



" สมดุลสุขภาพและเส้นทางสุขภาพที่ดี "

HARMONY HEALTH

A JOURNEY TO WELL-BEING

ไข้เลือดออก

• ป้องกันได้ •



5 วิธีป้องกันยุง ไม่ให้ยุงมากัด



กางมุ้งทุกครั้ง
ที่เข้านอน



ใช้ยาจุดกันยุง
ใช้สารทาป้องกันยุง
ลดการเกาะหรือป้องกันยุง



อย่าให้ยุงกัดตอนกลางวัน
โดยใช้ไม้ตียุง
หรือผลิตภัณฑ์ทาไล่ยุง



ฉีดพ่นสาร
กำจัดยุง



ป้องกันไม่ให้มีลูกน้ำยุงลาย
ภายในและภายนอกบ้าน

เมื่อไรควรไปพบแพทย์

มีไข้สูงเฉียบพลัน กินยาลดไข้แล้วไข้ไม่ลด
อาเจียน อ่อนเพลีย ควรไปพบแพทย์ทันที



กรมอนามัย ส่งเสริมให้คนไทย สุขภาพดี

THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL HEALTH

HEALTH

วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานค้นคว้า และวิจัยของนักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น และข่าวสาร และเป็นสื่อสัมพันธ์ในวงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ได้รับคัดเลือกให้อยู่ในฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย
(Thai Journal Citation Index Centre:TCI)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปี 2567

ที่ปรึกษา	แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา แพทย์หญิงงนุช ภัทรอนันตนิพ นายแพทย์ปองพล วรปานิ	อธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย
บรรณาธิการ	นายแพทย์สมพงษ์ ชัยไธยานันท์	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นายคัมภีร์ งานดี นายธรรมรัฐ มณสวัสดิ์	กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
กองบรรณาธิการวิชาการ	นางสาวปิยาพัชร ชูชัยมั่งคณา นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง นายสมศักดิ์ ศิริวนนังสรรค์ ทันตแพทย์หญิงวรางคณา เวชวิณี นางไฉไล ช่างดำ แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล นายสุคนธ์ เจียสกุล ดร.ทวีสุข พันธุ์เพ็ง แพทย์หญิงนิพรพรรณ วรมงคล ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์ ดร.วิระวรรณ ถิ่นยืนยง ดร.พวงเพ็ญ ชื่นประเสริฐ รศ.ดร.มนรัตน์ ธีระวิวัฒน์ รศ.ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ รศ.ดร.สลิธร เทพตระการพร แพทย์หญิงสายพิน โชติวิเชียร นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุขรัตน์ นายแพทย์มนัส รามเกียรติศักดิ์ ทันตแพทย์ ดร.แมนสรวง วงศ์อภัย แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย ดร.สุพิชชา วงศ์จันทร์ ดร.เบญจวรรณ ธีรัชสุภา	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษากรมอนามัย (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ปรึกษากรมอนามัย (ด้านทันตสาธารณสุข) นักวิชาการอิสระ ที่ปรึกษากรมอนามัย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต สำนักโภชนาการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กองพยากรณ์สุขภาพ
เจ้าของ	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
ฝ่ายจัดการ	นางสาวเอกกฤทัย สารนาค นางอรุณี อินทร์ขำ นางอรุชา ตะกรุดเงิน	กองคลัง กองคลัง สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
สำนักงาน	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร 0-2590-4153, 4745 โทรสาร 0-2591-8147 https://km.anamai.moph.go.th/th/health2566	
กำหนดออก	ปีละ 4 เล่ม (มกราคม—มีนาคม, เมษายน-มิถุนายน, กรกฎาคม-กันยายน, ตุลาคม-ธันวาคม)	
อัตราค่าสมาชิก	ปีละ 360 บาท ต่างประเทศเพิ่มค่าส่งตามอัตราไปรษณีย์	
ออกแบบและจัดพิมพ์	บริษัท ทริปเปิ้ล เอ คอนซัลแทนท์ จำกัด โทร 0-2272-1170-71 โทรสาร 0-2272-1173	

คำแนะนำ

ในการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ยินดีรับบทความวิชาการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

บทความวิชาการ (original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อ เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์การศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุป ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปและเอกสารอ้างอิงก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความปริทัศน์ (review article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ ที่มาเขียน วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่บทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทที่บทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (เจ้าของบทความ) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อ และสถานที่ทำงานอยู่ หากมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ให้ระบุเพียงสังกัดเดียว

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่ควรมีคำย่อ ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด (300 ตัวอักษร) โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลและวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ โดยมีคำสำคัญ (keywords) วางไว้ท้ายบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน ใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

วิธีการดำเนินงาน อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือในการวิจัย และวิธีวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์ การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัย ในมนุษย์ โดยระบุคณะกรรมการฯ ชุดใด และเมื่อไร

ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยตามลำดับหัวข้อตามวัตถุประสงค์ โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้ หากมีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขซ้ำ หรือทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง ถ้าเป็นภาพหรือแผนภูมิต้องมีความคมชัดขนาดไม่ต่ำกว่า 600x800 pixels อาจเป็นภาพขาวดำหรือสี

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น)

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนที่สำคัญจากที่ใดบ้าง มีयोหน้าเดียว

- เอกสารอ้างอิง**
- 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสาร การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
 - 2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ โดยใช้ตัวเลขไว้ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ใช้หมายเลขเดิม สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหา

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรก—หน้าสุดท้าย

วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้ชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ Index Medicus

วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็มปรากฏที่หน้าปก

ในกรณีที่ผู้แต่งมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก ค้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย)

ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 131-156 ใช้เป็น 131-56 และไม่เว้นวรรคระหว่างเครื่องหมาย : และ ; ในการระบุปีที่พิมพ์ ปีที่(ฉบับที่) เลขหน้า โดยใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่

1. Muangsapaya W, Winichagoon P, Fucharoen S, Pootrakul P, Wasi P. Improved Technique for detecting intraerythrocytic inclusion bodies in thalassemic trait. J. Med Assoc Thai 1985;68: 43-5.

2. กติกา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, วิษย์ศักดิ์ สุขสะอาด, กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และคณะ. การตรวจกรองฮีโมโกลบินอี โดยวิธีการตกตะกอนด้วยดีซีไอพีในกลุ่มประชากรที่ไม่มีภาวะซีด. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2536;51:39-43.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. จำนวนหน้า (ครั้งที่พิมพ์ใส่เฉพาะการจัดพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป).

1. Richard EB, Victon CV. Nelson Textbook of Pediatrics. 12th ed. Philadelphia : W.B. Saunders; 1987.

2. ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการของเด็ก การส่งเสริมพัฒนาของเด็ก โดยครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2534.

รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. Wood WG. Hemoglobin analysis. in: Weatherall DJ, ed. The thalassemias. New York: Churchill Livingstone; 1983. p. 31-53.

2. สุจิตต์ เฝ้าสวัสดิ์. ระบาดวิทยาของเด็กตายคลอด. ใน: สุจิตต์ เฝ้าสวัสดิ์, บรรณาธิการ. เด็กตายคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสูติศาสตร์—นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531. หน้า 1-32.

3.3 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: URL address.

บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [อินเทอร์เน็ต]. ปีพิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล];ปีที่(เล่มที่(ถ้ามี)):จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ. เข้าถึงได้จาก/ Available from: URL address.

1. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

2. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

บทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (DOI number)

1. Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug use in the general population: 'gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar [cited 2010 Apr 15];93(3):227-232. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/> doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024

3.4 การอ้างอิงอื่นๆ

รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

1. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. ปี เดือน วันที่; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

1. วรุตตา หาระภูมิ. ดึงคุณภาพยา(จีน) ช่วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. มติชน. 3 มี.ค. 2554: น. 10.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษ ขนาด A4 (21.6X27.9 ซม.) ตัวอักษรขนาด 16 พอยต์

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นไฟล์ภาพ .jpg ความคมชัดไม่ต่ำกว่า 600x800 pixels หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสเตอร์แทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพ ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด ระบุสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล พร้อมหนังสือนำส่งถึงบรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 หรือส่งบทความออนไลน์ที่ <https://thaidj.org> ไฟล์บทความใช้โปรแกรม word

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

- 5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
- 5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
- 5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน เรื่องละ 3 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน คณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง คณะบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้

ผลงานทุกเรื่องได้รับการพิจารณาแบบ Double-blind peer review

โดยกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่าน ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสาร

ได้รับคัดเลือกให้อยู่ในฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index : TCI)

INSTRUCTION FOR AUTHORS

Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health welcomes all kinds of articles related to health promotion and environmental health, i.e. editorials, review articles, letter to editor, or short communications. Each article must not be published elsewhere before, and length of the article should not exceed 8 pages.

Manuscripts should be typed in double space on one side of white A4 papers.

On the first page should appear the author's name, affiliation and a running title. The abstract should be on the second page. The body of the article will begin from the third page. The structure of original article should be in the following order : introduction, objective materials and methods, results, discussion, conclusion, acknowledgment and references.

Each table or figure should be prepared on the separate sheet. Photographic prints must be in black and white, sharp with high contrast, and the size should not be smaller than the postcard size.

Reference should be in order according to the Vancouver System (see the following examples):

1. Muangsapaya W, Winichagoon P, Fucharoen S, Pootrakul P, Wasi P. *Improved Technique for detecting intraerythrocytic inclusion bodies in thalassemic trait*. J. Med Assoc Thai 1985 ; 68 : 43-45.
2. Richard EB, Victon CV. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 12th ed. Philadelphia : W.B.Saunders ; 1987.
3. Wood WG. *Hemoglobin analysis*. in : Weatherall DJ, ed. *The thalassemias*. New York : Churchill Livingstone ; 1983.p. 31-53.

If a reference has more than one author, all authors' names should be listed. However, if there are more than 7 authors, only three names are required, and the rest of them are to be represented by 'et al'.

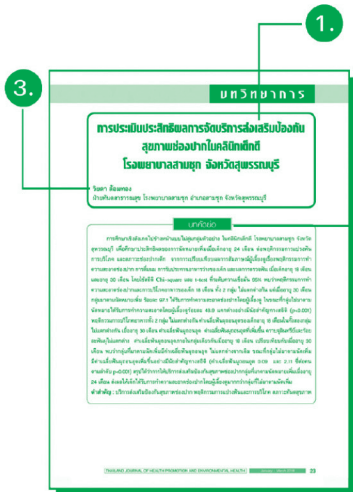
Abbreviations should be based on the U.S. National Library of Medicine in Index Medicus.

One copy and a word-processing disk of the manuscript should be sent to the Editor at the following address : **Office of Senior Advisors Committee, Department of Health, Ministry of Public Health, Tiwanond Rd, Nonthaburi, 11000. Thailand.**

All submissions will be acknowledged by the Editorial Board. Those unaccepted will also be notified. The editors reserve right to edit all manuscripts for proper publication according to the format of the Journal.

Three copies of the Journal will be supplied to principal author after the publication.

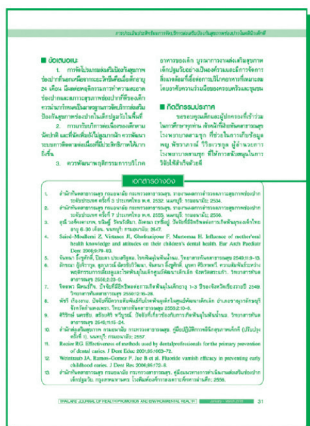
องค์ประกอบของบทความวิชาการที่มีมาตรฐาน



1. ชื่อเรื่องไทย/อังกฤษ
2. บทคัดย่อ/ABSTRACT ต้องไม่ยาวเกินไป และต้องไม่มีหัวข้อและย่อหน้ามาก
3. ชื่อผู้เขียนและสถานที่ทำงาน



เนื้อหาที่มีการแบ่งหัวข้อชัดเจน
อีกทั้งมีการสรุปเป็นกราฟ/ตาราง
หรือมีรูปภาพประกอบ



เอกสารอ้างอิงใช้ระบบ VANCOUVER

NOTE : เพื่อความถูกต้องของข้อมูล ควรส่งต้นฉบับในรูปแบบ
ของแผ่นดิสก์ที่แก้ไขครั้งสุดท้ายแล้วมายัง
บรรณาธิการ รูปภาพ ควรส่งต้นฉบับมา และรูป
ถ่ายประกอบบทความใช้ภาพสีขนาดปกติ

HEALTH

ใบสมัครสมาชิก/สมาชิกอุปถัมภ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL HEALTH

หมายเลขสมาชิก.....

วัน เดือน ปี.....

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

โทรศัพท์.....

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกในนาม

☐ สมาชิกใหม่

☐ ต่ออายุสมาชิก

☐ สมาชิกอุปถัมภ์ จำนวน..... ราย (กรุณาแนบรายชื่อหน่วยงาน พร้อมที่อยู่ เพื่อจัดส่งวารสาร)

สมัครเป็นสมาชิกเวลา.....ปี (อัตราปีละ 4 ฉบับ ราคา 360 บาท)

เริ่มตั้งแต่ฉบับที่.....ปี.....ถึงฉบับที่.....ปี.....

รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)

โดยได้แนบ ☐ ธนาคัตติ (ส่งจ่าย ปณ.กระทรวงสาธารณสุข) ☐ ตัวแลกเงินไปรษณีย์

ที่อยู่ (เพื่อจัดส่งวารสาร)

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

ส่งจ่าย ในนาม บรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมไปรษณีย์กระทรวงสาธารณสุข 11000

ที่อยู่ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์

อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทร. 0-2590-4153, 0-2590-4157 โทรสาร 0-2591-8147



Editor's Desk

วารสารฉบับเพิ่มเติมนี้ ได้รับความอนุเคราะห์ สนับสนุน
โดยท่านอธิบดีกรมอนามัย แพทย์หญิงอัจฉรา
นิริโกญญาสกุล เพื่อให้มีพื้นที่เผยแพร่เนื้อหาวิชาการให้กับ
นักวิชาการได้มีโอกาสและพื้นที่เพิ่มเติมจากฉบับปกติ
ขอขอบพระคุณท่านอธิบดีมา ณ โอกาสนี้

เนื้อหาสาระในฉบับเพิ่มเติม คงไว้ตามภารกิจดูแลส่งเสริม
สุขภาพทุกกลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดประโยชน์
ทางสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน



นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์

บรรณาธิการ

กันยายน 2567

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

บทวิชาการ

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

■ รุจิพัชญ์ เพ็ชรสินเดชากุล สาริศา สืบจากดี.....S11

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

■ กัญญาภัทร กระสินธุ์ ดวงใจ มาละเงิน.....S26

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์ของมารดาหลังผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

■ รลิตา จิรัฎฐ์ชัยกุล.....S40

การพัฒนารูปแบบการจัดการบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

■ ภูเบศ ดั่งสงกา กรรณิการ์ สุวรรณ กฤติญา อ่วมแจ่ม.....S53

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

■ คมขำ สุทธิ กรรณิการ์ สุวรรณ นิตยา ทองประพาพS66

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

■ กรกนก นาเครือS82

ประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

■ สุทามาศ ตานะเศรษฐ S98

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรอง กลุ่มอาการดาวนซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

รุจิพัชญ์ เพ็ชรสินเดชากุล

สาริตา สืบจากดี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

วันรับ 28 มิถุนายน 2567, วันแก้ไข 16 สิงหาคม 2567, วันตอบรับ 22 สิงหาคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์โดยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 60 คน คัดเลือกอย่างเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ส่วนกลุ่มควบคุมให้คำปรึกษาตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพและโปรแกรมการให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรมผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน สถิติที่ใช้ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Pair sample t-test และ Independent sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการวิจัย พบว่า หลังการให้คำปรึกษาผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอนการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ สามารถเพิ่มการรับรู้ภาวะสุขภาพและเพิ่มการยอมรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ได้ ดังนั้น ผู้บริหารทางโรงพยาบาลจึงควรพิจารณานำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อให้การดูแลพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้คำปรึกษา การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรม หญิงตั้งครรภ์

The effects of counseling program screening Down's syndrome pregnant women in Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 3, Nakhon Sawan

Rujipatch Phetsindechakul

Sarisa Suebjakdee

Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 3, Nakhon Sawan

Received 28 June 2024, Revised 16 August 2024, Accepted 22 August 2024.

Abstract

This quasi-experiment research involves a two-group design and aims at identifying the effects counseling program screening Down's syndrome pregnant women in Health Promoting Hospital. The research conducted with pregnant women and divided into two groups; thirty for experimental group and thirty for comparison group by using purposive sampling. The experimental group had received the counseling program screening Down's syndrome pregnant women of nursing care, while the control group had received conventional nursing care. The research instruments were counseling program screening Down's syndrome through computer media and a questionnaire on health status perception. Number, percentage, mean, standard deviation, paired t-test and independent t-test were used for data analyzing. The results showed that experimental group had a significantly higher health status perception than the comparison group (p -value <0.05). In addition, the program can increase health status perception, and screening Down's syndrome pregnant women. Therefore, nursing administrators should consider applying it to develop the quality of services to care for pregnant women nurses in the future.

Keywords: Counseling program, Screening Down's syndrome, pregnant women

■ บทนำ

กลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome)⁽¹⁾ เป็นโรคพันธุกรรมที่มีความพิการแต่กำเนิดและภาวะปัญญาอ่อนที่พบบ่อยที่สุด พบได้ทุกเชื้อชาติ วัฒนธรรม เศรษฐฐานะ และภูมิประเทศ โดยทั่วไปพบ 1 ต่อ 800 ของเด็กเกิดใหม่ แต่อุบัติการณ์นี้ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากหากทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์จะมีการแท้งไปเองสูงถึงร้อยละ 75 กลุ่มอาการดาวน์ส่วนใหญ่วินิจฉัยได้ตั้งแต่แรกเกิด สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 เด็กกลุ่มอาการดาวน์มีลักษณะที่เฉพาะคือรูปร่างหน้าผิดปกติ ศีรษะกลมเล็ก ท้ายทอยแบน สันจมูกแบน ตาห่าง หางตาชี้ขึ้น หูเกาะต่ำ ลิ้นใหญ่และอาจยื่นออกมา ผิวหนังที่คอหนา นิ้วมือสั้น นิ้วก้อย โกงงอ ช่องระหว่างนิ้วเท้าที่ 1 และ 2 กว้าง มีเส้นพาดขวางกลางฝ่ามือ ร่างกายอ่อนปวกเปียก นอกจากนี้อาจมีหัวใจพิการแต่กำเนิด ลำไส้ติ่งตันหรือไม่มีรูทวารหนักที่สำคัญคือมีปัญหาอ่อนทุกราย ระดับไอคิวเฉลี่ยประมาณ 20-70 ประเทศไทยจะมีเด็กกลุ่มอาการดาวน์เกิดขึ้นปีละประมาณ 1,150 ราย และเด็กดาวน์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 75-80 เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 35 ปี เพราะหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มักไม่ได้รับคำแนะนำให้ตรวจหาความผิดปกติเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์และปัจจุบันยังไม่มีวิธีรักษาเด็กกลุ่มอาการดาวน์ซึ่งเด็กกลุ่มนี้ยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น ความผิดปกติทางสติปัญญา ระบบหัวใจ ฯลฯ การดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ต้องดูแลในระยะยาว อาศัยการมีส่วนร่วมของทั้งครอบครัว สถานพยาบาลและสังคมทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การเลี้ยงดู ตลอดจนการกระตุ้นพัฒนาการต่างๆ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ได้ประกาศเรื่อง ประเภทและขอบเขตของการบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 7 เมษายน 2559 โดยให้มีการตรวจคัดกรองดาวน์ด้วยวิธี Quadruple Test กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ อายุ 35 ปี ขึ้นไป กระทรวงสาธารณสุขได้จัดระบบบริการ การป้องกันการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ตามกลุ่มเป้าหมายและในเดือนตุลาคม 2563 ได้มีการขยายการดำเนินงานครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ การตรวจคัดกรองด้วยวิธี Quadruple Test หรือ Quad test เป็นการตรวจในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ (Second-trimester screening) ทำในช่วงอายุครรภ์ 15-20 สัปดาห์ (เหมาะสมที่สุดคือช่วง 16-18 สัปดาห์) เป็นการตรวจสารชีวเคมีในเลือด 4 ชนิด ได้แก่ Alpha fetoprotein (AFP), Unconjugated estriol (uE3), Beta-human chorionic gonadotropin (free β -hCG) และ Dimeric Inhibin-A จากนั้นนำข้อมูลการวิเคราะห์สารชีวเคมีในเลือดทั้ง 4 ชนิดนี้มาคำนวณหาค่า MoM ร่วมกับข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ประวัติการคลอดบุตร การเป็นเบาหวาน การสูบบุหรี่ เป็นต้น เพื่อแจ้งความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ว่าทารกจะเป็นกลุ่มอาการดาวน์หรือไม่ เพื่อช่วยให้แพทย์และครอบครัววางแผนการดูแลรักษา รวมถึงเป็นการให้ทางเลือกแก่ครอบครัวในการยุติการตั้งครรภ์ และเพื่อการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์และปัญหาสุขภาพตั้งแต่แรกเกิด⁽²⁾ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอัตราการยอมรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม โดยการสำรวจความคิดเห็นของแพทย์เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (Maternal Fetal Medicine; MFM) ใน

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 29 ปี ร้อยละ 80 มีทัศนคติเชิงบวกต่อการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ โดยร้อยละ 76 เห็นว่าควรตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์อายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไปเท่านั้น และมีทัศนคติเชิงลบต่อการตรวจคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์ทุกคน สตรีตั้งครรภ์ที่ปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์มีความเชื่อหากตรวจพบทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์จะไม่ยุติการตั้งครรภ์จึงไม่เข้ารับการตรวจ ซึ่งสตรีกลุ่มนี้ยังไม่ได้รับทราบข้อมูลของผลกระทบของการมีบุตรเป็นกลุ่มอาการดาวน์และยังมีความเชื่อว่าการตรวจคัดกรองนั้นไม่มีความจำเป็น⁽³⁾ ซึ่งการปฏิเสธการตรวจได้รับอิทธิพลมาจากความเชื่อของแต่ละบุคคล การให้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การขาดการอธิบายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรอง⁽⁴⁾ สรุปได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ยังไม่เห็นถึงความรุนแรงของการมีทารกเป็นกลุ่มอาการดาวน์รวมทั้งไม่เข้าใจถึงประโยชน์ของการตรวจซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการรับรู้ดังกล่าว คือ การได้รับข้อมูล ที่ยังไม่มีประสิทธิภาพพอจากเจ้าหน้าที่⁽⁵⁾ เบคเกอร์ กล่าวถึงความเป็นไปได้ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นต้องมาจากการรับรู้ต่อสถานะคุกคามโรค ซึ่งบุคคลที่จะรับรู้ต่อภาวะคุกคามโรคนั้น จะต้องมีส่วนชักนำให้มีการปฏิบัติ ได้แก่ การรณรงค์ให้คำแนะนำด้านสุขภาพทางสื่อคำแนะนำจากบุคคลอื่นๆ การได้รับเอกสารคำแนะนำ เป็นต้น⁽⁶⁾ และยังพบผลการวิจัยที่สนับสนุนการให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคจะช่วยเพิ่มระดับความรู้และส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรค รวมทั้งการใช้สื่อต่างๆ ประกอบการให้ความรู้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพต่อการรับรู้มากกว่าการสอนที่พูดเพียงอย่างเดียว⁽⁵⁾ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สาระความรู้และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์แก่หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสเพื่อให้เกิดการยอมรับ เข้าใจผลที่จะเกิดตามมา และมีทางเลือกในการตัดสินใจที่เหมาะสม ซึ่งหลักสำคัญของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ คือ การมุ่งประโยชน์ของหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสเป็นหลัก ส่วนผลในการลดอุบัติการณ์การเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ในประชากรถือเป็นผลพลอยได้ และการบอกแต่สิ่งที่เป็นความจริง ซึ่งต้องไม่ก่อให้เกิดความหวาดกลัวหรือความวิตกกังวลมากเกินไปสมเหตุสมผล ทั้งนี้ควรให้คำปรึกษาเมื่อหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสอยู่ร่วมกัน⁽⁷⁾

จากรายงานสถานการณ์ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์⁽⁸⁾ ซึ่งมีการดำเนินงานตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพของประเทศไทย⁽⁹⁾ ย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการทั้งหมด 404 ราย ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี Quadruple Test 300 ราย คิดเป็น ร้อยละ 75.3 ไม่ได้รับการตรวจ 104 ราย คิดเป็น ร้อยละ 25.7 หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ 300 ราย พบว่า มีความเสี่ยงสูง 16 ราย คิดเป็น ร้อยละ 5.3 ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ 14 ราย คิดเป็น ร้อยละ 87.5 ผลการตรวจน้ำคร่ำผิดปกติ 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 7.1 ปี พ.ศ. 2565 มีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการทั้งหมด 380 ราย ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ 292 ราย คิดเป็น ร้อยละ 76.8 ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ 88 ราย คิดเป็น ร้อยละ 23.2 หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ 292 ราย

พบว่า มีความเสี่ยงสูง 13 ราย คิดเป็น ร้อยละ 4.5 ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ 11 ราย คิดเป็น ร้อยละ 3.8 ไม่พบผลตรวจน้ำคร่ำผิดปกติ ปี พ.ศ. 2566 มีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนทั้งหมด 347 ราย ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน 228 ราย คิดเป็น ร้อยละ 65.7 ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน 59 ราย คิดเป็น ร้อยละ 34.3 หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน 228 ราย พบว่า มีความเสี่ยงสูง 15 ราย คิดเป็น ร้อยละ 5.2 ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ 11 ราย คิดเป็น ร้อยละ 73.3 ผลการตรวจน้ำคร่ำผิดปกติ 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 9.1 สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรมเนื่องจากบางส่วนไม่ยินยอมและบางส่วนไปรับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลอื่น สำหรับแนวทางการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรมที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ จะตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรมด้วยวิธี Quadruple Test ในหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ระหว่าง 14-18 สัปดาห์ โดยมีแนวทางการให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรมกับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการตามปกติ ยังไม่มีการให้คำปรึกษาที่ใช้สื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เห็นภาพชัดเจนหรือใช้กลวิธีเทคนิคกระตุ้นส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เห็นถึงความคุ้มค่า เกิดความต้องการเข้ารับการตรวจคัดกรอง จึงได้จัดทำคู่มือการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์กลุ่มอาการดาวน ซึ่งได้ปรับมาจากแนวทางการปฏิบัติ การให้บริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี Quadruple test สำหรับผู้ปฏิบัติงาน โดยได้นำมาจัดทำเป็นการให้คำปรึกษาผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอนตามคู่มือ

