาลที่อยู่อาศัย	$\bar{X}$	SD	t	df	95% CI	p-value
ก่อนจัดโปรแกรม	32.54	2.819	-9.335	377	-1.547 ถึง -1.009	<0.001*
หลังจัดโปรแกรม	33.90	0.338				

Paired t – test

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 10 คน ผู้วิจัยเลือกจาก คณะผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้นำชุมชน และแกนนำชุมชน ผู้วิจัยได้เสนอ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่พักอาศัย ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การสร้างวิสัยทัศน์และจิตสำนึก ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ เสนอว่าการสร้างวิสัยทัศน์และจิตสำนึกร่วม โดยให้ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการมองเห็นปัญหาการจัดการสุขาภิบาลที่พักอาศัย ปัญหาสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมใดที่มีความจำเป็นสำคัญตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข 2535 โดยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทสำคัญในการผลักดัน การออกกฎข้อบังคับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นไปตามที่กฎหมายให้อำนาจไว้ และต้องมุ่งให้เกิดความเป็นธรรม เพื่อรักษาผลประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก และเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของชุมชน ควรเปิดเวทีให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง เปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็น

และเป็นไปตามความต้องการของประชาชนในประเด็นสาธารณะที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในวงกว้าง เช่น บริเวณโดยรอบบ้านสะอาด ร่มรื่นและไม่มีน้ำท่วมขัง หรือประเด็นมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม ควรมีการแต่งตั้ง คณะทำงาน พิจารณาจัดทำร่างข้อบัญญัติ มีการส่งเสริมให้บุคลากรได้มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ให้มีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์กฎข้อบังคับ และ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและหน้าที่ของประชาชน ให้ประชาชนได้รับทราบอย่างทั่วถึงด้วยการปิดประกาศ ณ สำนักงาน หรือที่ทำการ หรือที่ชุมชน หรือการประชาสัมพันธ์ด้วยรูปแบบอื่นๆ เช่น ทำเป็นเอกสารแจกจ่ายการประชุม หรือเสียงตามสาย เป็นต้น

ประเด็นที่ 2 การจัดการเชิงภาคี ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ เสนอว่า การนำเสนอสภาพปัญหาด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในชุมชน การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทุกภาคส่วนได้รับรู้รับทราบปัญหาร่วมกันโดยเฉพาะช่องทางผ่านสื่อโซเชียลมีเดียต่างๆ ในชุมชน การจัดเวทีเชิญตัวแทนภาคีที่เกี่ยวข้องให้ เข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แสวงหาแนวทางร่วมคิดร่วมทำ ร่วมตัดสินใจวางแผนร่วมกันในการกำหนดประเด็นในการขับเคลื่อนและแก้ไขปัญหา ร่วมกัน เช่น การสำรวจพบบ้านเรือนที่คนในชุมชนมีสภาพบ้านเรือนไม่มั่นคง เมื่อสะท้อนปัญหาคืนข้อมูลให้ชุมชนมีการสื่อสารสังคมออก ทำให้เกิดการจัดการปัญหาการจัดการเชิงภาคีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการทางการเป็น คณะทำงานแบบไม่เป็นทางการจิตอาสาจัดทำบ้านมั่นคงบริจาคให้ประชาชนในพื้นที่ เป็นต้น

การจัดการสุขาภิบาลที่พักอาศัยอย่างเป็นทางการ ขับเคลื่อนประเด็นปัญหาร่วมกันทั้งระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้านของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทำให้พฤติกรรมจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยของคน ในชุมชนจัดได้ดีเพิ่มขึ้นทุกหลังคาเรือน ประชาชนเกิดความตระหนักและให้ความสนใจปรับปรุงพัฒนาบ้านเรือนของตนเองให้ได้ตามเกณฑ์และรักษามาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านกายภาพ ภายในบ้านมีการระบายอากาศดีและมีแสงสว่างเพียงพอ น้ำใช้ในห้องน้ำ ห้องส้วม สะอาดเพียงพอ ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันตักน้ำ สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ ประตูที่จับเปิด ปิด ที่ล็อคด้านในกลอนประตูอยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ สภาพท่อนระบายสิ่งปฏิกูล ถึงเก็บกักไม่รั่วแตกหรือชำรุด ห้องนอนสะอาด เป็นระเบียบทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ บริเวณห้องครัวหรือบริเวณที่ใช้เตรียม ปิ้ง ประกอบอาหาร แยกเป็นสัดส่วน สะอาด มีการระบายอากาศดีและมีการจัดวางวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นระเบียบ

ประเด็นที่ 3 การจัดการทำแผนปฏิบัติการในการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ควรมีการกำหนดประเด็นขับเคลื่อนร่วมกันของภาคีเครือข่าย ทั้งภาคส่วนรัฐโดย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งควบคุมกำกับกำกับการดำเนินการตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 ด้านสุขาภิบาลอาหาร เช่น การขายเนื้อสัตว์ ผักสดผลไม้ต้องล้างให้สะอาด ก่อนปรุงประกอบอาหาร ในตลาดสดและแผงลอย มีการรณรงค์ให้มีการรับประทาน อาหารปรุงสุกแล้วมีภาชนะปกปิดหรือเก็บในตู้กับข้าวหรือตู้เย็น มีการใช้สารปรุงแต่งอาหาร และอาหารกระป๋อง ที่ถูกต้อง ปลอดภัย ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งควรมีการจัดหาภาชนะรองรับ มูลฝอยมีฝาปิดมิดชิดสะอาด และเพียงพอต่อปริมาณมูลฝอย และปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในชุมชนไม่มีน้ำขังในภาชนะต่างๆ ร่วมกันรณรงค์กับอาสาสมัครสาธารณสุข โดยกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง มีการควบคุมกำจัด หนู แมลงวัน แมลงสาบ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดทำ แผนปฏิบัติการบูรณาการทรัพยากรร่วมกันระหว่างท้องถิ่น ท้องที่ ภาคีเครือข่ายและหน่วยราชการในทุกระดับ

ประเด็นที่ 4 การติดตามและประเมินผล ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน โดยมีส่วนร่วมมากในด้านการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมทางกายภาพทั้งภายในและรอบๆ บ้าน และเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ทางอำเภอและภาคีเครือข่ายจัดทำขึ้น เช่น โครงการบ้านมั่นคง โครงการชุมชนสะอาด เป็นต้น

สรุปผล (หรือ) อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยด้านสุขลักษณะโดยทั่วไปพฤติกรรมสุขอนามัยในครัวเรือน การมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมสุขอนามัย ในครัวเรือนดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์ (2558) และอุบล จันทรเพชร (2560) เมื่อพิจารณาประเด็นกิจกรรมตามโปรแกรม สามารถอภิปรายได้ดังนี้

- 1) การสร้างจิตสำนึก ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการแก้ไขปัญหาในชุมชน จะต้องเริ่มจากการให้ชุมชนมีจิตสำนึกเห็นถึงความสำคัญของการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยเพื่อให้ชุมชนน่าอยู่
- 2) การจัดการเชิงภาคีเครือข่าย พบว่า สมาชิกในครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชน และ ครัวเรือน ไม่ก่อปัญหาเหตุรำคาญหรือมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนและผู้อยู่อาศัยใกล้เคียงหลังจัดโปรแกรมมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องสมพงษ์ เกษมสิน (2556)

3) การจัดการทำแผนปฏิบัติการในการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชุมชน ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงนำเสนอสภาพปัญหาด้านที่อยู่อาศัยในที่ประชุมอำเภอและผู้นำชุมชนและ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับตำบล หมู่บ้านทำให้ทุกภาคส่วนได้ตระหนัก รับรู้ถึงสภาพปัญหาและให้การสนับสนุนจัดทำแผนปฏิบัติการมีโครงการหนุนเสริม ด้านการจัดการสุขาภิบาล ที่พักอาศัยเพิ่มขึ้น ภาคเอกชนเพจอิจัน ได้จัดสร้างบ้านให้ผู้ยากไร้ และส่งมอบให้ครัวเรือนผู้ยากไร้ จำนวน 1 หลัง อำเภอกุหลาบจัดสร้างบ้านมั่นคงด้วยงบประมาณกาชาดจังหวัดเลย และภาคีเครือข่าย ปรับปรุงบ้านให้ผู้ยากไร้ จำนวน 1 หลัง จากการมีส่วนร่วมดังกล่าว กระบวนการรณรงค์สร้างจิตสำนึก สร้างกระบวนการรับรู้ปัญหา เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินการตามกิจกรรมการพัฒนาสอดคล้องกับ ทศพัทธ์ ใบปอด, ประโยชน์ ส่งกลิ่น และภักดี โพธิ์สิงห์ (2556) นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชุมชนและครัวเรือนและการติดตามและประเมินผลจากการติดตามเยี่ยมบ้านและผลการวิจัยพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชุมชนและครัวเรือนเพิ่มขึ้น โดยมีพฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยดีขึ้นในทุกด้านหลังจัดโปรแกรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขอนามัยมีความแตกต่างกันหลังเข้าโปรแกรม แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันก่อนและหลังจัดโปรแกรมในด้านลักษณะทั่วไป ด้านตัวบ้านอยู่ในสภาพดี มั่นคง แข็งแรง 2) บริเวณที่ตั้งห้องน้ำ ห้องส้วม ต้องไม่อยู่ที่ลัับตา/เปลี่ยว การมีน้ำอุปโภค บริโภค ที่สะอาดเพียงพอตลอดปี และภาชนะเก็บกักน้ำอุปโภค บริโภคสะอาดมีฝาปิด และรักษาความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ จากผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น ปัจจัยส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับอาชีพส่วนใหญ่ประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกร การปรับปรุงพัฒนาตัวบ้าน มีปัจจัยด้านรายได้ อาชีพที่สร้างรายได้มากพอที่จะนำมาใช้ปรับปรุงพัฒนาตัวบ้านและวิถีชีวิตที่ต้องไปทำงานด้านการเกษตรไม่ค่อยมีเวลาในการจัดการปรับปรุงพัฒนาตัวบ้านที่ต้องใช้งบประมาณในการปรับปรุงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ ยุทธนา สุตาภา (2555) อีกทั้งการปรับปรุงห้องน้ำห้องส้วม ไม่ให้อยู่ที่ลัับตา/เปลี่ยว ไม่แตกต่างกันหลังจัดโปรแกรม ทำให้ครัวเรือนยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อต่างๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

1. เิงนโยบายควรมีการกำหนดนโยบายภาครัฐให้มีการบูรณาการกับเครือข่ายภาคเอกชนมีการสื่อสาร สร้างความรู้ และจิตสำนึกที่ตีร่วมกันในการขับเคลื่อนนโยบายบ้านสะอาดมั่นคงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องที่ ควรมีการนำโปรแกรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการแก้ปัญหาด้านปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสี่ยงต่อการป้องกันโรคติดต่อและ เหตุรำคาญต่างๆ และจัดทำข้อบัญญัติท้องถิ่นในการผลักดันกิจกรรมส่วนชาตที่ต้องปรับปรุงพัฒนาต่อไป

3. ควรมีศึกษาวิจัยเชิงพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อต่อยอดองค์ความรู้หรือวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

การศึกษาในครั้งนี้ ประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจากภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกคนที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้คงเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจศึกษาต่อไป

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ถ้ามี)

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 011/2568 ว่าโครงการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

เอกสารอ้างอิง

กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. (2565). การจัดเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2566 – 2570.

กรมอนามัย สำนักงานสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข.(2558).คู่มือโครงการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.)

ทศพัทธ์ ใบปอด ประโยชน์ ส่งกลิ่น และ ภักดิ์ดี โพธิ์สิงห์. (2556). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอโกสุมพิสัยจังหวัดมหาสารคาม.วารสารการเมืองการปกครอง. ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 (กันยายน 2556 – กันยายน 2557)

บังอร นางทรัพย์และคณะ.รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อพฤติกรรมการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พกอาศัยของประชาชนในชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร.วารสารสาธารณสุขศาสตร์ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม-เมษายน 2553.

ประภาพร ศรีสถิตย์ธรรม. (2543) การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อม : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชน ในเขตเทศบาลนครจังหวัดนครราชสีมา . มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์/กรุงเทพฯ.

ยุทธนา สุดาภา. (2555). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสิ่งแวดล้อม : กรณีศึกษาบ้านป่าสักงาม ตำบลหลวงเหนืออำเภอดอยสะเก็ด. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (เศรษฐศาสตร์การเมือง) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ยุพาพร รูปงาม. (2545) การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงบประมาณในการปฏิรูประบบราชการ /.สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์,ม.ป.ท.

สมพงษ์ เกษมสิน. (2556). การบริหารงาน. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิชย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย.(2565).ข้อมูลสถานสุขภาพของประชาชน (HDC)[Online:30/09/2565]

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูหลวง (2565).ข้อมูลรายงานสถานการณ์ระบาดของโรคติดต่อ (รายงาน 506) [Online:30/09/2565]

อดิน รพีพัฒน์. (2527). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ:ศูนย์นโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุบล จันทรเพชร. (2560).การประเมินชุมชนมีศักยภาพเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5.กลุ่มพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรีกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรเวช เพื่อติดตามผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ที่มีภาวะวิตกกังวล หรือ อาการซึมเศร้า โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

ศทาวุธ นันทิกิตติราชฤทธิ์ พท.ม., * ศิริวรรณ วงศ์ประกรณ์กุล,** รัฎฐิยาภรณ์ แซ่ลี้ พย.บ.*

พิสมัย คุณาวัดน์ พย.บ.* และ ชัชชชา สีสักผ่อง***

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ทำงานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต ในปี พ.ศ. 2565 มีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เฉลี่ยร้อยละ 38.23 หลังให้คำปรึกษาจะติดตามประเมินและให้คำปรึกษาอีกครั้งในนัดถัดไป ซึ่งมีความล่าช้าในการจัดการ ประกอบกับโรงพยาบาลได้พัฒนา Telemedicine ซึ่งมีประสิทธิภาพในการให้บริการ แต่ยังไม่เคยนำมาใช้ให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จึงนำมาใช้ให้คำปรึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลการใช้โปรแกรมโทรเวช และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความวิตกกังวล ซึมเศร้า และค่าคะแนนความพึงพอใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม รูปแบบการศึกษา Quasi-experimental Research Design กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองที่มีภาวะวิตกกังวล หรือซึมเศร้า ในงานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ระหว่าง 13 มีนาคม – 1 พฤษภาคม 2567 โดยใช้ โปรแกรมการให้คำปรึกษา (กรมสุขภาพจิต) โปรแกรมโทรเวชกรรม ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Thai HADS) และแบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งมี ค่า CVI เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ผลโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Chi-square test วิเคราะห์คะแนนความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจ ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความพึงพอใจระหว่าง 2 กลุ่ม ใช้ independent t-test ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน ผลค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้า พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p=0.538$, $p=0.864$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เท่ากับ 3.89 ± 0.32 และ 4.54 ± 0.21 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยสรุปโปรแกรมโทรเวชของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี สามารถนำมาใช้ให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลหรือ ภาวะซึมเศร้าได้ และให้ผลไม่แตกต่างจากการให้คำปรึกษาแบบปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังพึงพอใจในประสิทธิภาพด้านการประหยัดเวลา และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ และเพื่อการบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรมีแผนพัฒนาการแก้ไขปัญหาการขัดข้องทางเทคนิค และปรับปรุงระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ตให้ดีขึ้น

คำสำคัญ : โทรเวชกรรม, ภาวะวิตกกังวลและความซึมเศร้า, แบบคัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

** อาจารย์ประจำหลักสูตร กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

*** ผู้ช่วยเหลือคนไข้ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

Effectiveness of a telehealth program to follow up on patients with advanced cancer. who have anxiety or depression in Udonthani Cancer Hospital.

Kathawoot Nunrikittirasd,* Siriwan Wongprakornkul,** Pissamai Kunawat,*
Rattiyakorn Saelee*, Chatchasa Seepakphong***

Abstract

Advance stage cancer patients in palliative care in 2022 expressed anxiety and depression symptoms, with an average prevalence of 38.23%. After initial counseling, subsequent appointment for evaluations and counseling may be delay, the hospital has developed Telemedicine that demonstrating effectiveness in service; however, its application in providing counseling for patients with mental health issues has not been explored. This study aims to assess the effectiveness of utilizing the telehealth program in comparison on anxiety, depression, and satisfaction scores between the experimental and control groups. Employing a quasi-experimental research design, palliative cancer patients experiencing anxiety or depression received counseling sessions from the Department of Mental Health between March 13 and May 1, 2024, via the Telemedicine Program. Evaluation utilized the Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) and a Satisfaction Questionnaire, exhibiting a content validity index (CVI) value of 0.93. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, and statistical tests including the Chi-square test, and independent t-test. The results of the comparison of the differences in general data between the two groups were mostly not different. The results of the mean scores of anxiety and depression showed that the two groups were not different ($p=0.538$, $p=0.864$). The mean satisfaction scores of the control group and the experimental group were 3.89 ± 0.32 and 4.54 ± 0.21 , respectively. When comparing the mean satisfaction scores, it was found that there was a statistically significant difference ($p<0.001$). In conclusion, the telemedicine program of Udonthani Cancer Hospital can be used to provide consultation to patients with anxiety or depression, and the results are no different from those of regular consultation. In addition, patients are satisfied with the efficiency in saving time and reducing travel costs. In order to provide more efficient services, there should be a development plan to solve technical problems and improve the internet signal system.