การดำเนินงานการป้องกันการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน จากการทบทวนวรรณกรรม การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อสุขภาพของเบเกอร์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง⁽¹⁰⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ เพื่อเป็นแนวทางในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนในหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพ การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรมผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน และกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามปกติ

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์ 2 ครั้ง (The Pretest-Posttest Design with Comparison group) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Comparison group)

เก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลอง

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2567 – 30 มิถุนายน 2567 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นวิธีสุ่มตัวอย่างโดยการเจาะจงของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเจาะจงคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) กำหนดค่า Alpha เท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .08 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการให้ทันตสุขศึกษา ระหว่างการใช้สื่อวีดิทัศน์การให้ทันตสุขศึกษาแบบกลุ่มในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลมะเร็ง⁽¹¹⁾ ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .08 ซึ่งเป็นอิทธิพลขนาดใหญ่ของสถิติตัวอย่างจากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างละ 26 คน รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน จากการศึกษางานวิจัย พบว่า จะมีการสูญหายของข้อมูลและเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 20 เป็นกลุ่มตัวอย่างละ 30 คน รวมเป็น 60 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นหญิงตั้งครรภ์เดี่ยว 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งมารดาและทารกในครรภ์ 3) มีอายุครรภ์ระหว่าง 8-18 สัปดาห์ 4) เป็นคนไทย สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการมองเห็น การพูด การได้ยิน 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) 1) การตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งมารดาและทารกในครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์และต้องส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น 2) มีการแท้งเกิดขึ้นหรือยุติการตั้งครรภ์ 3) ไม่ยินยอมให้ข้อมูลและขอยุติการเข้าร่วมวิจัย

● **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ สถานภาพการสมรส อายุครรภ์ปัจจุบัน อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ตนเอง รายได้ครอบครัว การแท้งบุตร ความพร้อมในการตั้งครรภ์ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเปิดและแบบปิดผสมกัน จำนวน 10 ข้อ

2. แบบสอบถามการประเมินการรับรู้สภาวะสุขภาพการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับรู้ความรุนแรง จำนวน 6 ข้อ และด้านการรับรู้ประโยชน์/ทางเลือกการตรวจคัดกรอง จำนวน 9 ข้อ มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยเป็นแพทย์ สูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านมารดาและทารก จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการด้านการผดุงครรภ์ จำนวน 1 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นรวมของแบบสอบถามจากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.79

3. แบบสอบถามการยอมรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปิดให้เลือกยอมรับและไม่ยอมรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการ

ตารางที่ 1 รายละเอียดการจัดกิจกรรมให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

ขั้นตอนที่	กิจกรรม	รายละเอียด	เวลา (นาที)
1.	การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ	1. กล่าวต้อนรับ และแนะนำตัวและบอกบทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา 2. แนะนำบริการและบอกประโยชน์ของการรับบริการปรึกษา 3. แจ้งข้อตกลงในการรับบริการ 4. พุดคุยสอบถามความสมัครใจและยินยอมในการรับบริการ 5. แจ้งประเด็นที่จะพุดคุยและตกลงบริการ	5
2.	สำรวจความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กกลุ่มอาการดาวน์	1. สำรวจความรู้เกี่ยวกับความหมายของจำนวนโครโมโซมที่ปกติและผิดปกติ 2. สำรวจความคาดหวังและความรู้สึกต่อเด็กกลุ่มอาการดาวน์ 3. สรุปสิ่งที่ได้พุดคุยเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ	10
3.	การแลกเปลี่ยนเรื่องความเสี่ยงต่อการเกิดเด็กกลุ่มอาการดาวน์และประเด็นที่มีความกังวล	1. สถานการณ์ อุบัติการณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ ได้แก่ กลุ่มอาการดาวน์ คืออะไร มีความสำคัญอย่างไร 2. ค้นหาปัจจัยที่บ่งบอกว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 3. สรุปปัจจัยเสี่ยง สร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจ	10
4.	ความหมายของผลการตรวจคัดกรองทางพันธุศาสตร์ เด็กกลุ่มอาการดาวน์	1. อธิบายเกี่ยวกับความหมายของจำนวนโครโมโซมที่ปกติและผิดปกติ 2. บอกขั้นตอนและวิธีการตรวจคัดกรองกลุ่มดาวน์ เปิดโอกาสให้ตัดสินใจร่วมกันในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ 3. อธิบายเกี่ยวกับผลการตรวจคัดกรอง 4. สอบถามความสมัครใจและเซ็นยินยอมในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ 5. นัดหมายคู่หญิงตั้งครรภ์และสามีในการมาตรวจคัดกรอง	10

ดาวน์ซินโดรม

4. โปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอนตามคู่มือการดำเนินงานการป้องกันการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมและประยุกต์จากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเบคเกอร์ (ตารางที่ 1)

● การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็นก่อนทดลองและหลัง

การทดลอง โดยใช้คำถามชุดเดียวกัน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการให้คำปรึกษาตามปกติ กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมกิจกรรมก่อนได้รับการดูแลตามปกติในวันที่มาตรวจครรภ์ตามนัด

● การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่

การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน เพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้แก่ Pair sample t-test และ Independent sample t-test

● **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับเขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ ID-02-67-02-F วันที่ 28 มีนาคม 2567 และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้สมัครใจและลงนามในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัยก่อนเริ่มการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกคน

■ ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ อายุ 20-29 ปี ร้อยละ 46.7 ต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 44 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 100 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 46.7 ช่วงอายุครรภ์ปัจจุบัน 14-24 สัปดาห์ ร้อยละ 76.7 ต่ำสุด 8 สัปดาห์ สูงสุด 21 สัปดาห์ ช่วงอายุที่มาฝากครรภ์ 1-13 สัปดาห์ ร้อยละ 93.3 ต่ำสุด 8 สัปดาห์ สูงสุด 18 สัปดาห์ การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.0 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 30.0 มีรายได้ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 70.0 รายได้ครอบครัว 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 36.7 ไม่เคยแท้งบุตร ร้อยละ 86.7 มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ ร้อยละ 96.7

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 60.0 ต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 37 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 96.7 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 60.0 ช่วงอายุครรภ์ปัจจุบัน 14-27 สัปดาห์ ร้อยละ 53.3 ต่ำสุด 8 สัปดาห์ สูงสุด 27 สัปดาห์ ช่วงอายุที่มาฝากครรภ์ 1-13 สัปดาห์ ร้อยละ 90.0 ต่ำสุด 8 สัปดาห์ สูงสุด 16 สัปดาห์ การศึกษาระดับ

ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 73.3 ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 50.0 มีรายได้ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 46.7 รายได้ครอบครัว 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 40.0 ไม่เคยแท้งบุตร ร้อยละ 100 มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ ร้อยละ 100

การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า อายุ สถานภาพการสมรส การตั้งครรภ์ อายุครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ อาชีพ รายได้ ตนเอง รายได้ครอบครัว ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงระดับการศึกษา จำนวนครั้ง การแท้ง ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบโปรแกรมการให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

1. การเปรียบเทียบระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีระดับการรับรู้มาก ร้อยละ 26.7 ปานกลาง ร้อยละ 73.3 หลังการทดลอง มีระดับการรับรู้มาก ร้อยละ 20.0 ปานกลาง ร้อยละ 80.0

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีระดับการรับรู้มาก ร้อยละ 100 หลังการทดลอง มีระดับการรับรู้มาก ร้อยละ 46.7 ปานกลาง ร้อยละ 53.3 (ตารางที่ 3)

2. การเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	t	p-value
ช่วงอายุ (ปี)	Means = 29.1 SD = 0.68 Min = 16, Max = 44	Means = 20.1 SD = 0.50 Min = 21, Max = 37	-.443	.659
ต่ำกว่า 19 ปี	2 (6.7)	0 (0)		
20-29	14 (46.7)	12 (40.0)		
30-39	13 (13.3)	18 (60.0)		
40 ปี ขึ้นไป	1 (3.3)	0 (0)		
สถานภาพการสมรส			-1.000	.321
สมรส	30 (100)	29 (96.7)		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	0 (0)	1 (3.3)		
การตั้งครรภ์ที่			1.789	.077
1	14 (46.7)	18 (60.0)		
2	9 (30.0)	11 (36.7)		
3	6 (20.0)	0 (0)		
4	1 (3.3)	1 (3.3)		
ช่วงอายุครรภ์ปัจจุบัน (สัปดาห์)	Means = 14.6 SD = 0.43 Min = 8, Max = 21	Means = 13.8 SD = 0.51 Min = 8, Max = 27	.342	.734
1-13	7 (23.3)	14 (46.7)		
24-27	23 (76.7)	16 (53.3)		
ช่วงอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ (สัปดาห์)	Means = 7.5 SD = 0.25 Min = 8, Max = 18	Means = 8.1 SD = 0.31 Min = 8, Max = 16	-.564	.515
1-13	28 (93.3)	27 (90.0)		
14-27	2 (6.7)	3 (10.0)		
ระดับการศึกษา			-2.243	.029*
ประถมศึกษา	1 (3.3)	0 (0)		
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	7 (23.3)	2 (6.7)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	8 (26.7)	4 (13.3)		
ปริญญาตรี	12 (40.0)	22 (73.3)		
สูงกว่าปริญญาตรี	2 (6.7)	2 (6.7)		
อาชีพ			.845	.402
แม่บ้าน	5 (16.7)	6 (20.0)		
รับจ้าง	5 (16.7)	3 (10.0)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7 (23.3)	15 (50.0)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9 (30.0)	6 (20.0)		
อื่นๆ	4 (13.3)	0 (0)		
รายได้ตนเอง (บาท)			-1.428	.159
น้อยกว่า 10,000	8 (26.7)	9 (30.0)		
10,001-20,000	21 (70.0)	14 (46.7)		
20,001-30,000	1 (3.3)	6 (20.0)		
มากกว่า 30,000	0 (0)	1 (3.3)		

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	t	p-value
รายได้ครอบครัว (บาท)			-1.227	.225
น้อยกว่า 10,000	2 (6.7)	0 (0)		
10,001–20,000	9 (30.0)	12 (40.0)		
20,001–30,000	11 (36.6)	8 (26.7)		
มากกว่า 30,000	8 (26.7)	10 (33.3)		
จำนวนครั้งการแท้ง (ครั้ง)			2.112	.035*
ไม่เคยแท้ง	26 (86.7)	30 (100)		
1	4 (13.3)	0 (0)		
ความพร้อมในการตั้งครรภ์			-1.000	.321
ไม่พร้อม	1 (3.3)	0 (0)		
พร้อม	29 (96.7)	30 (100)		

*p < .05 (Independent sample t-test)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการ ดาวน์ซินโดรม	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน (ร้อยละ)		กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
มาก	8 (26.7)	6 (20.0)	30 (100)	14 (46.7)
ปานกลาง	22 (73.3)	24 (80.0)	0 (0)	16 (53.3)
ต่ำ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์/ทางเลือก และการรับรู้ภาวะสุขภาพการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) (ตารางที่ 4)

ส่วนที่ 3 การยอมรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

การยอมรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ยอมรับการตรวจคัดกรอง จำนวน 28 คน คิดเป็น

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ภาวะสุขภาพการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรม	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	Means	S.D.	Means	S.D.		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง						
ก่อนทดลอง	15.80	2.16	16.80	2.21	-1.733	.090
หลังทดลอง	21.17	1.23	18.70	1.93	5.892	.0001*
การรับรู้ความรุนแรง						
ก่อนทดลอง	22.83	4.17	22.57	2.99	.285	.780
หลังทดลอง	29.50	0.90	25.37	1.67	11.928	.0001*
การรับรู้ประโยชน์/ทางเลือก						
ก่อนทดลอง	33.60	3.25	33.07	3.89	.576	.570
หลังทดลอง	42.90	1.30	33.07	3.89	13.12	.0001*
การรับรู้ภาวะสุขภาพการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรม						
ก่อนทดลอง	72.23	8.37	72.43	8.47	-.092	.930
หลังทดลอง	93.57	2.01	80.83	5.05	12.826	.0001*

*p < .05 (Independent sample t-test)

ตารางที่ 5 การยอมรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การยอมรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
ยอมรับ	28 (93.3)	30 (100)	27 (90.0)	30 (100)
ไม่ยอมรับ	2 (6.7)	0 (0)	3 (10.0)	0 (0)

ร้อยละ 93.3 หลังการทดลอง ยอมรับการตรวจคัดกรอง จำนวน 30 คน คิดเป็น ร้อยละ 100

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ยอมรับการตรวจคัดกรอง จำนวน 27 คน คิดเป็น ร้อยละ 90.0 หลังการทดลอง ยอมรับการตรวจคัดกรอง จำนวน 30 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 (ตารางที่ 5)

■ อภิปรายผล

การเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์/ทางเลือก และการรับรู้ภาวะสุขภาพการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรม สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value

< 0.05) การที่กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษา การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอนมีการรับรู้ภาวะสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามปกติ อาจอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเย⁽¹²⁾ การใช้สื่อวีดิทัศน์ด้านการให้คำปรึกษาเป็นการจัดการให้คำปรึกษาเชิงรุก เน้นการใช้เทคโนโลยี สื่อวีดิทัศน์ ช่วยให้เกิดความคิดรวบยอดและเกิดประสบการณ์ในการวิเคราะห์แก้ปัญหา ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการคิด การตัดสินใจ การเข้าถึง การวิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์ตามวีดิทัศน์และแสดงความคิดเห็น หาคำตอบเพื่อแก้ปัญหาาร่วมกันของหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรส สอดคล้องกับการศึกษาการผลิตสื่อวีดิทัศน์ เชิงปฏิสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมทักษะ การปฏิบัติงานเย็บผ้าในรายวิชาการงานอาชีพ ของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4⁽¹³⁾ ที่พบว่า สื่อวีดิทัศน์ช่วยให้ผู้เรียนได้เข้าใจเนื้อหาได้ง่าย และเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม ต่อการยอมรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ทาร์กในครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 35 ปี⁽⁵⁾ ซึ่งอธิบายว่า การที่คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพหลังการทดลองมากกว่านั้นเนื่องจาก ก่อนได้รับโปรแกรม สตรีตั้งครรภ์ยังไม่เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ไม่ทราบ ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ของการตรวจ และไม่ทราบทางเลือกของการตรวจ แต่เมื่อได้รับ โปรแกรมจึงเกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่า ตนเองมีความเสี่ยงที่จะมีบุตรเป็นกลุ่มอาการ ดาวน์ได้แม้ว่าอายุไม่เกิน 35 ปี สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเมะเร็ง

เต้านมของสตรีอายุ 30-55 ปี อำเภอเมือง จังหวัด ขอนแก่น⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ และ บริการสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเอง การตัดสินใจปฏิบัติ และการรู้เท่าทันสื่อสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เจตคติในการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้ เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการปฏิบัติตัวในการ ตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

การเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพ การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมใน หญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ คำปรึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์/ทางเลือกและการรับรู้ภาวะ สุขภาพการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ซินโดรมสูงกว่าการทดลองและสูงกว่ากลุ่ม ควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า โปรแกรม การให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดา วน์ซินโดรมผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอนทำให้ หญิงตั้งครรภ์รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่า มีความเสี่ยงที่จะมีบุตรเป็นกลุ่มอาการดาวน์ ซินโดรม สอดคล้องกับแบบแผนด้านสุขภาพของ เบคเกอร์⁽⁶⁾ ที่ว่าความเป็นไปได้ต่อการปฏิบัติตน ตามคำแนะนำนั้นต้องมาจากการรับรู้ต่อสภาวะ คุกคามของโรค ซึ่งบุคคลที่จะรับรู้ต่อภาวะคุกคาม โรคนั้น จะต้องมีส่วนชักนำให้มีการปฏิบัติ ได้แก่

การรณรงค์ให้คำแนะนำด้านสุขภาพทางสื่อคำแนะนำจากบุคคลอื่นๆ การได้รับเอกสารจากคำแนะนำ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพเพื่อการส่งเสริมการดูแลทันตสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ⁽¹⁵⁾ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ (การประเมินอันตราย) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลทันตสุขภาพ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพ การปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

■ สรุป

การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสมีโอกาสเข้าถึงเพื่อให้มีข้อมูลเพียงพอต่อการตัดสินใจและวางแผนในอนาคตได้อย่างเหมาะสมทั้งการวางแผนการเลี้ยงดู การส่งเสริมพัฒนาการให้แก่เด็กกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม รวมถึงการยุติการตั้งครรภ์หากมีความจำเป็น การให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วย

สอนเป็นปัจจัยที่ช่วยเสริมให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ภาวะสุขภาพเพิ่มมากขึ้นและส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ยอมรับการตรวจคัดกรองมากขึ้นกว่าการให้คำปรึกษาตามปกติ

■ ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ไปประยุกต์ใช้เป็นนโยบายสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานเพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในหน่วยงานซึ่งจะเป็นการยกระดับมาตรฐานการพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพเพิ่มมากขึ้นและส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ยอมรับการตรวจคัดกรองมากขึ้น คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ จึงควรนำการให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอนให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและยอมรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป สามารถนำผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอนไปศึกษาต่อยอดเพื่อพัฒนาโปรแกรมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

■ กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วย ความกรุณาจาก แพทย์หญิงศรินนา แสงอรุณ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ นายแพทย์ชัยวัฒน์ อภิวันทนา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ นางจิตินา ชูเพชร หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล นางวิราวรรณ โพธิ์งาม หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ที่ได้ชี้แนะแนวทางในการศึกษาหาความรู้ ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาอย่างดียิ่ง ตลอดจนได้รับการ สนับสนุนให้ กำลังใจแก่ ผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบพระคุณคณะกรรมการพัฒนาและ ขับเคลื่อนวิชาการศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ปีงบประมาณ 2567 ที่ช่วยชี้แนะแนวคิด คำแนะนำ

ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ซึ่งทำให้ งานวิจัยฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณาและ อนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของ เครื่องมือ ช่วยตรวจและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัย และขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ที่เสียสละเวลาในการ เก็บข้อมูลแก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ ข้อมูลแก่ผู้วิจัยซึ่งช่วยให้วิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วย ดีสุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัว ที่เป็นกำลังใจให้ ความช่วยเหลือและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี ตลอดระยะเวลาในการทำวิจัยฉบับนี้ จนประสบ ผลสำเร็จดังความมุ่งหมายทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. คู่มือการดำเนินงานการป้องกันทารกเกิดพิการ กลุ่มอาการดาวน์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.71.149/hl/wp-content/uploads/2020/08/คู่มือการ-การดำเนินงานดาวน์.pdf>
2. กรมอนามัย สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. แนวทางปฏิบัติการให้บริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี Quadruple test สำหรับผู้ปฏิบัติงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hp.anamai.moph.go.th/th/manuals-of-official/download/?did=209078&id=91046&reload=>
3. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. การให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์เกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/34366/>
4. McNeill J, Alderdice F, Rowe R, Martin D, Dornan JC. Down's syndrome screening in Northern Ireland: Women's reasons for accepting or declining serum testing. The Royal College of Midwives. Evidence Based Midwifery [Internet]. 2009 [cited 7 Feb 2024];7(3):76-83. Available from: https://www.researchgate.net/publication/228557618_Down's_syndrome_screening_in_Northern_Ireland_women's_reasons_for_accepting_or_declining_serum_testing
5. ดวงกมล ผิวบัวคำ. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมต่อการยอมรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ทารกในครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 35 ปี. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2567];6(1):36-49 เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TUJH/article/view/250673/170393>
6. อภาพร เฟอร์พัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ลำก้าน, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://dol.thaihealth.or.th/resourcecenter/sites/default/files/documents/64kaarsraangesrimsukhphaaphaelapngkanorkhainch.pdf>

7. สาริศรี กุลศิริปัญญา, วรณกร ศรีรอด. การเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเพื่อรองรับระบบตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2567];32(1):237-52 เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/download/247835/169426/922933>
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ คลินิกฝากครรภ์. รายงานผู้มารับบริการคลินิกฝากครรภ์ ประจำปีงบประมาณ 2564-2566. นครสวรรค์: ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์; 2566. เอกสารอัดสำเนา.
9. พิมพ์พรรณ ต่างวิวัฒน์, บรรณธิการ. คู่มือการฝากครรภ์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2567];32(1):237-52 เข้าถึงได้จาก: <https://hp.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/download/?did=210292&id=94595&reload=>
10. พันทิพา บุญเศษ, ลัขวี ปิยะบัณฑิตกุล. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2567];21(2):28-41 เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/jsnh/article/view/5519>
11. ณัฏฐา ทวีศักดิ์, กิตติพร ไชยเมืองชื่น, ประภากรณี ดวงมณี. เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ทันตสุขศึกษาระหว่างการใช้สื่อวีดิทัศน์กับการให้ทันตสุขศึกษาแบบกลุ่มในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับฝากครรภ์โรงพยาบาลแม่การักษ์. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2567];5(2):54-65 เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/hhsk/article/view/241321/166220>
12. นรวิทย์ ฝันเชียร. มารูจักหลักการสอน 9 ขั้นของกาเย่ (Gagne). โครงการทูลุปลูกปัญญา [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.truelookpanya.com/education/content/82909/-teamet->
13. คณิตตา ปันติ, ศุภฤกษ์ ทานาค, นาดยา ปิลัมธนานนท์. การผลิตสื่อวีดิทัศน์เชิงปฏิสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมทักษะการปฏิบัติงานเย็บผ้า ในรายวิชาการงานอาชีพของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4. วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2567];35(1):113-22. เข้าถึงได้จาก: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/eduku/article/view/201183/167105>.
14. สุนันท์นี ศรีประจันต์, ปาริชา นิพพานนท์. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 30-35 ปี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2567];45(1):103-16. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/tjha/article/view/12371/10309>
15. คุณากร ชันชัยภูมิ, รุจิรา ดวงสงค์. ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมการดูแลทันตสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารทันตภิบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2567];24(1):20-31. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/26940>

HEALTH

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ต่อการดูแล เด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

กัญญาภัทร กระสินธุ์

ดวงใจ มาละเงิน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กรมอนามัย

วันรับ 1 กรกฎาคม 2567, วันแก้ไข 24 กรกฎาคม 2567, วันตอบรับ 15 สิงหาคม 2567.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ต่อการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ paired t-test และ สถิติ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบหลังการทดลอง ($\bar{X}=3.37$, S.D.=0.42) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}=3.01$, S.D.=0.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.578$, $p<0.05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.429$, $p<0.001$) มีพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบหลังการทดลอง ($\bar{X}=2.94$, S.D.=0.57) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}=2.60$, S.D.=0.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.578$, $p<0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.409$, $p<0.001$) ดังนั้น ควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปปรับใช้เป็นแนวทางสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มารับบริการในโรงพยาบาล และการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานและการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ส่งผลให้ลดอุบัติการณ์และความรุนแรงในการเกิดโรคปอดอักเสบในเด็กต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ เด็กป่วยโรคปอดอักเสบ

The Effects of Health Literacy Promotion Program on Parents of Pediatric Pneumonia Patients in Health Promoting Hospital of Regional Health Promotion Center 3 Nakhon Sawan

Kanyaphat Krasin

Duangjai Malangoen

Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 3, Nakhon Sawan,
Department of Health

Received 1 July 2024, Revised 24 July 2024, Accepted 15 August 2024.

Abstract

This quasi-experimental research study, using a two-group pretest-posttest design, aimed to examine the effects of health literacy promotion programs on parents of pediatric pneumonia patients. The study was conducted at the Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 3 Nakhon Sawan. 60 participants were divided into two groups: an experimental group (30 participants) and a control group (30 participants). Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test. The results showed that after receiving the program, the experimental group had significantly higher health literacy among parents of pediatric pneumonia patients post-intervention ($\bar{X}=3.37$, S.D.=0.42) compared to pre-intervention ($\bar{X}=3.01$, S.D.=0.28) with statistical significance ($t=3.578$, $p<0.05$), and significantly higher than the control group ($t=4.429$, $p<0.001$). The behavior of parents of pediatric pneumonia patients post-intervention ($\bar{X}=2.94$, S.D.=0.57) was also significantly higher than pre-intervention ($\bar{X}=2.60$, S.D.=0.32) with statistical significance ($t=5.578$, $p<0.001$), and significantly higher than the control group ($t=7.409$, $p<0.001$). Therefore, the program should be adopted as a guideline for nursing care for pediatric pneumonia patients who receive hospital services, and the service delivery model should be developed to enhance the effectiveness of operations and nursing care for pediatric pneumonia patients, ultimately reducing the incidence and severity of pneumonia in children.

Keywords: Health literacy, Caregiving Behavior for Pediatric Pneumonia Patients, Pediatric Pneumonia Patients

■ unna

โรคปอดอักเสบในเด็กเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ ที่องค์การอนามัยโลกระบุเป็นโรคที่เป็นปัญหาของโลก⁽¹⁾ เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีอัตราการตายสูงเป็นอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อทั้งหมด และพบว่า มีเด็กเสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบ ทุก 43 วินาที⁽²⁾ จากข้อมูลด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2562 – 2564 พบว่า อัตราป่วยจากโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 2,420.12, 1,614.10 และ 725.10 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราการป่วยสูงสุดเมื่อเทียบกับช่วงอายุอื่นๆ และพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 – 2564 คิดเป็นร้อยละ 10.62, 6.25 และ 4.96⁽³⁾ ตามลำดับ และจากสถิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 3 พบว่า มีผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2562-2566 จำนวน 270, 218, 133, 173 และ 250 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มพบอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾ โรคปอดอักเสบในเด็กเกิดได้ง่ายและเกิดได้บ่อยกว่าในผู้ใหญ่ เนื่องจากเด็กมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ท่างเดินหายใจของเด็กก็มีขนาดเล็กจึงอุดตันได้ง่าย⁽⁵⁾ นำไปสู่การเกิดภาวะเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ เกิดการขาดออกซิเจน และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ตามแนวทางปฏิบัติการรักษาโรคปอดอักเสบในเด็ก ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแบบประคับประคอง คือ การให้ออกซิเจน การให้สารน้ำอย่างเพียงพอ การให้ยาพ่น ยารับประทาน การรักษาตามอาการ เช่น การให้ยาแก้ปวดลดไข้ และการรักษาจำเพาะในกรณีที่สงสัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย แพทย์จะพิจารณาให้ยาต้านจุลชีพ⁽⁶⁾

การเจ็บป่วยของเด็กแต่ละครั้งจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและสุขภาพโดยรวม อีกทั้งทำให้เด็กต้องหยุดเรียน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองของเด็ก โดยเฉพาะบิดามารดาที่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็ก จะเกิดความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก ทำให้พักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ บางรายต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลบุตร ทำให้ขาดรายได้ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น⁽⁷⁻⁸⁾ นอกจากนี้เด็กปฐมวัยเป็นวัยที่ยังไม่สามารถทำกิจกรรมช่วยเหลือดูแลตนเองหรือรับผิดชอบตนเองด้านสุขภาพได้ทั้งหมด จำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือมากกว่าเด็กในวัยอื่นๆ⁽⁹⁾ ดังนั้นผู้ดูแลเด็กจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กป่วย หากผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ ทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจะช่วยป้องกันการป่วยและการกลับเข้าตรวจซ้ำของเด็กได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษา พบว่า ผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 51 ขาดความรู้ความเข้าใจและมีทักษะที่ไม่เพียงพอในการดูแล และมีผู้ดูแลเด็กเพียง ร้อยละ 7 เท่านั้นที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ และร้อยละ 26.10 ยังมีพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยไม่ถูกต้อง⁽¹⁰⁾ อีกหนึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยของผู้ปกครอง คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽¹¹⁻¹²⁾ เป็นความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพและสามารถใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดทักษะและความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน

(functional health literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถของบุคคลในการอ่านและเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นทักษะพื้นฐานและทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ การเลือกใช้ข้อมูล แยกแยะข้อมูลและประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ เป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ แล้วนำมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบและควบคุมจัดการกับสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้⁽¹¹⁾

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแล ในการป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹²⁾ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ⁽¹³⁾ การศึกษาของ Ismail AF. และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสุขอนามัยช่องปากของผู้ปกครอง และภาวะสุขอนามัยช่องปากของเด็กปฐมวัยอายุ 5-6 ปี ประเทศมาเลเซีย พบว่า การมีฟันผุและภาวะสุขอนามัยช่องปากของเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางช่องปากของผู้ปกครองและการศึกษาของ Brega

AG. และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขอนามัยช่องปากของเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสุขอนามัยช่องปากของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตร และจากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมา พบว่า ผู้ปกครองเด็กที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลให้เด็กมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยได้ง่าย จนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และใช้บริการสุขภาพมากกว่าเดิม รวมทั้ง มีความสามารถในการป้องกันและดูแลสุขภาพน้อยกว่าผู้ปกครองเด็กที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง⁽¹⁶⁾

ดังนั้น การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง จึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาทักษะและความสามารถของบุคคลให้เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเองไปสู่การมีความสมบูรณ์ทางกาย จิต สังคม และปัญญา มีความรู้เท่าทันต่อสิ่งที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการดูแลสุขภาพของเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ส่งเสริมให้ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะ ก่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และนำผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ต่อการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ที่ได้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิผล

ของการดำเนินงาน และการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก โรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลหรือในหน่วย บริการสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อลดอุบัติการณ์และ ความรุนแรงในการเกิดโรคปอดอักเสบในเด็ก ต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความ รอบรู้ต่อการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของ ผู้ปกครอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์

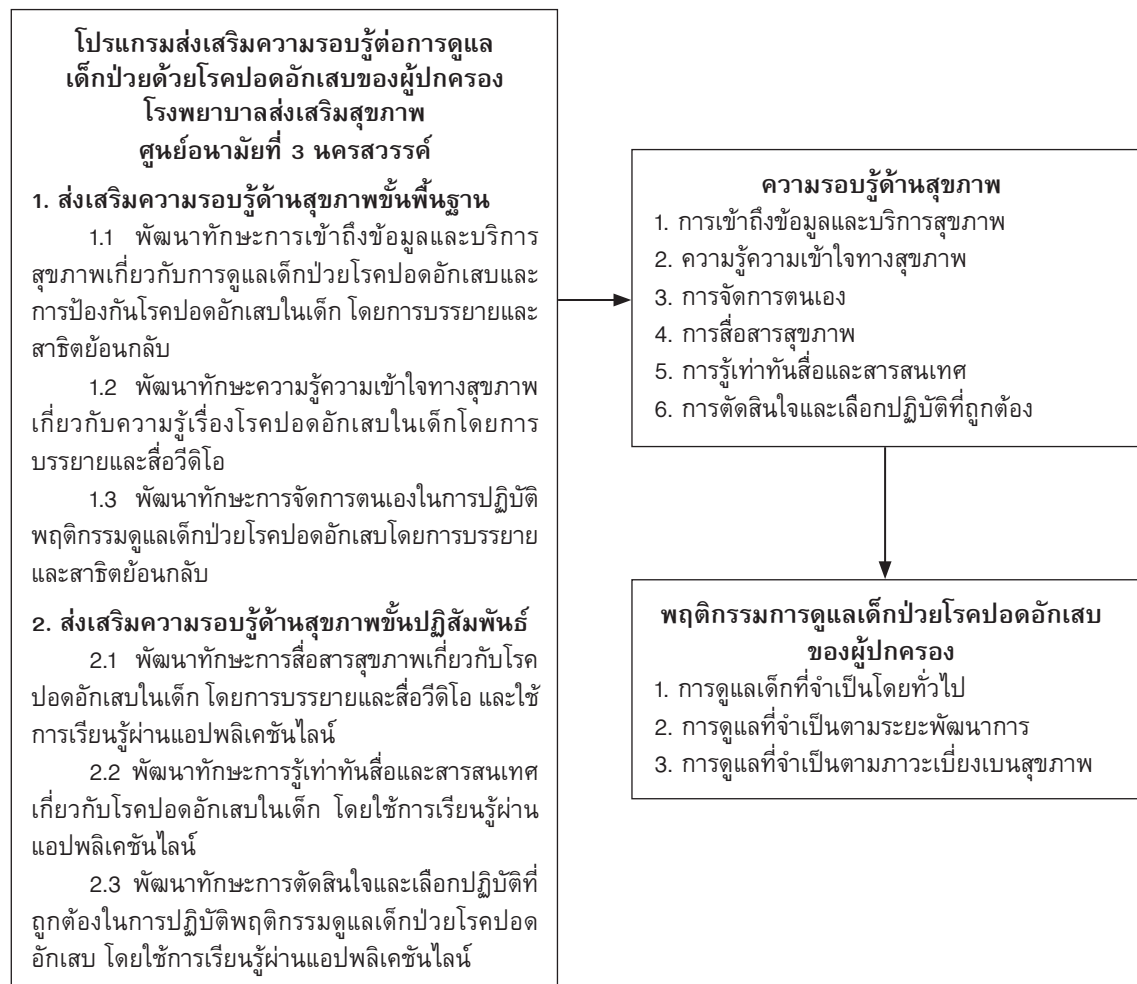
อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้าน สุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรค ปอดอักเสบของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการ ทดลอง ในกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรค ปอดอักเสบของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการ ทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest)

● **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบและเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽¹⁷⁾ มีสูตรดังนี้

$$n = \frac{2(Z_{\alpha/2} - Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

กำหนดค่า type 1 error ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05, Type 2 error; Power = 80%; $\beta = 0.2$, $Z_{\alpha/2} = 1.96$, $Z_{\beta} = 0.84$ ($\beta = 0.2$) กำหนดค่าความแปรปรวน เท่ากับ 1.58 และค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ (4.78-3.97)⁽¹⁸⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดโดยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนจนครบจำนวน 30 คน แล้วจึงดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลองจนครบจำนวน 30 คน เช่นกัน เพื่อเป็นการป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

● **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์ตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁽¹²⁾ ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้ 2 ขั้นตอน คือ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive health literacy) ประกอบด้วยกิจกรรมที่สามารถพัฒนาทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 3) การสื่อสารสุขภาพ 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มาจัดทำเป็นโปรแกรมโดยใช้กิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การเรียนรู้ผ่านสื่อวิดีโอ Power point ใบงาน การสาธิตการฝึกปฏิบัติ เอกสาร Infographic และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ระหว่างที่ผู้ปกครองดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบเข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาลมีการทบทวนทั้ง 6 ทักษะ และวัดผลหลังการให้โปรแกรมฯ ในวันจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านรายละเอียดของโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ประกอบด้วย อายุ เพศ ประวัติการคลอด อายุ น้ำหนักแรกเกิด น้ำหนักปัจจุบัน เป็นบุตรคนที่ ประวัติการได้รับวัคซีน ประวัติการเจ็บป่วย

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว การได้รับความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ

3. แบบสอบถามความรอบรู้ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพจำนวน 6 ข้อ 3) การสื่อสารสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 4) การจัดการตนเองจำนวน 6 ข้อ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 6 ข้อ และ 6) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องจำนวน 6 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน (น้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปฏิสัมพันธ์ (ร้อยละ 60-79) และระดับวิจรรณญาณ (ร้อยละ 80-100) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

4. แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน ประกอบด้วยการดูแล 3 ด้าน คือ 1) ด้านการดูแลเด็กที่จำเป็นโดยทั่วไป 2) ด้านการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ 3) ด้านการดูแลที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ โดยแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกเป็นมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้ 1) ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เสมอ เป็นประจำทุกวัน ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ หรือปฏิบัติทุกครั้งที่มีกิจกรรม 2) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นบางครั้ง

หรือปฏิบัติเป็นบางวัน และ 3) ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย การให้คะแนน ข้อคำถามที่เป็นลักษณะบวก ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน ข้อคำถามที่เป็นลักษณะลบ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติเลย ให้ 3 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบอยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) มีพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และมีพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80-100) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

● การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นวางแผนและการเตรียม

1. ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยถึงผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง

1. สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการทำวิจัยให้ผู้ปกครองทราบ และให้ผู้ปกครองลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจด้วยตนเอง

2. สัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ

3. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลองก่อนให้โปรแกรมฯ

4. ให้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามภายหลังการทดลอง เพื่อประเมินคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและข้อมูลทุกฉบับ

6. นำแบบสอบถามดังกล่าวมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

กลุ่มควบคุม

1. สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการทำวิจัยให้ผู้ปกครองทราบ และให้ผู้ปกครองลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจด้วยตนเอง

2. สัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลองก่อนให้โปรแกรมฯ

3. กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. ในวันจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามภายหลังการทดลอง เพื่อประเมินคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง และมีการให้คำแนะนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ต่อการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กับกลุ่มควบคุม

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและข้อมูลทุกฉบับ

6. นำแบบสอบถามดังกล่าวมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

● การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เลขที่โครงการวิจัย ID-02-67-01-E เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2567

■ ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 อายุเฉลี่ย 29.83 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80 มีระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 56.7 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 16.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 70 รองลงมาคือรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 16.7 มีรายได้เฉลี่ย 26,937.50 บาทต่อเดือน สูง 40,000 ต่ำ 12,000 บาทต่อเดือน และมีประวัติเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 76.7 กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 29.87 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 86.7

มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 66.7
 รองลงมา คือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 16.7
 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 63.3
 รองลงมา คือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 20.0

มีรายได้เฉลี่ย 19,115.59 สูง 40,000 ต่ำ 9,000 บาท
 ต่อเดือน และมีประวัติไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับ
 โรคปอดอักเสบ ร้อยละ 36.7

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง n=30 จำนวน (%)	กลุ่มควบคุม n=30 จำนวน (%)
เพศ		
ชาย	4 (13.3)	5 (16.7)
หญิง	26 (86.7)	25 (83.3)
อายุเฉลี่ย	29.83 ปี (Max=53, Min=17)	29.87 ปี (Max=61, Min=20)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1 (3.3)	0 (0.0)
ประถมศึกษา	2 (6.7)	2 (6.7)
มัธยมศึกษา/ปวช.	17 (56.7)	20 (66.7)
ปวส./อนุปริญญา	4 (13.3)	1 (3.3)
ปริญญาตรี	5 (16.7)	5 (16.7)
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (3.3)	1 (3.3)
สถานภาพสมรส		
โสด	4 (13.3)	4 (13.3)
สมรส	24 (80.0)	26 (86.7)
แยกกันอยู่	2 (6.7)	0 (0.0)
อาชีพ		
รับจ้าง	2 (6.7)	3 (10.0)
ธุรกิจส่วนตัว	21 (70.0)	19 (63.3)
เกษตรกร	1 (3.3)	1 (3.3)
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5 (16.7)	6 (20.0)
อื่นๆ	1 (3.3)	1 (3.3)
รายได้เฉลี่ย	26,937.50 บาท (Max= 40,000, Min= 12,000)	19,115.59 บาท (Max= 40,000, Min= 9,000)
การได้รับความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ		
เคย	23 (76.7)	19 (63.3)
ไม่เคย	7 (23.3)	11 (36.7)

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง (n=30)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	30	2.83	0.38	3.796	0.001*
หลังการทดลอง	30	3.37	0.67		
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	30	2.72	0.87	3.590	0.001*
หลังการทดลอง	30	3.36	0.50		
การสื่อสารสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	30	2.86	0.40	4.788	<0.001*
หลังการทดลอง	30	3.38	0.42		
การจัดการตนเอง					
ก่อนการทดลอง	30	3.12	0.66	2.374	0.024*
หลังการทดลอง	30	3.51	0.49		
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ					
ก่อนการทดลอง	30	3.06	0.57	2.562	0.016*
หลังการทดลอง	30	3.50	0.74		
การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง					
ก่อนการทดลอง	30	3.12	0.42	2.647	0.013*
หลังการทดลอง	30	3.57	0.73		
ความรู้ด้านสุขภาพรวม					
ก่อนการทดลอง	30	3.01	0.28	3.578	0.001*
หลังการทดลอง	30	3.37	0.42		
พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ					
ก่อนการทดลอง	30	2.60	0.32	5.578	<0.001**
หลังการทดลอง	30	2.94	0.57		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติ <0.001

2. ผลเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ดีกว่าก่อนทดลอง และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม แต่ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
การเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.83	3.190	0.002*
		กลุ่มควบคุม	2.50		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	3.37	2.575	0.013*
		กลุ่มควบคุม	2.81		
ความรู้ความเข้าใจ ทางสุขภาพ	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.72	-2.395	0.020*
		กลุ่มควบคุม	3.16		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	3.36	4.152	<0.001**
		กลุ่มควบคุม	2.71		
การสื่อสารสุขภาพ	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.86	1.276	0.207
		กลุ่มควบคุม	2.73		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	3.38	4.374	<0.001**
		กลุ่มควบคุม	2.80		
การจัดการตนเอง	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	3.12	0.086	0.931
		กลุ่มควบคุม	3.10		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	3.51	4.406	<0.001**
		กลุ่มควบคุม	2.86		
การรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	3.06	0.757	0.452
		กลุ่มควบคุม	2.94		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	3.50	1.939	0.057
		กลุ่มควบคุม	3.15		
การตัดสินใจและ เลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้อง	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	3.12	0.661	0.511
		กลุ่มควบคุม	3.03		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	3.57	2.538	0.014*
		กลุ่มควบคุม	3.10		
ความรอบรู้ ด้านสุขภาพรวม	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	3.01	0.939	0.352
		กลุ่มควบคุม	2.94		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	3.37	4.429	<0.001**
		กลุ่มควบคุม	2.87		
พฤติกรรมการดูแล เด็กป่วยด้วยโรค ปอดอักเสบ	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.60	1.445	0.154
		กลุ่มควบคุม	2.50		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.94	7.409	<0.001**
		กลุ่มควบคุม	2.57		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติ <0.001

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบมากกว่ากลุ่ม ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

■ อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ต่อการดูแลเด็กป่วย ด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ค่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และค่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรค ปอดอักเสบของผู้ปกครอง หลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความ รอบรู้ต่อการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ ปกครอง ทำให้ประชาชนได้รับความรู้ ทั้งจากสื่อ การสอนจากเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยเด็ก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิต การชี้แนะ และการฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ที่จำเป็นต่อการ ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ สอดคล้องกับ การวิจัยของ ศศิธร เลิศภิรมย์ลักษณ์ และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่ได้พัฒนารูปแบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ด้วย การส่งเสริมความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กของผู้ ปกครอง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง หลังการพัฒนา รูปแบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี สูงกว่าก่อนการ พัฒนารูปแบบสุขภาพเด็กดี อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้าน สุขภาพรายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกือบทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.05$) ส่วนด้านการรู้เท่าทันสื่อและ สารสนเทศ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p = 0.057$) ซึ่งผู้ปกครองสามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียนและสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้ดี

ในระดับหนึ่ง แต่อาจจะยังไม่เชี่ยวชาญเพียงพอ ที่จะให้ข้อมูลเชิงลึกหรือโน้มน้าวให้ผู้อื่นปฏิบัติ ตามได้ หรืออาจจะไม่มีความมั่นใจ สอดคล้องกับ การศึกษาของ กันยา โพธิ์⁽²⁰⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้ ด้านการสื่อสารและสารสนเทศของผู้ปกครองเด็ก อยู่ในระดับพอใช้ เนื่องจากผู้ปกครองมีเหตุผลหรือ ความน่าเชื่อถือไม่เพียงพอ จึงทำให้ไม่สามารถ พุดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลหรือโน้มน้าวผู้อื่นให้ เชื่อถือและปฏิบัติตามได้ นอกจากนี้การศึกษาของ ธมณณัญญ์ วิชา และคณะ⁽²¹⁾ พบว่า ความรอบรู้ ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ในการป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจในเด็ก ปฐมวัยของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .457, p < .01$) แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ในการ ส่งเสริมป้องกันและลดการเกิดปัญหาทางด้าน สุขภาพ ดังนั้น ผู้ปกครองของเด็กที่มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ จะมีความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ติดตามไปด้วย แต่ถ้าหากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ เพียงพอ จะทำให้บุคคลมีขีดจำกัดของความ สามารถในการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพลดลง ด้วยเช่นกัน⁽²²⁾

■ สรุปผล

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ ต่อการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ ปกครอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์ อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ในระยะเวลาทดลอง 12 สัปดาห์ สามารถพัฒนาความรอบรู้ต่อการดูแล เด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ และพฤติกรรมการ ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ ปกครอง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่ม ควบคุม

■ ข้อเสนอแนะ:

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- ด้านบริหาร ผู้บริหารสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการบริหารจัดการ หรือวางแผนการให้บริการในหอผู้ป่วยเด็ก หรือคลินิกสุขภาพเด็กดีตามโปรแกรมฯ

- ด้านการปฏิบัติ สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ต่อการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการผู้ปกครองและเด็กป่วยด้วยโรคปอด

อักเสบที่มารับบริการที่โรงพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงาน และการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อลดอุบัติการณ์และความรุนแรงในการเกิดโรคปอดอักเสบในเด็กได้

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนาเป็นงานวิจัยในรูปแบบ R&D เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของผู้ปกครองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Pneumonia in children [Internet]. 2016 [cited 2022 Nov 11]. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/
2. UNICEF. Pneumonia [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 11]. Available from: <https://www.data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia>
3. กรมควบคุมโรค กองระบาดวิทยา. สถิติสุขภาพคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=2&pf=01101001&tp=231>
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3. Hospital profile โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3. นครสวรรค์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3; 2566.
5. วิมลพรรณ สังข์สกุล. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ. นนทบุรี: ธนาเพรส; 2555.
6. สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2562.
7. Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. Wong's essentials of pediatric nursing. 10th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2017.
8. Pongjaturawit Y, Sarapat P, Chaimongkol N. Experiences of caregivers in prevention of acute respiratory infection in preschool children. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2021;31(3):96-109.
9. Klunklin P. Child and adolescent nursing. In: Klunklin P. Ed., Health Promotion Toddler and Early Childhood. Chiang Mai: Smart Coating and Services; 2020. pp. 97-135. (in Thai).
10. ภาวิณี ช่วยแท่น, ภาณี วัฒนสมบูรณ์, สุปรียา ต้นสกุล. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในมารดาเด็กโรคปอดอักเสบ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/72133>
11. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15(3): 259-67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
12. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008;67(12):2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050

13. Wicha K, Jintrawet U, Lamchang S. Health literacy and care behaviors of parents in preventing respiratory infection in children with congenital heart disease prior to cardiac surgery. *Nursing Journal* 2021;48(2):193–205.
14. Ismail AF, Ardini YD, Mohamad N, Bakar HA. Association between parental oral health literacy and children's oral health status. *Revista Latinoamericana de Hipertension* 2018;13(3):305–9.
15. Brega AG, Thomas JF, Henderson WG, Batliner TS, Quissell DO, Braun PA, et al. Association of parental health literacy with oral health of Navajo Nation preschoolers. *Health Education Research* 2016;31(1):70–81. doi: 10.1093/her/cyv055
16. Thira W, Patarawan W, Onjira W, Monthichar C. Situation review and management mechanism of health literacy. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2015. (in Thai)
17. Chow S-C, Shao J, Wang H. Sample Size Calculations in Clinical Research. 2nd ed. Chapman&Hall/CRC; 2003. P 51.
18. กรกฏ เจริญสุข, สิริมา ชุ่มศรี และพรทิพา สุภ ราชศรี. ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน. วารสารหัตถ์นุสใจไกลกังวล [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2567];4(2):e0058. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/hhsk/article/view/202790/150336>
19. ศศิธร เลิศภิรมย์ลักษณ์, สุมณา ยวดยง, วานิด ดั่งเดช. การพัฒนาคุณภาพรูปแบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพเด็ก. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่* 2567;51(1):204–22.
20. กันยา โพธิ์ปิติ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 5. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น* 2565;15(1):28–50.
21. ธมณัญญ์ วิชา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของเด็กวัยเรียน ในสังกัดเทศบาลนครเชียงราย. *พยาบาลสาร* 2566;50(2):212–26.
22. Sanders LM, Shaw JS, Guez G, Baur C, Rudd R. Health literacy and child health promotion: Implications for research, clinical care, and public policy. *American Academy of Pediatrics* 2009;124(3):S306–S14. doi: 10.1542/peds.2009–1162G



ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่แบบออนไลน์ของมารดาหลังผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

รลิตา จิรรัฐชัยกุล

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

วันรับ 24 กรกฎาคม 2567, วันแก้ไข 10 กันยายน 2567, วันตอบรับ 11 กันยายน 2567.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์ของมารดาหลังผ่าตัดคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอด จำนวน 80 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน เลือกทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแล้ววิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบทีอิสระ และสถิติทดสอบทีสองกลุ่มสัมพันธ์กัน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และกลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพการให้นมลูกของมารดาหลังผ่าตัดคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ในการติดตามการให้อาหารทารกใน 1, 2 และ 4 สัปดาห์ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่เข้าร่วมโปรแกรม พบว่ามารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งตรงข้ามกับมารดาที่ได้รับการพยาบาลปกติที่มีแนวโน้มลดลง ดังนั้น พยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์ไปประยุกต์ใช้เป็นมาตรฐานการพยาบาลในหน่วยงาน เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างดียิ่งอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โปรแกรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์ สมรรถนะตนเอง มารดาหลังผ่าตัดคลอด

Effect of the online breastfeeding Self-efficacy promotion program in post cesarean section mother at Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi.

Rasita Jiratchaikul

Inpatient Nursing Department, Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi.

Received 24 July 2024, Revised 10 September 2024, Accepted 11 September 2024.

Abstract

This quasi-experimental pretest-posttest control group design research aims to study the effect of the online breastfeeding self-efficacy promotion program on post-cesarean section mothers at Health Promotion Center 5 Hospital, Ratchaburi. Through purposive sampling, eighty post-cesarean section mothers in the postpartum ward were included in the study and divided equally into the control and experimental groups. Data was collected via questionnaires and was analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and paired sample t-test. The study showed that the experimental group had higher scores in perceived self-efficacy in breastfeeding and higher breastfeeding efficiency than the control group, statistically significant at $p < 0.001$. They also demonstrated a higher average score in perceived self-efficacy in the post-test compared to the pretest which is statistically significant at $p < 0.001$. In contrast with the control group, an increased tendency for exclusive breastfeeding was found in the experimental group in 1, 2, and 4-week follow-ups. Therefore, implementing the online breastfeeding self-efficacy promotion program as standard in postpartum care is recommended to increase the success rate of inclusive breastfeeding in post-cesarean section mothers.