Keywords: Telemedicine, anxiety and depression, Thai-HADS,

* Registered Nurse Udonthani Cancer Hospital

** Nursing instructor, Department of Adult and Aging Nursing, Northeastern University.

*** Nursing Assistant Udonthani Cancer Hospital

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งในปี 2566 เฉลี่ยประมาณ 80,000 ราย/ปี ผู้ป่วยมะเร็งส่วนมากจึงมีภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า จากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการจำนวน 1,129,404 ราย เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 4.35 ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, 2565) มีการศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล สามารถพบได้ในทุกวัย ส่วนใหญ่จะมีอาการในเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ ในส่วนผู้สูงอายุพบความชุกของภาวะวิตกกังวลร้อยละ 19 และยังสามารถพบร่วมกับอาการซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 40 อาการซึมเศร้าพบบ่อยในผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานบริบาลคนชรา อารมณ์ซึมเศร้ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นสูงมาก ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง ขาดกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ และเครียดตลอดเวลา หากเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงจะพบมากที่สุด (กุสลาภรณ์ ชัยอุดมสม, 2559) การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายพบภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามากกว่าร้อยละ 50 และการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (Holland & Alici, 2010) ผู้ให้บริการด้านการแพทย์จะต้องตระหนัก รวมถึงการประเมินและให้การดูแลอย่างรวดเร็ว เนื่องจาก 35% ของผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง จะแสดงอาการของความทุกข์ทรมานอย่างรุนแรง เช่น ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และการกลัวความตาย ณ เวลาใดเวลาหนึ่งระหว่างการเจ็บป่วย (Chambers et al., 2012)

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Terminal stage) หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระยะลุกลามจนรักษาไม่หายขาด และแพทย์ให้การรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ เพียงเพื่อประคับประคองอาการทุกข์ทรมานที่เกิดกับ กาย จิตสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการดูแลหลังความตาย (bereavement care) (WHO, 2002)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือระยะประคับประคอง (Palliative care) ว่าเป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยในระยะสุดท้ายของโรค รวมทั้งดูแลครอบครัว โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการ ตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่าง ๆ เน้นการดูแลให้ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพแบบองค์รวม ได้แก่ กาย จิต สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Bruera et al., 2021)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่เผชิญหน้ากับความตาย นอกจากจะมีปัญหาด้านร่างกายแล้ว มักมีปัญหาด้านจิตใจด้วย มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นภาวะบีบคั้นด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะคุกคาม เป็นอันตราย จึงไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ ผู้ป่วยอาจจะแสดงออกถึงภาวะบีบคั้นด้านจิตใจในลักษณะ ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว รู้สึกไม่แน่นอน และรู้สึกหมดกำลังใจ (Thasaneesuwat & Nilmanat, 2019) ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual suffering) พบว่าปฏิกิริยาด้านจิตใจต่อการสูญเสียหรือกำลังเผชิญความตาย พบว่าปฏิกิริยาต่าง ๆ แบ่งเป็น 5 ระยะได้แก่ ระยะปฏิเสธ (Denial), ระยะโกรธ (Anger), ระยะต่อรอง (Bargaining), ระยะซึมเศร้า (Depression), และระยะยอมรับ (Acceptance) ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล หรือไม่เรียงตามลำดับสามารถสลับไปสลับมาได้ในผู้ที่ยังไม่สามารถยอมรับได้ (Elisabeth Kubler-Ross, 1974) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์

ของฟรอยด์ ซึ่งกล่าวว่าภาวะวิตกกังวลเป็นเหมือนศูนย์กลางการพัฒนาบุคลิกภาพ เนื่องจากภาวะวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล มีการแสดงออกในลักษณะอาการใจสั่น ตึงเครียด วุ่นวาย อยู่ไม่เป็นสุขที่เกิด จากแรงกระตุ้นภายใน Id ที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของ Superego จึงทำให้เกิดปฏิกิริยา "สู้หรือหนี" เมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ (Anna Freud, 1993) และฟรอยด์ได้แบ่งภาวะวิตกกังวลเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ วิตกกังวลตามความจริง (reality) คือ ความกังวลที่เกี่ยวข้องกับโลกภายนอกตามความเป็นจริง และวิตกกังวลแบบโรคประสาท (neurotic) คือ ความกังวลที่เกิดจากแรงขับที่คุกคามเกี่ยวกับพฤติกรรม และการถูกลงโทษ มีจิตแพทย์เชื่อในแนวเดียวกับฟรอยด์ และได้อธิบายเพิ่มว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ก่อความรู้สึกรู้สึกถูกคุกคามศักดิ์ศรีของตน ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล (Harry Stack Sullivan, 1953) อาการซึมเศร้าเป็นภาวะที่เกิดขึ้นแล้วรักษาได้ ในคนที่เผชิญกับอาการซึมเศร้าจะมีการหลีกเลี่ยงในการพูดถึงอาการหรืออาการซึมเศร้าที่เป็นอยู่ เนื่องจากมองว่าเป็นความอ่อนแอ น่าอาย อาการซึมเศร้าอาจเกิดได้จากความผิดหวัง การสูญเสียในทุกเรื่อง เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น ในคนที่มีอาการซึมเศร้านั้นมักจะมีอารมณ์เสียง่าย หดพลัง เบื่อ กังวล รู้สึกไร้ค่า ทานได้น้อยลง นอนไม่ค่อยหลับหรือสะดุ้งตื่นกลางดึก มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Persaud, 2008)

การใช้แบบวัดภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Thai-HADS มีความเชื่อถือได้และความแม่นยำตรง ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยมีการศึกษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี ในปี พ.ศ. 2539 ในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 60 ราย พบว่า โดยมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับภาวะวิตกกังวล เท่ากับร้อยละ 100 และ 86.0 ตามลำดับ และ สำหรับอาการซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 85.71 และร้อยละ 91.3 ตามลำดับ โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient สำหรับ anxiety sub-scale เท่ากับ 0.86 และ depression sub-scale เท่ากับ 0.83 (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539) มีการแปล และทำการศึกษาความแม่นยำตรงของ Thai-HADS ในภาษาต่าง ๆ หลายภาษา เช่น ภาษาจีน (Leung et al., 1993) ภาษาอราบิก (El-Rufaie, 1978) หากวัดผลแล้วมีค่าคะแนน 11 – 21 คะแนน ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

จากรายงานสถิติโรคมะเร็ง ปี 2565 (ทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี, 2565) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2565 จำนวนทั้งสิ้น 2,277 ราย และ มารับบริการงานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต 1,156 ราย ผู้ป่วยเหล่านี้ มีภาวะวิตกกังวล หรือ อาการซึมเศร้า (Thai HADS มากกว่าเท่ากับ 8 คะแนน) จำนวน 442 ราย เฉลี่ยร้อยละ 38.23

ผู้วิจัยได้ศึกษาความเป็นไปได้ของการให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรม โทรเวชกรรม โดยทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย วิธีการใช้ระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล (Medical Consultation) ซึ่งสามารถตอบโจทย์การตรวจรักษาผู้ป่วยของแพทย์ได้เป็นอย่างดี ในมุมมองของผู้ป่วย นอกจากจะได้รับความสะดวกรวดเร็วในการรับการรักษามากขึ้น ยังทำให้การรักษาเข้าถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้จากทั่วประเทศ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ส่งผลให้ต้นทุนการรักษาโดยรวมของประเทศลดลงได้ ส่วนในมุมมองของแพทย์นอกจากจะช่วยให้แพทย์สามารถบริหารเวลาในการรักษาผู้ป่วยได้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น ยังช่วยการสื่อสารระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลใหญ่กับแพทย์ในโรงพยาบาลห่างไกลได้ง่ายขึ้น สามารถส่งข้อมูลผู้ป่วยที่เชื่อมถึงกัน ทำให้ประสิทธิภาพการรักษามากขึ้น และสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลได้ (อิทธิพรคณะเจริญ, ๒๕๖๓) มีการนำระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้ระบบ

การแพทย์ทางไกลร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ ที่อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง พบว่าความเหมาะสม และเป็นประโยชน์ มาก ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ ๙๓.๓๓ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการดีขึ้น กว่าก่อนการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = ๖.๔๕, P < ๐.๐๕$) (ปรีดา ขุนณรงค์, ๒๕๖๓) แต่การใช้ระบบ Telemedicine ยังมีอุปสรรคของการใช้ระบบ คือ ๑) เครือข่ายระบบสื่อสารไม่ครอบคลุมพื้นที่ชนบท ๒) แพทย์ที่ให้การรักษายังมีความเชื่อวาทะในการรักษาพยาบาลผ่านจอคอมพิวเตอร์ และต้องมีความสามารถในการใช้ เครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ ๓) ขาดแนวทางปฏิบัติการรักษาแพทย์ทางไกลสำหรับแพทย์และผู้ให้บริการทางการแพทย์ (วิภาวณีย์ อรรถนพพรชัย และชวณ กิจศิริกุล, ๒๕๖๔)

โรงพยาบาลมะเร็ิงได้พัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยผ่านโปรแกรมโทรเวช (Tele-Medicine) ซึ่งยังไม่เคย นำมาใช้ให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จึงต้องการทำการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการใช้โปรแกรม โทรเวช เพื่อติดตามผู้ป่วยมะเร็ิงระยะระยะประคับประคอง ที่มีภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้า โรงพยาบาลมะเร็ิงอุดรธานี เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการลดภาวะวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ระหว่างการให้คำปรึกษารูปแบบเดิม และการให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรมโทรเวช โดยใช้การประเมินด้วยแบบประเมิน Thai-HADS (ฉบับภาษาไทย) โดย คาดหวังว่าระบบที่พัฒนาขึ้นจะสามารถช่วยลดภาวะวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ประหยัดเวลา และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็ิงระยะระยะประคับประคองที่มีภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

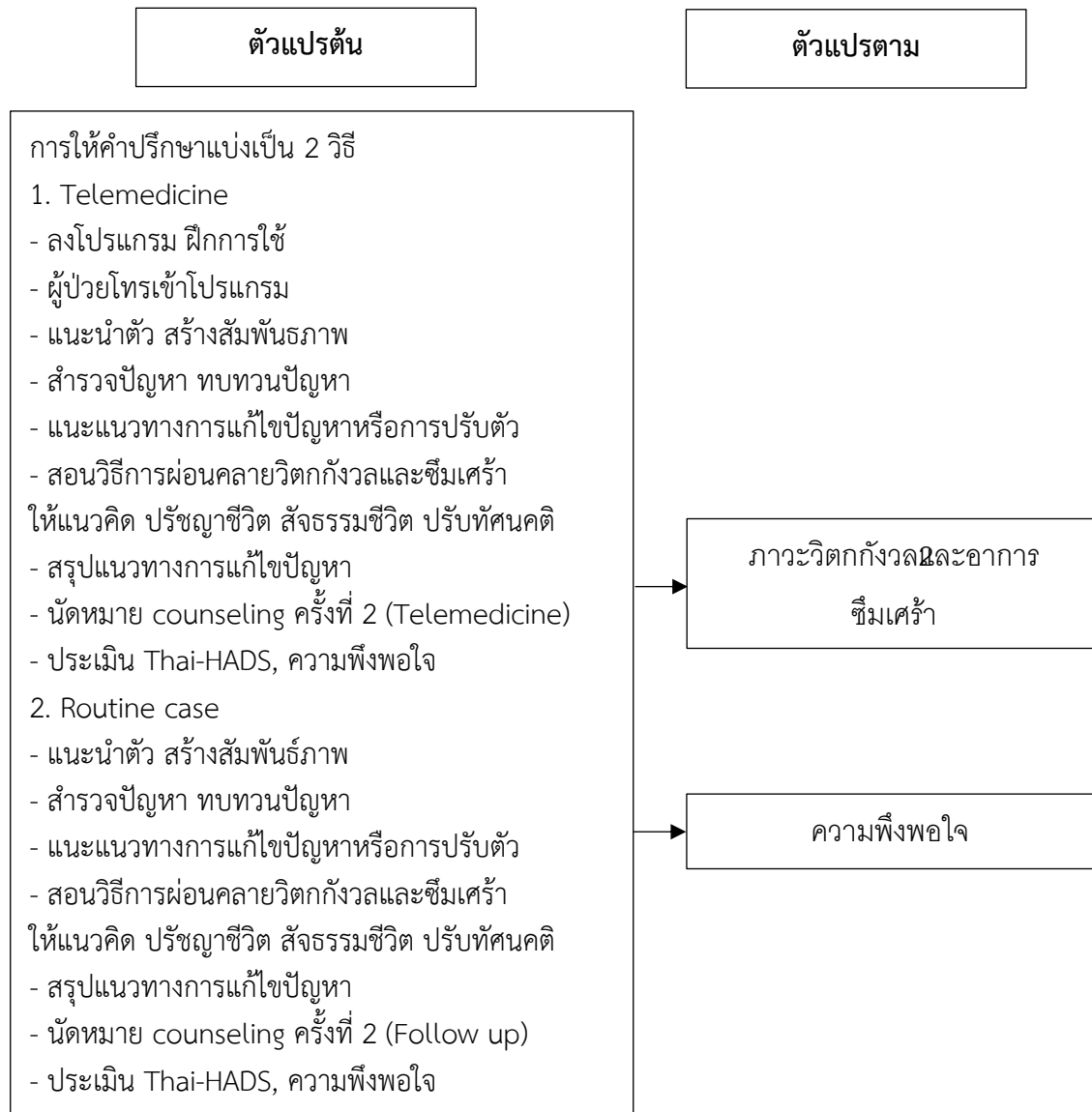
เพื่อประเมินประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมโทรเวช ในการให้คำปรึกษาและติดตามผู้ป่วยมะเร็ิงระยะ ประคับประคอง ที่มีภาวะวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนภาวะวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มให้คำปรึกษาทางโทรเวช และ กลุ่มให้คำปรึกษาแบบปกติ
- 2) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนอาการซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มให้คำปรึกษาทางโทรเวช และ กลุ่มให้คำปรึกษาแบบปกติ
- 3) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความพึงพอใจ ระหว่างกลุ่มให้คำปรึกษาทางโทรเวช และ กลุ่มให้คำปรึกษาแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การจัดการความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual suffering) และ ปฏิบัติการด้านจิตใจของผู้ที่ยังไม่สามารถยอมรับได้ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Elisabeth Kubler-Ross ซึ่งสามารถ ช่วยลดภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้ และใช้แนวคิดการใช้ระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล (Tele-medical Consultation) อธิพร คณะเจริญ พบว่า บริหารเวลาในการรักษาผู้ป่วยได้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น ประสิทธิภาพ การรักษามากขึ้น และสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลได้



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมโทรเวช เพื่อติดตามผู้ป่วยระยะเรื้อรังระดับประคอง ที่มีภาวะวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง Quasi-experimental Research Design

กลุ่มประชากร

เป็นผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังระดับประคองที่มีภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ที่มารับบริการที่แผนกงานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต ช่วงระหว่าง 13 มีนาคม – 1 พฤษภาคม 2567 ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า คัดออก ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่ 4 หรืออยู่ในระยะแพร่กระจาย ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์
- 2) อยู่ในแผนการรักษาเพื่อประคับประคอง หรือการรักษาตามอาการ
- 3) มีโทรศัพท์มือถือ (Smart phone) และอินเทอร์เน็ต

- 4) เป็นคนไทย สามารถพูดคุยสื่อสารได้
- 5) มีความสนใจและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ พร้อมลงนามยินยอมในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 6) คะแนนประเมิน ภาวะวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า (Thai HADS) ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

2. เกณฑ์การคัดแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- 1) คะแนน PPS ≤ 30
- 2) ผู้ป่วยอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์
- 3) มีความผิดปกติด้านร่างกายที่มีผลต่อความจำ ความคิด เช่น เพื่อ สับสน Dementia Electrolyte imbalance เป็นต้น

3. เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

- 1) เกณฑ์การให้ผู้ป่วยเลิกจากการศึกษาทั้งโครงการ (Discontinuation Criteria for Participant)
 - 1.1) ผู้ป่วยขาดการติดตาม Following up ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป
 - 1.2) ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย
- 2) เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Termination criteria for the study)
 - 2.1) เมื่อกรรมการตรวจสอบพบว่าการละเมิดสิทธิของอาสาสมัคร กรรมการสามารถให้ยกเลิกโครงการได้

ขนาดตัวอย่าง

1. การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยหาค่าอำนาจจำแนกในการทดสอบ (Power Analysis) ของ โคเฮน (Cohen, 1977) (cited in Polit, 2008) เพื่อควบคุม Type II Error ได้กำหนดค่า Effect Size เพื่อใช้ใน Power Analysis ที่ใช้กับสถิติการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม ได้กำหนดไว้ 3 ขนาด ดังนี้ ขนาดเล็ก $\gamma = .20$ ขนาดกลาง $\gamma = .50$ ขนาดใหญ่ $\gamma = .80$ และเพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือสามารถควบคุมให้เกิดความคลาดเคลื่อนน้อยในระดับที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงใช้ค่า $\gamma = .80$ และกำหนด $\alpha = .05$ และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเปิดตาราง Table 6 - 3 Estimated Sample Requirements as a Function of Effect Size (γ) for $\alpha = .05$ and Power Analysis = .08 (Polit. 2008) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย จึงใช้สูตรคำนวณตัวอย่าง ดังนี้ (อรุณ จิรวัดมกุล, 2547)

$$n_{ads} = \frac{n}{1 - R}$$

โดย

n_{ads} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n = ขนาดตัวอย่างที่ได้จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

R = สัดส่วนการสูญหายจากการติดตาม (ร้อยละ 10)

$$\text{แทนค่า } n_{ads} = \frac{20}{1 - 0.10}$$

$$= 22.22 \text{ ได้เท่ากับ } 23 \text{ คนต่อกลุ่ม}$$

ดังนั้นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 23 คน รวม 2 กลุ่มเท่ากับ 46 คน

2. การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การคัดอาสาสมัคร จะสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ตามลำดับของการเข้ารับบริการที่หน่วยการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต อาสาสมัครที่เข้ามาลำดับเลขคู่ จะอยู่ในกลุ่มควบคุม อาสาสมัครที่เข้ามาลำดับเลขคี่ จะอยู่ในกลุ่มทดลอง โดยจะชี้แจงให้อาสาสมัครเข้าใจขั้นตอนการวิจัย การไม่สามารถเลือกกลุ่มได้เอง เนื่องจากอาจมีผลต่อการวิเคราะห์ผล หากผลการวิจัยได้ผลลัพธ์ที่ดี จะให้อาสาสมัครใช้โปรแกรมที่ได้พัฒนาในอนาคต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

- 1) โปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่มีภาวะวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า ได้ใช้แนวปฏิบัติ ตามคู่มือการให้คำปรึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชน ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- 2) โปรแกรมโทรเวชกรรม เป็นโปรแกรมที่พัฒนาโดยโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เป็นซอฟต์แวร์ที่ใช้เป็นช่องทางการติดต่อสื่อสาร เพื่อติดตามตรวจรักษาผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน สามารถสื่อสารด้วยภาพและเสียง มีระบบบันทึกเสียงการสนทนา มีความปลอดภัยในการรักษาความลับผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) แบบสอบถาม เรื่อง: ประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมโทรเวช เพื่อติดตามผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่มีภาวะวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี มี 4 ส่วน ได้แก่
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันและอดีต
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย Thai Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรง (Validity) ผู้ศึกษาได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

- 1) โปรแกรมการให้คำปรึกษา ผู้ศึกษาได้ใช้แนวปฏิบัติ ตามคู่มือการให้คำปรึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยนำหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า มาทำเป็นคู่มือรวมกับแนวทางการใช้โปรแกรมโทรเวชของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ชื่อ คู่มือการติดตั้งโปรแกรม และการให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรม MY iTele โดยคู่มือดังกล่าว ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีความเชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง 2) หัวหน้าทีมให้บริการปรึกษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี 3) หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าในแต่ละหัวข้อเท่ากับ 0.67 – 1.00

- 2) แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS) ผู้ศึกษาได้อ้างอิงการศึกษาของธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ ซึ่งทำการศึกษาเมื่อ ปี พ.ศ. 2539 มีค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับภาวะวิตกกังวล เท่ากับร้อยละ 100 และ 86.0 ตามลำดับ และ สำหรับอาการซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 85.71 และร้อยละ 91.3 ตามลำดับ โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient สำหรับ anxiety sub-scale เท่ากับ 0.86 และ depression sub-scale เท่ากับ 0.83

3) แบบสอบถามความพึงพอใจ ผู้ศึกษาได้ออกแบบแบบสอบถามเองหลังจากนั้นได้ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์จาก สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี จำนวน 3 ท่าน หัวหน้างานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลมะเร็่งอุตรธานี 1 ท่าน หัวหน้างานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล 1 ท่าน ดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.93

4) นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า จำนวน 5 ราย โดยใช้การวัดความเชื่อมั่นแบบวัดความคงที่ (Measure of Stability) ที่เป็นวิธีทดสอบซ้ำ (Test-Retest Method) ซึ่งใช้เครื่องมือเดียวกันไปทดสอบกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันจำนวน 5 คน รวม 2 ครั้ง ห่างกัน 3 วัน โดยมีค่าคะแนนก่อน-หลัง ดังตารางผลการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1. ผลการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

คนที่	ครั้งที่ 1 (X)	ครั้งที่ 2 (Y)	X ²	Y ²	XY
1	18	17	324	289	306
2	17	16	289	256	272
3	18	18	324	324	324
4	17	17	289	289	289
5	16	16	256	256	256
รวม	ΣX=86	ΣY= 84	ΣX ² =1,482	ΣY ² =1,414	ΣXY=1,447

ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นที่ได้จากการคำนวณมีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 แต่เนื่องจากคะแนนเดิมและคะแนนใหม่ของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเดียวกัน ดังนั้น จะได้ความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์อยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 เท่านั้น การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยมีสูตรคำนวณ ดังนี้ (Best and Kahn, 1993)

$$P_{XY} = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2] [N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

$$P_{XY} = \frac{5(1,447) - (86)(84)}{\sqrt{[5(1,482) - (86)^2] [5(1,414) - (84)^2]}} = 0.495$$

ดังนั้นค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.495

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1 การเตรียมการ

1) ประชุมผู้ร่วมโครงการวิจัย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในโครงการวิจัย เพื่อร่วมวางแผนการดำเนินโครงการวิจัย โดยมอบหมายให้ผู้ที่มีหน้าที่ให้คำปรึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษา และผ่านการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างน้อย 6 สัปดาห์ขึ้นไป และเป็นผู้รับผิดชอบ

ในการให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ผ่านการนิเทศการให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรมโทรเวชกรรมของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ซึ่งมีด้วยกัน 3 คน

2) จัดทำเอกสารเพื่อใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่ วัฏปฏิบัติในการให้การปรึกษา ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่มีภาวะวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า (Protocol of intervention) แบบบันทึกข้อมูลรายบุคคล (case record form) แบบบันทึกการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (inform consent form) และเอกสารข้อมูลอธิบายโครงการวิจัยสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