Keywords: The online breastfeeding program, Self-efficacy, Post cesarean section mother

■ บทนำ

นมแม่มีประโยชน์และเป็นแหล่งอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก เพราะนมแม่มีสารอาหารกว่า 200 ชนิดที่มีคุณค่าทางโภชนาการ⁽¹⁻³⁾ จึงเป็นอาหารที่เหมาะสมที่สุดสำหรับลูก มีสัดส่วนอาหารที่เหมาะสมทั้งปริมาณและคุณภาพ จึงเหมาะสมกับระบบทางเดินอาหารและปรับเปลี่ยนตามระยะของการเจริญเติบโตของลูก⁽⁴⁾ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นับเป็นรากฐานที่สำคัญของสุขภาพทารกที่ดี

นมแม่หยดแรกเปรียบเสมือนวัคซีนในการป้องกันโรคเพราะมีภูมิคุ้มกันโรคที่ไม่สามารถหาได้จากอาหารอื่น นอกจากนี้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มยังเป็นกระบวนการให้อาหารใจกับลูก เป็นการสร้างความผูกพันผ่านการสบตา การสัมผัส และการโอบกอดลูก⁽²⁾ และยังมีส่งผลดีต่อพัฒนาการทางกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ช่วยลดโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการของเด็ก รวมทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและของประเทศ⁽⁵⁾ ที่สำคัญ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเรื่องธรรมชาติที่มอบให้ลูก เพื่อการเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ และมีรากฐานชีวิตที่แข็งแรงและมั่นคง^(3,5) กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการส่งเสริมให้เด็กไทยทุกคนได้กินนมแม่อย่างเต็มที่ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก คือ “กินนมแม่ตั้งแต่ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด” “กินนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต” และ “กินนมแม่ต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัย จนถึงอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น”^(2,5)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจะประสบผลสำเร็จได้นั้นปัจจัยด้านชีวภาพที่มีความสำคัญ คือ วิธีการคลอด จากการศึกษา พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำกว่า และระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สั้นกว่ามารดาที่คลอดปกติอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁵⁻⁶⁾ และจากสถิติอัตราผ่าตัดคลอดในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 จนถึงปัจจุบัน (อยู่ที่ระดับประมาณ 30% ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 จนถึง 35% ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564) ซึ่งสูงกว่าอัตราการผ่าตัดคลอดที่องค์การอนามัยโลกแนะนำที่ ร้อยละ 10-15⁽⁷⁾ ในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี พ.ศ. 2563-2566 สถิติอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 47.11, 54.29, 55.80 และ 62.99 ตามลำดับ)⁽⁸⁾ ในขณะที่สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในปี พ.ศ. 2563-2566 อยู่ที่ร้อยละ 48.12, 43.78, 47.88 และ 49.62 ตามลำดับ⁽⁹⁾ ถึงแม้ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีแต่ก็ยังต่ำกว่าเกณฑ์ของกรมอนามัย (เป้าหมายปี 2566 ร้อยละ 62)⁽¹⁰⁾

มารดาหลังผ่าตัดคลอดจัดอยู่ในกลุ่มมารดาที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) ต่อการประสบปัญหาความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน 6 เดือน เพราะต้องเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับเรื่องของปริมาณน้ำนมที่ไม่เพียงพอจากการแยกมารดาจากบุตรเพื่อให้ร่างกายของมารดามีความพร้อม เนื่องจากภายหลังผ่าตัดคลอดมารดาจะมีแผลที่หน้าท้องทำให้เกิดความเจ็บปวดเมื่อต้องทำกิจกรรม อีกทั้งในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังมารดาผ่าตัดคลอดมักไม่พร้อมต่อการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา มารดากลุ่มนี้จะเริ่มให้ลูกดูดนมช้ากว่ามารดาคลอดปกติ ส่งผลต่อกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมไม่ได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การสร้างน้ำนมทำได้น้อย⁽¹¹⁻¹³⁾ การมาของน้ำนมเต็มเต้าล่าช้าในเวลาต่อมา ส่งผลให้มารดาและญาติเกิดความวิตกกังวล และทำให้ยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน เพราะคิดว่ามีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ⁽¹²⁻¹³⁾ ส่งผลให้ขาดความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ตามแนวคิดของ Bandura เชื่อว่าหากบุคคลใดบุคคลหนึ่งมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง บุคคลเหล่านั้นก็จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จ⁽¹⁴⁾

การส่งเสริมให้มารดามีความมั่นใจหรือมีการรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถทำได้โดยผ่านแหล่งข้อมูลหลากหลายช่องทาง ในปัจจุบันเป็นยุคที่มีการเลือกใช้อินเทอร์เน็ตในการสืบหาข้อมูลมากขึ้น ประชากรจำนวน 1 ใน 3 ของโลกสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้⁽¹⁵⁾ จากข้อมูลทางสถิติ พบว่า อัตราการใช้อินเทอร์เน็ตของประชากรทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกๆ ปี ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565

พบว่า มีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 77.8 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก (62.5%) และมีจำนวนชั่วโมงในการใช้ มากกว่า 9.06 ชั่วโมงต่อวัน (ค่าเฉลี่ยโลก 6.58 ชั่วโมงต่อวัน)⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ จารุพร เพชรอยู่ และคณะ ยังทบทวนวรรณกรรมไว้ว่า มีการสำรวจการใช้ อินเทอร์เน็ตในกลุ่มมารดาในภูมิภาคเอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ร้อยละ 80 ของมารดา ใช้อินเทอร์เน็ตในการเลือกหาข้อมูลการเลี้ยงบุตร จากอินเทอร์เน็ตมากกว่าการสอบถามประสบการณ์ จากญาติผู้ใหญ่ อีกทั้งจารุพร เพชรอยู่ และคณะ⁽¹⁷⁾ ยังสรุปผลงานวิจัยไว้ว่าภายหลังการใช้โปรแกรม การสอนบนเว็บ กลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตน ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่ม ทดลองยังมีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$) และยังสอดคล้องกับ การศึกษาของ เบญจมาพร นาคามดี และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้ในการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่และมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่แบบออนไลน์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแบบ ออนไลน์ ยังสามารถลดข้อจำกัดของการให้ ความรู้และทักษะในเรื่องเวลาและสถานที่ และ มารดายังสามารถกำหนดการเรียนรู้ที่ต้องการ ได้ด้วยตนเอง ดังนั้น เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัด คลอดสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมี ประสิทธิภาพและยาวนานที่สุด ไม่เกิดการยุติ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนเวลาอันควร ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะจัดโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ

มารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบออนไลน์ โดย คาดหวังว่าการศึกษารังนี้จะช่วยให้มารดา หลังผ่าตัดคลอดสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผล ต่อการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว และยังคงช่วยลดปัญหาของสังคมไทยที่จะตามมา ต่อไปได้

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ สมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ มารดาหลังผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่แบบออนไลน์กับกลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่แบบออนไลน์
3. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการให้ นมลูกของมารดาหลังผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มที่ ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์กับกลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ

■ นิยามศัพท์

โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเอง ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลัง ผ่าตัดคลอด หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ ของตนเองของแบนดูรา⁽¹⁴⁾ โดยใช้การส่งเสริม การเรียนรู้ข้อมูลจาก 4 แหล่ง ได้แก่ การรับรู้ถึง ผลสำเร็จด้วยตนเองจากการฝึกทักษะการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่โดยตนเอง การสังเกตจากตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์โดยผ่านคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงด้วยคำพูดจากผู้วิจัย การให้กำลังใจและการให้ระบายความรู้สึก การคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแนะนำวิธีการผ่อนคลายและการกระตุ้นเดือนเป็นระยะ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาและคอยให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา

สมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นของมารดาหลังผ่าตัดคลอดต่อการรับรู้ความสามารถและการมีพฤติกรรมของตนเองที่แสดงออกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังได้อย่างเหมาะสมสามารถวัดได้จากแบบสอบถามความรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแบบประเมินประสิทธิภาพในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอด

มารดาหลังผ่าตัดคลอด หมายถึง มารดาหลังผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องที่อยู่ด้วยกันกับทารกในระยะหลังผ่าตัด ทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง

คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง แนวปฏิบัติในรูปแบบของวิดีโออัปโหลดลงยูทูป ความยาวประมาณ 10 นาที มีเนื้อหา หัวข้อ ดังนี้ ประโยชน์ของนมแม่ การเปรียบเทียบสารอาหารในนมแม่และนมผสม กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน วิธีการกระตุ้นน้ำนมให้มาเร็วและเพียงพอ อาหารสำหรับแม่ให้นมบุตร การสังเกตสัญญาณหิวของลูก ทำอุ้มและวิธีอุ้มลูกเข้าเต้า วิธีบีบเก็บน้ำนมด้วยมือ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การสอนหลังมารดาผ่าตัดคลอดโดยพยาบาลประจำตึก เรื่อง การปฏิบัติตนหลังคลอด การออกกำลังกายหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การอาบน้ำเด็ก การนวดสัมผัสทารก การดูแลตนเองและทารกเมื่อกลับบ้าน และพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 1 เดือน

■ วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 31 พฤษภาคม 2567 โดยมีกรอบแนวคิดตามภาพที่ 1

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดนอนพักฟื้นหลังคลอดที่แผนกงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดนอนพักฟื้นหลังคลอดที่แผนกงานหอผู้ป่วยในพิเศษ อาคารชั้น 4 และชั้น 5

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ **คัดเลือก** ได้แก่ 1) เป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังที่อยู่ด้วยกันกับทารกในระยะหลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง 2) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับกายวิภาคทางเต้านมและหัวนม 3) สามารถอ่านเขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 4) ทารกคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี โดยมี Apgar score ที่ 1 นาที > 6 และ 5 นาที ≥ 8 และ 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มารดามีข้อห้ามทางการแพทย์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น มีการติดเชื้อเอชไอวี 2) มารดาที่ทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถย้ายมาอยู่

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของมารดาหลังผ่าตัดคลอด

- ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังผ่าตัดคลอด
- ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด
- ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอด

โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบออนไลน์

1. การได้รับคำแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด โดยผู้วิจัยพูดคุยชักจูง และให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอด และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยดูตัวแบบจากวิดีโอคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยดูผ่านยูทูบ และให้แม่หลังผ่าตัดเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากแม่ในกลุ่มไลน์
3. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยฝึกทักษะเกี่ยวกับทำให้นมและวิธีอุ้มลูกเข้าเต้า การนำลูกดูนมแม่ถูกวิธี จนมารดาหลังผ่าตัดคลอดสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง รับรู้ถึงผลสำเร็จด้วยตนเองจากการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยตนเองและทบทวนความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน
4. สภาวะทางสรีระและอารมณ์ โดยเปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึก และสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอด ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4 หลังผ่าตัดคลอดผ่านไลน์แอปพลิเคชัน

- การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา หลังผ่าตัดคลอด
- ประสิทธิภาพในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอด

กับมารดาได้ เช่น น้ำหนักน้อยอยู่ในต้อบ หายใจลำบากต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น และ 3) มีเหตุฉุกเฉินหรือเหตุสุดวิสัยที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยต่อไปได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power 3.1.9.2 คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาของชูใจ อธิเบญญากุล และคณะ⁽¹⁹⁾ โดยใช้ค่าเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 85.15 (SD=15.10)

และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 77.78 (SD=15.77) จะได้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง เท่ากับ 0.50 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ ที่ระดับ .80 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 34 คน เพื่อป้องกันการ drop out จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 40 คน การศึกษาครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน เลือกสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

● **เครื่องมือรวบรวมข้อมูล** แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา⁽¹⁴⁾ 2) คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ผู้วิจัยจัดทำในรูปแบบของวิดีโออัปโหลดลงยูทูบ ความยาวประมาณ 10 นาที มีเนื้อหาหัวข้อ ดังนี้ ประโยชน์ของนมแม่ การเปรียบเทียบสารอาหารในนมแม่และนมผสม กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน วิธีการกระตุ้นน้ำนมให้มาเร็วและเพียงพอ อาหารสำหรับแม่ให้นมบุตร การสังเกตสัญญาณหิวของลูก ทำอุ้มและวิธีอุ้มลูกเข้าเต้า วิธีบีบเก็บน้ำนมด้วยมือ โดยสแกน QR code เข้าดูได้ตามที่มารดาต้องการ

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของมารดาหลังผ่าตัดคลอด 2) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอด จำนวน 14 ข้อ ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดที่ ศิริวรรณ แสงอินทร์ แปลมาจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ฉบับสั้นของ เดนนิส (breastfeeding self-efficacy scale – short form)⁽²⁰⁾ นำมาปรับใช้โดยอ้างอิงจากแบบประเมินงานวิจัยของ ปริญญช ชัยกองเกียรติ และคณะ⁽⁵⁾ มีค่าความเชื่อมั่น .89 และ 3) แบบประเมินประสิทธิภาพในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินประสิทธิผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ผ่านการพัฒนาโดย ลมัย แสงเพ็ง⁽²¹⁾ มีค่าความไว ร้อยละ 90.91 และค่าความจำเพาะเจาะจง ร้อยละ 93.11

● **การรวบรวมข้อมูล** ภายหลังผ่าน

การพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทีละรายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ทำการศึกษา โดยอธิบายให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถาม เรื่อง การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอด ในการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนกลุ่มตัวอย่างจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบตามจำนวนแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูลและทดลองในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันไม่ให้กลุ่มควบคุมรู้สึกรู้ว่าได้รับความเอาใจใส่และการพยาบาลจากบุคลากรแตกต่างกัน

ในระหว่างการดำเนินการวิจัย ดำเนินการโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จากนั้นติดตามประเมินการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และประเมินประสิทธิภาพการให้นมแม่ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการเพิ่มเพื่อนในไลน์ เพื่อติดตามผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวผ่านไลน์ในระยะ 1, 2 และ 4 สัปดาห์หลังผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจนครบ 40 ราย แล้วจึงเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลอง

สำหรับกลุ่มทดลองให้มารดาหลังผ่าตัดคลอด ดำเนินการเข้าใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์ด้วยการสแกน QR code เข้าดู ทำให้เกิดการเรียนรู้และรับรู้ด้วยตนเองทั้งด้านความรู้

และทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างไม่จำกัดช่วงเวลา ไม่จำกัดครั้งและไม่จำกัดสถานที่ จากนั้น ติดตามประเมินการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อีกครั้งและประเมินประสิทธิภาพการให้นมแม่ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมให้คำแนะนำในหัวข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ดังวิธีการที่กล่าวข้างต้น จำนวน 40 ราย และ ผู้วิจัยขออนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเพื่อนในรายกลุ่มเพื่อติดต่อผ่านไลน์หลังผ่าตัดคลอดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ทั้งในไลน์กลุ่มและไลน์ผู้วิจัยโดยตรง จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนและสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้วนำไปหาค่าทางสถิติต่อไปและผู้วิจัยติดตามผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาหลังผ่าตัดคลอดในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4 ทางไลน์

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์โดยใช้สถิติทดสอบที่สองกลุ่มสัมพันธ์กัน (pair t-test) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์ และวิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิภาพการให้นมลูกของมารดาหลังผ่าตัดคลอดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติการทดสอบที่สองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี หนังสือรับรองโครงการวิจัย เอกสารรับรองเลขที่ 15/2567 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2568

■ ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีอายุระหว่าง 20-35 ปี ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 29.48 ปี (SD = 6.39) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 28.83 ปี (SD = 6.39) ทั้งสองกลุ่มสมรสอยู่ร่วมกับสามี คิดเป็นร้อยละ 85 และ 90 ตามลำดับ ระดับการศึกษาทั้งสองกลุ่มมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 60 และ 45 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35 และ 32.5 ทั้งสองกลุ่มมีรายได้ครอบคลุมโดยเฉลี่ยต่อเดือน 15,001-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60 และ 65 ตามลำดับ และเป็นครอบครัวเดี่ยวทั้งสองกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 62.50 และ 52.50 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองเป็นครั้งแรก ร้อยละ 65 และครั้งแรก ร้อยละ 35 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นครั้งแรก ร้อยละ 57.50 และครั้งแรก ร้อยละ 42.50 สำหรับข้อมูลการคลอดและทารก พบว่า ในกลุ่มทดลองอายุครรภ์ขณะคลอด 37-40 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมอายุครรภ์ขณะคลอด 37-40 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 95 (ตารางที่ 1) ทั้งสองกลุ่มทารกทั้งหมดมีน้ำหนักแรกคลอด 2,500-4,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 100 และสุขภาพทารกแรกคลอดปกติ แข็งแรงดีทั้งสองกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 100

ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัด

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามอายุครรภ์ขณะคลอด (n = 40)

อายุครรภ์ขณะคลอด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 37 สัปดาห์	-	-	-	-
37 - 40 สัปดาห์	38	95.00	40	100.00
มากกว่า 40 สัปดาห์	2	5.00	-	-

กลุ่มควบคุม $\bar{X}$ = 38.67, S.D.= 1.31, Min= 37 ปี, Max= 43 ปี
 กลุ่มทดลอง $\bar{X}$ = 38.28, S.D.= 0.91, Min= 37 ปี, Max= 40 ปี

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลังผ่าตัดคลอด (n = 40)

ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลังผ่าตัดคลอด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของนมที่ทานจะใช้เลี้ยงลูกในระยะ 6 เดือนแรก				
นมแม่อย่างเดียว	25	62.50	30	75.00
นมแม่ และน้ำ	1	2.50	-	-
นมแม่ และนมผสม (นมชง)	13	32.50	10	25.00
นมผสม (นมชง)	1	2.50	-	-
ความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว				
น้อยกว่า 6 เดือน	4	10.00	5	12.50
6 เดือน	20	50.00	18	45.00
มากกว่า 6 เดือน	16	40.00	17	42.50

คลอดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในครรภ์หลังเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ถึง 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 27.50 และ 35 ตามลำดับ การให้นมแม่ครั้งแรกหลังแม่รู้สึกตัวหลังผ่าตัดคลอดทั้งสองกลุ่มเริ่มให้ภายใน 4-6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 37.50 เท่ากัน ปริมาณน้ำนมในวันแรกหลังผ่าตัดคลอดของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นหยดๆ คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนกลุ่มควบคุมบีบออกมาซึมๆ เล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 57.50 ทั้งสองกลุ่มหลังจากผ่าตัดคลอดไม่ได้ทำงานนอกบ้าน คิดเป็นร้อยละ 65 และ 72.50 ตามลำดับ ไม่ได้ลาคลอดทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 45 และ 57.50 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองเลือกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

อย่างเดียวในระยะ 6 เดือนแรก คิดเป็นร้อยละ 75.00 และมีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 90 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เลือกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะ 6 เดือนแรก คิดเป็นร้อยละ 62.50 และมีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 87.50 (ตารางที่ 2)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	min-max	$\bar{X}$	SD	t	p-value	ระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง
กลุ่มทดลอง (n=40)	47 – 70	61.83	6.48	5.27	.000	สูง
กลุ่มควบคุม (n=40)	36 – 68	51.95	8.68			ปานกลาง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์

กลุ่มตัวอย่าง	min-max	$\bar{X}$	SD	t	p-value	ระดับการรับรู้สมรรถนะตนเอง
ก่อนได้รับโปรแกรม	23 – 67	51.75	8.72	10.36	.000	ปานกลาง
หลังได้รับโปรแกรม	47 – 70	61.83	6.48			สูง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	min-max	$\bar{X}$	SD	t	p-value	ระดับประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
กลุ่มทดลอง (n=40)	7 – 12	9.68	1.29	4.79	.000	ผ่านเกณฑ์
กลุ่มควบคุม (n=40)	4 – 10	6.63	1.25			ไม่ผ่านเกณฑ์

สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.001$ ดังแสดงในตารางที่ 3

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ ดังแสดงในตารางที่ 4 การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการให้นมลูก พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์มีประสิทธิภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ ดังแสดงในตารางที่ 5

จากการติดตามผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียทางไลน์ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดกลุ่ม

ควบคุม เมื่อทำการอายุ 1, 2 และ 4 สัปดาห์ พบว่า เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 70, 50 และ 37.50 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง และในกลุ่มทดลอง พบว่า เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 87.50, 92.50 และ 97.50 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

■ อภิปรายผล

จากการศึกษาผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์ของมารดาหลังผ่าตัดคลอด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อีกทั้งประสิทธิภาพการให้นมแม่ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ยังมีประสิทธิภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองได้เข้าใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์ด้วยการสแกน QR code เข้าดู ทำให้เกิดการเรียนรู้และรับรู้ด้วยตนเองทั้งด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างไม่จำกัดช่วงเวลา ไม่จำกัดครั้งและไม่จำกัดสถานที่ ทำให้มารดาสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองในช่วงเวลาที่มีความพร้อม นอกจากนี้ยังสามารถเรียนรู้ได้ซ้ำ ทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในรูปแบบเดิมที่ไม่มีการประเมินความสามารถหลังการเรียนรู้ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบางคนอาจ

จะไม่มีเวลาเข้าใจเพียงพอ และไม่มีโอกาสในการเรียนรู้ซ้ำ จะส่งผลต่อการเห็นความสามารถของตนเองและการรับรู้สมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา เชือกทอง⁽²²⁾ ที่พบว่า แม่หลังผ่าตัดคลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับไลน์แอปพลิเคชันมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าในกลุ่มควบคุมและยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูใจ อธิเบญญากุล และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพในการให้นมทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การศึกษาครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา⁽¹⁴⁾ โดยกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์นั้น มารดาหลังผ่าตัดคลอด สามารถเลือกช่วงเวลาที่ตนเองมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์เข้าดู ทำให้กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการเรียนรู้และฝึกหัดจนมีทักษะเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยให้เกิดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และยังได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านยูทูป อีกทั้งผู้วิจัยได้ชวนพูดคุยให้กำลังใจและให้มารดาสาธิตย้อนกลับในการนำลูกเข้าเต้าและประเมินประสิทธิภาพการให้นมแม่ พร้อมทั้งช่วยแก้ไขและให้คำแนะนำในการปฏิบัติที่ถูกต้องตลอดช่วง 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด และถ้ามารดามีปัญหาและเผชิญอุปสรรคที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อกลับบ้าน ทำให้ความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลงซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ผู้วิจัยก็สามารถให้คำแนะนำ

นำช่วยเหลือแก้ไขปัญหาทางไลน์จนมารดาสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ ทำให้อารมณ์มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนถึง 4 สัปดาห์หลังผ่าตัดคลอด และผลจากการติดตามการให้นมแม่อย่างเดี่ยวใน 1, 2 และ 4 สัปดาห์ของมารดาในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งตรงข้ามกับมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีแนวโน้มลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา เชื้อทอง⁽²²⁾ ที่พบว่า ความเชื่อมั่นในสมรรถนะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับไลน์แอปพลิเคชันและอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 4 สัปดาห์หลังผ่าตัดคลอดในกลุ่มทดลองสูงกว่าในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

■ ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดไปประยุกต์ใช้เป็นมาตรฐานการพยาบาลในหน่วยงาน มารดาหลัง

ผ่าตัดคลอดประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) วิจัยติดตามผลของโปรแกรมการสอนแบบออนไลน์เพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของมารดาหลังผ่าตัดคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

2) ควรสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการในการใช้สื่อการสอนแบบออนไลน์เพื่อพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

■ กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์วิเชียร ตันสุวรรณนท์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ที่ให้การสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ คุณจิตติมา ธาราพันธ์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์ด้านการพยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณมารดาหลังผ่าตัดคลอดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ศิริภรณ์ สวัสดิ์. ความจำเพาะของน้ำนม และผลต่อสุขภาพทารก. ใน: นิพรรณพร วรมงคล, บรรณาธิการ. คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553. หน้า 31-43.
- องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. ยูนิเซฟชี้ทารกเพียง 1 ใน 3 คนในประเทศได้กินนมแม่อย่างเดียวก่อน ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unicef.org/thailand/th/press-releases>
- สำนักข่าวประชาสัมพันธ์. สธ. หนุนเด็กไทยกินนมแม่อย่างเดียวก่อน 6 เดือน หลังพบเด็กได้กินนมแม่ล้วนเพียงร้อยละ 14 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/39/iid/112757>
- ยุพยง แห่งเขาวนิช. คู่มือแม่ทำงานเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย; 2557.

5. ปรียณัฐ ชัยกองเกียรติ, ภาชีน่าน บุญลาภ, อาภาภรณ์ หาญณรงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา 2563;21(1):16-20.
6. Scott JA, Binns CW, Oddy WH. & Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: Evidence from a cohort study. Pediatrics 2006;117(4):646-55. doi: 10.1542/peds.2005-1991.
7. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. แนวโน้มการผ่าตัดคลอดในไทยเพิ่มสูง: ถึงเวลาพูดคุยกันแล้วหรือไม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hitap.net>
8. แผนกสูติรีเวชกรรม. สถิติการคลอด. ราชบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี; 2563-2566.
9. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. รายงานประจำปี. ราชบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี; 2563-2566.
10. กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ. ตัวชี้วัด สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hp.anamai.moph.go.th/th/report-kpi-2566>
11. นิตยา สีนสุกใส, ศศิธรา น่วมภา, พุทธิส จันทร์ประภาพ. ปัจจัยทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนในมารดาผ่าตัดคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2560;35(1):14-22.
12. นันทนา วัชรเผ่า, พนิตนาฏ โชคดี, โสภิตา ชูขวัญ. ประสิทธิผลของการนัดเต้านมเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิจัยทางการแพทย์ 2564;36(1):64-73.
13. ณพวัฒน์ จินห์กร้อย, วรรณภา พาวุฒินกร, ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับผู้ดูแลต่อการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 1 เดือนในมารดาผ่าตัดคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2566;41(3):50-63.
14. Bandura A. Self-efficacy: the Exercise of Control. New York: W.H. Freeman; 1997.
15. Dutta S, Dutton WH. & Law G. The New Internet World: A global perspective on freedom of expression, privacy, trust and security online. INSEAD Working Papers Collection 2011;(89):3-34.
16. Buranthaveekoon N. Thailand Internet User 2022 โลกอินเทอร์เน็ตของคนไทย [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 1]. Available from: <https://marketeeronline.co/archives/208372>
17. จารุพร เพชรอยู่, กรรณิการ์ กันธะรักษา, นันทพร แสนสิริพันธ์. ผลของโปรแกรมการสอนบนเว็บต่อสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีตั้งครรภ์. พยาบาลสาร 2563;47(2):156-68.
18. เบญจมาพร นาคามดี, จันทร์จิรา ชันทะยศ, อักษรศิลป์ สุขสวัสดิ์. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ออนไลน์ต่อความรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นในจังหวัดพิษณุโลก. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2565;12(2):17-28.
19. ชูใจ อธิเบญญากุล, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, โสภิตาพรณ เงินฉ่ำ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะตนเอง ประสิทธิภาพการให้นมทารก และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย. พยาบาลสาร 2560;44(3):41-51.
20. ศิริวรรณ แสงอินทร์, ณิชากา ชื่นอารมณ, รุจิรา เนติฉิม. ปัจจัยทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2563;38(3):22-34.
21. ลมัย แสงพิง. การพัฒนาเครื่องมือประเมินประสิทธิผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2565;2(1):55-66.
22. ชนิตา เชือกทอง. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับไลน์แอปพลิเคชันต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยในแม่ที่ผ่าตัดคลอดบุตร [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2565.

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย ของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

ภูเบศ ดำรงสงกา*

กรรณิการ์ สุวรรณ

กฤติญา อ่วมแจ้ง

ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

วันรับ 5 กรกฎาคม 2567, วันแก้ไข 29 สิงหาคม 2567, วันตอบรับ 16 ตุลาคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก และประเมินผลรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ที่ได้พัฒนาขึ้น ใช้กรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart มี 4 ระยะ ประกอบด้วย การวางแผน การออกแบบรูปแบบ การจัดบริการอาชีวอนามัย การสังเกตผลการปฏิบัติ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในระย การวางแผนมีจำนวนทั้งหมด 12 ราย เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างานคัดกรองสุขภาพ หัวหน้างานให้คำปรึกษา และคณะกรรมการอาชีวอนามัย จำนวน 9 ราย ดำเนินการ รวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และใช้สถิติ เชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก เป็นการ ดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการ ประกอบด้วย แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ พยาบาลอาชีวอนามัย และบุคลากรที่ผ่านการอบรมด้านความปลอดภัย กิจกรรมการดำเนินงานมี 2 ส่วนหลัก คือ การดำเนินการด้านนโยบาย และการจัดบริการ โดยการจัดบริการมีทั้งเชิงรุกและเชิงรับ และมีคลินิกอาชีวอนามัยรองรับบริการ สำหรับผลการประเมินรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย ของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ที่พัฒนาขึ้น พบว่า รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยดังกล่าว ทำให้เกิดผลลัพธ์ ผ่านตามเกณฑ์และมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากร การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุก การจัดบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ และการดำเนินงานจัดการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยร้อยละ 100 ของทุกองค์ประกอบผ่านเกณฑ์ในระดับดีเด่น

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย ศูนย์อนามัย ผลลัพธ์การจัดบริการอาชีวอนามัย

Development of the Occupational Health Service Model at the Regional Health Promotion Center 2 Phitsanulok

Phubet Doungsongka*

Kunnika Suwan

Kittiya Oumjang

Regional Health Promotion Center 2 Phitsanulok

Received 5 July 2024, Revised 29 August 2024, Accepted 16 October 2024.