3) ทำการทดสอบ Protocol of intervention กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

4) ปรับ แก้ไขเครื่องมือ หรือ Protocol ตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญ

2. การดำเนินการ

1) หลังผ่านการอนุมัติโครงการวิจัย ประกาศรับสมัครอาสาสมัครโดยการเสนอแนวทางการวิจัยผ่านรายบุคคล และปิดป้ายประชาสัมพันธ์ที่แผนกงานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต และเว็บไซต์โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

2) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนน Thai-HADS ≥ 8 คะแนน และได้รับการให้คำปรึกษาแล้ว จะเสนอการเข้าร่วมวิจัย

3) ชี้แจงวัตถุประสงค์ และลงลายมือชื่อเมื่อยินดีเข้าร่วมวิจัย

4) อธิบายขั้นตอนและกระบวนการของการศึกษาและการให้บริการ

5) ทำการลงโปรแกรมในโทรศัพท์ สาธิตการใช้ และชี้แจงขั้นตอนการติดตามดูแล

6) ทั้ง 2 กลุ่มใช้รูปแบบกระบวนการให้คำปรึกษาที่เหมือนกัน ตามวัฏปฏิบัติในการให้การปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีภาวะวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า (Protocol of intervention)

7) ความถี่การให้คำปรึกษาทั้งสองกลุ่มที่ใช้โทรเวช ทุก 1 สัปดาห์ รวม 2 ครั้ง กลุ่ม control ที่จะให้คำปรึกษาเมื่อมาตามนัดเท่านั้นรวม 2 ครั้ง

8) ทำการประเมินโดยใช้เครื่องมือ Thai-HADS และแบบประเมินความพึงพอใจ เมื่อผู้ป่วยมาตามนัดครั้งถัดไปโดยมีระยะเวลาเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม

3. การวิเคราะห์ผล และสรุปผลการวิจัย

1) รวบรวมแบบบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบบันทึกข้อมูล และทำการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

2) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์ทางสถิติ (SPSS version.20)

3) จัดทำเอกสารผลการวิจัยและเผยแพร่ผลงานวิจัย

การวิเคราะห์ทางสถิติ (Statistical analysis)

1. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2) วิเคราะห์ค่าคะแนนภาวะวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความพึงพอใจ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนต่ำสุด และ ค่าคะแนนสูงสุด

3) วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความพึงพอใจระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent T-test

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้จะปฏิบัติตามเกณฑ์การปฏิบัติกรวิจัยที่ดี (Good Clinical Practice; GCP) สิทธิ ความเป็นส่วนตัว และความเป็นอยู่ที่ดีของอาสาสมัครจะได้รับความคุ้มครองตามหลักการแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี หนังสือรับรองเลขที่ UDCH_COA 010/2024 อาสาสมัครจะได้รับคำชี้แจงถึงประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการ ศึกษาวิจัยอย่างครบถ้วนจนเป็นที่พอใจ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความเต็มใจ โดยลงนามในหนังสือแสดง ความยินยอมไว้เป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

1. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข ได้แก่

1) ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกินกว่าความเสี่ยงทั่วไป อาจมีการเสียเวลาทำแบบประเมิน เป็นเวลา 15 นาที และ ต้องใช้เวลาในการกระบวนการให้คำปรึกษา เป็นเวลาประมาณ 30 นาที

2) การชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัครและการยินยอมให้ทำการวิจัยของอาสาสมัครอาสาสมัครทุกคนที่ เข้าร่วมโครงการ จะต้องได้รับคำชี้แจงจนเข้าใจอย่างชัดเจนจากคณะผู้วิจัย และได้ลงลายมือในใบยินยอมให้ทำการ วิจัย

2. ประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวกับด้านจริยธรรม

1) การเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะใช้รูปแบบของรหัส และรักษาความลับของผู้เข้าร่วมโดย ไม่นำข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยไปเปิดเผยต่อสาธารณชนไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

2) หลักฐานหรือเอกสารทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัยเมื่อทำการวิจัยเสร็จต้อง ทำลายเอกสารทิ้งทั้งหมด

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.52 และ อายุระหว่าง 41 - 60 ปี คิด เป็นร้อยละ 52.17 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุ มากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.87 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.78 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.85 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มี อายุ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.52 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.04 ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาต่างจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 69.57 และคิดเป็นร้อยละ 60.87 กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพมากที่สุด คือ รับจ้างทั่วไป/ธุรกิจส่วนตัว และกลุ่ม ว่างงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 30.43 เท่ากัน รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 26.09, กลุ่มทดลอง ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 39.13 รองลงมาประกอบอาชีพว่างงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน คิดเป็น ร้อยละ 30.43, ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 82.61 และ 69.57 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ที่ 5,000 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.17 เท่ากัน ประวัติการดื่มสุรา ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เคยดื่มแต่เลิกแล้ว คิดเป็นร้อยละ 65.22 และ คิดเป็นร้อยละ 60.87 และประวัติการสูบบุหรี่ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 47.83 เท่ากัน ส่วนสถานภาพพบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 65.22 และ 91.30 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
เพศ				
- ชาย	13	56.52	12	52.17
- หญิง	10	43.48	11	47.83
อายุ				
- 18-40 ปี	0	0	2	8.70
- 41-60 ปี	9	39.13	13	56.52
- มากกว่า 60 ปี	14	60.87	8	34.78
Mean±SD	61.78 ± 8.85		55.43 ± 11.04	
Min : Max	42	75	31	73
ภูมิลำเนา				
- ภูมิลำเนาในจังหวัด	7	30.43	9	39.13
- ภูมิลำเนาต่างจังหวัด	16	69.57	14	60.87
อาชีพ				
- รับจ้างทั่วไป/ธุรกิจส่วนตัว	7	30.43	2	8.70
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	4.35	1	4.35
- เกษตรกร	6	26.09	9	39.13
- ค้าขาย	2	8.70	3	13.04
- วางงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน	7	30.43	7	30.43
- อื่น ๆ	0	0.00	1	4.35
สถานะภาพ				
- โสด	1	4.35	1	4.35
- คู่	15	65.22	21	91.30
- หม้าย/แยก/หย่าร้าง	7	30.43	1	4.35
ระดับการศึกษา				
- ไม่ได้เรียน	1	4.35	0	0.00
- ชั้นประถมศึกษา	19	82.61	16	69.57
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	4.35	5	21.74
- ปริญญาตรี	2	8.70	2	8.70

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าเป็นมะเร็งลำไส้ คิดเป็นร้อยละ 39.13 เท่ากัน ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติแพ้ยา คิดเป็นร้อยละ 95.65 และ 100 ตามลำดับ และทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เคยมีประวัติการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 69.57 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ทราบการแพร่กระจายของโรค คิดเป็นร้อยละ 56.52

และ 86.96 ตามลำดับ ตำแหน่งที่มีการกระจายมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ต่อม้ำเหลือง คิดเป็นร้อยละ 46.15 และ 75.00, ปอด คิดเป็นร้อยละ 46.15 และ 45.00 และ ตับ คิดเป็นร้อยละ 38.46 และ 30.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3 ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ประวัติการเจ็บป่วย	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคมะเร็งที่วินิจฉัย				
มะเร็งเต้านม	5	21.74	3	13.04
มะเร็งลำไส้	9	39.13	9	39.13
มะเร็งศีรษะและลำคอ	2	8.70	3	13.04
มะเร็งปอด	3	13.04	1	4.35
มะเร็งตับ	1	4.35	2	8.70
มะเร็งกระเพาะอาหาร	1	4.35	1	4.35
มะเร็งปากมดลูก	0	0	1	4.35
มะเร็งต่อมลูกหมาก	1	13.04	0	4.35
มะเร็งผิวหนัง	0	0	1	4.35
มะเร็งเยื่อเซลล์กระดูก	0	0	1	4.35
มะเร็งไต	1	4.35	0	0
ไม่ทราบต้นกำเนิด	0	0	1	4.35
การแพร่กระจาย				
ไม่ทราบการแพร่กระจาย	10	43.48	3	13.04
ทราบการแพร่กระจาย	13	56.52	20	86.96
- ตับ	5	38.46	6	30.00
- ปอด	6	46.15	9	45.00
- เยื่อหุ้มปอด	0	0.00	1	5.00
- กระดูก	3	23.07	1	5.00
- ต่อม้ำเหลือง	6	46.15	15	75.00
- ช่องท้อง	0	0.00	2	10.00
- สมอง	0	0.00	2	10.00
- ผนังทรวงอก	0	0.00	1	5.00
ประวัติแพ้ยา				
ไม่แพ้	22	95.65	23	100.00
แพ้	1	4.35	0	0.00
ประวัติการผ่าตัด				
ไม่เคยผ่าตัด	7	30.43	7	30.43
เคยผ่าตัด	16	69.57	16	69.57
รวม	23	100.00	23	100.00

3. ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนภาวะวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความพึงพอใจ

หลังให้คำปรึกษา ภาวะวิตกกังวล ของกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.48 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.34 ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.26 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.63 ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนต่ำสุด 4 คะแนน และ 3 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุด 8 คะแนน และ 9 คะแนน ตามลำดับ โดยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีภาวะวิตกกังวล อาการซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.96 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.15 ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.96 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.43 ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนต่ำสุด 4 คะแนน และ 3 คะแนน มีค่าคะแนนสูงสุด 8 คะแนน และ 9 คะแนน ตามลำดับ โดยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีอาการซึมเศร้า

ตารางที่ 4. ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนภาวะวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความพึงพอใจ

การประเมิน	$\bar{X}$	SD.	Min	Max	แปลผล
ภาวะวิตกกังวล					
กลุ่มควบคุม (n=23)	6.48	1.34	4	8	ไม่มีภาวะวิตกกังวล
กลุ่มทดลอง (n=23)	6.26	1.63	3	9	ไม่มีภาวะวิตกกังวล
อาการซึมเศร้า					
กลุ่มควบคุม (n=23)	5.96	1.15	4	8	ไม่มีอาการซึมเศร้า
กลุ่มทดลอง(n=23)	5.96	1.43	3	9	ไม่มีอาการซึมเศร้า

เปรียบเทียบคะแนนภาวะวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความพึงพอใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

โดยใช้การทดสอบพารามेटริกซ์ ด้วยเทคนิค (independent t-test) หลังให้คำปรึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะวิตกกังวล 6.48 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะวิตกกังวล 6.26 คะแนน เมื่อทดสอบแล้วพบว่ากลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีภาวะวิตกกังวล ไม่แตกต่างกัน ($p=0.624$) กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะวิตกกังวล 5.96 คะแนน และกลุ่มควบคุมได้มีคะแนนอาการซึมเศร้า 5.96 คะแนน เมื่อทดสอบแล้วพบว่ากลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีอาการซึมเศร้า ไม่แตกต่างกัน ($p=1.00$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนภาวะวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การประเมิน	Mean	S.D	t	p-value
ภาวะวิตกกังวล				
ควบคุม	6.48	1.34	0.494	0.624
ทดลอง	6.26	1.63		
อาการซึมเศร้า				
ควบคุม	5.96	1.15	0.00	1.00
ทดลอง	5.96	1.43		

*p-value <0.05, independent t-test

คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มควบคุม

ความพึงพอใจหลังให้คำปรึกษาภาพรวม ของกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับความพึงพอใจมาก (ค่าเฉลี่ย 3.89) คิดเป็นร้อยละ 77.80 เมื่อแยกออกเป็นรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ อยู่ในระดับความพึงพอใจมาก (ค่าเฉลี่ย 3.63) คิดเป็นร้อยละ 72.60 ข้อคำถามที่มีความพึง

พอใจมากที่สุดคือ ความมั่นใจในระบบปกป้องข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.65) คิดเป็นร้อยละ 93.00 ส่วนด้านทักษะเจ้าหน้าที่ มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.24) คิดเป็นร้อยละ 84.80 ข้อคำถามที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ ผู้ให้บริการมีอัธยาศัย และใส่ใจในการให้บริการ อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.83) คิดเป็นร้อยละ 96.60 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มควบคุม

การประเมิน	$\bar{X}$	SD.	Min	Max	แปลผล
ความพึงพอใจ					
ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ					
1. ขั้นตอนการให้บริการมีความเหมาะสม คล่องตัว เข้าใจง่าย	4.43	0.51	4	5	มากที่สุด
2. ระยะเวลาในการให้บริการเหมาะสม	4.22	0.67	3	5	มากที่สุด
3. สื่อ เทคโนโลยีที่นำมาใช้เหมาะสม	3.43	0.59	3	5	มาก
4. ความสะดวก รวดเร็วของการให้บริการ	4.39	0.89	1	5	มากที่สุด
5. การประหยัดเวลาในการเดินทาง	2.22	0.95	0	4	น้อย
6. การบริการนี้ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาลได้	2.09	0.95	0	4	น้อย
7. ความมั่นใจในระบบปกป้องข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม	4.65	0.49	4	5	มากที่สุด
ผลรวมเฉลี่ย	3.63	0.46	2.29	4.43	มาก
ด้านทักษะเจ้าหน้าที่					
1. ผู้ให้บริการมีอัธยาศัย และใส่ใจในการให้บริการ	4.83	0.39	4	5	มากที่สุด
2. ให้คำแนะนำและตอบข้อซักถามอย่างชัดเจน	4.48	0.51	4	5	มากที่สุด
3. ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถในการให้คำปรึกษา	4.48	0.51	4	5	มากที่สุด
4. ความรวดเร็วในการแก้ไขปัญหาความกังวลและอาการซึมเศร้า	3.61	0.58	3	5	มาก
5. มีการติดตามผลหลังให้คำปรึกษา	3.83	0.58	3	5	มาก
ผลรวมเฉลี่ย	4.24	0.32	3.60	4.80	มากที่สุด
ภาพรวม	3.89	0.32	3.17	4.50	มาก

คะแนนความพึงพอใจ ของกลุ่มทดลอง

ภาพรวมความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.54) คิดเป็นร้อยละ 90.80 เมื่อแยกออกเป็นรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.42) คิดเป็นร้อยละ 88.40 ข้อคำถามที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ การบริการนี้ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาลได้ อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.96) คิดเป็นร้อยละ 99.20 ส่วนด้านทักษะเจ้าหน้าที่ มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.71) คิดเป็นร้อยละ 94.20 ข้อคำถามที่มีความพึง

พอใจมากที่สุดคือ ผู้ให้บริการมีอัธยาศัย และใส่ใจในการให้บริการ อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.91) คิดเป็นร้อยละ 98.20 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนความพึงพอใจ ของกลุ่มทดลอง

การประเมิน	$\bar{X}$	SD.	Min	Max	แปลผล
ความพึงพอใจ					
ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ					
1. ขั้นตอนการให้บริการมีความเหมาะสม คล่องตัว เข้าใจง่าย	4.22	0.60	3	5	มากที่สุด
2. ระยะเวลาในการให้บริการเหมาะสม	4.43	0.51	4	5	มากที่สุด
3. สื่อ เทคโนโลยีที่นำมาใช้เหมาะสม	4.57	0.59	3	5	มากที่สุด
4 ความสะดวก ราบรื่นของการให้บริการ	3.48	0.59	3	5	มาก
5 การประหยัดเวลาในการเดินทาง	4.91	0.29	4	5	มากที่สุด
6 การบริการนี้ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการ เดินทางไปโรงพยาบาลได้	4.96	0.21	4	5	มากที่สุด
7 ความมั่นใจในระบบปกป้องข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้รับบริการอย่าง เหมาะสม	4.35	0.57	3	5	มากที่สุด
ผลรวมเฉลี่ย	4.42	0.27	3.86	5	มากที่สุด
ด้านทักษะเจ้าหน้าที่					
1. ผู้ให้บริการมีอัธยาศัย และใส่ใจในการ ให้บริการ	4.91	0.29	4	5	มากที่สุด
2. ให้คำแนะนำและตอบข้อซักถามอย่าง ชัดเจน	4.61	0.50	4	5	มากที่สุด
3. ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถในการให้ คำปรึกษา	4.61	0.51	4	5	มากที่สุด
4. ความรวดเร็วในการแก้ไขปัญหาความกังวล และอาการซึมเศร้า	4.65	0.57	3	5	มากที่สุด
5. มีการติดตามผลหลังให้คำปรึกษา	4.78	0.42	4	5	มากที่สุด
ผลรวมเฉลี่ย	4.71	0.30	4	5	มากที่สุด
ภาพรวม	4.54	0.21	4.08	4.92	มากที่สุด

เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

หลังให้คำปรึกษา พบว่า คะแนนความความพึงพอใจของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 3.89 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.54 เมื่อทดสอบแล้วพบว่ากลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การประเมิน	Mean	S.D	t	p-value
ความพึงพอใจ				
กลุ่มควบคุม	3.89	0.32	-8.182	<0.001*
กลุ่มทดลอง	4.54	0.21		

*p-value <0.05, independent t-test

อภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปทั้งกลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลอง โดยส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทั้งหมด เพศชาย ร้อยละ 56.52 และ 52.17 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับเพศหญิง กลุ่มอายุของกลุ่มควบคุม มีอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 39.13 อายุ > 60 ปี ร้อยละ 60.87 กลุ่มทดลอง มีอายุ 18-40 ปี จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 8.70), อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 56.52 อายุ > 60 ปี ร้อยละ 34.78 ซึ่งสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่จะเกิดในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีอายุระหว่างอายุ 61-80 ปี ร้อยละ 47.10 สาเหตุที่ช่วงอายุของทั้งสองกลุ่มต่างกัน อาจเป็นเพราะความพร้อมของการใช้สมาร์ทโฟนในวัยกลางคนมีมากกว่าในวัยสูงอายุ (เข็มทอง ตรีเนตรไพบูลย์, 2566) และสอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565 พบว่า กลุ่มคนที่มีอายุระหว่าง 43 – 57 ปี (Generation X) ใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่า กลุ่มคนที่มีอายุ 58 ปีขึ้นไป (Baby Boomers) คือร้อยละ 29.41 และ ร้อยละ 13.22 สถานะภาพสมรส คู่ ร้อยละ 65.22 และ 91.30 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 26.09 และ 39.13 ตามลำดับรายงานของ (สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, 2565) ในด้านระดับการศึกษาของกลุ่มทดลอง มีระดับการศึกษาที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย ซึ่งการศึกษาของสุพรรณฯ สุนทรโรปกรณ์ (มปป.) พบว่าการศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการเลือกซื้อสมาร์ทโฟน จึงคิดว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันของกลุ่มทดลองในครั้งนี้จะไม่กระทบต่อวัตถุประสงค์งานวิจัย ทั้งกลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ที่ 5,000 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.17 เท่ากัน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีอาชีพพ่อบ้าน หรือแม่บ้าน หรือว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 30.43 เท่ากัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติแพ้ยา คิดเป็นร้อยละ 95.65 และ 100 ตามลำดับ

ประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มควบคุม ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง 3 อันดับแรก คือ มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม และมะเร็งปอด ร้อยละ 39.13, 21.74 และ 13.04 ตามลำดับ กลุ่มทดลอง คือ มะเร็งลำไส้ มะเร็งอื่น ๆ และ มะเร็งเต้านม ร้อยละ 39.13, 17.39 และ 13.04 ตามลำดับ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอดเท่ากันร้อยละ 39.13 สอดคล้องกับการศึกษาความชุก และลักษณะของผู้ป่วยประคับประคองกลุ่มโรคมะเร็งในอำเภออุทุมพรพิสัย ในปีพ.ศ. 2563 พบว่า โรคที่พบเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายอันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม (แสงระวี ศรีเสน, 2563) ส่วนมะเร็งชนิดอื่น มีการกระจายตัวของข้อมูลแตกต่างกัน กลุ่มควบคุมพบการกระจายของโรคมะเร็งไปยังอวัยวะ หรือตำแหน่งอื่น 3 อันดับ คือ ต่อม้าน้ำเหลือง ปอด และตับ ร้อยละ 64.15, 64.15 และ 38.64 ตามลำดับ กลุ่มทดลองพบการกระจายของโรคมะเร็งไปยังอวัยวะ หรือตำแหน่งอื่น 3 อันดับ คือ ต่อม้าน้ำเหลือง ปอด และตับ ร้อยละ 75.00, 40.00 และ 30.00 ตามลำดับ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการกระจายของโรคมะเร็งไปยังอวัยวะหรือตำแหน่งอื่น ทั้ง 3 อันดับแรกไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ทราบว่า

โรคเมเร็งที่เป็นมีการกระจายไปอวัยวะหรือตำแหน่งอื่น ร้อยละ 56.52 และ 86.96 ตามลำดับ ประวัติการผ่าตัด ทั้งสองกลุ่ม มีประวัติการผ่าตัดร้อยละ 69.57 เท่ากัน

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนต่ำสุด และ ค่าคะแนนสูงสุด ของคะแนนภาวะวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความพึงพอใจ หลังให้คำปรึกษา ดังนี้ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะวิตกกังวล เท่ากับ 6.48 ± 1.34 ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 4 ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 8 อาการซึมเศร้า เท่ากับ 5.96 ± 1.15 ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 4 ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 8 ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะวิตกกังวล เท่ากับ 6.26 ± 1.63 ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 3 ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 9 อาการซึมเศร้า เท่ากับ 5.96 ± 1.43 ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 3 ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 9 ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มไม่มีภาวะวิตกกังวล ส่วนค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจภาพรวม กลุ่มควบคุม เท่ากับ 3.89 ± 0.32 ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 3.17 ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 4.50 ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจภาพรวม เท่ากับ 4.54 ± 0.21 ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 4.08 ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 4.92

การเปรียบเทียบคะแนนภาวะวิตกกังวลของกลุ่มให้คำปรึกษาแบบปกติ และกลุ่มที่ใช้โทรเวช พบว่ากลุ่มที่ใช้โทรเวช มีคะแนนภาวะวิตกกังวลเฉลี่ย 6.48 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะวิตกกังวลเฉลี่ย 6.26 คะแนน เมื่อทดสอบแล้วพบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีภาวะวิตกกังวล ไม่แตกต่างกัน ($p=0.624$) กลุ่มที่ใช้โทรเวช มีคะแนนอาการซึมเศร้า 5.96 คะแนน และกลุ่มควบคุม มีคะแนนอาการซึมเศร้า 5.96 คะแนน เมื่อทดสอบแล้วพบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีภาวะวิตกกังวล ไม่แตกต่างกัน ($p=1.00$) ซึ่งอภิปรายได้ว่า แม้ทั้งสองกลุ่มจะใช้ช่องทางในการให้คำปรึกษาที่แตกต่างกัน ทั้งกลุ่มที่ให้คำปรึกษาแบบปกติ และกลุ่มที่ให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรมโทรเวช แต่ใช้กระบวนการให้คำปรึกษาที่เหมือนกัน จำนวนครั้ง เท่ากัน จึงให้ผลลัพธ์ในด้านการลดภาวะวิตกกังวล และลดอาการซึมเศร้า ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยใช้ Tele-nursing โรงพยาบาลระนอง พบว่า Tele-nursing สามารถลดภาวะวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และสามารถนำโทรเวชมาใช้ให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชได้ (พิมพ์ใจ เหลืองอ่อน และกัลยาณี นาคฤทธิ์, 2566)

การเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มให้คำปรึกษาแบบปกติ เท่ากับ 3.89 และกลุ่มให้คำปรึกษาทางโทรเวช เท่ากับ 4.54 เมื่อทดสอบแล้วพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้โปรแกรมโทรเวชในการให้คำปรึกษามีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่รับคำปรึกษาแบบปกติ ซึ่งเมื่อพิจารณาความแตกต่างเป็นรายข้อ พบว่า การใช้โทรเวชช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การประหยัดเวลา และช่วยแก้ปัญหาได้รวดเร็วกว่าการให้คำปรึกษาแบบปกติที่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลตามวันที่แพทย์นัดหมายจึงจะได้รับคำปรึกษาอีกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของการใช้บริการระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีความสะดวกสบายเมื่อไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายจากการเดินทาง ผู้ป่วยไม่ต้องรอคิวนาน สามารถรับการรักษาโดยสื่อสารกับแพทย์ได้ทุกที่ ลดขั้นตอนในการรักษาได้ (จุฑาลักษณ์ เดชเกษม, 2564)

เอกสารอ้างอิง

- กุศลภรณ์ ชัยอุสม, ภาพันท์ วัฒนวิทย์กิจ, ภัทรี พหลภักย์, พงศธร พหลภักย์. (2560). ตำราจิตเวชศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- เข็มทอง ตรีเนตรไพบูลย์, เอมอร ส่วยสม และ อดิณญา ลาลูน. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 31(2), 251 – 261.
- จุฑาลักษณ์ เดชเกษม (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของการใช้บริการระบบโทรเวชกรรม (telemedicine) ในโรงพยาบาล. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
- ทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี (2565). *Hospital Based Cancer Registry 2022*. กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข, 4-23.
- ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล, อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(1), 18-30.
- พิมพ์ใจ เหลืองอ่อน และ กัลยาณี นาคฤทธิ์. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้ Tele-nursing โรงพยาบาลระนอง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 6(2), กรกฎาคม - ธันวาคม ISSN 2822-034X (Online).
- วิภาวณีย์ อรรถพรชัย และชวณ กิจศิริกุล. (2564). การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์นมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 7(3), 258-271.
- สุพรรณฯ สุนทรโรปกรณ์. (มปป.). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อโทรศัพท์สมาร์ทโฟนของพนักงานบริษัท ไทยเค เค อุตสาหกรรม จำกัด. สาขาวิชาการตลาด, คณะบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- แสงระวี ศรีเสน. (2022). ความชุกและลักษณะของผู้ป่วยประคับประคองกลุ่มโรคมะเร็งในอำเภออุทุมพรพิสัย พ.ศ. 2563. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์, 37(2), 411-419. สืบค้น จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/258928>
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2565). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565. กระทรวงดิจิทัล, 77-85.
- อรุณ จิรวัดกุล. (2547). ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ . ขอนแก่น :ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์. (2565). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อิทธิพร คณะเจริญ. (2563). เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลเชื่อมแพทย์และผู้ป่วยให้ใกล้แม้อยู่ห่างไกลกัน. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 5(54), 9 สืบค้นจาก <https://ebook.redcross.or.th/wp-content/uploads/securepdfs/2020/09>
- Anna Freud. (1993). Ego and the mechanisms of defense. London: Karnac book, 3-8.

- Best, John W., & Kahn, James V. (1993). *Research in education* (7th ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Bruera, E., Higginson, I.J., von Gunten, C.F., & Morita, T. (Eds.). (2021). *Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care* (3rd ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9780429275524>
- Chambers, S.K., Meng, X., Youl, P. et al. (2012). A five-year prospective study of quality of life after colorectal cancer. *Qual Life Res*, 21, 1551–1564.
<https://doi.org/10.1007/s11136-011-0067-5>
- Cohen, J. (1996). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Elizabeth Kubler-Ross. (1974). *Questions and Answers on Death and Dying*. A Companion Volume to *on death and dying*, 12(23), 25-32.
- El-Rufaie, O. E., & Absood, G. (1987). Validity study of the Hospital Anxiety and Depression Scale among a group of Saudi patients. *The British journal of psychiatry: The journal of mental science*, 151, 687–688.
- Harry Stack Sullivan. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. (1st ed.). Routledge. Published 30 September 2013. <https://doi.org/10.4324/9781315014029>
- Holland, J.C., & Alici, A. (2010). Management of distress in cancer patients. *Supportive Oncology*, (8), 4–12.
- Leung, C. M., Ho, S., Kan, C. S., Hung, C. H., & Chen, C. N. (1993). Evaluation of the Chinese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. A cross-cultural perspective. *International journal of psychosomatics: official publication of the International Psychosomatics Institute*, 40(1-4), 29–34.
<https://doi.org/10.1192/bjp.151.5.687>
- Persaud R. (2008). *The mind a user's guide*. The Royal College of Psychiatrists, United Kingdom. ISBN 13: 9780593056356
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th Edition, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 796 s.
- Thasaneesuwan, S., & Nilmanat, K. (2019). Psychological Distress in Patient with Cancer Undergoing Chemotherapy and Nursing Care. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, 39(4), 110–119.
- WHO. (2002). World Health Organization definition of Palliative Care. Retrieved 2023 Dec 1 from: <https://palliativecare.org.au/wp-content>

การศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยง
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก

อารีย์ ทวีวงศ์^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้รูปแบบวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ กำหนดขั้นตอนในการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 59 คน ซึ่งได้มาจากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ แบบสอบถามและแบบฟอร์มคัดกรอง วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

ผลการศึกษาพบว่า ในแต่ละปีมีประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉลี่ยร้อยละ 10.73 ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ และผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพโดยเฉลี่ย ร้อยละ 23.33 ไม่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยยืนยันผล เนื่องจากขาดการกระตุ้นเตือน ติดตาม รวมถึงไม่มีเอกสารใบส่งตัวตามระบบ จากการศึกษาข้อมูลคุณสมบัติและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยความรู้ในระดับ พอใช้ ($\bar{X} = 15$, SD. = 2.64) ความรู้เกี่ยวกับแนวทางและวิธีปฏิบัติในการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยความรู้ในระดับ ไม่ดีพอ ($\bar{X} = 11.66$, SD. = 2.58) และผลการทดสอบความรู้ โดยการประเมินผลความถูกต้องในการใช้แบบคัดกรอง มีค่าเฉลี่ยการใช้แบบคัดกรองได้อย่างถูกต้อง ($\bar{X} = 4.92$, SD. = 1.48) โดยสามารถใช้แบบคัดกรองได้อย่างถูกต้องสูงสุดเพียงร้อยละ 1.69 จากการนำผลการศึกษาสถานการณ์การตรวจคัดกรองและศักยภาพในการตรวจคัดกรองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาวิเคราะห์ด้วยเทคนิค AIC พร้อมทั้งดำเนินการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และดำเนินการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านกิจกรรม “ตราปั๊มมหัศจรรย์รู้ทันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” โดยการปรับเปลี่ยนแนวคิดสู่การปฏิบัติด้วยการทดลองใช้แบบตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเมินภาวะสุขภาพประชากรกลุ่มเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูล จัดกลุ่มความเสี่ยง และแนวทางการส่งต่อเข้าสู่การตรวจวินิจฉัยยืนยันผล พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการทดสอบความรู้โดยการประเมินผลความถูกต้อง ในการใช้แบบคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ($\bar{X} = 6.47$, SD. = 1.41) โดยสามารถใช้แบบคัดกรองได้อย่างถูกต้องสูงสุดร้อยละ 5.08

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาทุเรียน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครนายก

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

A study of the effectiveness of developing a screening model for the population at risk of chronic non-communicable diseases by village health volunteers in the area of BanBangPrang Subdistrict Health Promotion Hospital, Mueang Nakhon Nayok District, Nakhon Nayok Province.

Aree^{1*} Thaweewong

Abstract

This research aimed to study the current situation of screening at-risk populations for non-communicable diseases (NCDs), to develop a screening model for such populations, and to assess the effectiveness of this developed screening model when implemented by village health volunteers. The study was conducted in the catchment area of Ban Bang Prang Sub - district Health Promoting Hospital, Mueang Nakhon Nayok District, Nakhon Nayok Province. It employed both quantitative and qualitative research methods and was carried out in three phases. The sample group consisted of 59 village health volunteers selected through purposive sampling. The research tools used were questionnaires and screening forms. Data were analyzed using descriptive statistics and rating scale measures.

The study found that, on average, 10.73% of the at-risk population for non-communicable diseases did not undergo health screening each year. Among those who were screened, an average of 23.33% did not proceed to confirmatory diagnosis due to lack of reminders, follow-ups, and proper referral documentation within the system. The assessment of the qualifications and capacity of village health volunteers revealed that their overall knowledge level was moderate ($\bar{X}$ = 15, SD = 2.64). However, their knowledge regarding the guidelines and procedures for screening at-risk populations for NCDs was generally inadequate ($\bar{X}$ = 11.66, SD = 2.58). In testing their knowledge through the evaluation of the accuracy in using the screening tool, the average score was 4.92 (SD = 1.48), with only 1.69% achieving full accuracy. Based on the findings on the screening situation and the volunteers' screening capacity, an analysis was conducted using the AIC technique. Subsequently, efforts were made to enhance the capacity of the village health volunteers and to develop a new screening model through the activity titled "The Magic Stamp Against NCDs." This involved a conceptual shift to practical implementation using an experimental screening form for NCD risk, evaluating the health status of at-risk populations, analyzing data, categorizing risk levels, and designing referral pathways for confirmatory diagnosis. As a result, the average and standard deviation scores for knowledge accuracy in using the screening form improved ($\bar{X}$ = 6.47, SD = 1.41), with the highest rate of correct usage rising to 5.08%.

Keywords: Non-communicable diseases (NCDs), At-risk populations for non-communicable diseases, Village health volunteers

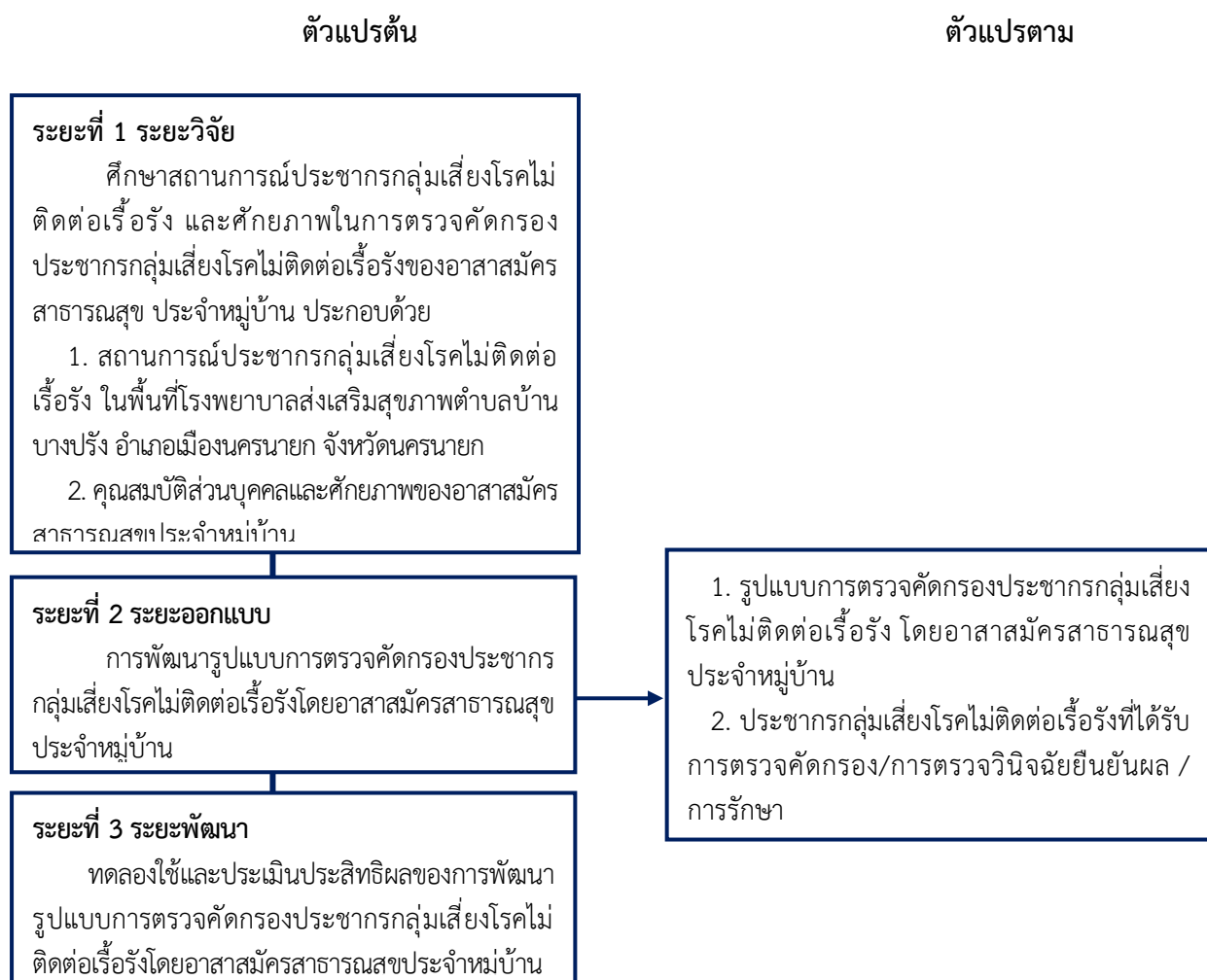
บทนำ

การพัฒนาอย่างก้าวกระโดดในด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในช่วงศตวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมรวมถึงวิถีชีวิตของประชากร ในปัจจุบันพบว่าประชากรมีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (non-communicable diseases) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในแต่ละปีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรมากกว่า 36 ล้านคนทั่วโลก และประมาณ 320,000 คนต่อปีในประเทศไทย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 75 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด ในจำนวนนี้พบว่าร้อยละ 55 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี โดยมีสาเหตุอันดับหนึ่ง คือ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) องค์การอนามัยโลกและองค์กรต่าง ๆ ได้มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องในการจัดการกับปัญหาโรค NCDs ใน 4 ด้าน คือ 1) การขับเคลื่อนนโยบายและสร้างพันธมิตรความร่วมมือ 2) การส่งเสริม ป้องกันโรค และปัจจัยเสี่ยงหลัก ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทุกช่วงวัย 3) การเสริมสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพรวมถึงการเข้าถึงการรักษาโรค และ 4) การเฝ้าระวัง ติดตาม และวิเคราะห์สถานการณ์ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2564) ประเทศไทยได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อผ่านแผนปฏิบัติการต่าง ๆ ที่มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) เพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์เชิงยุทธศาสตร์และการเสริมสร้างระบบบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี ประกอบด้วย 4 เรื่อง คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) แผนงานที่ 3 การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2564)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก เป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่ประสบกับปัญหาประชากรป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 220 ราย ในปี 2564 เป็น 232 และ 236 รายในปี 2565 และปี 2566 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และประชากรกลุ่มเสี่ยงในแต่ละปีก็มีทิศทางแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ดังนั้นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงเป็นความท้าทายของเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ในการปฏิบัติการกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันโรค โดยเฉพาะการคิดค้นมาตรการสุขภาพ (Health intervention) (กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) เนื่องจากมีข้อจำกัดที่สำคัญที่เชื่อมโยงกันเป็นห่วงโซ่ คือ ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแต่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองส่วนหนึ่งยังไม่ได้รับการตรวจวินิจัยยืนยันผล ผู้ที่พบโรคจากการตรวจวินิจัยยืนยันผลส่วนหนึ่งขาดการเข้ารับ

การรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งการดำเนินงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรังขับเคลื่อนงานด้านส่งเสริมสุขภาพและการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับชุมชนโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ “อสม.” เป็นกำลังหลักในการสื่อสารข้อมูล โดยเชื่อมการดำเนินงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในหมู่บ้าน รวมถึงการรายงานหรือแจ้งข้อมูลความเสี่ยงให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อทราบสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ด้วยปัญหาจากการจัดระบบบริการที่มีรูปแบบเดียวกันกับผู้ป่วยทุกกลุ่มและประชากรกลุ่มเสี่ยง ทำให้ประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรอง ส่งต่อ วินิจฉัย และติดตาม ในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดการปรับระบบและรูปแบบการให้บริการ (reorient health service) ด้านการตรวจคัดกรอง ส่งต่อ วินิจฉัย และติดตามในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้เกิดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิอย่างครอบคลุมทั่วทั้งพื้นที่ อันจะเป็นการช่วยลดผู้ป่วยรายใหม่ และลดระดับความรุนแรงของการป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืนต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- (1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก
- (2) เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก
- (3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก ในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้รูปแบบวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนในการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ศึกษาสถานการณ์ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก และศึกษาคุณสมบัติส่วนบุคคลและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ระยะที่ 2 ระยะออกแบบ การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระยะที่ 3 ระยะพัฒนา ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ดำเนินการศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (N) ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายชื่ออยู่ในระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี 2567 ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก จำนวน 59 คน

กลุ่มตัวอย่าง (n) ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายชื่ออยู่ในระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี 2567 ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก จำนวน 59 คน ซึ่งได้มาจากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์และการคัดเลือกข้อมูลอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยการศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอมืองนครนายก จังหวัดนครนายก แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

(1) แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสบการณ์ด้านการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับแนวทางและวิธีปฏิบัติในการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ

(2) แบบฟอร์มคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง) อายุ 35 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป (2) การประเมินปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน (3) การคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (4) การประเมินแบบแผนการออกกำลังกาย (5) การสูบบุหรี่ (6) การคัดกรองความเสี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (7) การประเมินแบบแผนการบริโภค และ (8) การประเมินความเครียด และสรุปสถานะสุขภาพ และช่วงเวลาการติดตามคัดกรอง “ตราปั๊มมหัศจรรย์รู้ทันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

(1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณา จากนั้นรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการ ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยด้วยค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) โดยใช้ค่า IOC มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความง่ายของเนื้อหาความตรงตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยแบบทดสอบความรู้แบบสอบถามมีค่า IOC เท่ากับ 1.00, 0.80 และ 0.67 ตามลำดับ

(2) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ดำเนินการศึกษาวิจัย โดยแบบทดสอบความรู้ใช้สูตร KR (Kuder-Richardson 20: KR-20) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และร้อยละ (Percentile)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำมาวิเคราะห์โดยการนำคะแนนจากคำตอบที่เลือกตอบแบบถูกผิด มาจัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน

คะแนน <60% ของคะแนนเต็ม

การแปลผล

มีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับ ไม่ดีพอ

คะแนน $\geq 60\%$ - $< 80\%$ ของคะแนนเต็ม
คะแนน $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม

มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับ พอใช้
มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับแนวทางและวิธีปฏิบัติในการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำมาวิเคราะห์โดยการนำคะแนนจากคำตอบที่เลือกตอบแบบถูกผิด มาจัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	การแปลผล
คะแนน $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม	มีความรู้เกี่ยวกับแนวทางและวิธีปฏิบัติในการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับ ไม่ดีพอ
คะแนน $\geq 60\%$ - $< 80\%$ ของคะแนนเต็ม	มีความรู้เกี่ยวกับแนวทางและวิธีปฏิบัติในการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับ พอใช้
คะแนน $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	มีความรู้เกี่ยวกับแนวทางและวิธีปฏิบัติในการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับ ดี

การวิเคราะห์ข้อมูลความถูกต้องในการใช้แบบคัดกรอง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และร้อยละ (Percentile)

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสรุปตามความถูกต้องเชิงเนื้อหาให้ครบถ้วนทุกประเด็น จัดหมวดหมู่ของข้อมูลแยกรายประเด็นต่าง เปลี่ยนข้อมูลเชิงคุณภาพบางประเด็นให้เป็นข้อมูลเชิงปริมาณและบันทึกเป็นความถี่วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จังหวัดนครนายก เอกสารรับรองเลขที่ NPHO 2025-007 รหัสโครงการที่ 7/2568 ระหว่างวันที่ 31 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 30 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

จากผลการศึกษาศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก สามารถสรุปผลการศึกษาดังต่อไปนี้ได้ ดังนี้

(1) สถานการณ์การตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก

จากผลการตรวจคัดกรองและจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการตรวจคัดกรองและเข้าสู่กระบวนการรักษาย้อนหลังเป็นระยะเวลา 3 ปี คือระหว่างปี 2564 – 2566 พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก แสดงให้เห็นว่าในแต่ละปี มีประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉลี่ยร้อยละ 10.73 ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ และผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพโดยเฉลี่ย ร้อยละ 23.33 ไม่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยยืนยันผล เนื่องจากขาดการกระตุ้นเตือน ติดตาม รวมถึงไม่มีเอกสารใบส่งตัวตามระบบ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจคัดกรองและจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก ระหว่างปี 2564 – 2566

ข้อมูล	2564	2565	2566
ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	1041	1075	1011
ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการคัดกรอง ครั้งที่ 1	930	951	910
ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการคัดกรอง ครั้งที่ 2	30	24	80
ประชากรกลุ่มเสี่ยงมาตรวจวินิจฉัยยืนยันผล	24	20	60
ประชากรกลุ่มเสี่ยงไม่มาตรวจวินิจฉัยยืนยันผล	6	4	20
ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่	23	15	11
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใหม่	54	56	76

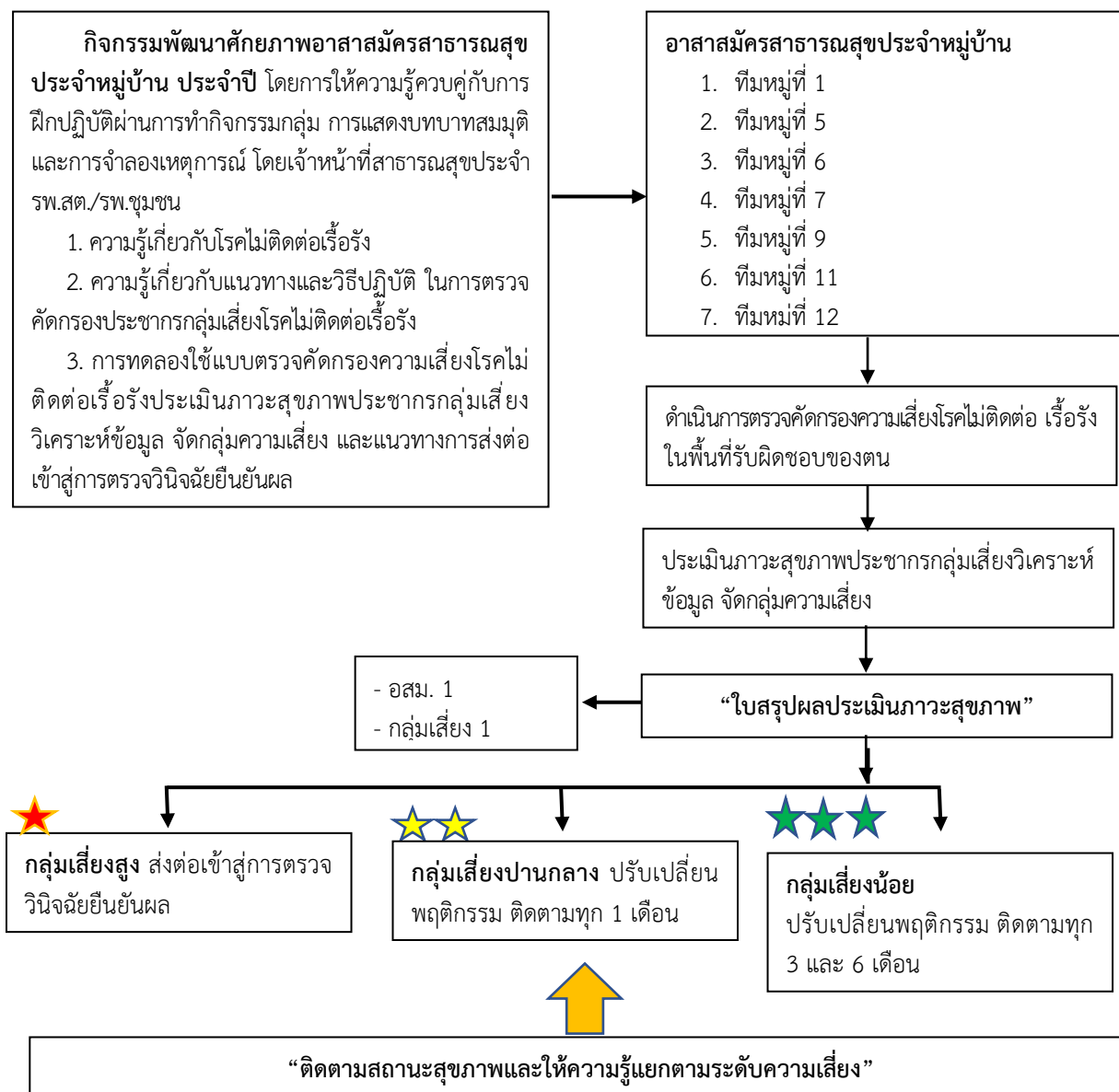
(2) การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก จากการศึกษาข้อมูลคุณสมบัติส่วนบุคคลและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก จำนวน 59 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.75 เพศชาย ร้อยละ 15.25 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 38.98 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.76 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.07 โดยส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้วมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 38.98 รองลงมาคือ 16 – 20 ปี ร้อยละ 18.64 และ 11 – 15 ปี ร้อยละ 18.64 ปฏิบัติงานด้านการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาแล้ว 6 – 10 ปี ร้อยละ 33.90 เคยได้รับการอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง แนวทางและวิธีปฏิบัติในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน และแนวทางและวิธีปฏิบัติในการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.32 และจากการทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก พบว่า ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยความรู้ในระดับ พอใช้ ($\bar{X} = 15$, SD. = 2.64) คือมีความรู้อยู่บ้างแต่ยังไม่มากพอที่จะนำมาใช้ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับแนวทางและวิธีปฏิบัติในการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยความรู้ในระดับ ไม่ดีพอ ($\bar{X} = 11.66$, SD. = 2.58) และผลการทดสอบความรู้โดยการประเมินผลความถูกต้องในการใช้แบบคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยการใช้แบบคัดกรองได้อย่างถูกต้อง ($\bar{X} = 4.92$, SD. = 1.48) โดยสามารถใช้แบบคัดกรองได้อย่างถูกต้องสูงสุดเพียง

ร้อยละ 1.69 จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพและในการความรู้เกี่ยวกับแนวทางและวิธีปฏิบัติในการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความรู้เกี่ยวกับแนวทางและวิธีปฏิบัติในการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=59)

ระดับความรู้	$\bar{X}$	S.D.	จำนวน	ร้อยละ
มีความรู้อยู่ในระดับไม่ดีพอ			7	11.86
มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้			31	52.54
มีความรู้อยู่ในระดับดี			21	35.59
รวม			59	100
คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	15	2.64	พอใช้	
มีความรู้อยู่ในระดับไม่ดีพอ			29	49.15
มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้			30	50.85
มีความรู้อยู่ในระดับดี			0	0.00
รวม			59	100
คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับแนวทางและวิธีปฏิบัติในการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	11.66	2.58	ไม่ดีพอ	
สามารถใช้แบบคัดกรองได้อย่างถูกต้อง	$\bar{X}$	S.D.	จำนวน	ร้อยละ
ถูกต้อง 9 ด้าน			1	1.69
ถูกต้อง 8 ด้าน			1	1.69
ถูกต้อง 7 ด้าน			8	13.56
ถูกต้อง 6 ด้าน			7	11.86
ถูกต้อง 5 ด้าน			20	33.90
ถูกต้อง 4 ด้าน			11	18.64
ถูกต้อง 3 ด้าน			9	15.25
ถูกต้อง 2 ด้าน			2	3.39
รวม			59	100
คะแนนเฉลี่ยความถูกต้องในการใช้แบบคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	4.92	1.48		

จากการนำผลการศึกษาศาสนาการตรวจคัดกรองและจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ได้รับการตรวจคัดกรองและเข้าสู่กระบวนการรักษาย้อนหลังเป็นระยะเวลา 3 ปี และศักยภาพในการตรวจคัดกรอง ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาวิเคราะห์ด้วยเทคนิค AIC พร้อมทั้ง ดำเนินการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และดำเนินการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรอง ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านกิจกรรม “ตราป้อมหัตถ์จรรยรู้ทันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” โดยการปรับเปลี่ยนแนวคิดสู่ การปฏิบัติด้วยการทดลองใช้แบบตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเมินภาวะสุขภาพประชากรกลุ่มเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูล จัดกลุ่มความเสี่ยง และแนวทางการส่งต่อเข้าสู่การตรวจวินิจฉัยยืนยันผล พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานการทดสอบความรู้โดยการประเมินผลความถูกต้อง ในการใช้แบบคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ($\bar{X} = 6.47$, $SD. = 1.41$) โดยสามารถใช้แบบคัดกรองได้อย่างถูกต้องสูงสุดร้อยละ 5.08 รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 2



(3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก

จากการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก ทำให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการให้บริการ (reorient health service) ด้านการตรวจคัดกรอง ส่งต่อ วินิจฉัย และติดตามในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการตรวจคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยยืนยันผล และได้รับการรักษา ครบคลุม 100% รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการตรวจคัดกรองก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ การตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก

ข้อมูล	ก่อนการพัฒนารูปแบบ			หลังการพัฒนารูปแบบ
	2564	2565	2566	2567
ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	1,041	1,075	1,011	1,033
ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ครั้งที่ 1	930	951	910	930
ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ครั้งที่ 2	30	24	80	30
ประชากรกลุ่มเสี่ยงมาตรวจวินิจฉัยยืนยันผล	24	20	60	30
ประชากรกลุ่มเสี่ยงไม่มาตรวจวินิจฉัยยืนยันผล	6	4	20	0
ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่	23	15	11	24
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใหม่	54	56	76	66

สรุปผลและอภิปราย

จากการศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.75 เป็นเพศชาย ร้อยละ 15.25 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 38.98 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.76 ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้วมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 38.98 ปฏิบัติงานด้านการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาแล้ว 6 – 10 ปี ร้อยละ 33.90 เคยได้รับการอบรมหรือได้รับ

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง แนวทางและวิธีปฏิบัติในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน และแนวทางและวิธีปฏิบัติในการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.32 ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉลอง แสงคำ. (2567). ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านตาเปียง ตำบลสำโรง ปราสาท อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.79 อายุมากที่สุด 54 ปี ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.65 เคยผ่านการอบรม อสม. ด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.02 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการทดสอบความรู้โดยการประเมินผลความถูกต้องในการใช้แบบคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น ($\bar{X} = 6.47$, $SD. = 1.41$) กว่าก่อนพัฒนา ($\bar{X} = 4.92$, $SD. = 1.48$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาติ สอนนุ่ม และคณะ, (2567) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการคัดกรองเบาหวาน อสม. มีคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ดังนั้น การใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคเบาหวาน สามารถส่งเสริมและสนับสนุนให้ อสม. มีความรู้ มีความพร้อมในการปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวาน ตลอดจนสามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้กับประชาชน และจากการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางปรัง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก ทำให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการให้บริการ (reorient health service) ด้านการตรวจคัดกรอง ส่งต่อ วินิจฉัย และติดตามในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่เป็นเชิงรุก ส่งผลให้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการตรวจคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยยืนยันผล และได้รับการรักษาครอบคลุม 100%

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) หน่วยงานสาธารณสุขในระดับหน่วยงานวิชาการและในระดับจังหวัดควรกำหนดให้มีเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติงานด้านกระบวนการตรวจคัดกรอง ส่งต่อ และติดตามประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ต้องมีการอบรมทบทวนความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ต้องมีการสอวัตความรู้ความสามารถให้ผ่านเกณฑ์เป็นประจำทุกปี

2) ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการพัฒนาสมรรถนะการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3) ควรมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นประจำเพื่อให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ เป็นการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานเพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยง

4) หน่วยงานสาธารณสุขในระดับหน่วยงานวิชาการและในระดับจังหวัดควรกำหนดให้หน่วยงานในระดับปฐมภูมิทุกภาคส่วนให้ความสำคัญกับรูปแบบและกระบวนการตรวจคัดกรอง ส่งต่อ และติดตามประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นนโยบายหลักของหน่วยงานในระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรมีการนำเทคโนโลยีหรือพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และความรอบรู้ด้านกระบวนการตรวจคัดกรอง ส่งต่อ และติดตามประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มเติมให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นการถ่ายทอดความรู้ต่างๆ และสามารถทบทวนความรู้ของตนได้ตลอดเวลา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดด้านความสามารถ การรับรู้ข้อมูล และการเข้าถึงข้อมูลตามช่วงอายุ และประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นหลัก

2) ควรมีการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ให้เป็นรูปแบบเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดทางเลือกในการรับบริการสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ. (2563). สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs). กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์. นนทบุรี.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. 2564. แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2567. เข้าถึงได้จาก <https://www.rajavithi.go.th>.
- ฉลอง แสงคำ. (2567). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านตาเปียง ตำบลลำโรงปราสาท อำเภอปรางค์กู จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ปีที่ 3 ฉบับที่ 3: 3 กรกฎาคม - กันยายน 2567; 1-15.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจพฤติกรรมทางกายของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงาน สถิติแห่งชาติ.
- สุชาดา สนวนุ่ม, วิภาพร สิทธิศาสตร์ และฉัตรรัตน์ ราศิริ. (2567). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรอง โรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (2024): มกราคม - มิถุนายน 2567; 51-67.

การพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่

ประจวบ โลแก้ว^{2*}

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนา “แนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 301 คน แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ และระยะที่ 2 ระยะการพัฒนา โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ มีค่า IOC เท่ากับ 0.96 และค่า Alpha เท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และร้อยละ (Percentile) และมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

ผลการศึกษา พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 5.70$, $SD = 1.50$) มีพฤติกรรมสุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 50.26$, $SD = 4.47$) คือ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ ในขณะที่ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 86.97$, $SD = 13.70$) โดยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 62.79 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 19.27 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 17.94

แนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย การการสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพ และข้อมูลสุขภาพ โดยเน้นกิจกรรมด้านการกระตุ้นเตือน การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ และสามารถเข้าใจได้ง่าย เข้าถึงได้ง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริงในการดำเนินชีวิตประจำวัน

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Development of “Guidelines for Promoting Health Literacy and Health Behavior in Non-Communicable Disease Risk Population” in the area of Ban Mae Tub Subdistrict Health Promotion Hospital, Doi Tao District, Chiang Mai Province.

Prachuab Lokaew

Abstract

This study employed an action research design with the objective of exploring the current status of knowledge, health behaviors, and levels of health literacy in order to develop a “Guideline for Promoting Health Literacy and Health Behaviors Among Populations at Risk of Non-Communicable Diseases (NCDs)” in the area served by Ban Mae Tub Health Promoting Hospital, Doi Tao District, Chiang Mai Province. The sample consisted of 301 individuals aged 35 years and over who were identified as being at risk of NCDs. The study was conducted in two phases: Phase 1 involved the collection of quantitative data, and Phase 2 focused on developing intervention strategies. The research instrument was a questionnaire validated by experts (IOC = 0.96), with a reliability coefficient (Cronbach’s alpha) of 0.82. Data were analyzed using descriptive statistics, including mean, standard deviation, percentage, and rating scales.

The results showed that participants had an overall low level of knowledge about NCDs ($\bar{x}$ = 5.70, SD = 1.50) and a fair level of health behavior ($\bar{x}$ = 50.26, SD = 4.47). Although participants generally demonstrated correct behaviors in areas such as diet, exercise, smoking, and rational drug use, these behaviors were not performed consistently. Regarding health literacy, the overall level was moderate ($\bar{x}$ = 86.97, SD = 13.70). Most participants (62.79%) had moderate health literacy, followed by high (19.27%) and low levels (17.94%).

The developed guideline for promoting health literacy and health behaviors in at-risk populations includes enhancing knowledge of NCDs, promoting healthy behaviors, and providing accessible and understandable health information. The guideline emphasizes engaging, service-oriented, and practical activities that are applicable in daily life.