Abstract

This action research aims to develop an occupational health service model at the Regional Health Promotion Center 2 Phitsanulok and evaluate the effectiveness of the developed model. The development of the occupational health service model follows the conceptual framework of Kemmis & McTaggart, consisting of four stages: planning, designing the occupational health service model, observing the implementation outcomes, and reflecting on the practice. The sample group involved in the planning stage comprised 12 participants, selected through purposive sampling based on inclusion criteria, including the hospital director, heads of the health screening and counseling units, and 9 members of the occupational health committee. Data collection was conducted between January and May 2024, and the data were analyzed using content analysis and descriptive statistics. The results showed that the occupational health service model at the Regional Health Promotion Center 2 Phitsanulok, operates under the Occupational Health, Safety, and Environment Committee. The committee consists of occupational medicine physicians, occupational health nurses, and personnel trained in safety. The operational activities are divided into two main parts: policy implementation and service provision. The services are both proactive and reactive, supported by an occupational health clinic. The evaluation of the developed occupational health service model at the Regional Health Promotion Center 2 Phitsanulok, indicated that the model met the criteria and standards for occupational health and environmental medicine services for community hospitals across five components: management support for occupational health and environmental medicine services, occupational health services for personnel, proactive occupational health and environmental medicine services, reactive occupational health and environmental medicine services, and environmental medicine service implementation. All components achieved 100% compliance, rated at an excellent level.

Keywords: Occupational health service model, Health promotion center, Occupational health service outcomes

■ บทนำ

ประเทศไทยมีจำนวนประชากร 66.09 ล้านคน เป็นวัยแรงงาน 40.1 ล้านคน ร้อยละ 47.7 เป็นแรงงานในระบบ 19.1 ล้านคน ร้อยละ 47.7 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบ 21.6 ล้านคน

ร้อยละ 52.31⁽¹⁾ จากสถิติโรคจากการทำงาน การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ปี 2561-2565 คือ 1) โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง 4,760 ราย ร้อยละ 1.13 ต่อปี 2) สาเหตุทางชีวภาพ 1,290 ราย ร้อยละ 0.31 ต่อปี

3) โรคผิวหนังจากสารเคมี 477 ราย ร้อยละ 0.11 ต่อปี 4) โรคผิวหนัง 157 ราย ร้อยละ 0.04 ต่อปี และ 5) โรคระบบหายใจ 27 ราย⁽²⁾ การบาดเจ็บและป่วยจากการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงอันตรายทางสุขภาพ และสภาพแวดล้อมสถานที่ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ แสงสว่างไม่เพียงพอ เสียงดัง ความร้อน ทำทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ทำทางการทำงานแบบซ้ำๆ ได้แก่ มีการก้มเงยศีรษะขณะทำงาน การใช้มือแขนและขาทำงานซ้ำๆ อยู่ตลอดเวลา การทำงานนานกว่า 2 ชั่วโมงต่อวันทำทางการทำงาน และมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน มีปัญหาการทำงานไม่ต่อเนื่อง ส่งผลค่าตอบแทน ให้เกิดความเครียด ครอบครัว และนายจ้าง ซึ่งปัญหาการเจ็บป่วยทั้งแรงงานในระบบและนอกระบบ ไม่สามารถเข้าถึงการจัดบริการอาชีวอนามัย การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากการทำงาน การจัดบริการอาชีวอนามัยส่วนใหญ่จะดำเนินการในสถานประกอบการขนาดใหญ่ ส่วนสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็กยังไม่เห็นความสำคัญต่อการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ เพื่อให้พนักงานเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเป็นสิทธิพื้นฐานและเป็นบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 ตามอนุสัญญาแรงงานระหว่างประเทศ (ILO)⁽³⁾ แรงงานควรได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก เป็นศูนย์วิชาการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และโรงพยาบาลเปิดให้บริการผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นสถานประกอบการหนึ่งมีกระบวนการทำงานซับซ้อน มีหลายกลุ่มงาน

มีกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายวิชาชีพ ทำให้มีการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงอันตรายและคุกคามทางสุขภาพทำให้การบาดเจ็บและป่วยโรคจากการทำงาน ปี 2564 จำนวน 3 ราย บาดเจ็บจากเครื่องตัดหญ้าบาดเท้า กิ่งไม้กระเด็นเข้าตา และสว่านไฟฟ้าบาดมือ ปี 2565 จำนวน 1 ราย บาดเจ็บจากมือโดนสารเคมีน้ำยาทำความสะอาดพื้น และ ปี 2566 จำนวน 2 ราย ได้รับบาดเจ็บตัดหญ้าหินกระเด็นเข้าตา และด้ามไม้ถูพื้นบาดมือ จากบุคลากรทั้งหมด 139 ราย นอกจากนี้ยังมีระยะเวลาการทำงานเกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้มีการบาดเจ็บจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยที่ผ่านมา มีการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการแต่ขาดบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย มีการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานปี 2565 จำนวน 15 หน่วยงาน ความเสี่ยงอยู่ระดับปานกลาง พบมากที่สุด ด้านกายภาพ ร้อยละ 26.66 รองลงมาด้านชีวภาพ ร้อยละ 20 และด้านการยศาสตร์ ร้อยละ 13.33 ปี 2566 จำนวน 15 หน่วยงาน ความเสี่ยงด้านกายภาพระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 33.33 รองลงมาด้านการยศาสตร์ เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 26.66 และด้านชีวภาพ ร้อยละ 20 และการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง ปี 2564-2566 การตรวจสมรรถภาพการมองเห็น จำนวน 23 ราย พบสมรรถภาพการมองเห็นผิดปกติ ร้อยละ 34.78, 23.08, 38.46 ตามลำดับ การตรวจสมรรถภาพการได้ยิน ปี 2564-2566 จำนวน 21 ราย ผลตรวจต้องเฝ้าระวัง ร้อยละ 0.00, 61.53, 47.83 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลความเสี่ยงระดับปานกลางที่สูงขึ้นจากการประเมินความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมการทำงาน และการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงที่พบความ

ผิดปกติและต้องเฝ้าระวัง และยังมีการบาดเจ็บจากการทำงานที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องที่ต้องได้รับการแก้ไข ยังขาดการนำข้อมูลมาทบทวนสาเหตุและสภาพปัญหา การครอบคลุมความเสี่ยงทุกด้าน และทุกหน่วยงานมาวิเคราะห์ วางแผน และแก้ไขปัญหาที่เป็นระบบตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยที่กฎหมายกำหนด

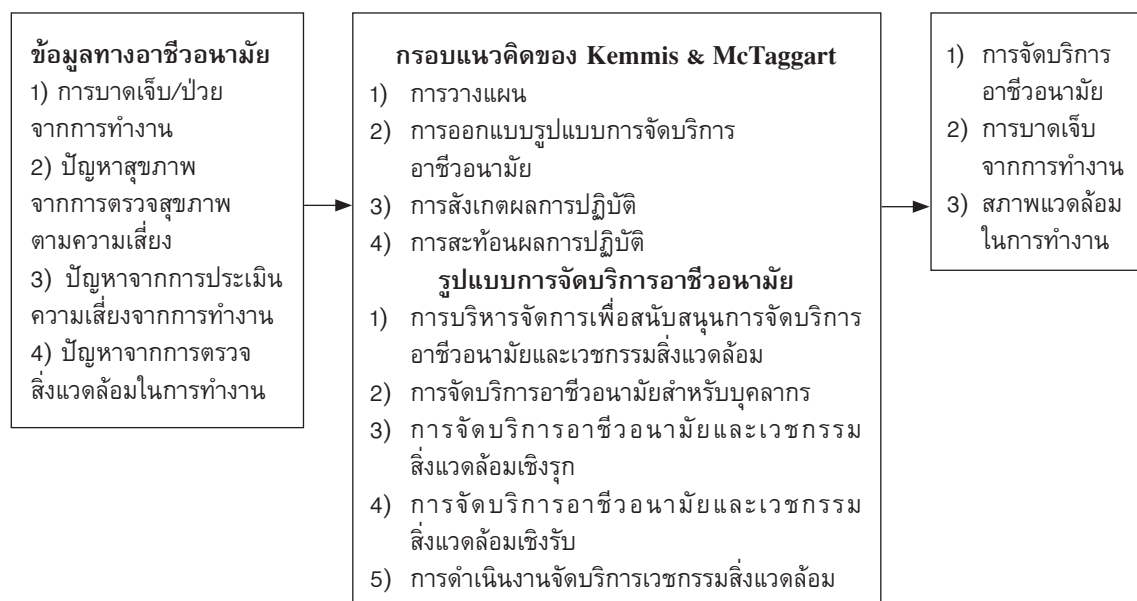
ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก และประเมินผลรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าผลที่ได้การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ตามบริบท คือ “รูปแบบใหม่” จะทำให้การจัดบริการด้านอาชีวอนามัยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้บุคลากรมีการป้องกันปัจจัยอันตรายและคุกคาม

ทางสุขภาพ ป้องกันการบาดเจ็บและป่วยด้วยโรคจากการทำงาน มุ่งให้บุคลากรมีสุขภาพดี ทำงานในสิ่งแวดล้อมสถานที่งานที่ปลอดภัย โดยเน้นการมีส่วนร่วม และใช้แนวทางมาตรการป้องกันและควบคุมปัญหาที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก จะได้กำหนดเป็นมาตรการหรือแนวทางในการปฏิบัติงานดังกล่าว เพื่อให้เกิดความยั่งยืน และนำรูปแบบไปขยายผลในหน่วยงาน และสถานประกอบการต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

● **รูปแบบการวิจัย** การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของ Kemmis & McTaggart⁽⁴⁾ ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวางแผนการปฏิบัติการ (Planning) การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการดำเนินงาน อาชีวอนามัย รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา นโยบาย จุดอ่อน ศึกษาทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี ประชุมทีมที่เกี่ยวข้องร่วมวางแผนการจัดบริการอาชีวอนามัย ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action) พัฒนารูปแบบการจัดการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ระยะที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observing) นำรูปแบบการดำเนินงาน (Working Model) ที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ และระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการดำเนินงานมารวบรวม วิเคราะห์ และสรุปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประชุมถอดบทเรียนกับทีมงาน

● **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวน 12 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างานคัดกรองสุขภาพ หัวหน้างานให้คำปรึกษา และคณะกรรมการอาชีวอนามัย จำนวน 9 คน ประกอบด้วย แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง 1 คน และจากหน่วยงานต่างๆ 6 คน ระยะเวลาดำเนินการ 5 เดือน ระหว่างวันที่ 5 มกราคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2567 สถานที่ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

● เครื่องมือที่ใช้ศึกษา

1. แบบประเมิน RAH01, RAH06 เป็นลักษณะคำถามแบบเติมคำในช่องว่าง 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การประเมินความเสี่ยงขั้นตอนการทำงาน 8 ด้าน ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ ด้านเคมี ด้านการยศาสตร์ ด้านอุบัติเหตุ/สภาพการทำงานไม่ปลอดภัย ด้านอค์ศิกัยและภัยพิบัติ ด้านจิตวิทยาสังคมและคุณภาพอากาศ 3) การจัดระดับความเสี่ยงได้นำวิธีการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มาใช้เป็นแนวทาง (ค่าระดับความเสี่ยง = คะแนน โอกาสการเกิดอันตราย X ระดับความรุนแรง เกณฑ์คะแนนที่ได้เท่ากับ คะแนนเท่ากับ 1-3 คะแนน หมายถึง ยอมรับได้ (ระดับ 0) คะแนนเท่ากับ 4-9 หมายถึง ระดับความเสี่ยงต่ำ (ระดับ 1) คะแนนเท่ากับ 10-16 คะแนน หมายถึง ระดับความเสี่ยงปานกลาง (ระดับ 2) คะแนน 17-20 คะแนน หมายถึง ระดับความเสี่ยงสูง (ระดับ 3) คะแนนเท่ากับ 21-25 หมายถึง ระดับความเสี่ยงสูงมาก (ระดับ 4)) RAH06 เป็นการนำข้อมูลการประเมินความเสี่ยง RAH01 มาสรุป

2. เกณฑ์และมาตรฐานการบริหารอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน เป็นลักษณะคำถามประเมินการบริหารอาชีวอนามัย โดยผลการประเมินให้พิจารณาตามแนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์การให้คะแนน (0 คะแนน ไม่มีคุณลักษณะดังกล่าวหรือไม่ได้ดำเนินการในประเด็นที่ระบุไว้ในเกณฑ์หรือมีการดำเนินงานที่น้อยกว่าความคาดหวังที่กำหนด, 1 คะแนน เริ่มต้นดำเนินการ โดยมีแผนหรือมีคุณลักษณะดังกล่าวอยู่บ้างในบางเรื่อง บางด้าน แต่ไม่ครบถ้วนทั้งหมดตามเกณฑ์ที่ระบุ, 2 คะแนน มีการดำเนินการหรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในระดับเฉลี่ยเกือบครบถ้วน

ตามเกณฑ์ที่ระบุ โดยมีการทำงานในลักษณะ
เครื่องช่วยการทำงานมากขึ้น, 3 คะแนน มีการ
ดำเนินการหรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในประเด็น
มาตรฐานดังกล่าวอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ มีความ
โดดเด่น เริ่มมีการประเมินผล และนำผลการ
ประเมินมาปรับปรุง) องค์ประกอบมาตรฐานมี
5 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่ 1 การบริหาร
จัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัย
และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม มี 8 ข้อ (คะแนนเต็ม 24)
องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัย
สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล มี 10 ข้อ (คะแนน
เต็ม 30) องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการ
อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่
ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก มี 9 ข้อ (คะแนนเต็ม 27)
องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัย
และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน
การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจาก
การทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ
มี 10 ข้อ (คะแนนเต็ม 30) องค์ประกอบที่ 5
การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
มี 5 ข้อ (คะแนนเต็ม 15) ระดับผลการประเมิน
ระดับเริ่มต้นพัฒนา ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1, 2
ระดับดี ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3, 5 (โดย
องค์ประกอบที่ 5 ต้องผ่านอย่างน้อย ร้อยละ 50)
ระดับดีมาก ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3, 5
(โดยองค์ประกอบที่ 5 อย่างน้อย ร้อยละ 60)
ระดับดีเด่น ต้องผ่านทุกองค์ประกอบ 1-5 (โดย
องค์ประกอบที่ 5 อย่างน้อย ร้อยละ 70 ขึ้นไป)

3. เครื่องมือตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง
เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ ได้แก่ เครื่องตรวจ
สมรรถภาพการมองเห็น เครื่องตรวจสมรรถภาพ
การได้ยิน เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด เครื่องมือ
ได้รับการบำรุงรักษา และสอบเทียบความเที่ยงตรง
จากหน่วยงานภายนอก วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567

4. เครื่องมือตรวจสิ่งแวดล้อมสถานงาน
ด้วยเครื่องมือสุขศาสตร์อุตสาหกรรม ได้แก่
เครื่องวัดความเข้มของแสงสว่าง (Heavy Duty
Datalogging Light Meter with PC Interface
model HD 450) เครื่องวัดอุณหภูมิ (Thermal
Environmental Monitor) เครื่องมือตรวจวัด
ระดับความดัง (Sound level meter) เครื่อง
ตรวจวัดปริมาณฝุ่นในอากาศ เครื่องตรวจวัด
คาร์บอนไดออกไซด์ เครื่องมือได้รับการบำรุง
รักษาและทดสอบความเที่ยงตรงจากหน่วยงาน
ภายนอก วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2567

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้
ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาความตรงของ
เนื้อหา (Validity) ดำเนินการโดยนำแบบสอบถาม
ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณา
ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ได้แก่
ผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัย 1 ท่าน ผู้บริหาร
ระดับผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเทียบเท่า
1 ท่าน แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 1 ท่าน

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูล
ทั่วไปของประชากร ข้อมูลแบบประเมินความเสี่ยง
จากการทำงาน ข้อมูลการตรวจประเมินวิ
เคราะห์ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม ข้อมูลการได้รับ
วัคซีนของบุคลากรวิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และข้อมูลรูปแบบใหม่การจัดบริการ
อาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และใช้
สถิติพรรณนา

การศึกษาเมื่อได้รูปแบบการจัดบริการ
อาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
“รูปแบบใหม่” นำรูปแบบไปใช้เพื่อประเมิน
รูปแบบการจัดบริการ มีประเมินความเสี่ยง
ขั้นตอนการทำงานโดยบุคลากรระดมสมองของ
แต่ละหน่วยงาน 22 หน่วยงาน Walk Through

Survey และการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย การตรวจสอบสภาพตามความเสี่ยงด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ ตรวจสอบสิ่งแวดล้อมสถานงานด้วยเครื่องมือสุขศาสตร์อุตสาหกรรม นำข้อมูลมาวินิจฉัยปัญหาอาชีวอนามัย จัดเรียงระดับความรุนแรงของปัญหา และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบุคลากร ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมสถานงาน มีการประเมินติดตามผลพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร และสิ่งแวดล้อมสถานงาน

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาที่ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่ COA No. 14/2024 วันที่ 25 มีนาคม 2024

■ ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) พบว่า 1) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการจัดการบริการอาชีวอนามัย ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล บุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางด้านอาชีวอนามัย แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (Occupational Medicine) 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย 4 เดือน 1 คน และพยาบาลอบรมอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง 1 คน และคณะกรรมการอาชีวอนามัยตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ 2) มีการรวบรวมข้อมูล ทบทวน วิเคราะห์ปัญหาการจัดการและการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัย กำหนดวัตถุประสงค์ กิจกรรมวางแผน กำหนดผู้รับผิดชอบและออกแบบรูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยที่ชัดเจน 3) มีการพัฒนาความรู้ ทักษะด้านอาชีวอนามัยของบุคลากรมีข้อตกลงร่วมกัน และการมีส่วนร่วมในการจัดการบริการอาชีวอนามัย 4) มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการควบคุม กำกับ ติดตามการจัด

บริการอาชีวอนามัย โดยหัวหน้างานคณะกรรมการอาชีวอนามัย เพื่อนร่วมในการให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน และชื่นชมในการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย

ระยะที่ 2 ออกแบบรูปแบบการจัดการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก รูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดการบริการอาชีวอนามัย พบว่า ผู้บริหารมีนโยบาย แผนงานเป็นลายลักษณ์อักษร ลงนามโดยผู้บริหาร สื่อสารให้บุคลากรรับทราบ และถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

องค์ประกอบที่ 2 การจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก พบว่า มี 2 ด้าน ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพคนทำงาน ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก มีบุคลากรทั้งหมด จำนวน 139 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.38 และเพศชาย ร้อยละ 26.62 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-45 ปี มากที่สุด ร้อยละ 23.74 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 51.08 และประเภทข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 61.15

1.1 การตรวจสอบสภาพตามความเสี่ยงด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ กลุ่มเสี่ยง (n=25) พบว่า การตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยิน ระดับการได้ยินปกติ ร้อยละ 56 ระดับการได้ยินลดลง ร้อยละ 44 การตรวจสอบสมรรถภาพมองเห็น (n=28) การมองเห็นเหมาะสม ร้อยละ 64.29 การตรวจสอบสมรรถภาพปอด ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 และตรวจสอบสารเสพติดแอมเฟตามีนในปัสสาวะของพนักงานขับรถ (n=7) ไม่พบสารเสพติดแอมเฟตามีน ร้อยละ 100

1.2 การประเมินความเสี่ยงสุขภาพ

ขั้นตอนการทำงาน 8 ด้าน (ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ ด้านเคมี ด้านการยศาสตร์ ด้านอุบัติเหตุ หรือสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ด้านอึดึกภัย และภัยพิบัติ ด้านจิตวิทยาสังคม และด้านคุณภาพอากาศ) จำนวน 22 หน่วยงาน พบว่า ความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางพบมากที่สุด ด้านกายภาพ ร้อยละ 18.18 รองลงมาด้านชีวภาพและด้านการยศาสตร์เท่ากัน ร้อยละ 9.09 และด้านเคมี ร้อยละ 4.55

1.3 การได้รับวัคซีนพิจารณาตามความเสี่ยง 6 ชนิด ได้แก่ Hepatitis B, Varicella Vaccine, Measles Mumps and Rubellavaccine, diphtheria-tetanus toxoid, Influenza virus, Covid-19 จำนวนบุคลากรเจาะภูมิและได้รับวัคซีนพิจารณาตามความเสี่ยงลักษณะงาน จากปี 2566 มีการให้ภูมิคุ้มกันเพียง 2 ชนิด คือ Influenza virus ให้บุคลากรในโรงพยาบาล ร้อยละ 100, Covid-19 ให้บุคลากรทั้งหมด ร้อยละ 100 ประจำปี 2567 จะมีการดำเนินการให้ภูมิคุ้มกันจาก 2 ชนิด ให้ครบ 6 ชนิด ร้อยละ 100 ในปี 2567

2. การตรวจสิ่งแวดล้อมสถานงานจากการเดินสำรวจ Walk Through Survey การสัมภาษณ์ จำนวน 22 หน่วยงาน และตรวจสิ่งแวดล้อมสถานงานเครื่องมือสุขศาสตร์อุตสาหกรรม พบว่า ผลการตรวจระดับความเข้มของแสง 107 จุด ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 75.70 หลังการปรับปรุงระดับความเข้มของแสงสว่างผ่านมาตรฐานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 90.65 ตรวจวัดระดับความเข้มของเสียง 7 จุด ไม่ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 85.71 ตรวจวัดระดับความร้อน 5 จุด ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 80 ตรวจระดับฝุ่นละออง 33 จุด ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 93.94

องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีพ-

อนามัยเชิงรุกของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลกพบว่า การสำรวจประเมินความเสี่ยงจากการทำงานและให้ข้อเสนอแนะในการจัดการความเสี่ยงและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมสถานงานบุคลากรสามารถจัดการความเสี่ยงได้ ผลการประเมินความเสี่ยงจากสิ่งคุกคามทางสุขภาพ 8 ด้าน ใน 22 หน่วยงาน พบว่า ความเสี่ยงอยู่ระดับปานกลางพบมากที่สุด ด้านกายภาพ ร้อยละ 18.18 รองลงมาด้านชีวภาพและด้านการยศาสตร์เท่ากัน ร้อยละ 9.09 และด้านเคมี ร้อยละ 4.55 และมีการนำความเสี่ยงระดับปานกลาง และผลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงมาวินิจฉัยปัญหาหาข้ออนามัย เรียงลำดับขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความยากง่าย และความสนใจของบุคลากรและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ติดตามพฤติกรรมสุขภาพ โดยหัวหน้างานทุกวันเป็นเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดความตระหนักและพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง ตามแนวคิดทฤษฎีทางพยาบาลด้านอาชีวอนามัยของโอดอนเนลล์ (O'Donnell' Workplace Health Promotion Program)⁽⁵⁾ ได้แก่

- ปัญหาที่ 1 บุคลากรมีสมรรถภาพการได้ยินลดลงที่อาจเกี่ยวเนื่องจากการทำงานสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านระดับความเข้มของเสียงดังเกินมาตรฐาน จัดกิจกรรมให้ความรู้อันตรายของเสียงดัง สาธิตการใส่ Earplug ให้สาธิตย้อนกลับ แจก Earplug จากการสังเกตและสัมภาษณ์ของหัวหน้างานและผู้วิจัย บุคลากรกลุ่มเสียงมีการใส่ Earplug และอุปกรณ์ป้องกันขณะปฏิบัติงานทุกครั้ง

- ปัญหาที่ 2 บุคลากรมีอาการผิดปกติของระบบโครงร่างกล้ามเนื้อที่อาจเกี่ยวเนื่องจากการทำงานสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพด้าน

การยศาสตร์ให้ความรู้ความผิดปกติของโครงร่าง และกล้ามเนื้อ ปรับโต๊ะเก้าอี้ ทำทางเดินให้เหมาะสม ยึดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยมณีเวชทุก 2 ชั่วโมง จากการสังเกตและสัมภาษณ์บุคลากรมีอาการปวดของโครงร่างและกล้ามเนื้อน้อยลง

- ปัญหาที่ 3 บุคลากรมีสมรรถภาพการมองเห็นลดลงเนื่องจากการทำงานในสิ่งแวดล้อมที่แสงสว่างไม่เพียงพอ ให้ความรู้อันตรายจากแสงสว่างสถานีนงานไม่เพียงพอกรณีมีผ้า màn ให้เปิดผ้า màn ช่วย ปรับโต๊ะทำงานให้ตรงหลอดไฟ เช็ดทำความสะอาดหลอดไฟ/เปลี่ยนหลอดไฟ เพิ่มรางหลอดไฟ วัดแสงสว่างซ้ำผ่านมาตรฐานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.70 เป็นร้อยละ 90.65 กรณีที่ผิดปกติที่ต้องใส่แว่นแพทย์แนะนำให้ตัดแว่นสายตา ร้อยละ 35.71

องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลกพบว่า “จัดตั้งคลินิกอาชีวอนามัย” มีการจัดทำแนวทางการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัย มีการสอบสวนการบาดเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงาน ตรวจ วินิจฉัย รักษา ติดตามดูแล มีการตรวจสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน return to work มีการส่งต่อในกรณีที่ต้องมีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ข้อมูลการบาดเจ็บจากการทำงาน IFR = 8.57 ครั้งต่อล้านชั่วโมง การตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน ขณะทำงาน และก่อนการเกษียณจากการทำงาน

องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม พบว่า มีการสำรวจจัดทำรายงานสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่อาจก่อผลกระทบต่อสุขภาพ จัดทำแผนฉุกเฉิน ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินการป้องกันระดับอัคคีภัย น้ำท่วม และสารเคมีรั่วไหล และซ้อมแผนร่วมกับเครือข่าย

ปีละ 1 ครั้ง ประเมินความพึงพอใจในการให้บริการอาชีวอนามัย เพิ่มขึ้นจาก ปี 2566 จากร้อยละ 88.40 เป็นดีมาก ร้อยละ 97.68 ในปี 2567