Keywords: health literacy, health behavior, non-communicable diseases

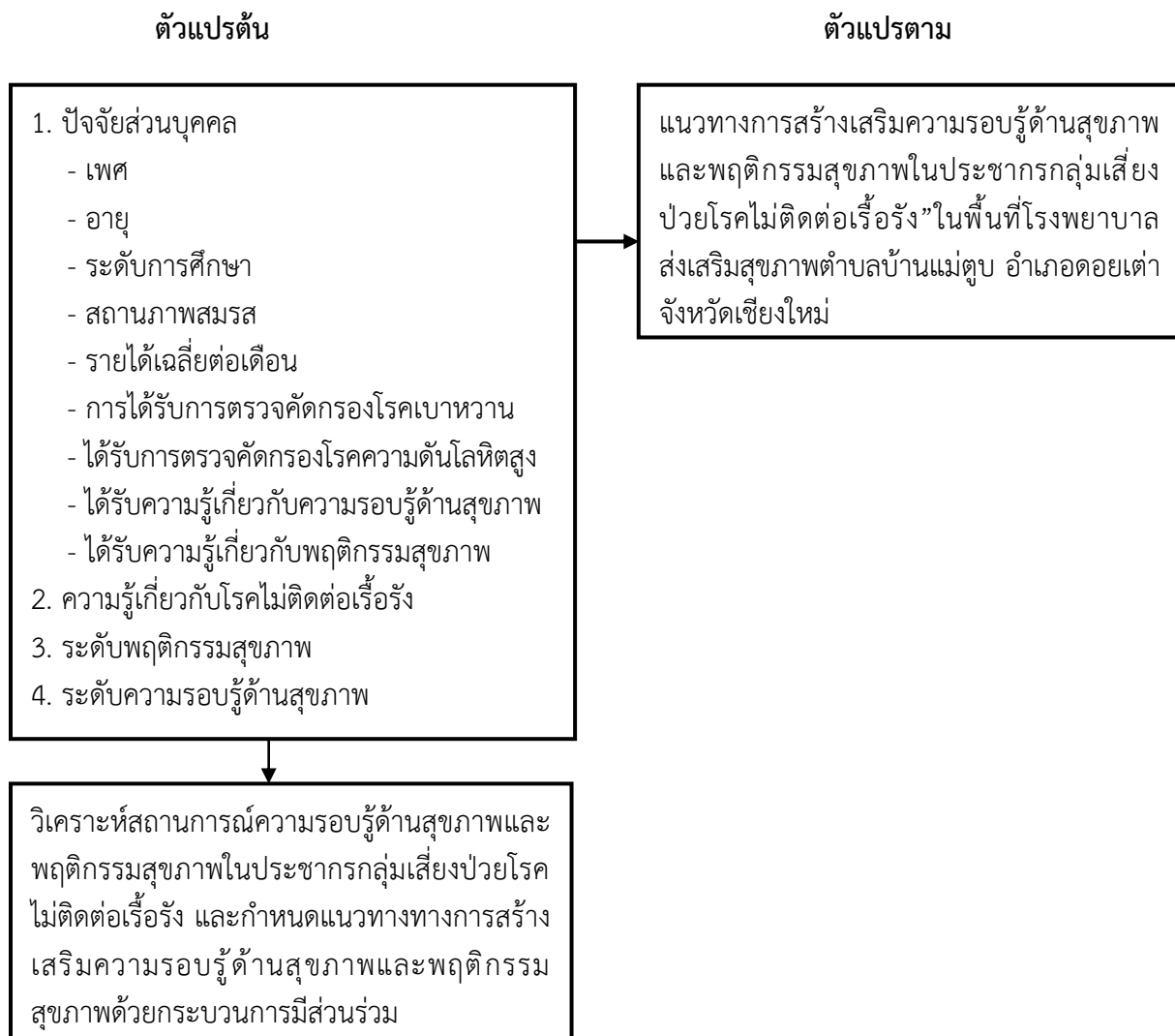
บทนำ

การสูญเสียปีสุขภาวะจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชนไทยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแนวโน้มสูงขึ้น และมีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไปจากในอดีตที่มักเป็นกลุ่มโรคติดเชื้อ แต่ในปัจจุบันเป็นการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุด คือ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคข้อเสื่อม ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งในเพศชายและเพศหญิงมาจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบว่าเป็นสาเหตุให้สูญเสียปีสุขภาวะที่เหมือนกันทั้งในเพศชายและเพศหญิง รวมทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ตามมาได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 – 2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561) ปัจจุบันประเทศไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากเป้าประสงค์ในแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยได้พิจารณาความสอดคล้องเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยในแผนระดับที่ 2 ในประเด็นที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งมีเป้าหมายให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้นและมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยมีการขับเคลื่อนนโยบายที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการความรู้ทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง มุ่งเน้นการพัฒนาประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สร้างสังคมที่เป็นสุข ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมและทางสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2564) อย่างไรก็ตามในทางตรงกันข้ามเมื่อมนุษย์มีสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวันมากขึ้น ทำให้กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายในแต่ละวันลดลง รวมถึงการรับประทานอาหารรสหวานจัด เค็มจัด อาหารที่มีไขมันสูง และการรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย การสูบบุหรี่เป็นประจำ มีความเครียด และการพักผ่อนไม่เพียงพอ สะสมเรื้อรังไปนาน ๆ นำไปสู่การเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ Non communicable diseases (NCDs) ตามมา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่ประสบกับปัญหาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยจากผลการตรวจคัดกรองสุขภาพประชากรกลุ่มเสี่ยงย้อนหลัง 3 ปี พบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 405 คน คิดเป็นร้อยละ 55.03 จากประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2565 พบประชากรมีความเสี่ยงทั้งหมด จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 5.85 และปี พ.ศ. 2566 พบประชากรมีความเสี่ยงทั้งหมด จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 26.43 ในขณะที่ผลการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานในปี 2564 พบประชากรมีความเสี่ยงทั้งหมด 409 คน คิดเป็นร้อยละ 48.29 ปี พ.ศ. 2565 พบประชากรมีความเสี่ยงทั้งหมด 243 คน คิดเป็นร้อยละ 28.72 และในปี พ.ศ. 2566 พบประชากรมีความ

เสี่ยงทั้งหมด 295 คน คิดเป็นร้อยละ 35.93 จากสถานการณ์ดังกล่าว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป ในฐานะหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทภารกิจหลักในการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวัง และดำเนินการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพและระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อพัฒนา “แนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของประชากรของพื้นที่ต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การศึกษา

- 1.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่
- 1.2 เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่
- 1.3 เพื่อพัฒนา “แนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการดำเนินการวิจัย

การพัฒนา “แนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ ในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับพฤติกรรมสุขภาพและระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนา “แนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและออกแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 มากำหนดวิธีแนวทางแก้ไข และกำหนดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายจากการทำกิจกรรมกลุ่มตามแนวคิดหลัก 3 ประการคือ (1) การสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลและความต้องการ (2) การตัดสินใจและจัดการกับปัญหา และ (3) การกระทำร่วมกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร (N) ที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,021 คน

กลุ่มตัวอย่าง (n) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 287 คน ที่ได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ทาโร่ ยามาเน่, 1976 ซึ่งทราบขนาดประชากรอย่างชัดเจน โดยผู้วิจัยต้องการทราบขนาดของประชากรที่ต้องการศึกษา คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,021 คน ($N=1,021$) และกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ 5% $e = 0.05$ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ $n=287$ และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับ

ของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นร้อยละ 5 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น 301 คน ใช้การสุ่มตัวอย่าง แบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการสุ่มรายชื่อด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนา คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 และมีผลการวิเคราะห์ของตอบแบบสอบถามอยู่ในระดับน้อยทั้ง 3 ส่วน จำนวน 50 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประยุกต์จากแนวคิดโมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2561 (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) และปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและชัดเจนประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน การได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง การได้รับความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด และการใช้ยาสมเหตุสมผล

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นพร้อมทั้งคำจำกัดความ และคำนิยามปฏิบัติการของตัวแปรเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบว่านิยาม และแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนี้มีความชัดเจนถูกต้องหรือไม่ เพื่อให้เครื่องมือมีความตรงในเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence: :IOC) เมื่อรับเครื่องมือกลับคืนจากผู้เชี่ยวชาญ นำข้อแก้ไขทั้งหมดมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยใช้ดัชนีค่าความสอดคล้องของเนื้อหา ค่า IOC (Index of item Objective Congruence) ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป โดยแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่า IOC เท่ากับ 0.96 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามมีความสมบูรณ์

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) แล้วนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยความเชื่อมั่นมีค่าตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่ามีความเชื่อมั่นที่เชื่อถือได้ ซึ่งแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่า Alpha เท่ากับ .82 มีความเชื่อมั่นที่เชื่อถือได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และ ร้อยละ (Percentile)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ และส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยการนำคะแนนจากคำตอบที่เลือกตอบตามความถี่ในการปฏิบัติ มาจัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การศึกษารังนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย 19/2568 วันที่รับรอง 27 มกราคม 2568 วันหมดอายุ 26 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

จากการศึกษาการพัฒนา “แนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอต๋อยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ ในระยะที่ 1 คือ ระยะการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ มีกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 301 คน พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.82 เป็นเพศชายร้อยละ 45.18 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.59 รองลงมาคือช่วงอายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 19.60 โดยมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.44 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 24.92 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 79.40 รองลงมาคือ หย่าร้างหรือม้าย ร้อยละ 9.63 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 73.09 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 20.93 โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 68.44 รองลงมาคือ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 24.25 เคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 98.01 เคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.01 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 95.68 และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 94.68 สามารถสรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ ดังนี้

(1) สถานการณ์ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอต๋อยเต่า จังหวัดเชียงใหม่

จากการศึกษาสถานการณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 5.70$, $SD = 1.50$) โดยพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 72.09 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.25 และระดับดี ร้อยละ 3.65 สำหรับผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 50.26$, $SD = 4.47$) คือ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ/มีพฤติกรรมการ

ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย สูดบุหรื และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 66.11 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 32.89 และอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 1.00 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ (n = 301)

สถานการณ์ความรู้	$\bar{X}$	S.D.	จำนวน (ร้อยละ)			ระดับความรู้
			น้อย	ปานกลาง	ดี	
ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	5.70	1.50	217 (72.09)	73 (24.25)	11 (3.65)	น้อย
สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	จำนวน (ร้อยละ)			ระดับพฤติกรรมสุขภาพ
			ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี	
1. การบริโภคอาหาร	11.14	1.30	24 (7.97)	231 (76.74)	46 (15.28)	พอใช้
2. การออกกำลังกาย	8.48	1.74	73 (24.25)	159 (52.82)	69 (22.92)	พอใช้
3. การสูบบุหรี่	9.77	2.50	50 (16.61)	54 (17.94)	197 (65.45)	ดี
4. การจัดการความเครียด	8.57	1.16	49 (16.28)	195 (64.78)	57 (18.94)	พอใช้
5. การใช้ยาสมเหตุผล	12.28	1.68	10 (3.32)	150 (49.83)	141 (46.84)	ดี
พฤติกรรมสุขภาพ	50.26	4.47	3 (1.00)	199 (66.11)	99 (32.89)	พอใช้

จากข้อมูลในตารางที่ 1 เมื่อจำแนกพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รายพฤติกรรม พบว่า มีพฤติกรรมที่อยู่ในระดับดี จำนวน 2 ด้าน คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการใช้ยาสมเหตุผล คือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ในขณะที่พฤติกรรมที่อยู่ในระดับพอใช้ มีทั้งหมด 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด คือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ

(2) ระดับความรู้ด้านสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 86.97, SD = 13.70) โดยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.79 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 19.27 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 17.94 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอต๋อยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ (n = 301)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	จำนวน (ร้อยละ)			ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
			น้อย	ปานกลาง	ดี	
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	15.02	2.69	50 (16.61)	181 (60.13)	70 (23.26)	ปานกลาง
2. ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	14.43	3.06	81 (26.91)	155 (51.50)	62 (20.60)	ปานกลาง
3. การตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	15.15	2.89	61 (20.27)	148 (49.17)	91 (30.23)	ปานกลาง
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ	13.94	3.03	107 (35.55)	154 (51.16)	37 (12.29)	ปานกลาง
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	14.44	2.89	82 (27.24)	160 (53.16)	58 (19.27)	ปานกลาง
6. การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	14.05	2.85	112 (37.21)	142 (47.18)	45 (14.95)	ปานกลาง
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	86.97	13.70	54 (17.94)	189 (62.79)	58 (19.27)	ปานกลาง

จากข้อมูลในตารางที่ 2 เมื่อจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 6 ด้าน คือ เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ โดยด้านที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้อยู่ในระดับน้อยมากที่สุด คือ การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 37.21 รองลงมา คือ การตัดสินใจด้านสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 35.55 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 27.24, 26.91, 20.27 และ 16.61 ตามลำดับ

(3) “แนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอต๋อยเต่า จังหวัดเชียงใหม่

จากข้อสรุปของการศึกษาในระยะที่ 1 คือ ระยะการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอต๋อยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 5.70$, $SD = 1.50$) คือ มีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตนไม่ให้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 50.26$, $SD = 4.47$) คือ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย สูดบุหรื และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ ในขณะที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นมีความรอบรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 86.97$, $SD = 13.70$) คือ เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ และจากการศึกษาในระยะที่ 2 ระยะการพัฒนากลุ่มตัวอย่างคือประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 และมีผลการวิเคราะห์ของตอบแบบสอบถามอยู่ในระดับน้อยทั้ง 3 ส่วน จำนวน 50 คน ดำเนินการทำกิจกรรมกลุ่มตามแนวคิดหลัก 3 ประการคือ (1) การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและความต้องการ (2) การตัดสินใจและจัดการกับปัญหาและ (3) การกระทำร่วมกัน สามารถพัฒนา “แนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอต๋อยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ โดยกำหนดเป็นกิจกรรมการเรียนรู้แบบเคลื่อนที่ เน้นการดำเนินกิจกรรมในชุมชน จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป อำเภอต๋อยเต่า จังหวัดเชียงใหม่

ประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ	แนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	1. กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และประชากรกลุ่มเสี่ยง 2. การพูดคุยเพื่อสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองโดยใช้ภาษาถิ่น 3. กิจกรรมเล่าความรู้สึก ความกังวล เกี่ยวกับสุขภาพ 4. การสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผ่านเรื่องเล่า โดยใช้ภาษาพื้นเมืองในการอธิบายข้อมูลในรูปแบบจำลองเหตุการณ์เน้นให้เข้าใจง่ายและจดจำได้ง่าย 5. กิจกรรมเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพผ่านการแสดงบทบาทสมมติ

ประเด็นความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ	แนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
	2. การสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพและผลการตรวจสุขภาพผ่านกิจกรรมใบคำด้วยการแสดงท่าทาง การใบคำด้วยรูปภาพ และเกมส์เติมคำ
3. การตอบคำถามเพื่อเพิ่ม ความรู้ความเข้าใจ	ฝึกทักษะการตอบคำถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพผ่านการแสดงบทบาทสมมติ
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ	1. ทำข้อตกลง วันงดหวาน มัน เค็ม ประจำสัปดาห์ 2. กิจกรรมโน้มน้าวใจในการลดพฤติกรรมเสี่ยงผ่านเรื่องเล่า 3. กิจกรรมรางวัลแด่ผู้ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนัก การควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพตนเอง	1. สร้างกลุ่มไลน์เพื่อใช้ในการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูล ให้คำปรึกษา และกระตุ้นเตือนโดยการส่งรูปภาพการทำกิจกรรมหรืออาหารที่บริโภคในแต่ละวัน 2. กิจกรรม อสม. เคาะประตูบ้าน เพื่อกระตุ้นเตือนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3. กิจกรรมการปรุงอาหารเมนูเพื่อสุขภาพด้วยวัตถุดิบที่มีในพื้นที่ 4. จัดกิจกรรมชมรมออกกำลังกายตามวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่
6. การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	1. กิจกรรมการบอกต่อข้อมูลสุขภาพโดยเพื่อนผู้ประสบความสำเร็จ 2. กิจกรรมรักใคร่ให้ชวนงดหวาน มัน เค็ม 3. กิจกรรมผู้กล้าคนถัดไป โดยการให้หาผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนถัดไป

สรุปผลและอภิปราย

ผลการศึกษาพบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตูป มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับน้อย และมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับพอใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แคนที และ จันทรกระจ่าง (2567) ที่พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์มีระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ พบว่ามีการปรับปรุงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การศึกษาของ อินตามาส และ เปรมกมล (2567) ที่ดำเนินการในจังหวัดอุทัยธานี พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพก็เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ การศึกษาของ อินตราคำหัง และคณะ (2567) พบว่าโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพที่เพียงพอในผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่าความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับ

ปานกลาง ซึ่งอาจเนื่องมาจากการขาดการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมและการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เข้าใจง่าย ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าใจง่ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

(1) ควรกำหนดให้หน่วยงานทุกภาคส่วนและทุกระดับให้ความสำคัญกับรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่สามารถเข้าใจได้ง่าย เข้าถึงได้ง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริงในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยต้องคำนึงถึงข้อจำกัดด้านความสามารถการรับรู้ข้อมูล และการเข้าถึงข้อมูลตามช่วงอายุ

(2) ควรมีการบรรจุหลักสูตรการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องไว้ให้หลักสูตรการเรียนการสอนตั้งแต่ในระดับปฐมวัย เพื่อให้มีการสร้างความรู้ จิตสำนึก และเกิดความตระหนักตั้งแต่ยังไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอันจะเป็นการช่วยลดการป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 – 2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561). กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2567, จาก http://www.stopcorruption.moph.go.th/index.php/main/p_detail/page/60
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2564). แผนปฏิบัติการราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2567, จาก <https://www.rajavithi.go.th>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). โปรแกรมสุศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- แคนที, ส., & จันทร์กระจ่าง, ส. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 25(1), 93–104. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/266438>
- อินตามาส, พ., & เปรมกมล, ป. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 37(1), 140–152. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/272445>
- Intrakamhang, U., et al. (2024). Effectiveness of a digital health literacy intervention to improve health behaviors among Thai adults at risk of non-communicable diseases: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(2), Article 38852071. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38852071/>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- World Health Organization. (2015). *Health literacy toolkit for low- and middle-income countries: A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems*. WHO Regional Office for South-East Asia. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205244>
- Yamane, T. (1967). *Statistics, an introductory analysis* (2nd ed.). New York: Harper and Row.
- Bloom, B. S. (1956). *A taxonomy of educational objectives: Handbook I, the cognitive domain*. New York: Longman, Green.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พื้นที่เขตบางเขน

อำพร ฤทธิ์ถาวร*
นพัชกร อังคะนิจ**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พื้นที่เขตบางเขน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และ 5 จำนวน 331 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.86$, S.D. = 1.05) ขณะที่พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.53 โดยความรู้ด้านโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แต่ละด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร ($r=0.130$) การเข้าใจข้อมูลโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร ($r=0.115$) การตรวจสอบข้อมูลโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร ($r=0.178$) และการตัดสินใจข้อมูลโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร ($r=0.195$) ตามลำดับ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการและสุขาภิบาลอาหารในเด็กนักเรียน เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและสนับสนุนสุขภาพที่ดีในระยะยาว

คำสำคัญ: ความรู้ด้านโภชนาการ, ความรอบรู้การสุขาภิบาลอาหาร, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรุงเทพมหานคร 10220/amp.ritt2022@gmail.com

**นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรุงเทพมหานคร
10220/napatchakorn.e.ddc@gmail.com

The Relationship Between Nutrition Literacy, Food Sanitation, and Food Consumption Behavior Among Students in Schools in Bangkok's Bang Khen District

*Amporn Ritthaworn

**Napachakorn Ankanit

Abstract

The objective of this study was to examine the levels of nutrition and food sanitation literacy, eating behavior, and the relationship between literacy and eating behavior among students in schools under the Bangkok Metropolitan Administration in Bang Khen District. The sample consisted of 331 students in Grades 4 and 5. The research instrument was a questionnaire assessing nutrition and food sanitation literacy as well as eating behavior, with a reliability coefficient of 0.83. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient to test the relationships. The findings revealed that the students' nutrition and food sanitation literacy was at a high level ($\bar{x} = 3.86$, S.D. = 1.05), while their eating behavior was at a moderate level (75.53%). There was a statistically significant relationship at the .05 level between nutrition and food sanitation literacy and eating behavior. The correlation coefficients for each aspect were as follows: access to nutrition and food sanitation information ($r = 0.130$), understanding of nutrition and food sanitation information ($r = 0.115$), evaluation of nutrition and food sanitation information ($r = 0.178$), and decision-making based on nutrition and food sanitation information ($r = 0.195$).

These results highlight the importance of promoting nutrition and food sanitation literacy among schoolchildren to develop appropriate eating behaviors and support long-term health.

Keywords Nutrition Literacy, Food Sanitation Literacy, Food consumption behavior

*Public Health Technical Officer, Professional Level/ Metropolitan Health and Wellness Institution, Bangkok 12120/amp.ritt2022@gmail.com

**Public Health Technical Officer, Practitioner Level/ Metropolitan Health and Wellness Institution, Bangkok 12120/napatchakorn.e.ddc@gmail.com

บทนำ

โภชนาการเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อสุขภาพและการพัฒนาการของบุคคลตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในช่วงวัยเรียนซึ่งเป็นช่วงของการเจริญเติบโตทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา การมีโภชนาการที่ดีจำเป็นต้องอาศัยการบริโภคอาหารที่สมดุลและเพียงพอควบคู่กับการมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของการได้รับสารอาหารน้อยเกินไปหรือมากเกินไป ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน เบาหวาน และโรคหัวใจ (สำนักโภชนาการ, 2567)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความรู้ ทัศนคติ และความชอบส่วนตัว รวมถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น บทบาทของครอบครัว เศรษฐกิจ นโยบายสาธารณสุข และสภาพแวดล้อมทางอาหาร การส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการ (Nutrition Literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และนำข้อมูลด้านโภชนาการไปใช้ในการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม จึงเป็นกลไกสำคัญในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะยาว (Gibbs et al., 2018, Cesur et al., 2015 & Zoellner et al., 2011) ขณะเดียวกัน หลักการสุขาภิบาลอาหารก็มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความปลอดภัยของอาหารที่เด็กบริโภค โดยเฉพาะในโรงเรียนซึ่งเป็นสถานที่ที่มีการจัดเตรียมและบริโภคอาหารรวมกันจำนวนมาก การบริหารจัดการด้านสุขาภิบาลที่ไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ ซึ่งมักเกิดจากการปนเปื้อนเชื้อโรคในอาหารหรือแหล่งน้ำ (สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ, 2561) จากข้อมูลในช่วงปี 2553-2556 พบว่าจำนวนโรงเรียนในกรุงเทพมหานครที่มีการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในปี 2566 ยังคงมีรายงานผู้ป่วยในเขตบางเขนถึง 40 รายในโรงเรียนแห่งหนึ่ง (สำนักงานเขตบางเขน, 2566)

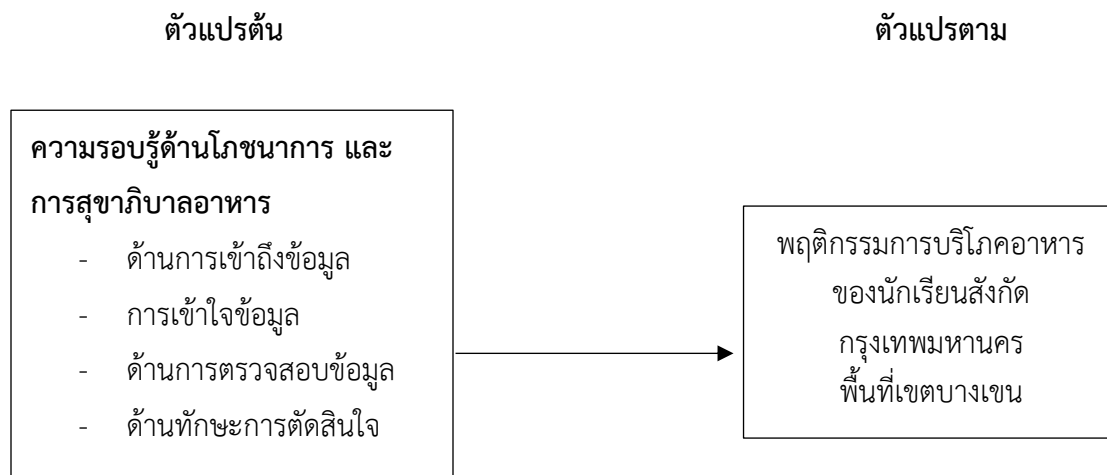
ข้อมูลจากการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2566 พบว่า เด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในระดับสูง โดยภาคเรียนที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 19.85 และภาคเรียนที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 18.75 ขณะที่เด็กสูงตีสัดส่วนเพียงประมาณร้อยละ 58 เท่านั้น (สำนักอนามัย, 2566) อีกทั้งผลการประเมินสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครยังพบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพียงร้อยละ 67.2 โดยมีปัญหาด้านกายภาพ คุณภาพอาหาร และสุขอนามัยของผู้สัมผัสอาหาร (พรสุตาและคณะ, 2563) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมทั้งความรู้ด้านโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหารในกลุ่มนักเรียน เพื่อให้สามารถตัดสินใจบริโภคอาหารอย่างปลอดภัยและเหมาะสม อันจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และสนับสนุนการเรียนรู้และการพัฒนาการอย่างมีคุณภาพ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เขตบางเขน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มนักเรียนอย่างเป็นระบบ และนำไปสู่การพัฒนานโยบายหรือมาตรการที่มีประสิทธิภาพในระดับพื้นที่และระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พื้นที่เขตบางเขน
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พื้นที่เขตบางเขน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 4 และ 5 ในโรงเรียนสังกัด กรุงเทพมหานคร พื้นที่เขตบางเขน จำนวนทั้งหมด 5 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนไทยนิยมสงเคราะห์ โรงเรียนบ้านคลองบัว โรงเรียนบ้านบัวมล โรงเรียนประชาภิบาล และโรงเรียนวัดไตรรัตนาราม การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการประเมินค่าสัดส่วนในประชากร กรณีที่ทราบจำนวนประชากร และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 302 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของแบบสอบถามในการศึกษา (Drop out) จึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม คาดว่ามีการสูญหายร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ 332 คน โดยหลังจากการเก็บตัวอย่างแบบสอบถามมีความครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 331 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

- 1) นักเรียนกำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษา ปีที่ 4 และ 5 สังกัดโรงเรียนกรุงเทพมหานคร พื้นที่เขตบางเขน
- 2) เป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ
- 3) เป็นเพศชายและเพศหญิง อายุ 8 ปี ขึ้นไป
- 4) สามารถเขียนและอ่านหนังสือได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด
- 2) ผู้เข้าร่วมไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน
- 3) อยู่ระหว่างการลาป่วย

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการวิจัยได้ตลอดเวลาเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ หรือ อึดอัดใจในการตอบแบบสอบถามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการเขตบางเขน เพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ ขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะเวลา และผลกระทบจากการวิจัย
2. ประสานคุณครูแต่ละโรงเรียน อธิบายข้อคำถาม และให้คุณครูช่วยดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่นักเรียนสะดวกโดยไม่รบกวนเวลาเรียนของนักเรียน
3. รวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถามทุกฉบับ ก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป
4. หลังจากดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายแบบสอบถามภายในระยะเวลา 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบ ประกอบด้วย 5 คำตอบ คือ ไม่เคยทำ ทำได้ยากมาก ทำได้ยาก ทำได้ง่าย และทำได้ง่ายมาก โดยครอบคลุมเนื้อหา ด้านความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร การตรวจสอบข้อมูลด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร และทักษะการตัดสินใจด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินการ

จัดระดับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร แบ่งเป็น 5 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2563) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	4.51 – 5.00	หมายถึง มากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.51 – 4.50	หมายถึง มาก
คะแนนเฉลี่ย	2.51 – 3.50	หมายถึง ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.51 – 2.50	หมายถึง น้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.50	หมายถึง น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยแต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติทุกวัน จำนวน 23 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินการจัดระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของข้อมูลตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	3.68 – 5.00	หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.67	หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 2.33	หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการด้านโภชนาการ ด้านสุขาภิบาลอาหาร และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน โดยผลค่าตรรกษีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้องฯ ของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ไปทดลองใช้เบื้องต้นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่า Cronbach' s alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับ เท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล และการวิเคราะห์ทางสถิติ

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ จำนวน ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร ความรอบรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้สถิติ Pearson correlation กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 331 คน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	122	36.90
หญิง	209	63.10
2. อายุ		
8-9 ปี หรือต่ำกว่า	20	6.00
10-11 ปี	267	80.70
12-13 ปี	44	13.30
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาปีที่ 4	165	49.80
ประถมศึกษาปีที่ 5	166	50.20
4. ภาวะโภชนาการ (ส่วนสูงเทียบน้ำหนัก)		
ค่อนข้างผอม	23	6.95
ผอม	27	8.16
สมส่วน	207	62.54
ท้วม	26	7.85
เริ่มอ้วน	35	10.57
อ้วน	13	3.93
5. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ		
โทรทัศน์	121	36.60
วิทยุ	2	0.60
สิ่งพิมพ์	3	0.90
สื่อออนไลน์	106	32.00
ผู้ปกครอง/อาจารย์/เพื่อน	97	29.30
อื่นๆ	2	0.60

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.10 และเพศชาย ร้อยละ 36.90 อายุอยู่ในระหว่าง 10-11 ปี ร้อยละ 80.70 สำหรับระดับการศึกษา พบว่ามีระดับการศึกษาอยู่ในประถมศึกษาปีที่ 5

ร้อยละ 50.20 มีภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 62.54 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการจากโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 36.60

2. ความรอบรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร ของนักเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ด้านโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร ของนักเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

ความรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร	ค่าเฉลี่ย($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน(S.D.)	แปลผล
1. การเข้าถึงข้อมูลโภชนาการและการสุขาภิบาล อาหาร	3.84	1.05	ระดับมาก
2. การเข้าใจข้อมูลโภชนาการ และการสุขาภิบาล อาหาร	3.92	0.98	ระดับมาก
3. การตรวจสอบข้อมูลโภชนาการ และการ สุขาภิบาลอาหาร	3.75	1.11	ระดับมาก
4. การตัดสินใจด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาล อาหาร	3.92	1.07	ระดับมาก
ความรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาล อาหาร	3.86	1.05	ระดับมาก

จากตาราง 2 สรุปคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหารของนักเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า มีคะแนนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.86$, S.D.=1.05) เมื่อพิจารณาแยกรายข้อ พบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยของการเข้าถึงข้อมูลโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร ความเข้าใจข้อมูลโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร การตรวจสอบข้อมูลโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร และการตัดสินใจด้านโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร อยู่ในระดับมากทั้งหมด ($\bar{X}=3.84$, $\bar{X}=3.92$, $\bar{X}=3.75$, $\bar{X}=3.92$) ตามลำดับ

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดี	15	4.53
พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับปานกลาง	250	75.53
พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ	66	19.94

จากตาราง 3 พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของของนักเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.53 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 19.94 และระดับดี ร้อยละ 4.53 ตามลำดับ

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของนักเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	
	r	P-value
1.การเข้าถึงข้อมูลโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร	0.130	0.018*
2.การเข้าใจข้อมูลโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร	0.115	0.036*
3.การตรวจสอบข้อมูลโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร	0.178	0.001**
4.การตัดสินใจข้อมูลโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร	0.195	<0.001**

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4 พบว่า ความรอบรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหารมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร ($r=0.130$) การเข้าใจข้อมูลโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร ($r=0.115$) การตรวจสอบข้อมูลโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร ($r=0.178$) และการตัดสินใจข้อมูลโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร ($r=0.195$) ตามลำดับ

อภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร ของนักเรียนโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครจากการศึกษา พบว่า มีความรอบรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหาร อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการให้ข้อมูลจากนักเรียนในแบบสอบถามส่วนที่ 1 ว่านักเรียนได้รับข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์ ร้อยละ 36 รองลงมาคือสื่อออนไลน์ ร้อยละ 32 ซึ่งปัจจุบันสื่อเหล่านี้สามารถเข้าถึงได้ง่าย และสะดวก นอกจากนี้ยังมีความน่าสนใจที่ร้อยละ 29 ของนักเรียนได้รับข้อมูลและความรู้จากผู้ปกครอง อาจารย์ หรือบุคลากรสาธารณสุข ทำให้นักเรียนได้รับรู้ข่าวสารต่างๆ และข้อมูลในด้านโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร ตามช่องทางต่างๆ อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนอาหารกลางวันจากทางโรงเรียน ซึ่งเป็นไปตามนโยบายกรุงเทพมหานคร ในการส่งเสริมโภชนาการอาหารสำหรับนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยมุ่งเน้นให้นักเรียนได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนทั้งมื้อเช้าและมื้อกลางวันผ่านระบบ “Thai School Lunch for BMA” ซึ่งเป็นระบบบริหารจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียนที่ช่วยวางแผนเมนูอาหารให้เหมาะสมกับช่วงวัยของนักเรียน คำนวณปริมาณวัตถุดิบและสารอาหารที่จำเป็น รวมถึงติดตามและตรวจสอบคุณภาพอาหารผ่านภาพถ่ายและข้อมูลที่บันทึกไว้ในระบบ การกำกับดูแลและตรวจสอบคุณภาพโดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพอาหารในแต่ละโรงเรียน รวมถึงการตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่จากสำนักงานเขตและสำนักอนามัย เพื่อให้แน่ใจว่าอาหารที่จัดให้กับนักเรียนมีคุณภาพ สะอาด และถูกหลักโภชนาการ ซึ่งการทำเมนูอาหารที่

แสดงค่าพลังงานและสารอาหารที่นักเรียนจะได้รับในแต่ละมื้อทำให้นักเรียนเห็นตัวอย่างเมนูอาหารที่เหมาะสมกับตัวเอง เกิดแนวทางในการเลือกรับประทานอาหารนั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า ปัจจัยด้านความรู้และการเข้าถึงข้อมูลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของนักเรียน (ชนัดดา เกิดแพร่, 2565) และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงและประเมินข้อมูลด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี โดยเฉพาะในด้านการตัดสินใจเลือกอาหารที่เหมาะสม (รัตนภรณ์ สาสिता, ศัตยา อิวาโนวิช และฉวีวรรณ บุญสุยา, 2565) ซึ่งความรู้ด้านโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหารที่อยู่ในระดับสูงของนักเรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น การที่นักเรียนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ เข้าใจ ตรวจสอบ และตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม แสดงถึงความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาทางโภชนาการในระยะยาว อีกทั้ง กรุงเทพมหานครยังมีนโยบายและมาตรการในการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยมุ่งเน้นให้เด็กนักเรียนได้รับอาหารที่มีคุณภาพ สะอาด และปลอดภัย เพื่อส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ที่ดีของนักเรียนด้วย

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจาก พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นการแสดงออกในแต่ละบุคคล ผลการศึกษานี้ แม้ว่านักเรียนส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมที่ดีเกี่ยวกับสุขลักษณะการบริโภค เช่น การล้างมือ และการเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่มีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องในโรงเรียนและการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขในช่วงที่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Covid-19) อีกทั้งผ่านนโยบายด้านอาหารปลอดภัยของกรุงเทพมหานคร แต่ในภาพรวม พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า การรับประทานอาหารของนักเรียนยังมีการทานอาหารรสหวาน เช่น ขนมหวาน และน้ำอัดลม ขนมขบเคี้ยวต่างๆ แสดงถึงความจำเป็นในการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหารอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า นักเรียนมีแนวโน้มเลือกพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาความสะอาดสูง แต่พฤติกรรมการเลือกประเภทอาหารที่ดีต่อสุขภาพยังคงไม่เหมาะสม (จิรกานต์ พันธุ์ฤทธิ์ดำ, นอลิสสา โต๊ะยูโส๊ะ และวิชชุดา มัคสิงห์, 2567)

3. ความรอบรู้ด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พื้นที่เขตบางเขน เนื่องจากความรู้ด้านโภชนาการและกาสุขาภิบาลอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเฉพาะในด้าน "การตรวจสอบข้อมูล" และ "การตัดสินใจ" มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's correlation) สูงกว่าด้านอื่น กล่าวคือนักเรียนที่สามารถวิเคราะห์ ตรวจสอบ ตัดสินใจ และมีการประเมินข้อมูลด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลอาหารได้ดี จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี ตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า ความ

รอบรู้ด้านโภชนาการที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคที่ดีขึ้น (ธิดารัตน์ สิงห์ทอง, 2562) ซึ่งการส่งเสริมความรู้ทั้ง 4 ด้าน ควรมีการส่งเสริมในเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาอย่างต่อเนื่อง ในชั้นเรียน รวมถึงการบูรณาการกิจกรรมฝึกการตัดสินใจและการประเมินข้อมูล เพื่อให้เด็กนักเรียนมีทักษะความรู้ด้านโภชนาการที่ดีจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และเป็นแนวทางที่ช่วยพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคของนักเรียนได้อย่างยั่งยืน รวมถึงช่วยในการเจริญเติบโต ทั้งด้านสติปัญญา การเรียนรู้ ภูมิคุ้มกันโรค ช่วยลดความเจ็บป่วย และช่วยลดเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคตได้ อีกทั้งหากนักเรียนได้รับการดูแลจากบุคคลรอบตัว โดยเฉพาะผู้ปกครองจะทำให้มีความรอบรู้ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการสมวัยในโรงเรียนต่อพฤติกรรมการจัดอาหารให้เด็กวัยเรียนของผู้ปกครองตำบลควนรู อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสงขลา ซึ่งพบว่ากิจกรรมส่งเสริมโภชนาการสมวัยในโรงเรียนสามารถเชื่อมโยงถึงการปฏิบัติของผู้ปกครองในการส่งเสริมให้เด็กทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพได้ (พิจาริน สมบูรณ์กุล และเพ็ญสุขมาก, 2563)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรบูรณาการความรู้และทักษะที่เกี่ยวกับโภชนาการและสุขภาพอาหารในชั้นเรียน พร้อมทั้งจัดกิจกรรมเสริมทักษะการตัดสินใจด้านโภชนาการให้แก่เด็กนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ
2. ควรพัฒนาสื่อการสอนและสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น สื่อออนไลน์ วิดีโออินโฟกราฟิกส์ หรือแอปพลิเคชัน เกมส์ ที่น่าสนใจและเข้าใจง่าย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลโภชนาการที่ถูกต้อง หลักการสุขภาพอาหารและส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างต่อเนื่อง
3. ควรส่งเสริมบทบาทผู้ปกครองในการสนับสนุนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนโดยการจัดอบรมความรู้ด้านโภชนาการ และการสุขภาพอาหารสำหรับผู้ปกครอง เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพนักเรียน
4. ควรส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการและการสุขภาพอาหาร ในกลุ่มวัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ให้เข้าถึงข้อมูลโภชนาการที่ถูกต้อง และส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ช่วยลดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเขตพื้นที่อื่นๆ ของกรุงเทพมหานคร หรือจังหวัดอื่น เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ และสะท้อนภาพรวมของนักเรียนให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการ และการสุขภาพอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียน โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของนักเรียน ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ปกครอง เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรมรวมถึงการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น อิทธิพลของสื่อออนไลน์ บทบาทของเพื่อน หรือสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน เป็นต้น

3. ควรมีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับความรอบรู้ด้านโภชนาการ และสุขาภิบาลอาหาร กับพฤติกรรมบริโภคอาหาร เพื่อช่วยวางแผนในการป้องกันโรคในระยะยาว เช่น โรคอ้วนโรคเบาหวาน หรือภาวะขาดสารอาหาร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.ศิริพรรณ บุตรศรี อธิการผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย และนางสาวเกศรา โชนำชัยศิริ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ที่กรุณาให้คำปรึกษาด้านการวิจัย ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา ขอขอบคุณผู้อำนวยการเขตบางเขน ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล และคุณครูโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เขตบางเขน และผู้ปกครองทุกท่าน ที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้และขอขอบพระคุณกลุ่มเป้าหมายทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

การรับรองทางจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย หมายเลขโครงการวิจัย 824/2568

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2566). รายงานการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคและความรอบรู้ด้านโภชนาการ. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น ตุลาคม 20, 2567 จาก <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/download/?did=216019&id=115596>
- กองการศึกษาสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). การส่งเสริมและประเมินความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพ. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กรุงเทพมหานคร. (2564). แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) ฉบับปรับปรุง. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น พฤศจิกายน 5, 2567 จาก https://webportal.bangkok.go.th/public/user_files_editor/130/BMAPlan/BMA_Plan_68.pdf
- จิรกานต์ พันธุ์ฤทธิ์ดำ, นอัสสา โต๊ะยูโส๊ะ และวิชชุดา มัคสิงห์. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, ปีที่ 4(3), หน้า 49-62.
- ชนิดดา เกิดแพร่. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคเหนือตอนล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จิตรรัตน์ สิงห์ทอง. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พรสุตาและคณะ. (2563). การพัฒนาระบบการจัดการความปลอดภัยของอาหารในโรงเรียน สังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารนวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้, ปีที่ 3(2), หน้า 52-61.
- พิจาริน สมบูรณ์กุล และเพ็ญ สุขมาก. (2563). ผลของกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการสมวัยในโรงเรียนต่อพฤติกรรมการจัดอาหารให้เด็กวัยเรียนของผู้ปกครองตำบลควนรู อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการสาธารณสุข, ปีที่ 29(5), หน้า 847-854.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2563). การแปลผลเมื่อใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูล แบบมาตราส่วนประมาณค่า. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น ธันวาคม 20, 2567 จาก <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/jemmsu/article/download/154477/112393/419050>
- รัตนภรณ์ สาสีทา, คติยา อีวาโนวิช และฉวีวรรณ บุญสุยา. (2565). ความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา ระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, ปีที่ 17 (1), หน้า 28-42.
- สำนักโภชนาการ. (2567). รายงานสุขภาพคนไทย 2567. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย.
- สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย.แบบประเมินสุขาภิบาลอาหาร : SAN “สถานที่จำหน่ายอาหาร” *ตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561. (2567). [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น ตุลาคม 25, 2567 จาก https://foods.anamai.moph.go.th/web-upload/13x34cba8a8c311038000343e8ab441d5ff/202104/m_news/35202/204119/file_download/9a968709934f1dd45c5668181b2a10f.pdf
- สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร. (2566). [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น ตุลาคม 5, 2567 จาก

<https://webportal.bangkok.go.th/bangkhen/page/sub/1621/>

ภาพกิจกรรม/22/รัตน/400676/คู่มือผู้ใช้ระบบหลังบ้าน_Bangkok-PORTAL.pdf

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2566). รายงานประจำปี 2566 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น พฤศจิกายน 20, 2567 จาก: <https://webportal.bangkok.go.th/health/page/sub/13924>

Cesur, B., Kocoglu, G., & Sumer, H. (2015). Evaluation instrument of nutrition literacy on adults (EINLA) A validity and reliability study. *Journal of Integrative Food, Nutrition and Metabolism*, 2(1), 127-130.

Gibbs, H. D., Ellerbeck, E. F., Gajewski, B., Zhang, C., & Sullivan, D. K. (2018). The nutrition literacy assessment instrument is a valid and reliable measure of nutrition literacy in adults with chronic disease. *Journal of nutrition education and behavior*, 50(3), 247-257.

Zoellner, J., You, W., Connell, C., Smith-Ray, R. L., Allen, K., Tucker, K. L., ... & Estabrooks, P. (2011). Health literacy is associated with healthy eating index scores and sugarsweetened beverage intake: findings from the rural Lower Mississippi Delta. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 1012-1020.

คำแนะนำสำหรับการเตรียมผลงานเพื่อลงตีพิมพ์

วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี เป็นวารสารที่ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการวิจัยและบทความวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมสมัยทั้งในและต่างประเทศ โดยบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่เป็นผลงานวิจัย วิชาการที่เคยได้รับการเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น บทความทุกบทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารฉบับนี้จะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านต่อหนึ่งบทความ กองบรรณาธิการขอสงวนลิขสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับ และการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง โดยมีข้อเสนอแนะในการส่งบทความ ดังนี้

การเตรียมผลงานลงตีพิมพ์

1. **ชื่อเรื่อง** มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้อักษร ตัวหนา ขนาด 18 นิ้ว
2. **ชื่อผู้วิจัย** ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ต้องใส่คำนำหน้านาย/นางสาว) ใส่เฉพาะยศ (ถ้ามี) ใช้อักษรขนาด 16 นิ้ว
3. **หน่วยงานของผู้เขียน** ระบุชื่อหน่วยงาน จังหวัด รหัสไปรษณีย์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. **บทคัดย่อ** มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 350 คำ และระบุคำสำคัญ จำนวนไม่เกิน 3 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
5. **บทนำ** แสดงถึงความสำคัญและปัญหาของงานวิจัย การทบทวนงานวิจัยหรือเอกสารเกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของงานวิจัย
6. **วิธีการศึกษา** เรียบเรียงโดยแสดงวิธีการศึกษาตามขั้นตอน อธิบายวิธีการทดลองและแผนการทดลองที่ใช้ แสดงสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์และระบุสถานที่ศึกษาหรือสถานที่เก็บข้อมูล (สถานที่ทดลองหรือเก็บตัวอย่าง)
7. **ผลการศึกษา** แสดงผลการศึกษาร่วมอธิบาย โดยแสดงภาพหรือตารางผลการศึกษา และเขียนหมายเลขกำกับภาพหรือตารางให้ชัดเจน
8. **ภาพประกอบ** ควรแนบไฟล์ต้นฉบับพร้อมเขียนคำอธิบายภาพ และควรเขียนหมายเลขกำกับภาพเพื่อความสะดวกต่อการเรียงข้อมูล
9. **กิตติกรรมประกาศ** (มีหรือไม่มีก็ได้) เรียบเรียงย่อหน้าเดียวแบบกระชับ ระบุแหล่งทุนวิจัย บุคคลและหน่วยงานที่ให้ความอนุเคราะห์หรือมีส่วนร่วมในงานวิจัย
10. **เอกสารอ้างอิง** เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงตามตัวอักษรของนามสกุลผู้แต่งคนแรก ทั้งนี้ ผู้แต่งต้องตรวจสอบจำนวนเอกสารอ้างอิงให้ตรงกับเนื้อหา (ใช้รูปแบบการอ้างอิงของ APA (American Psychological Association))
11. **เนื้อหาบทความทั้งหมด** ใช้รูปแบบตัวอักษรขนาด 16 นิ้ว มาตรฐานกระดาษขนาด A 4 มีความยาวไม่เกิน 8-15 หน้า

Template
บทความวิจัย

ชื่อเรื่องบทความ (ภาษาไทย) (ขนาด 18) *

ชื่อเรื่องบทความ (ภาษาอังกฤษ) (ขนาด 18)

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย (ชื่อผู้แต่ง - ภาษาอังกฤษ) (ขนาด 16) **

ชื่อผู้ร่วมบทความภาษาไทย (ชื่อผู้ร่วมบทความ - ภาษาอังกฤษ) (ขนาด 16) ***

บทคัดย่อ (ไม่เกิน 350 คำ)

(ขนาด 16).....

.....

.....

คำสำคัญ : คำที่ 1, คำที่ 2,(ไม่เกิน 5 คำ)....

Abstract (ไม่เกิน 350 คำ)

(ขนาด 16).....

.....

.....

Keywords: *Word 1, Word 2,*(ไม่เกิน 5 คำ)....

รูปแบบการพิมพ์บทความ

- ขนาดกระดาษ A4

- แบบอักษร TH SarabunPSK

- ความยาวไม่เกิน 15 หน้า (รวมภาพประกอบ)

บทนำ

(ขนาด 16).....

.....

.....

** ตำแหน่งผู้แต่ง สังกัด / ภาษาไทย (ขนาด 14)

ตำแหน่งผู้แต่ง สังกัด / ภาษาอังกฤษ

*** ตำแหน่งผู้ร่วมบทความ สังกัด / ภาษาไทย (ขนาด 14)

ตำแหน่งผู้ร่วมบทความ สังกัด / ภาษาอังกฤษ

วัตถุประสงค์การวิจัย

(ขนาด 16).....

.....

.....

วิธีการศึกษา

(ขนาด 16).....

.....

.....

ผลการศึกษา

(ขนาด 16).....

.....

.....

อภิปรายผล

(ขนาด 16).....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

(ขนาด 16).....

.....

.....

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

(ขนาด 16).....

.....

.....

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

(ขนาด 16).....

.....

.....

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16)

.....

.....

.....

.....

รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

(รูปแบบการอ้างอิงที่นำมาใช้เป็นมาตรฐานในวารสาร ให้ใช้รูปแบบ APA (American Psychological Association) โดยประกอบด้วยการอ้างอิงในเนื้อหาและการอ้างอิงท้ายบทความ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การอ้างอิงในเนื้อหา :

ให้อ้างอิงชื่อสกุลผู้แต่ง หรือชื่อเรื่องในกรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่งโดยเขียนเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น และต่อด้วยปี ค.ศ.ที่พิมพ์ ทั้งเอกสารที่เขียนเป็นภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ โดยมีรูปแบบดังนี้

(นามสกุลผู้เขียน, ปีพิมพ์: เลขหน้าที่ปรากฏ)

ตัวอย่างเช่น

- โสเกรตติสย้ำว่าการอ่านสามารถจุดประกายได้จากสิ่งที่นักอ่านรู้อยู่แล้วเท่านั้นและความรู้ที่ได้รับมาไม่ได้มาจากตัวหนังสือ (Manguel, 2003: 127)

- สุมาลี วีระวงศ์ (Weerawong, 2009: 37) กล่าวว่า การที่ผู้หญิงจะไปซื้อชักผู้ชายมาบ้านเรือนของตัวเองทุกๆ ที่เขายังไม่ได้มาสู่ขอนั้น เป็นเรื่องผิดขนบธรรมเนียมจารีตประเพณี

* เอกสารที่มีผู้แต่งมากกว่า 3 คน ในการอ้างอิงครั้งแรก ให้ระบุนามสกุลของผู้เขียนทุกคน และเมื่อมีการอ้างอิงในครั้งต่อไป ให้ระบุเพียงนามสกุลของผู้แต่งคนแรก ตามด้วย et al. เช่น

-ในขณะที่ Alraimi, Zo, & Ciganek (2015) ได้อธิบายว่า MOOC ให้ความสำคัญกับความเปิดกว้าง.....
เช่นเดียวกับ Alraimi et al. (2015) ได้อธิบายว่า ชื่อเสียงของสถาบันอุดมศึกษาจะเป็นภาพที่สะท้อนต่อคุณภาพ.....

2. การอ้างอิงท้ายบทความ :

การเขียนรายการอ้างอิงท้ายบทความเป็นการระบุข้อมูลบรรณานุกรมของเอกสารที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา (ยกเว้นการสื่อสารส่วนบุคคล เช่น การสื่อสารผ่านอีเมล ข้อความส่วนตัว หรือการสัมภาษณ์ เนื่องจากไม่อาจสืบค้นย้อนหลังได้และเป็นการปกป้องผู้ให้ข้อมูลการวิจัยตามข้อกำหนดจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์) โดยรูปแบบของรายการอ้างอิงจำแนกตามประเภทของทรัพยากรสารสนเทศ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- การระบุผู้แต่ง ให้ใช้นามสกุล ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อต้นสำหรับหนังสือภาษาต่างประเทศ ส่วนเอกสารภาษาไทยที่เขียนโดยคนไทยให้ระบุนามสกุล และตามด้วยชื่อเต็ม

- เอกสารที่มีเนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้วงเล็บชื่อเรื่องภาษาไทยต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาอังกฤษเสมอ

- ใช้เครื่องหมาย & แทนคำว่า and ในการอ้างอิงเสมอ ทั้งในการอ้างอิงเอกสารภาษาไทยและเอกสารภาษาต่างประเทศ

- ทุกรายการที่ยาวเกิน 1 บรรทัด เมื่อขึ้นบรรทัดต่อไปให้เยื้องเข้าไปอีก 8 อักขระ โดยเริ่มที่ตำแหน่งที่ 9

3. หนังสือ

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน.\(ปีพิมพ์).\ชื่อหนังสือ\(\ครั้งที่พิมพ์).\เมืองที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์.

ตัวอย่างเช่น

Weerawong, Sumalee. (2009). *The Thai Way of Life in Lilit Phra Lor (วิถีชีวิตไทยในลิลิตพระลอ)* (3rd ed.). Bangkok: Sataporn Books.

Tidd, J., Bessant, J., & Pavitt, K. (2001). *Managing Innovation* (2nd ed.). Chichester: John Wiley and Sons.

4. บทความหรือบทในหนังสือ

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน.\(ปี).\ชื่อบทความ\ชื่อบรรณาธิการ,\ชื่อหนังสือ,\ครั้งที่พิมพ์.\(จำนวนหน้า).\เมืองที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์.

ตัวอย่างเช่น

Pakdeekham, Santi. (2005). Sri Ramadeba Nagara (ศรีรามเทพนคร : สร้อยนามหรือชื่อเมือง). **Damrong Journal**, 4(2): 156-171.

Shani, A., Sena, J., & Olin, T. (2003). Knowledge Management and New Product Development: A Study of Two Companies. **European Journal of Innovation Management**, 6(3): 137-149.

5. วิทยานิพนธ์

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน. \ (ปีการศึกษา). \ ชื่อวิทยานิพนธ์. \ ระดับปริญญา, \ มหาวิทยาลัย, \ เมือง, \ ประเทศ. ตัวอย่างเช่น

Saisingha, Sakchai. (1989). **The Payao School Sandstone Buddha Image (พระพุทธรูปหินทราย สกุลช่างพะเยา)**. Master's dissertation, Silpakorn University, Bangkok, Thailand.

Chuvichean, Praphat. (2009). **Wat Worachet Thepbamrung : A Model of Ayutthaya Art in 17th Century A.D (วัดวรเชษฐเทพบำรุง : แบบอย่างงานช่างของอยุธยาในพุทธศตวรรษที่ 22)**. Doctoral dissertation, Silpakorn University, Bangkok, Thailand.

6. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ

หนังสือออนไลน์ (online / e-Book)

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน. \ (ปีที่พิมพ์). \ ชื่อเรื่อง. \ [ประเภทของสื่อที่เข้าถึง]. \ สืบค้นเมื่อ \ เดือน \ วัน \ ปี \ จาก \ แหล่งข้อมูลหรือ URL ตัวอย่างเช่น

De Huff, E. W. (2009). **Taytay's Tales: Traditional Pueblo Indian Tales**. [Online]. Retrieved January 8, 2010 from <https://digital.library.upenn.edu/women/dehuff/taytay/taytay.html>

Fine Arts Department. (2016). **The Buddha Images: Auspicious Treasures of the Front Palace Pay Homage to The Holy Icons that are Associated with Our Gracious Kings (พระพุทธรูป ณ วังหน้า พระปฎิมาแห่งแผ่นดิน กราบบูชาพระพุทธรูปปฏิมา ในพระมหารัชมงคลมหาภักษัตริยาธิราชเจ้า)**. [Online]. Retrieved July 5, 2019 from www.finearts.go.th/parameters/search/หนังสืออิเล็กทรอนิกส์/book/148.html?page=3

7. บทความจากวารสารออนไลน์ (online / e-journal)

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน. \ (ปี). \ ชื่อบทความ. \ ชื่อวารสาร, \ ปีที่ (ฉบับที่): \ หน้า \ ที่ปรากฏบทความ. \ [ประเภทของสื่อที่เข้าถึง]. \ สืบค้นเมื่อ \ เดือน \ วัน \ ปี \ จาก \ แหล่งข้อมูลหรือ URL ตัวอย่างเช่น

Kenneth, I. A. (2000). A Buddhist Response to The Nature of Human Rights. **Journal of Buddhist Ethics**, 8(3): 13-15. [Online]. Retrieved March 2, 2009 from <https://www.cac.psu.edu/jbe/twocont.html>

Webb, S. L. (1998). Dealing with Sexual Harassment. **Small Business Reports**, 17(5): 11-14. [Online]. Retrieved January 15, 2005 from BRS, File: ABI/INFORM Item: 00591201

8. ฐานข้อมูล

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน. \ (ปีที่พิมพ์). \ ชื่อเรื่อง. \ [ประเภทของสื่อที่เข้าถึง]. \ สืบค้นเมื่อ \ เดือน \ วัน \ ปี \ จาก \ แหล่งข้อมูลหรือ URL

ตัวอย่างเช่น

Beckenbach, F., & Daskalakis, M. (2009). **Invention and Innovation as Creative Problem Solving Activities: A Contribution to Evolutionary Microeconomics.** [Online]. Retrieved September 12, 2009 from https://www.wiwi.uniaugsburg.de/vwl/hanusch/emaee/papers/Beckenbach_neupdf

9. การสัมภาษณ์

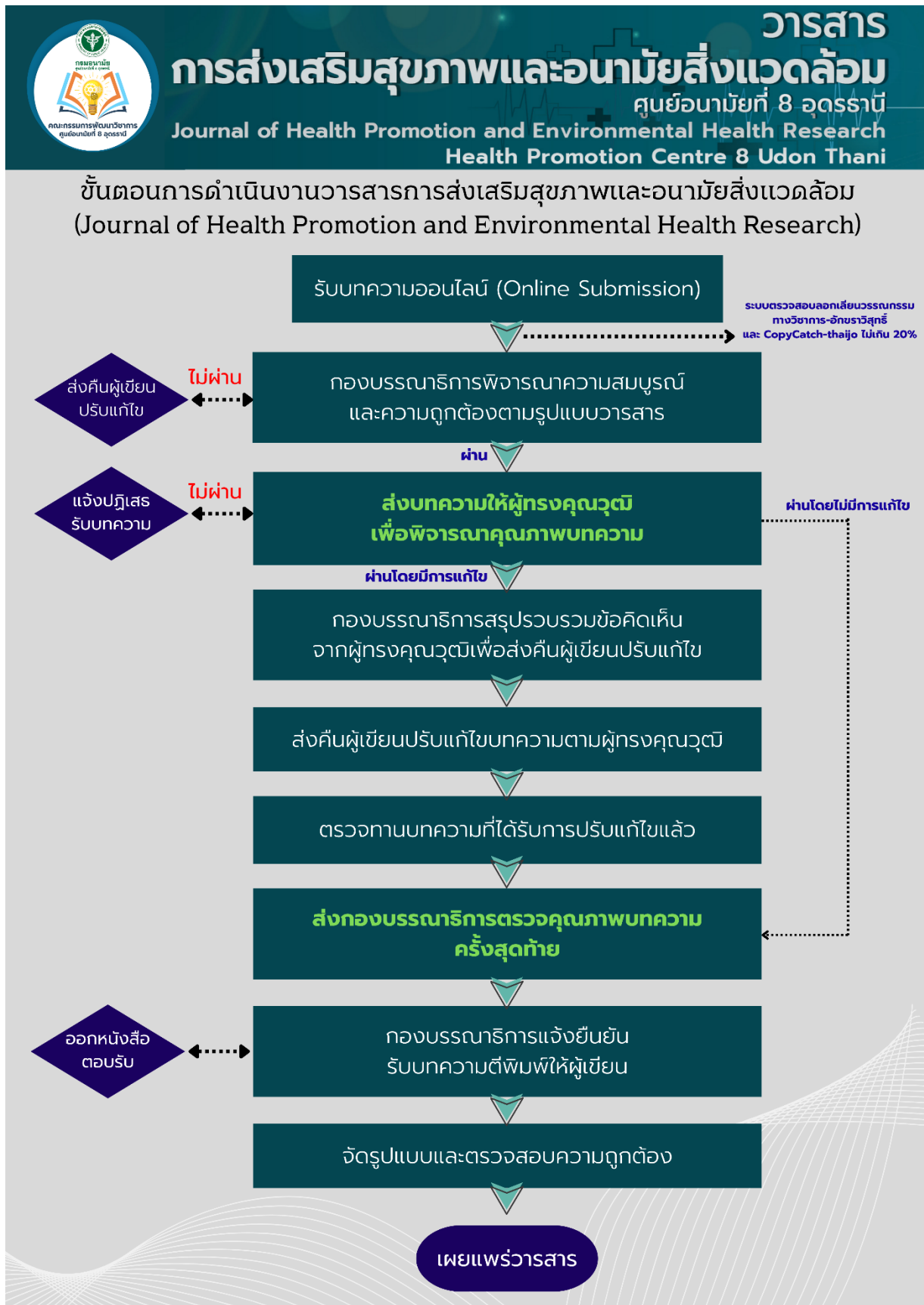
นามสกุลผู้ถูกสัมภาษณ์, \ชื่อผู้ถูกสัมภาษณ์., \ตำแหน่งหน้าที่. \ สัมภาษณ์, \ เดือน \ วัน \ ปี \ ที่สัมภาษณ์. ตัวอย่างเช่น

Boonmak, Ubon., ThaiPBS citizen journalist in Ubon Ratchathani. Interview, December 26, 2011.

* **ตารางและภาพประกอบ** ตารางและภาพประกอบควรจัดให้มีความสอดคล้องกับเนื้อหา

ตาราง : ให้ระบุตารางที่ตามลำดับที่ปรากฏในเนื้อหา

รายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อที่คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี โทร. 085-669-8896 คุณ อธิวัฒน์ กุลวงษ์





Facebook



Website

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย

เลขที่ 582 หมู่ 12 ถ.อุตร-สามพร้าว ต.สามพร้าว
อ.เมืองอุตรธานี จ.อุตรธานี 41000

โทรศัพท์: 0-4212-9587

โทรสาร : 0-4212-9588

อีเมล : hpc08@anamai.mail.go.th

Facebook: <https://www.facebook.com/hpc8.anamai>