ระยะที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observing) การนำรูปแบบการบริหารอาชีวอนามัย “รูปแบบใหม่” ไปใช้สังเกตการณ์ พบว่าการจัดการบริการอาชีวอนามัยผู้บริหารมีนโยบายสนับสนุน มีแผนและดำเนินการตามแผน มีการให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัยบุคลากร การมีส่วนร่วมและสามารถประเมินความเสี่ยง เฝ้าระวัง จัดการความเสี่ยงได้ มีการดำเนินการโดยคณะกรรมการอาชีวอนามัย ที่ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย มีการตรวจสอบสภาพตามความเสี่ยงด้วยเครื่องมืออาชีว-สุขศาสตร์ ตรวจสอบสภาพแวดล้อมสถานีนงานด้วยเครื่องมือสุขศาสตร์อุตสาหกรรม มีการตอบโต้เสนอแนะการดำเนินงาน นำผลที่ได้มาวินิจฉัยปัญหาอาชีวอนามัย เรียงระดับความสำคัญของปัญหา จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมสถานีนงาน จัดทำเป็นระเบียบปฏิบัติงาน การติดตาม ประเมินผล โดยหัวหน้างานแต่ละงาน และคณะกรรมการอาชีวอนามัย การสังเกต ให้ข้อเสนอแนะ แก้ไข เตือน ชื่นชม ให้กำลังใจ สรุปรายงานเสนอผู้บริหาร

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) พบว่า รูปแบบการบริหารอาชีวอนามัย “รูปแบบใหม่” เป็นรูปแบบการบริหารอาชีวอนามัยที่ครบวงจรสอดคล้องกับกฎหมาย และมาตรฐานการบริหารอาชีวอนามัย ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย ด้านการจัดบริการเชิงรุก ด้านการจัดบริการเชิงรับ และด้านการจัดบริการอาชีวเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (การจัดการ

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

องค์ประกอบ	ร้อยละคะแนน ที่ได้ก่อนพัฒนา รูปแบบ	ระดับที่ได้	ร้อยละคะแนน ที่ได้หลังพัฒนา รูปแบบ	ระดับที่ได้
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัย	62.50	เริ่มต้นพัฒนา	100	ดีเด่น
องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีว- อนามัยสำหรับบุคลากร	73.33	เริ่มต้นพัฒนา	100	ดีเด่น
องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีว- อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุก	53.33	ดี	88.88	ดีเด่น
องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีว- อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ	30	ไม่ผ่าน	90	ดีเด่น
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงาน จัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	40	ไม่ผ่าน	100	ดีเด่น

ภาวะฉุกเฉิน)

ผลการประเมินการจัดบริการอาชีว-
อนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
ผ่าน “ระดับดีเด่น” ทั้งหมด 5 องค์ประกอบ
ดังตารางที่ 1

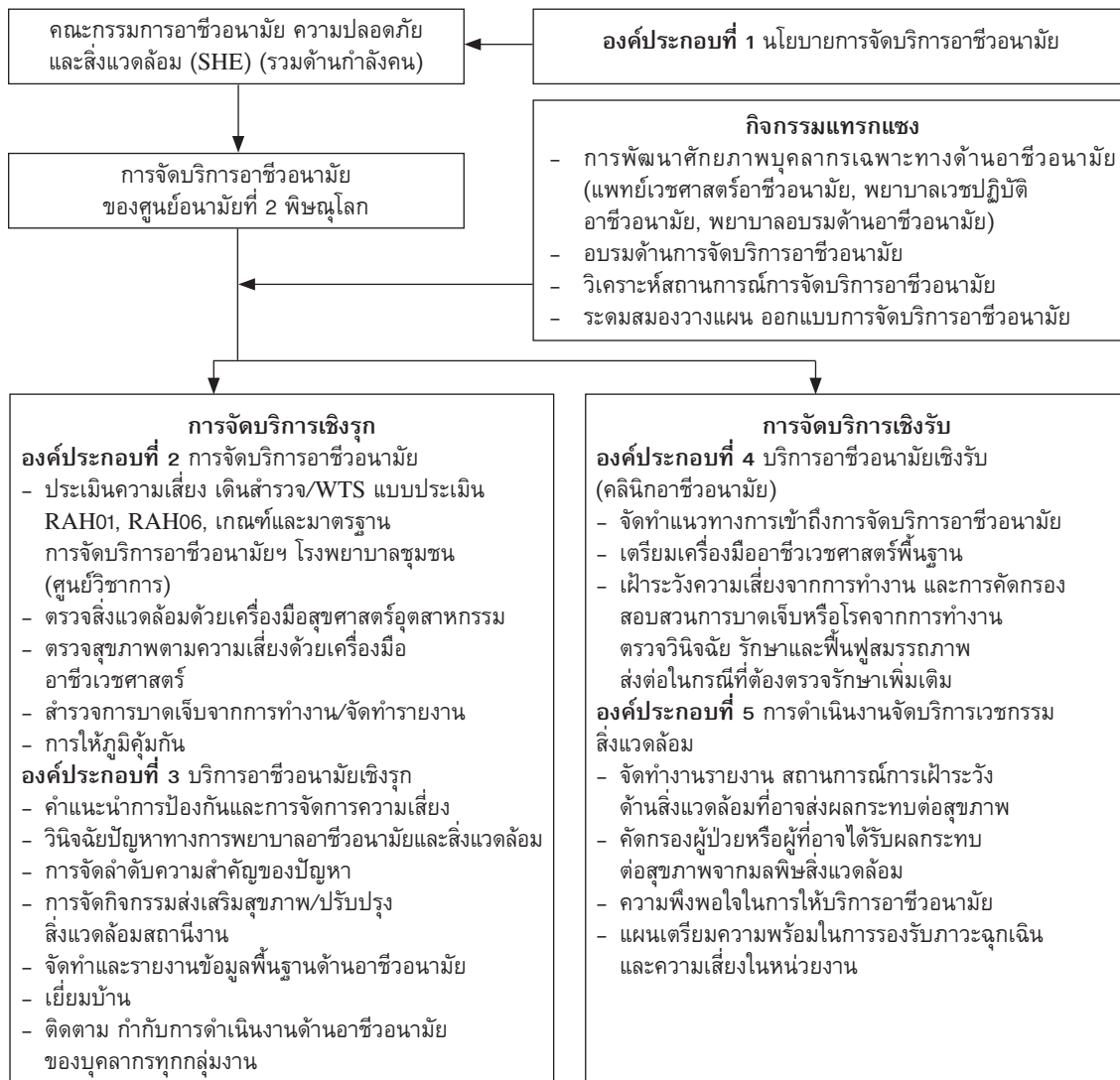
■ อภิปรายผล

ผลของการศึกษารูปแบบการจัดบริการ
อาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
ได้ “รูปแบบใหม่” ที่เหมาะสมกับบริบทเป็นการ
จัดบริการครบวงจร ผ่านเกณฑ์ 5 องค์ประกอบ
ร้อยละ 100 “ระดับดีเด่น” สอดคล้องกับเกณฑ์
และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐาน
คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการ
อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของหน่วย
บริการสาธารณสุขปี 2562 การจัดบริการอาชีว-
อนามัยของโรงพยาบาลชุมชน (ศูนย์วิชาการ)
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ ซึ่งการ
จัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2
พิษณุโลก ด้านการบริหารจัดการอาชีวอนามัย
ผู้บริหารมีนโยบาย สนับสนุน และให้ความสำคัญ

การจัดบริการอาชีวอนามัย มีการดำเนินการ
รูปแบบคณะกรรมการ บุคลากรที่มีความรู้เฉพาะ
ทางด้านอาชีวอนามัย (แพทย์อาชีวเวชศาสตร์
(Occupational Medicine) พยาบาลเวชปฏิบัติ
อาชีวอนามัย พยาบาลที่ผ่านการอบรมด้าน
อาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง และบุคลากรที่ผ่านการ
อบรมด้านความปลอดภัย) มีการอบรมให้ความรู้
ด้านอาชีวอนามัยบุคลากร และความปลอดภัยให้
สามารถประเมินความเสี่ยงร่วมกับคณะกรรมการ
อาชีวอนามัย สามารถประเมินความเสี่ยงและ
สามารถป้องกันและจัดการความเสี่ยงได้ไม่ให้เกิด
ซ้ำได้ มีการให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรับและเชิงรุก
บุคลากรสามารถเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยตาม
สิทธิพื้นฐานที่ควรได้รับตามกฎหมาย

การจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์
อนามัยที่ 2 พิษณุโลก มีการดำเนินการรูปแบบ
คณะกรรมการ มีการอบรมให้ความรู้ด้านอาชีว-
อนามัยกับบุคลากรให้สามารถประเมินความเสี่ยง
สามารถป้องกันและจัดการความเสี่ยงได้ โดยมิ
การสำรวจ ประเมินความเสี่ยงร่วมกับเจ้าหน้าที่
อาชีวอนามัย และมีการประเมินสิ่งแวดล้อมด้วย

สรุปรูปแบบการบริหารการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก “รูปแบบใหม่”



เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์อุตสาหกรรมและตรวจสอบสภาพตามความเสี่ยงด้วยเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ มีการจัดการความเสี่ยงและประเมินผลเปรียบเทียบกับผลก่อนและหลังการดำเนินการจนได้คู่มือแนวทางการบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยารัตน์ ดวงใจ⁽⁷⁾ การพัฒนาการบริการอาชีวอนามัยโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

พบว่า 1. รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นใหม่ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง โดยมีคำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย หน่วยงานที่ผ่านการอบรมและสามารถประเมินความเสี่ยงหน้างานของตนเองได้ 73 คน ร้อยละ 100 2) มีกำหนดการเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน ตรวจสอบสิ่งแวดล้อม (Walk through survey) โดยใช้เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ควบคู่กับการตรวจสอบสภาพตามความเสี่ยง เพื่อวิเคราะห์และจัดการ

ความเสี่ยง 3) เข้าร่วมรับการประเมินจากหน่วยงานภายนอกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการออกแบบระบบการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย (Third Party Audit) 2. ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบก่อน กับ หลัง การนำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น มาดำเนินการคุณภาพงานเพิ่มขึ้นจากเดิมไม่สามารถระบุได้ถึงอันตรายที่อาจเกิดจากการทำงานประเมินความเสี่ยงโรคจากการทำงานเป็นระยะ พร้อมทั้งสามารถป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้ผ่านการทดลองใช้จริงแล้ว 2 ปี ประกอบด้วย หลักการ มีโครงสร้างที่ชัดเจนมีการจัดทำเป็นวิธีปฏิบัติ คู่มือและ Work Instructions ที่ใช้ Customers เป็นศูนย์กลาง การพัฒนาจัดบริการอาชีวอนามัยโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาพร วชิรเมธราชิต และรัตพงษ์ สอนสุภาพ⁽⁸⁾ การศึกษารูปแบบการประเมินความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า การวิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart มาประยุกต์ใช้ การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การกำหนดรูปแบบการลงสำรวจหน่วยงาน และกำหนดรูปแบบการจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน ระยะที่ 2 การนำรูปแบบที่กำหนดไปทดลองปฏิบัติและสังเกตผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงการสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงแผน ผลการศึกษาสรุปได้ว่า การจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพสัมพันธ์กับรูปแบบการประเมินความเสี่ยงที่จะต้องให้เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยและบุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วมสามารถค้นหาและระบุความเสี่ยงได้ครอบคลุมจะต้องมีความรู้ด้านการประเมินความเสี่ยงและความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เกี่ยวข้อง ควรมีส่วนร่วมในการจัดการ

ความเสี่ยงนับตั้งแต่การวิเคราะห์ ทางเลือกกำหนดข้อตกลง วิธีปฏิบัติ กฎระเบียบ จึงจะเกิดการยอมรับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น นำสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน รวมถึงผู้บริหารให้การสนับสนุน

■ สรุปผล

การศึกษารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก “รูปแบบใหม่” เป็นการจัดการบริการอาชีวอนามัยครบวงจร ผ่านเกณฑ์ 5 องค์ประกอบ ร้อยละ 100 “ระดับดีเด่น” ตามเกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน (ศูนย์วิชาการ) ผู้บริหารมีนโยบายสนับสนุน จัดบริการอาชีวอนามัยรูปแบบคณะกรรมการ โดยบุคลากรที่มีความรู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย บุคลากรมีส่วนร่วม มีการใช้เครื่องมือสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ ในการตรวจสิ่งแวดล้อมและตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง วินิจฉัยปัญหาอาชีวอนามัย จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปรับปรุงสิ่งแวดล้อมสถานงาน กรณีมีการบาดเจ็บหรือป่วยมีคลินิกอาชีวอนามัยให้บริการ บุคลากรเข้าถึงการจัดการบริการอาชีวอนามัยที่ควรได้รับตามสิทธิพื้นฐานตามที่กฎหมายกำหนด ส่งผลให้บุคลากรไม่บาดเจ็บและป่วยด้วยโรคจากการทำงาน ปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยอย่างเฝ้าระวัง จากการศึกษากิจการบริการอาชีวอนามัย เป็นการศึกษาแบบเร่งรัดในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ควรศึกษาการจัดการบริการอาชีวอนามัยเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องทุกปี เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

■ ข้อเสนอนี้:

สามารถนำรูปแบบการบริหารการอาชีว-
อนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ไปขยาย
ผลสู่พื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 โดยการบูรณาการ
ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง
ขยายผลไปในโรงพยาบาลรัฐ เอกชน และสถาน
ประกอบการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
จากการทำงาน และการศึกษาครั้งต่อไป ควรมี
การประเมินผลการศึกษาเป็นระยะๆ เพื่อติดตาม
ดูความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและการ
จัดการความเสี่ยงจากการทำงานในการจัดบริการ
อาชีวอนามัยที่ยังเป็นปัญหา อุปสรรค อยู่ให้
ครอบคลุมทุกปัจจัยอันตรายและคุกคามสุขภาพ
ทุกด้าน และควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
และทบทวนศึกษาปัจจัยอันตรายและคุกคาม

ทางสุขภาพใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น

■ กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้เพราะผู้วิจัยได้รับความ
กรุณาอย่างยิ่งจาก ดร.จตุพร วิศิษฐ์โชติ
อังกูร ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย แพทย์หญิงปารวดี
สิงขรัตน์ แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ ที่ได้ช่วยให้คำ
ปรึกษา แนะนำในการจัดทำ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ
เป็นอย่างสูง ขอขอบคุณ ศูนย์อนามัยที่ 2
พิษณุโลก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยครั้งนี้
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 2 กรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้
การสนับสนุนตรวจสอบสิ่งแวดล้อมสถานทำงานด้วย
เครื่องมือสุขศาสตร์อุตสาหกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาแรงงาน/Informal_work_force/2565/summary_65.pdf
2. กระทรวงแรงงาน สำนักงานประกันสังคม สำนักงานกองทุนเงินทดแทน. สถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย เนื่องจากการทำงานปี 2561-2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ohswa.or.th/attachments/view/?attach_id=359766
3. วีระพร ศุทธาภรณ์. การจัดการอาชีวอนามัย. ใน: วันเพ็ญ ทรงคำ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอาชีวอนามัย: แนวคิด และการประยุกต์ใช้. เชียงใหม่ : เอ็น.พี.ที.ปริ้นติ้ง; 2563 หน้า 395-6, 401-5.
4. วีระยุทธ์ ชาดะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี 2558;2(1):29-48.
5. ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์. การสร้างเสริมสุขภาพและลดภาวะเสี่ยงจากการทำงานกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า: การวิจัยแบบมีส่วนร่วม. วารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2562;46(4):3-7
6. กรมควบคุมโรค ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดสมุทรปราการ. คู่มือการดำเนินงาน ตามมาตรฐานการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการสาธารณสุข ปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. สมุทรปราการ: กรมควบคุมโรค; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1381920230206095331.pdf>
7. จรรย์รัตน์ ดวงใจ. การพัฒนาการบริการอาชีวอนามัยโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. สุรินทร์: โรงพยาบาลปราสาท; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://prasathsp.com/index.php?r=research/views&id&id=94>
8. สุภาพร วชิรเมธารัตน์, รัตพงษ์ สอนสุภาพ. ศึกษาแบบการประเมินความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงจาก การทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ด [อินเทอร์เน็ต]. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://rsucon.rsu.ac.th/files/proceedings/nation2016/G4-23.pdf>

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการรับรู้ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

คมขำ สุทธิ*

กรรณิการ์ สุวรรณ

นิตยา ทองประพาฬ

ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

วันรับ 4 กรกฎาคม 2567, วันแก้ไข 11 กันยายน 2567, วันตอบรับ 18 ตุลาคม 2567.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัว 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3) เปรียบเทียบระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเดียวกัน และระหว่างกลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก รวม 62 ราย โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบให้การพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ แบบประเมินพฤติกรรม และวัดความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง ของทั้ง 2 กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, Paired sample t-test, Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้มากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการรับรู้ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ระดับความดันโลหิต

* ผู้รับผิดชอบบทความหลัก, อีเมล: komkham2521@hotmail.com

The effect of health behavior modification program to health perception, health behavior hypertension controlling and Blood pressure level among patients Uncontrolled Blood pressure level in Health promoting hospital, Health promotion center 2 Phitsanulok province.

Komkham Sutthi*

Kunnika Suwan

Nittaya Tongprapal

Health promoting hospital, Health promotion center 2 Phitsanulok province

Received 4 July 2024, Revised 11 September 2024, Accepted 18 October 2024.

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research to 1) compare the mean scores of perceived severity, perceive vulnerability, and expectations the response efficacy 2) compare the mean scores of health behavior, and 3) compare the systolic and diastolic blood pressure levels of patients with uncontrolled hypertension before and after participating in health behavior modification within the same group and between groups. The sample group consists of patients with uncontrolled hypertension in outpatient services at the Phitsanulok health promotion hospital, totaling 62 participants. The experimental group participated in a health behavior modification program for 12 weeks, while the comparison group received standard nursing care. Data were collected using a general patient interview form, an assessment of compare the mean scores of perceived severity, perceive vulnerability, and expectations the response efficacy among patients with uncontrolled hypertension, a behavior assessment, and blood pressure measurements before and after the trial for both groups. Data analysis was performed using descriptive statistics, paired sample t-test, and independent t-test. The results indicated that after using health behavior modification program, the experimental group had higher mean scores for compare the mean scores of perceived severity, perceive vulnerability, and expectations the response efficacy than before the trial, and these scores were significantly higher than those of the control group ($p<0.001$). The mean health behavior scores were also higher than before using health behavior modification program and significantly higher than those of the comparison group ($p<0.001$). Furthermore, the experimental group was able to maintain their blood pressure within acceptable limits more effectively than before the trial and showed a greater reduction compared to the comparison group, with statistical significance ($p<0.001$).

Keywords : Uncontrolled hypertension patients, health behavior modification program, perceived, blood pressure control behavior, blood pressure levels.

* Corresponding Authors, E-mail: komkham2521@hotmail.com

■ unna

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ที่พบว่าเป็นปัญหาสำคัญของโลก สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากกว่า 1.28 พันล้านคนในประชากรอายุ 30-79 ปี ซึ่งพบความชุกในประเทศที่มีรายได้ต่ำและพบอีกว่าประมาณ 1 ใน 5 (21%) ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบว่า ปี 2566 พบจำนวนประชากรป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีเพียงร้อยละ 54 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือ ร้อยละ 60⁽²⁾ สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 2 พบว่า อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตเพิ่มขึ้นและอัตราการป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าระดับประเทศ⁽²⁾ และมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีในบางพื้นที่ยังต่ำกว่าค่าเป้าหมาย⁽³⁾ ซึ่งผลของการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นสาเหตุของทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตวาย และโรคหลอดเลือดในสมองตีบหรือแตก โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นทุก 20 มิลลิเมตรปรอทจะทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น⁽⁴⁾

ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การขาดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้มีการดูแลตนเองที่ไม่ดี ความเชื่อเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ ช่องทางพบบุคลากร

ทางการแพทย์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การมาตามนัด⁽⁵⁻⁶⁾ ซึ่งจากปัจจัยดังกล่าวพบว่า การให้ความรู้และการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ปัจจุบันได้นำหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโดยหลัก 3 อ. 2 ส.⁽⁷⁾ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ร่วมกับการติดตามให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทายตามแผนการรักษาของแพทย์ และการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามค่าความดันอย่างสม่ำเสมอในระหว่างการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันได้ดี ป้องกันภาวะโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พบว่า มีแนวโน้มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในปี 2563-2565 จำนวน 389, 554 และ 559 ราย ตามลำดับ จากการทบทวนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2565 พบผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท ร้อยละ 56.05 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วม ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ระดับปานกลางร้อยละ 17.20 ไม่มาตรวจตามนัดเฉลี่ยร้อยละ 24.94⁽⁸⁾ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนไม่เหมาะสมกับโรค ขาดความตระหนักในการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมพฤติกรรมและสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นำมาพัฒนาการพยาบาลแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับ

ความดันโลหิต ป้องกันอันตรายที่เกิดจากโรคแทรกซ้อน จึงได้จัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยนำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจของโรเจอร์⁽⁹⁻¹⁰⁾ ร่วมกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura. A)⁽¹¹⁾ ที่พบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันให้อยู่ในค่าเป้าหมายได้⁽¹²⁻¹⁶⁾ โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่ม
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่ม

■ นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้⁽³⁾ หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีระดับความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง รูปแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของโรเจอร์⁽⁹⁻¹⁰⁾ ร่วมกับแบนดูรา⁽¹¹⁾ ประกอบไปด้วย กิจกรรมการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมการให้คำแนะนำ/คำปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกำหนดแผนการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต การพูดจูงใจ การให้กำลังใจ การชมเชย การกระตุ้น เตือน การติดตามและการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. ร่วมกับการใช้ยา และการมาตามนัดโดยใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรคความดันโลหิตสูง⁽⁷⁾ หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ร่วมกับการใช้ยา และการมาตามนัด

■ กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจของโรเจอร์⁽⁹⁾ ร่วมกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ของแบนดูรา⁽¹¹⁾ จัดทำโปรแกรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ประกอบไปด้วย กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. (ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดดื่มสุรา การงดสูบบุหรี่) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการติดตามการรับประทานยา การติดตามการมาตามนัด โดยจัดทำเป็นรูปแบบกิจกรรมการให้คำแนะนำ/คำปรึกษากำหนดแผนการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต การพูดจูงใจ การให้กำลังใจ การชมเชย การกระตุ้น เตือน การติดตามและการประเมินผล

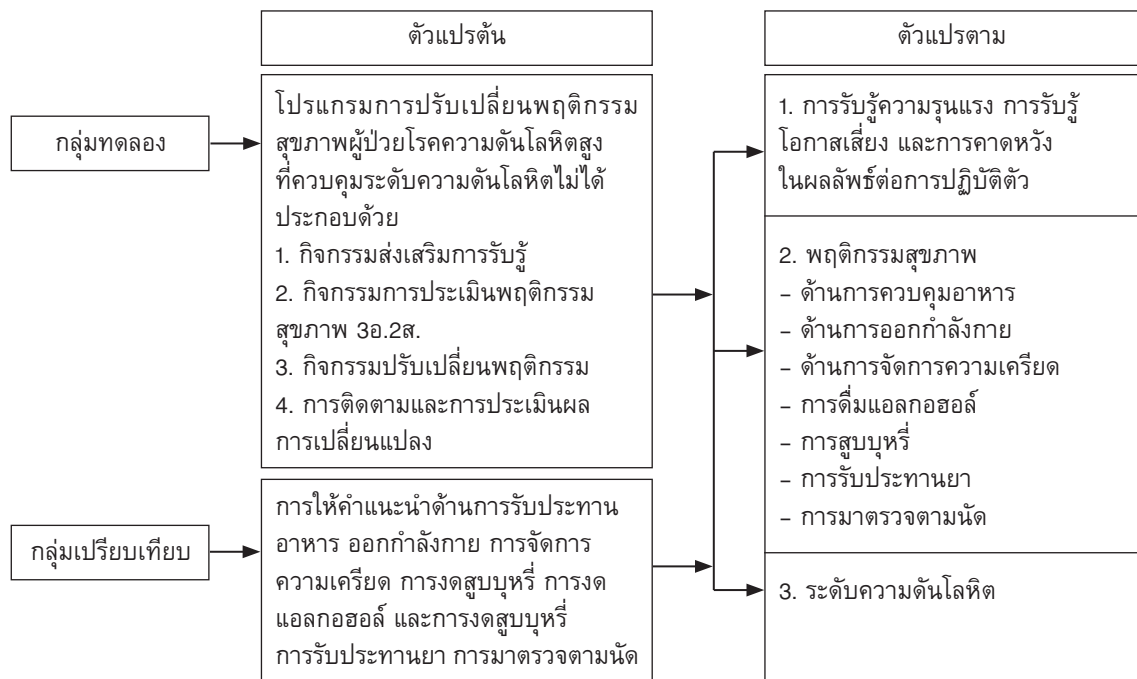
การเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต

■ วิธีการศึกษา

● **รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental) โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group, pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 30-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ



ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 30-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

● **การคำนวณขนาดตัวอย่าง** กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (G*power Analysis version 3.1)⁽¹⁷⁾ กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.90 และขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่ผ่านมาที่ใกล้เคียงกับงานที่จะศึกษา⁽¹³⁾ ซึ่งกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 52 ราย โดยแบ่งกลุ่มควบคุม 26 ราย กลุ่มทดลอง 26 ราย เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่ครบผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20⁽¹⁸⁾ จะได้กลุ่มตัวอย่างควบคุม 31 ราย กลุ่มทดลอง 31 ราย รวมทั้งสิ้น 62 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีระดับความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

2. มีอายุ 30-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย

3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ไตวาย โรคทางหลอดเลือด

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาการสื่อสาร

3. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตามที่กำหนด ร้อยละ 80

● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ

- 1.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ วิธีการควบคุมความดันโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามหลัก 3อ.2ส.⁽⁷⁾ ร่วมกับการรับประทานยา การมาตามนัด และจัดประสบการณ์ตรงการสาธิตและฝึกทักษะการเลือกอาหาร การสาธิตและฝึกทักษะการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่ถูกต้อง

- 1.2 แบบติดตามค่าความดันโลหิตและอาการหลังเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบไปด้วย ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วย อาการทั่วไปและอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาการหน้ามืด

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย โรคประจำตัวอื่นๆ ที่รับประทาน

- 2.2 แบบประเมินการรับรู้ความรู้ แรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการคาดหวัง ในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 23 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม ลักษณะการตอบข้อ

คำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale)⁽¹⁹⁾ แบ่งเป็น 5 ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom)⁽²⁰⁾ ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีการรับรู้ในระดับมาก

คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79.9 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับน้อย

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารจำนวน 8 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ การจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 ข้อ การสูบบุหรี่ 1 ข้อ การรับประทานยา 3 ข้อ ด้านการมาตามนัด 2 ข้อ ลักษณะการตอบข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale)⁽²⁶⁾ แบ่งเป็น 4 ระดับคือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้น 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้น 2-3 ครั้ง/เดือน และไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้น แบ่งคะแนนพฤติกรรมเป็น 3 ระดับอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom)⁽²⁰⁾ แยกตามพฤติกรรมดังนี้

ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60) หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79) หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ 2) แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (index of item object congruence หรือ IOC)⁽²¹⁾ เท่ากับ 1.0 มีค่าความเชื่อมั่น⁽²²⁾ เท่ากับ 0.87 แบบประเมินพฤติกรรมฯ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82

● การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

จัดทำโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมเป็นรูปแบบคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับความดันไม่ได้ และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหา และมอบให้ผู้พำนนำไปปฏิบัติที่บ้าน โดยแบ่งเป็นรายสัปดาห์ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ก่อนเริ่มกิจกรรม ให้ผู้ป่วยทำแบบวัดพฤติกรรมแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยแบบประเมินพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่

การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด) ดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรุนแรงของโอกาสเสี่ยง ต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการควบคุมระดับความดันโลหิต

2. กิจกรรมการประเมินพฤติกรรม สุขภาพ 3อ.2ส. การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด

3. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นการส่งเสริมความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ

3.1 ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตโดยการจัดการเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด

3.2 หลักการการบริโภคอาหาร 2:1:1⁽³⁾ โดยใช้สื่อ กินเค็มแค่ไหน ไม่ป่วย การบริโภคอาหารตาม DASH DIET (Dietary Approaches to Stop Hypertension) สาริตรูปแบบอาหารโซเดียมต่ำ โดยใช้เครื่องวัดระดับความเค็ม (Salt meter)

3.3 ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองและทักษะตนเอง ในเรื่องการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมกับตนเองรวมถึงมีการสาริตรีและฝึกปฏิบัติ

3.4 การจัดการความเครียด เช่น การนั่งสมาธิ ผ่อนคลายด้วยการดูหนัง ฟังเพลง ทำงานอดิเรก พบปะเพื่อน การออกกำลังกาย

ประเภทโยคะ รำมวยจีน เป็นต้น โดยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ตามความต้องการของตนเอง

สัปดาห์ที่ 3-5,7,9,11 ผู้ป่วยดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตตามปกติที่บ้านตามโปรแกรมคือการบริโภคอาหาร 2:1:1 การออกกำลังกาย การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การรับประทานยา ตามสื่อที่ผู้วิจัยได้สอนไป โดยผู้วิจัยไม่ได้โทรติดตามประเมิน

สัปดาห์ที่ 2,6,8,10 ผู้ป่วยดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตตามปกติที่บ้านตามโปรแกรม และตามสื่อที่ผู้วิจัยได้สอนไป ผู้วิจัยโทรติดตามประเมิน ในสัปดาห์ที่ 2, 6, 8, 10 โดยนัดหมายวันเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรคในการปรับพฤติกรรม ช่วยเหลือแก้ไข ในกรณีที่มีปัญหาหรืออุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามโปรแกรมใช้เวลา 15-20 นาที ให้กำลังใจร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมโรค ให้ความเชื่อมั่น ในการปฏิบัติพฤติกรรมเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง หากพบปัญหาหรืออุปสรรคที่ไม่สามารถทำให้ปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำเพิ่มเติม พร้อมนัดหมายติดตามครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผล มีกิจกรรมดังนี้

1. ติดตามแบบบันทึกความดันโลหิต ผู้วิจัยหลังเข้าร่วมโปรแกรมและวัดความดันโลหิต

2. ประเมินสรุปผลลัพธ์

3. ให้ผู้ป่วยทำแบบวัดพฤติกรรมตามแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย แบบประเมินพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ การรับประทานยา และการมาตรวจ

ตามนัด

● การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา แจกแจงเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการคาดหวังในผลลัพธ์ ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในกลุ่มเดียวกัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test ระหว่าง กลุ่มวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ($P\text{-value}<0.05$)

3. เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมในกลุ่มเดียวกันวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test ระหว่างกลุ่มวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ($P\text{-value}<0.05$)

4. เปรียบเทียบระดับค่าความดันโลหิต ซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในกลุ่มเดียวกันวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Paired t-test ระหว่างกลุ่มวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับ นัยสำคัญที่ 0.05 ($P\text{-value}<0.05$)

● การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผ่าน การเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ เอกสารรับรอง เลขที่ 28/2567 รับรองตั้งแต่วันที่ 8 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 8 มีนาคม 2568

■ ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.3, ร้อยละ 51.6) อายุเฉลี่ย 49, 48 ปี ตามลำดับ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูงเท่ากัน คือ 5 ปี ส่วนใหญ่มีระดับ

การศึกษา เป็นระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 61.3) ทั้ง 2 กลุ่ม อาชีพหลักรับราชการ (ร้อยละ 58.1, 68.7) รายได้ส่วนใหญ่ มากกว่า 30,000 บาท (ร้อยละ 61.3 และ 51.6) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตเฉลี่ย 5 ปี มีโรคร่วมคือยาที่ รับประทาน คือ Losartan ร่วมกับ Amlodipine (ร้อยละ 48.0, 52.0 และ ร้อยละ 49.1, 50.9)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการคาดหวังในผลลัพธ์ ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

พบว่า การรับรู้ในรายด้านในกลุ่มเดียวกัน และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่า กลุ่ม ทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัว เพิ่มขึ้นจากเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p<0.001$ และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ ดังตารางที่ 1

นอกจากนี้ยังพบว่า หลังการเข้าโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัว เพิ่มขึ้นจากเดิมและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญหลังการเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การรับประทานยา การมาตามนัด ในกลุ่มทดลอง

พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเพิ่มขึ้น ทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

ตารางที่ 1 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของ 2 กลุ่ม

คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัว	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง (N=31)						
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	23.29	2.23	32.09	4.68	9.37	<0.001*
การรับรู้ความรุนแรง	34.70	1.73	40.22	3.54	6.83	<0.001*
การคาดหวังในผลลัพธ์	20.70	2.53	30.70	3.58	17.26	<0.001*
รวม	78.80	3.36	103.03	7.16	18.00	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ(N=31)						
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	24.45	2.83	23.09	2.16	1.95	.03*
การรับรู้ความรุนแรง	31.77	4.45	33.64	4.52	1.63	.05
การคาดหวังในผลลัพธ์	22.12	4.78	21.16	2.11	.93	.18
รวม	78.35	8.54	77.90	4.16	0.23	0.40

นัยสำคัญทางสถิติที่ <.05*

ตารางที่ 2 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ระหว่างกลุ่ม

การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงและการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง (N=31)		แปรผล	กลุ่มเปรียบเทียบ (N=31)		แปรผล	t	p-value
	Mean	SD		Mean	SD			
ก่อนเข้าโปรแกรม	78.80	3.36	ปานกลาง	78.35	8.54	ปานกลาง	0.21	0.41
หลังเข้าโปรแกรม	103.03	7.16	มาก	77.90	4.16	ปานกลาง	16.87	<0.001*

นัยสำคัญทางสถิติที่ <.05*

p<0.001 มีเพียงการงดสูบบุหรี่ ยังไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 3

นอกจากนี้พบว่า เมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า หลังการเข้าโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.001 ดังตารางที่ 4

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก

จากตารางที่ 5 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มพบว่า ก่อนเข้าโปรแกรม ค่าความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกันหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระดับความดัน

ตารางที่ 3 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ในกลุ่มทดลอง (n=31)

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		การแปรผล	หลังการทดลอง		การแปรผล	t	p-value
	Mean	S.D		Mean	S.D			
การควบคุมอาหาร	20.12	2.69		26.51	1.36		-10.57	<.001*
การออกกำลังกาย	8.612	2.41		19.38	0.80		-24.53	<.001*
การจัดการความเครียด	13.96	3.29		17.09	0.97		-4.68	<.001*
การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.00	0.73		3.48	0.56		-3.028	.005*
การงดสูบบุหรี่	3.42	1.05		3.41	0.67		0.000	1.00
การรับประทานยา	9.00	1.12		11.35	0.55		-10.46	<.001*
การมาตรวจตามนัด	6.32	1.01		8.00	0.00		-9.22	<.001*
รวม	64.45	5.01	ปานกลาง	89.29	2.83	สูง	-4.86	<.001*

นัยสำคัญทางสถิติที่ <.05*

ซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ป่วยกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

■ อภิปรายผล

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1-2 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการทดลองที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง

และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวที่มากขึ้น เป็นผลจากประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนสุขภาพที่ประกอบด้วยที่พัฒนาจากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory)⁽¹⁰⁾ ทำให้ผู้ป่วยมีความการรับรู้การคุกคามต่อสุขภาพทำให้ผู้ป่วยที่ตกอยู่ในความเสี่ยงนั้นมีการตัดสินใจที่จะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และทฤษฎีความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura)⁽¹¹⁾ ซึ่งมีองค์ประกอบวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี คือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาออกแบบกิจกรรม คือ การเรียนรู้โดยใช้วิธีการให้คำแนะนำ การฝึกปฏิบัติจริง เน้นความสามารถในการดูแลตนเองด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องและเพิ่มทักษะในการดูแลตนเอง เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้พัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา จักรสิงห์โต และรัตน พันธ์จัญ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า

ตารางที่ 4 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ระหว่างกลุ่มหลังการเข้าโปรแกรม

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (N=31)		การ แปรผล	กลุ่มเปรียบเทียบ (N=31)		การ แปรผล	t	p-value
	Mean	S.D		Mean	S.D			
การควบคุมอาหาร	26.51	1.36		18.77	3.04		12.93	<.001*
การออกกำลังกาย	19.38	0.80		8.74	2.62		21.62	<.001*
การจัดการความเครียด	17.09	0.97		14.06	1.43		9.71	<.001*
การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.48	0.56		2.77	0.88		3.75	<.001*
การงดสูบบุหรี่	3.41	0.67		3.51	1.06		-0.42	0.33
การรับประทานยา	11.35	0.55		9.51	1.43		6.66	<.001*
การมาตรวจตามนัด	8.00	0.00		6.64	1.17		6.44	<.001*
รวม	89.29	2.83	สูง	64.19	6.31	ปานกลาง	20.20	<.001*

นัยสำคัญทางสถิติที่ <.05*

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่ม

ค่าความดัน	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	t	p-value
	(N=31)	(N=31)		
	mean (±SD)	mean (±SD)		
ก่อนการทดลอง				
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)	152.19(±6.79)	151.97(±7.39)	-9.60	0.27
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)	95.19(±4.54)	94.42(±3.07)	-0.78	0.21
หลังการทดลอง				
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)	135.38(±2.92)	150.83(±5.02)	10.85	<0.001*
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)	83.70(±4.11)	94.64(±2.92)	12.05	<0.001*

นัยสำคัญทางสถิติที่ <.05*

หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนสุขภาพที่ประยุกต์มาจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Program) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเนลิมพล แซ่โล้ว และชิวรากร บุญลี⁽²⁴⁾ ที่พบว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

สอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ, กิรดา ไกรนุวัตร และปิยะธิดา นาคะเกษียร⁽²⁵⁾ ที่พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ในด้านโรคความดันโลหิตสูง การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด อย่างต่อเนื่อง ในเขตพื้นที่อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น

2. เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่ม พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้า ร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3-4 โดยกลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก ปานกลางไปสูง ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มี ระดับพฤติกรรมหลังเข้าโปรแกรมอยู่ในระดับ ปานกลาง สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถ อธิบายได้ว่าแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน โรค (Protection motivation theory)⁽¹⁰⁾ และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Program) สามารถทำให้ผู้ป่วย มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้นส่งผลให้มี พฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ดีขึ้น จากผล การวิจัยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่ผู้ป่วย ทำได้ดีคือ การรับประทานอาหาร ลดการกินอาหารรสเค็ม เน้นการกินผัก และมีการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมีผลต่อการ ลดระดับความดันโลหิตได้⁽³⁾ มีเพียงการสูบบุหรี่

ที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยสามารถ อธิบายได้ว่าการสูบบุหรี่นั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลา ที่สูบบุหรี่ ในผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานๆ หลายปี จะมีภาวะติดนิโคติน ส่งผลให้เลิกบุหรี่ได้ยาก และใช้เวลานานในการลดหรือเลิกสูบ⁽²⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพาพร นาคกลิ้ง และปราณี ทับศรี⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า โปรแกรมการ สร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) สามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ เฉลิมพล แซ่โล้ว และชिरากร บุญลี⁽²⁶⁾ ที่พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดัน โลหิตสูงสูงขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ การศึกษาของ พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ, กิรดา ไกรนุวัตร และปิยะธิดา นาคะเกษียร⁽²⁵⁾ ที่พบว่า โปรแกรม การให้ความรู้และโปรแกรมการเสริมสร้าง สมรรถนะแห่งตนในด้านโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น

3. เปรียบเทียบระดับความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิกของผู้ป่วยควบคุมระดับ ความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย กลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่ม ผลการวิจัย พบว่า ระดับความดันโลหิตหลังการเข้าร่วม โปรแกรมฯ ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีระดับต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ สอดคล้องกับสมมุติฐาน

ที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผลจากการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ การปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี จะส่งผลให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในค่าปกติได้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุกาพร นาคกลิ่ง และปราณี ทับศรี⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) สามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ยอมรับ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนันทา ศรีศิริ⁽²⁷⁾ ที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน 12 สัปดาห์ ทำให้ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ค่าน และค่าล่าง ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมโรคมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสามารถลดค่าเฉลี่ยความดันโลหิตได้

สรุปได้ว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ สามารถเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตลดลงอยู่ในค่าเป้าหมายได้

■ ข้อจำกัดการวิจัย

การดำเนินโปรแกรมในสัปดาห์แรกใช้เวลานาน การดำเนินโปรแกรมในรายสัปดาห์พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีเวลาที่สะดวกช่วงหลังเลิกงาน และต้องรอญาติในการให้ข้อมูล

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. สามารถนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปใช้ในการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

2. สามารถนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ไปเผยแพร่ และถ่ายทอดองค์ความรู้ไปยังโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2 ได้

● ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ โดยติดตามผลในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวของโปรแกรมฯ ทั้งในด้านการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกคือระดับความดันโลหิตและผลลัพธ์ทางกระบวนการคือพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2. ควรมีการนำแนวทางการให้ข้อมูลให้เหมาะสมกับยุคสมัยปัจจุบันและเหมาะสมกับผู้ป่วย ในการใช้วิทัศน์ การมีกลุ่มทางเครือข่ายสังคม Line official application เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Key facts in Hypertension [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/doc20141107.pdf>

3. สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทริค ชิงค์; 2562.
4. Gebremichael GB, Berhe KK, Zemichael TM. Uncontrolled hypertension and associated factors among adult hypertensive patients in Ayder comprehensive specialized hospital, Tigray, Ethiopia, 2018. BMC Cardiovasc Disord [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 8];19(1):121. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12872-019-1091-6>
5. อัจฉราภรณ์ นิละสร. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเขียว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2559;35(2):77-88.
6. พงศนาถ หายเจริญพิพัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2563;35(3):651-63.
7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขภาพ. คู่มือประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
8. ศูนย์อนามัยที่ 2 งานสารสนเทศ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 2564-2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2019 [เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpc2.anamai.moph.go.th/th/data-support>
9. Roger RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude changes. J Psychol 1975;91:93-114.
10. Maddux JE, Rogers RW. Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. J Exp Soc Psychol [Internet]. 1983 [cited 2024 Jan 10];19(5):469-79. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-1031\(83\)90023-9](http://dx.doi.org/10.1016/0022-1031(83)90023-9)
11. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. W. H. Freeman & Co; 1997.
12. ปัทมาภรณ์ หินเพชร. ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2565.
13. ศิริวรรณ ตุงค์เรือง, ชดช้อย วัฒนะ, ธีรนุช ห่านัดคัย และสุนทรา เลี้ยงเขววงศ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคต่อพฤติกรรมและการควบคุมโรคและการควบคุมโรคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้. วารสารพยาบาล 2560;44 ฉบับพิเศษ(1):69-82.
14. ยุภาพร นาคกลิ้ง และปราณี ทัดศรี. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2560;6(1):27-35.
15. อารีย์รัตน์ คนสวน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและระดับความดันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
16. จินตนา จักรสิงห์โต และรัตนา พันจ้อย. ประสิทธิผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ [อินเทอร์เน็ต] 2561 [เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2567];12(1):56-67. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/181717>
17. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods [Internet]. 2009 [cited 2024 Feb 3];41(4):1149-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
18. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2553.

19. Likert R. The Method of Constructing and Attitude Scale. Attitude Theory and Measurement. New York: Wiley & Son; 1967.
20. Bloom BS. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book; 1971.
21. Turner RC, Carlson L. Indexes of item-objective congruence for multidimensional items. Int J Test [Internet]. 2003 [cited 2024 Feb 17];3(2):163–71. Available from: http://dx.doi.org/10.1207/s15327574ijt0302_5
22. Cronbach LJ. Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. Psychometrika 1951;16(3): 297–334.
23. ชนธิป สันติวงศ์. DASH Diet : อาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;16(1):101–11.
24. Tao L, Chiarelli MP, Pavlova SI, Schwartz JL, DeFrancesco JV, Salameh B, et al. Looking for polycyclic aromatic hydrocarbon metabolizing microorganisms in the oral cavity of smokers [Internet]. Research Square; 2021 [cited 2024 Feb 9]. Available from: <http://dx.doi.org/10.21203/rs.3.rs-929320/v1>
25. พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ, กิรดา ไกรนุวัตร และปิยะธิดา นาคะเกษียร. ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2559;34(4):90–102.
26. เฉลิมพล แซ่โล้ว และชรากร บุญลี. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2022;7(1):11–21.
27. สุนันทา ศรีศิริ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง กรุงเทพมหานคร. วารสารคณะพลศึกษา 2555;15 (ฉบับพิเศษ):308–15.

HEALTH

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

กรรณก นาเครือ

ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

วันรับ 25 กรกฎาคม 2567, วันแก้ไข 14 ตุลาคม 2567, วันตอบรับ 15 ตุลาคม 2567

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาค้นคว้าวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 223 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์โดยผู้ช่วยนักวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.6) อายุเฉลี่ย 70 ปี มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.3) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและเบาหวาน (ร้อยละ 64.1, 31.8 และ 26.3 ตามลำดับ) มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระดับดีมาก ร้อยละ 52.5 (สัมพันธ์ภาพการหลีกเลี่ยงสารเสพติด การจัดการความเครียด และการนอนหลับอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 83.4, 76.7, 67.7 และ 43.5 ตามลำดับ) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ ความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย การมีนโยบายสุขภาพในชุมชน การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ ($\chi^2=8.79, 30.92, 12.38, 27.62, 10.31, 38.0, 5.73$ และ 6.56 ตามลำดับ) งานวิจัยนี้เสนอแนะว่าควรมีการสร้างความรอบรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านอาหารและการออกกำลังกาย หน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองท้องถิ่นควรสนับสนุนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและสร้างวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต ผู้สูงอายุ

Factors Related to Health Behavior According to Lifestyle Medicine of the Elderly in Ratchaburi Province

Kornkanok Nakhruea

Region Health Promotion Center 5 Ratchaburi

Received 25 July 2024, Revised 14 October 2024, Accepted 15 October 2024.

Abstract

The Descriptive study aimed to study the level of health behavior and factors of personal, predisposing, enabling, and reinforcing that related to health behavior according to Lifestyle Medicine of the elderly in Ratchaburi province. The sampled were 223 elderly who were 60 years old and over, social bound who were members of the Elderly Club, selected by multi-stage sampling. Data were collected was conducted by using an interview form by the researcher assistant. The data analyzed by descriptive statistics, Chi-square statistical test. The findings showed that samples were female (68.6%) with an average age of 70 years, 43.3%, had an underlying diseases (75.3%), such as Hypertension, Dyslipidemia and Diabetes Mellitus (64.1%, 31.8% and 26.3%, respectively). They had very good level of health behavior according to Lifestyle Medicine to 52.5% (social connections, avoidance of risky substances, stress management and restorative sleep were at an excellent level of 83.4, 76.7, 67.7 and 43.5%, respectively). The factors related to health behaviors according to Lifestyle Medicine guidelines which has a statistical significance ($p < 0.05$) included gender, Lifestyle Medicine knowledge, perception of health status, access to healthy food stores, access to exercise facilities, having a healthy policy in the community, access to public health services, receiving support from family and health personnel ($\chi^2 = 8.79, 30.92, 12.38, 27.62, 10.31, 38.0, 5.73$ and 6.56 , respectively). Therefore, health literacy should be created for changing health behaviors according to Lifestyle Medicine, especially food and exercise. Public sector and local government organizations should be use community healthy policies in the community and creating a culture of caring for the elderly in order to encourage having healthy behavior of the elderly.

Keywords: Health Behavior, Lifestyle Medicine, Elderly

■ บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ตั้งแต่ปี 2564 และคาดว่าจะเป็สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี 2574⁽¹⁾ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคเบาหวาน

ความดันโลหิตสูง ไขมันคอเลสเตอรอลสูง และโรคอ้วน⁽²⁾ สำหรับจังหวัดราชบุรี จากรายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 51.97, 22.86 และ 1.38 ตามลำดับ⁽³⁾ ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เป็นสาเหตุ

การตายที่มากที่สุดของคนไทย ชั่วโม่งละ 37 คน⁽⁴⁾ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหาร รสหวาน มัน เค็ม ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้หลักการ 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา) ดำเนินงานผ่านคลินิกคนไทยไร้พุง เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ แต่ผลสำรวจการตรวจสุขภาพของคนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 เปรียบเทียบผลสำรวจสุขภาพ ครั้งที่ 5 พบแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนี้ โรคอ้วน (ผู้ชายจากร้อยละ 18.6 เป็นร้อยละ 37.8 ผู้หญิงจากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 46.4) โรคเบาหวานจากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5 โรคความดันโลหิตสูงจากร้อยละ 24.7 เป็นร้อยละ 25.4 ไขมันคอเลสเตอรอล ≥ 240 มก./ดล. จาก ร้อยละ 16.4 เป็นร้อยละ 23.5 และพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้อยละ 38.9 เป็น ร้อยละ 44.6 ส่วนพฤติกรรมการกินผักและผลไม้ที่เพียงพอมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 25.9 เป็นร้อยละ 21.2⁽²⁾ จึงได้นำแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต หรือ Lifestyle Medicine (LM) ที่ต่างประเทศใช้ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับที่เพียงพอ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีทางสังคม โดยพบว่าสามารถลดดัชนีมวลกาย ($0.3-0.7$ กก./ m^2) ลดระดับความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิก (1.5, 0.7 มม.ปรอท, 95% CI -0.9 ถึง -2.1, -0.6 ถึง -0.9 มม.ปรอท ตามลำดับ) ลดระดับไขมันคอเลสเตอรอล 6.56

มก./ดล. (95%CI -3.47 ถึง -9.65 มก./ดล.) ลดความเสี่ยงการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 0.09 (95%CI 0.05-0.17)⁽⁵⁾ เพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs และลดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรมเอกสาร บทความวิชาการที่เกี่ยวข้องพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ซึ่งยังขาดการศึกษา ด้านการนอนหลับที่เพียงพอ และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีทางสังคมตามแนวคิด LM และการศึกษา ที่เกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิต พบเพียง 3 เรื่อง คือ 1) การศึกษาการจัดการความสุขของผู้สูงอายุ ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ความสุขของผู้สูงอายุ กลุ่มวิถีชีวิตชนบทมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุ กลุ่มที่มีวิถีชีวิตกึ่งเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) ซึ่งความสุขเกิดจากการใช้ชีวิต หรือได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน ขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มวิถีชีวิตกึ่งเมืองจะมีความสุขเมื่อตนเองรู้สึกปลอดภัย⁽⁶⁾ 2) การศึกษาวิถีชีวิตและศักยภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี (การนอนหลับและการออกกำลังกาย $\bar{X}= 2.56, 2.53$ SD=0.54, 0.53 ตามลำดับ) พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนด้านอาหาร ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ $\bar{X}=2.45, 2.30, 1.55$ SD=0.36, 0.23, 0.71 ตามลำดับ)⁽⁷⁾ และ 3) ศึกษาพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพฯ ซึ่งมีวิถีชีวิตและบริบทที่แตกต่างจากจังหวัดราชบุรี⁽⁸⁾ และจากการทบทวนทฤษฎี พฤติกรรมสุขภาพพบว่า เกิดจาก 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกัน⁽⁹⁾ คือ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing

Factors) คือ คุณลักษณะส่วนบุคคลที่ติดตัวบุคคลนั้นมาก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ทักษะคิด และการรับรู้ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) คือ สิ่งอำนวยความสะดวกไม่ว่าจะเป็นสิ่งของ สถานที่ หรือสังคมวัฒนธรรมที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม (enabling factors) 3) ปัจจัยเสริมแรง (reinforcing factors) ให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง ทั้งที่เป็นการกระตุ้นเตือน การให้คำชมเชย กำลังใจจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ที่มีอิทธิพลของบุคคลนั้นๆ ที่จะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ก็ได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี ตามแนวคิด PRECEDE Framework เพื่อให้ได้ข้อมูลนำไปใช้ในการวางแผน กำหนดนโยบาย แนวทางการพัฒนารูปแบบบริการส่งเสริมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

■ นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุทั้งชาย และหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุและมาเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิด

เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรค NCDs (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง) และความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การนอนหลับ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตรหลาน เพื่อนบ้าน) 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพ คือ การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อภาวะสุขภาพที่ตนเองเป็นอยู่

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง แหล่งทรัพยากรที่เอื้อให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ได้ง่ายขึ้น ได้แก่ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย เดินทางสะดวก มีอุปกรณ์การออกกำลังกายเพียงพอ ร้านอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน มีเมนูอาหารหลากหลายและราคาอาหารไม่แพง สามารถซื้อรับประทานได้ นโยบายทางสังคมวัฒนธรรมชุมชนที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุและชุมชน

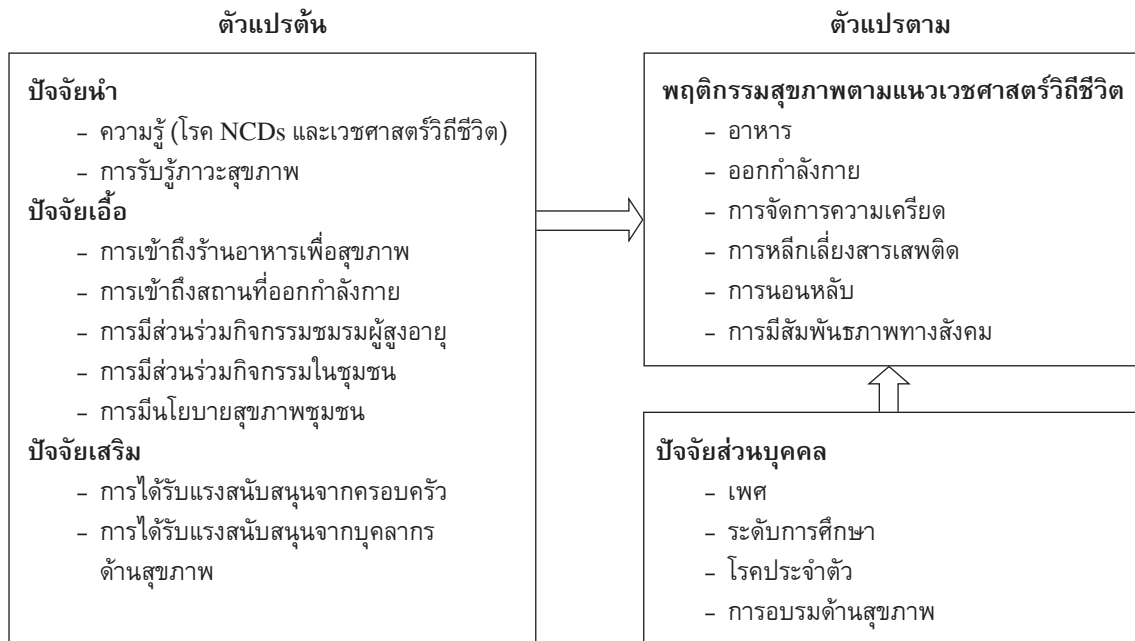
ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยสนับสนุนจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นๆ ให้แสดงพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดจากบุคคลในครอบครัว การให้คำปรึกษาด้านการนอนหลับที่เพียงพอ การกระตุ้นเตือน คำชมเชยจากบุคลากรด้านสุขภาพ

■ วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Framework⁽⁹⁾ และเวชศาสตร์วิถีชีวิต⁽⁸⁾ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม-30 มิถุนายน 2567

● **ประชากร** คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มติดสังคมและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



จังหวัดราชบุรี ปี 2567 จำนวน 16,363 คน

● **กลุ่มตัวอย่าง** คือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มติดสังคมและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในพื้นที่ 4 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอที่มีชมรมผู้สูงอายุน้อยกว่า 10 ชมรม 1 อำเภอ และอำเภอที่มีชมรมผู้สูงอายุมากกว่า 10 ชมรม 3 อำเภอ คำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่า Effect size จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ⁽¹⁰⁾ และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย จึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 10 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เท่ากับ 223 คน การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยเลือกอำเภอที่มีชมรมผู้สูงอายุน้อยกว่า 10 ชมรม 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอสวนผึ้ง อำเภอวัดเพลง อำเภอบ้านคา ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนที่

(Sampling Without Replacement) ได้อำเภอวัดเพลง

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยเลือกอำเภอที่มีชมรมผู้สูงอายุมากกว่า 10 ชมรม 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอดำเนินสะดวก อำเภอจอมบึง อำเภอเมือง อำเภอโพธาราม อำเภอบางแพ อำเภอปากท่อ ได้ อำเภอเมืองราชบุรี อำเภอจอมบึง อำเภอบางแพ

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยคำนวณร้อยละของจำนวนสมาชิกผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอ เพื่อคำนวณย้อนกลับหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามร้อยละที่คำนวณได้ ดังตารางที่ 1

ขั้นตอนที่ 4 เลือกพื้นที่ที่มีจำนวนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ ด้วยวิธีการเฉพาะเจาะจง อำเภอละ 1 แห่ง

ขั้นตอนที่ 5 สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนบัญชีรายชื่อสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ ดังแผนภูมิที่ 1

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง อายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีปัญหาทางการได้ยินและการมองเห็น สามารถพูดสื่อสารและอ่านออกเขียนได้
3. ไม่เป็นผู้มีปัญหามองเลื่อมที่มีปัญหาความคิดความจำและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
4. สัมผัสใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก

1. มีอาการซึมเศร้า และหรือต้องใช้ยา ที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างน้อย 1 สัปดาห์
 2. เป็นผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบ สัมภาษณ์ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การอบรม ด้านสุขภาพ ข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด และ ปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ด้านความรู้ ได้แก่ โรค NCDs และแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต ลักษณะคำตอบ 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน จำนวน 18 ข้อ เกณฑ์แปลผลคะแนนความรู้ ตามแนวคิดของ Bloom⁽¹¹⁾ คือ ระดับสูง คะแนน $\geq 80\%$ (14–18 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนน 60–79% (9–13 คะแนน) และระดับต่ำ คะแนน $\leq 60\%$ (0–8 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ด้านปัจจัยนำ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ลักษณะ คำตอบ 3 ตัวเลือกตามความคิดเห็น คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย จำนวน 4 ข้อ เกณฑ์ แปลผลคะแนนตามแนวคิดของ Best⁽¹²⁾ แบ่งเป็น

3 ระดับ คือ ระดับสูง (9.5–12 คะแนน) ระดับ ปานกลาง (6.8–9.4 คะแนน) และระดับต่ำ (4–6.7 คะแนน)

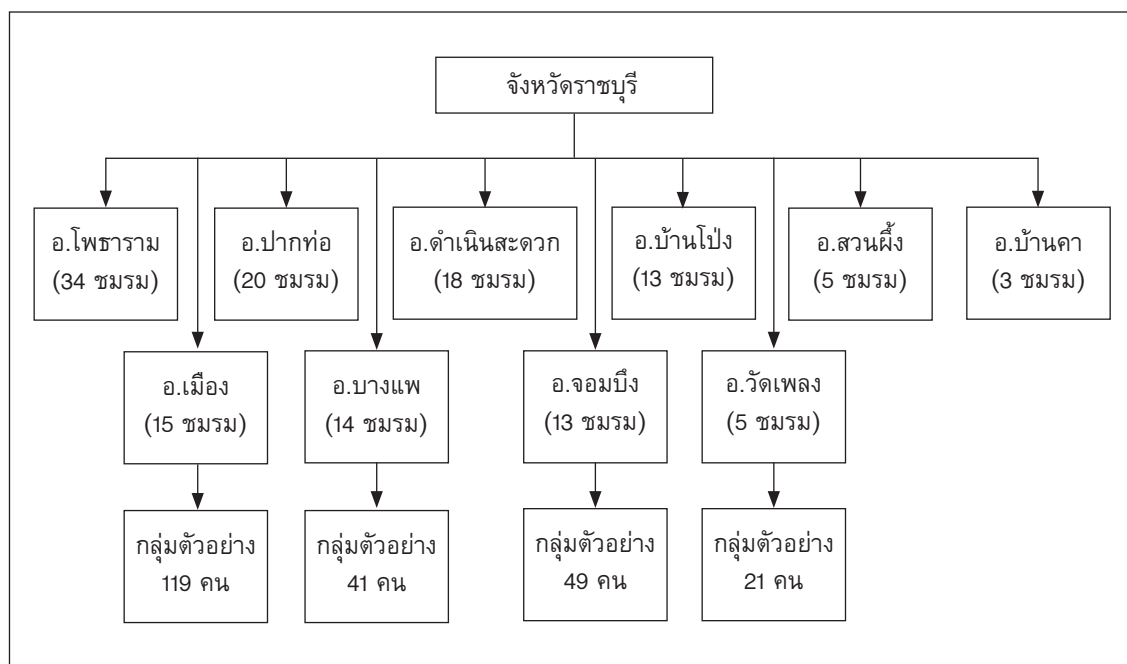
ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงการรับบริการด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย ร้านอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าถึง สถานที่ออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมกิจกรรม ชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน การมีนโยบายสุขภาพในชุมชน ลักษณะคำตอบ 3 ตัวเลือกตามความคิดเห็น คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย จำนวน 11 ข้อ เกณฑ์แปลผล คะแนนตามแนวคิดของ Best⁽¹²⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (25.7–33.0 คะแนน) ระดับ ปานกลาง (18.4–25.6 คะแนน) และระดับต่ำ (11.0–18.3 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากร ด้านสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ลักษณะคำตอบ 3 ตัวเลือกตามความคิดเห็น คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย จำนวน 8 ข้อ เกณฑ์แปลผลคะแนนตามแนวคิดของ Best⁽¹²⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (18.7–24.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (13.4–18.6 คะแนน) และระดับต่ำ (8.0–13.3 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิตของ เกษม เวชสุทธานนท์⁽⁸⁾ แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 จำนวน 7 ข้อ คำตอบใช่/ไม่ใช่ ส่วนที่ 2 เป็น ข้อถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ (1 ถึง 10) และส่วนที่ 3 ให้เลือกตอบจำนวนชั่วโมง ต่อสัปดาห์ในการออกกำลังกาย เกณฑ์แปลผล คะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับดีเยี่ยม (41–50 คะแนน) ระดับดีมาก (31–40 คะแนน) ระดับเท่าค่าเฉลี่ย (21–30 คะแนน) และระดับต่ำ

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ($n = 16,363$)

อำเภอ	จำนวนสมาชิก (คน)	ร้อยละ	วิธีคำนวณ	จำนวนสมาชิกที่ต้องการ (คน)
เมือง	8,462	51.71	$=51.71 \times 230 / 100$ $=118.94$	119
บางแพ	2,928	17.89	$=17.89 \times 230 / 100$ $=41.16$	41
จอมบึง	3,488	21.32	$=21.32 \times 230 / 100$ $=49.03$	49
วัดเพลง	1,485	9.08	$=9.08 \times 230 / 100$ $=20.87$	21
รวม	16,363	100.00		230



แผนภูมิที่ 1 แผนภูมิแสดงการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

กว่าค่าเฉลี่ย (0–20 คะแนน)

● การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ทุกข้อ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน

30 ฉบับ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์
ปัจจัยนำด้านความรู้ ปัจจัยนำด้านการรับรู้
ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ได้ค่าความเชื่อมั่น
เท่ากับ 0.81, 0.79, 0.93 และ 0.79 ตามลำดับ
ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์
วิถีชีวิตของ เกษม เวชสุทธานนท์⁽⁸⁾ มีค่าความ
เชื่อมั่นเท่ากับ 0.978

● การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่ดูแลชมรมผู้สูงอายุของพื้นที่ตัวอย่างทั้ง 4 แห่งเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมงานวิจัย และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. คัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัยเก็บข้อมูลจากนั้นอบรมผู้ช่วยนักวิจัยเป็นเวลา 1 วันเพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการใช้แบบสัมภาษณ์ รวมทั้งขั้นตอนการเก็บข้อมูล

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลกับผู้ช่วยนักวิจัยโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test)

● **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เลขที่ 9/2567 วันที่ 31 มกราคม 2567

■ ผลการศึกษา

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยขอเสนอดังนี้

ส่วนที่ 1 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.6) อายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 52.5) อายุเฉลี่ย 70 ปี รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 71.7) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 73.1) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.3) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาโรคไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน (ร้อยละ 64.1, 31.8, 26.3 ตามลำดับ) ไม่เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพ (ร้อยละ 55.2) ได้รับการอบรมเรื่อง 3อ.2ส. (ร้อยละ 39.9)

2. ระดับคะแนนปัจจัยนำ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำด้านความรู้ มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.9, $\bar{X}=14.7$, S.D.=2.1) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ความรู้เรื่องเวชศาสตร์วิถีชีวิตและโรค NCDs อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.8, 69.5 ตามลำดับ ปัจจัยนำด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.3, $\bar{X}=11.4$, S.D.=1.1) ด้านปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.0 ($\bar{X}=28.5$, S.D.=3.9) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน การมีนโยบายสุขภาพชุมชน การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ และการเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกายในระดับสูง ร้อยละ 85.2, 82.5, 71.3, 70.0, 61.0 ตามลำดับ ด้านปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 91.9, $\bar{X}=28.5$, S.D.=3.9) ด้านปัจจัยเสริมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 91.6, $\bar{X}=22.4$, S.D.=2.4) ดังตารางที่ 1

3. พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 52.5 ($\bar{X}=31.7$,

S.D.=6.7) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านสัมพันธภาพ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การจัดการความเครียด และการนอนหลับอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 83.4, 76.7, 67.7, 43.5 ($\bar{X}$ =4.6, 8.6, 4.0, 6.1 S.D.=1.1, 2.7, 1.6, 3.2) ตามลำดับ ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและออกกำลังกายอยู่ในระดับเท่าค่าเฉลี่ย ร้อยละ 54.7, 52.5 ($\bar{X}$ =4.0, 4.4 S.D.=1.9, 2.4) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิต

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ($\chi^2=8.79$, P-value 0.01) 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต ($\chi^2=30.92$, P-value<0.00) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\chi^2=12.38$, P-value<0.00) 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ ($\chi^2=27.62$, P-value<0.00) การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย ($\chi^2=10.31$, P-value 0.04) และการมีนโยบายสุขภาพชุมชน ($\chi^2=38.0$, P-value<0.00) 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($\chi^2=5.73$, P-value<0.00) และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ ($\chi^2=6.56$, P-value<0.00) ดังตารางที่ 3

■ อภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ 1) เพศ 2) ระดับการศึกษา 3) โรคประจำตัว 4) การอบรมด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดราชบุรี

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี (P-value<0.01) เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า เพศเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จูงใจให้แสดงพฤติกรรมของบุคคล⁽⁹⁾ เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีกิจกรรมทางกาย ดังผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตระดับเท่าค่าเฉลี่ยและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 44.9 และ 31.3 ตามลำดับ) ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตระดับดีมากกว่าค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 75.4 และ 68.8 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์ และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า เพศชายมีการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงมีการดื่มเครื่องดื่มรสหวานและมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจานีรัตน์ ทิพวารินทร์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า เพศ อายุ รายได้ และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา โรคประจำตัว การอบรมด้านสุขภาพ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ เบญจานีรัตน์ ทิพวารินทร์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปัจจัยนำ ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและแนวศาสตร์วิถีชีวิต 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนว

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามปัจจัยนำ (n = 223)

ปัจจัย	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง	X	S.D.
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ปัจจัยนำ					
ความรู้โดยรวม	0 (0.0)	36 (16.1)	187 (83.9)	14.7	2.1
- โรค NCDs	0 (0.0)	68 (30.5)	155 (69.5)	2.7	0.5
- เวชศาสตร์วิถีชีวิต	0 (0.0)	45 (20.2)	178 (79.8)	12.0	1.8
- การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0 (0.0)	6 (2.7)	217 (97.3)	11.4	1.1
ปัจจัยเอื้อ	0 (0.0)	20 (9.0)	203 (91.0)	28.5	3.9
- การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ	4 (1.8)	63 (28.3)	156 (70.0)	2.7	0.5
- การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย	9 (4.0)	78 (35.0)	136 (61.0)	2.6	0.6
- การมีส่วนร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ	1 (0.4)	32 (14.3)	190 (85.2)	2.9	0.4
- การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน	0 (0.0)	39 (17.5)	184 (82.5)	2.8	0.4
- การมีนโยบายสุขภาพชุมชน	2 (0.9)	62 (27.8)	159 (71.3)	2.7	0.5
ปัจจัยเสริม	0 (0.0)	18 (8.1)	205 (91.9)	22.4	2.4
- การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว	0 (0.0)	25 (11.2)	198 (88.8)	11.1	1.5
- การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ	0 (0.0)	18 (8.1)	205 (91.9)	11.4	1.3

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิต (n = 223)

ระดับคะแนน พฤติกรรมสุขภาพ	ต่ำกว่า ค่าเฉลี่ย	เท่าค่าเฉลี่ย	ดีมาก	ดีเยี่ยม	X	S.D.
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวม	16 (7.2)	69 (30.9)	117 (52.5)	21 (9.4)	31.7	6.7
- อาหาร	53 (23.8)	122 (54.7)	42 (18.8)	6 (2.7)	4.0	1.9
- ออกกำลังกาย	40 (17.9)	117 (52.5)	37 (16.6)	29 (13.0)	4.4	2.4
- การจัดการความเครียด	18 (8.1)	23 (10.3)	31 (13.9)	151 (67.7)	4.0	1.6
- การหลีกเลี่ยงสารเสพติด	7 (3.1)	36 (16.1)	9 (4.0)	171 (76.7)	8.6	2.7
- การนอนหลับ	50 (22.4)	30 (13.5)	46 (20.6)	97 (43.5)	6.1	3.2
- สัมพันธภาพ	5 (2.2)	10 (4.5)	22 (9.9)	186 (83.4)	4.6	1.1

เวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี
ปัจจัยนำความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต และ
การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม
สุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ
จังหวัดราชบุรี (P-value = 0.00, 0.00 ตามลำดับ)

เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า ความรู้ที่สั่งสม
มาจากการเรียนรู้ทักษะความเข้าใจ ประสบการณ์
และความสามารถในการกระบวนการคิดวิเคราะห์
ความเป็นเหตุและผล เกิดเป็นความเชื่อ และ
เจตคติ เมื่อรวมกับการรับรู้การเจ็บป่วย หรือภาวะ

สุขภาพ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่จะกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ^(13,16) ดังผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับปานกลางมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยร้อยละ 62.5 ส่วนผู้สูงอายุที่มีความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับมากมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ยและดีมากใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 69.6 และ 89.9 ตามลำดับ) และผู้สูงอายุที่มีปัจจัยนำด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลางมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยร้อยละ 18.8 ส่วนผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับมาก มีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ระดับดีมาก และเท่าค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 100.0, 94.9 และ 81.2 ตามลำดับ) แม้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.1 ได้รับการอบรมด้านสุขภาพเรื่อง 30.2% ร้อยละ 39.9 แต่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.3 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.3 จึงอาจมีการแสวงหาความรู้ที่บุคคลจะเลือกใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องเวชศาสตร์วิถีชีวิตและโรค NCDs (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.8 และ 69.5 และมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 52.5 ขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยนำปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานีของ นพดล ทองอ่วม, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, พุฒิพงศ์ มากมาย⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ความรู้

สุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่พบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน การมีนโยบายสุขภาพในชุมชน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

ปัจจัยเอื้อโดยรวม ได้แก่ การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย และการมีนโยบายสุขภาพในชุมชน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี (P-value<0.00, <0.00, 0.04, <0.00 ตามลำดับ) เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า จำนวนแหล่งทรัพยากร เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ร้านอาหารเพื่อสุขภาพที่มีจำนวนเพียงพอต่อการใช้บริการ การเดินทางสะดวก และราคาไม่แพง ล้วนเป็นปัจจัยเอื้อที่สนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ได้ง่ายขึ้น⁽⁹⁾ จากผลการศึกษาพบการมีส่วนร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนระดับมาก ร้อยละ 84.8, 85.5 ตามลำดับ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านสัมพันธภาพและการจัดการความเครียดระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 83.4, 67.7 ตามลำดับ การมีนโยบายสุขภาพในชุมชนระดับสูง ร้อยละ 71.3 จึงพบระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสารเสพติดระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 76.7 ส่วนการเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพและการเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0, 61.0 ตามลำดับ แต่กลับพบระดับ

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต			χ^2	p-value
	ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	เท่าค่าเฉลี่ย	ดีมาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ปัจจัยส่วนบุคคล					
เพศ				8.79	0.01*
- ชาย	5 (31.3)	31 (44.9)	34 (24.6)		
- หญิง	11 (68.8)	38 (55.1)	104 (75.4)		
ระดับการศึกษา				0.69	0.76
- ประถมศึกษาลงมา	14 (87.5)	54 (78.3)	112 (81.2)		
- มัธยมศึกษาขึ้นไป	2 (12.5)	15 (21.7)	26 (18.8)		
โรคประจำตัว				1.41	0.5
- ไม่มี	6 (4.6)	22 (31.9)	36 (26.1)		
- โรค NCDs	10 (62.5)	47 (68.1)	102 (73.9)		
การอบรมด้านสุขภาพ				4.99	0.83
- ไม่เคย	13 (81.3)	35 (50.7)	75 (54.3)		
- 3อ.2ส.	3 (18.8)	34 (49.3)	63 (45.7)		
ปัจจัยนำ					
ด้านความรู้โดยรวม				16.15	0.00*
- ระดับปานกลาง	7 (43.9)	16 (23.2)	13 (9.4)		
- ระดับมาก	9 (56.1)	53 (76.8)	125 (90.6)		
ความรู้โรค NCDs				0.58	0.75
- ระดับปานกลาง	6 (37.5)	22 (31.9)	40 (29.0)		
- ระดับมาก	10 (62.5)	47 (68.1)	98 (71.0)		
ความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต				30.92	0.00*
- ระดับปานกลาง	10 (62.5)	21 (30.4)	14 (10.1)		
- ระดับมาก	6 (37.5)	48 (69.6)	124 (89.9)		
การรับรู้ภาวะสุขภาพ				12.38	0.00*
- ระดับปานกลาง	0 (0.0)	13 (18.8)	7 (5.1)		
- ระดับมาก	16 (100)	56 (81.2)	131 (94.9)		
ปัจจัยเอื้อ					
- ระดับปานกลาง	6 (37.5)	9 (13.0)	3 (2.2)	27.44	0.00*
- ระดับมาก	10 (62.5)	60 (87.0)	135 (97.8)		
การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ				27.62	0.00*
- ระดับต่ำ	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (2.9)		
- ระดับปานกลาง	11 (68.8)	28 (40.6)	24 (17.4)		
- ระดับมาก	5 (31.3)	41 (59.4)	110 (79.7)		

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต			χ^2	p-value
	ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	เท่าค่าเฉลี่ย	ดีมาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การเข้าถึงสถานที่ ออกกำลังกาย				10.31	0.04*
– ระดับต่ำ	0 (0.0)	1 (1.4)	8 (5.8)		
– ระดับปานกลาง	10 (62.5)	28 (40.6)	40 (29.0)		
– ระดับมาก	6 (37.5)	40 (58.0)	90 (65.2)		
การมีส่วนร่วมกิจกรรม ชมรมผู้สูงอายุ				1.3	0.86
– ระดับต่ำ	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)		
– ระดับปานกลาง	3 (18.8)	9 (13.0)	20 (14.5)		
– ระดับมาก	13 (81.3)	60 (87.0)	117 (84.8)		
การมีส่วนร่วมกิจกรรม ในชุมชน				2.43	0.3
– ระดับปานกลาง	3 (18.8)	16 (23.2)	20 (14.5)		
– ระดับมาก	13 (81.3)	53 (76.8)	118 (85.5)		
การมีนโยบายสุขภาพชุมชน				38.0	0.00*
– ระดับต่ำ	0 (0.0)	1 (1.4)	1 (0.7)		
– ระดับปานกลาง	14 (87.5)	24 (34.8)	24 (17.4)		
– ระดับมาก	2 (12.5)	44 (63.8)	113 (81.9)		
ปัจจัยเสริม				5.66	0.00*
– ระดับปานกลาง	11 (68.8)	3 (4.3)	4 (2.9)		
– ระดับมาก	5 (31.3)	66 (95.7)	134 (97.1)		
การได้รับแรงสนับสนุน จากครอบครัว				35.73	0.00*
– ระดับปานกลาง	9 (56.2)	7 (10.1)	9 (6.5)		
– ระดับมาก	7 (43.8)	62 (89.9)	129 (93.5)		
การได้รับแรงสนับสนุน จากบุคลากรด้านสุขภาพ				56.56	0.00*
– ระดับปานกลาง	9 (56.2)	6 (8.7)	3 (2.2)		
– ระดับมาก	7 (43.8)	63 (91.3)	135 (97.8)		

นัยสำคัญทางสถิติ * p-value 0.05

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร และออกกำลังกายในระดับเท่าค่าเฉลี่ย ร้อยละ 54.7, 52.5 ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ ระดับปานกลางมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนว

เวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยร้อยละ 68.8 ส่วนผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงร้านอาหาร เพื่อสุขภาพระดับมากมีพฤติกรรมสุขภาพตาม แนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับดีมาก ร้อยละ 79.7 ส่วนการเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกายระดับปานกลางมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยร้อยละ 62.5 ส่วนผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกายระดับมากมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตระดับดีมากและเท่าค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 65.2, 58.0 ตามลำดับ) ชัดแจ้งกับการศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี ของ นพดล ทองอร่าม, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, พุฒิพงศ์ มากมาย⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การเข้าถึงการรับบริการด้านสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสถานที่สาธารณะของชุมชน และการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุและชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

ปัจจัยเสริมโดยรวม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี (P-value 0.00, 0.00, 0.00 ตามลำดับ) เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า จากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.8 และ 91.9 ตามลำดับ ซึ่งทั้งบุคคลในครอบครัว แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางสาธารณสุข ล้วนเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อกลุ่ม

ตัวอย่าง แสดงออกในลักษณะของการกระตุ้นเตือน ยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ ตำหนิติเตียน เป็นสิ่งที่ยืนยันในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น⁽⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ นพดล ทองอร่าม, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, พุฒิพงศ์ มากมาย⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

■ สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ 2) ปัจจัยนำด้านความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต และการรับรู้ภาวะสุขภาพ 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย และการมีนโยบายสุขภาพในชุมชน และ 4) ปัจจัยเสริม ทั้งการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ ดังนั้น หากต้องการให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ควรต้องส่งเสริมความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต การสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น ร้านอาหารเพื่อสุขภาพ สวนสาธารณะ หรือสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน การบังคับใช้นโยบายสุขภาพในชุมชน ตลอดจนการสร้างวัฒนธรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีภายในสถาบันครอบครัว ชุมชน ที่จะเป็แรงสนับสนุนหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืน

■ ข้อเสนอแนะ:

● เชิงนโยบาย

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐและเอกชนควรสนับสนุนการมีนโยบายสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ เช่น สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน ร้านอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน ที่มีราคาไม่แพง มีเมนูอาหารที่หลากหลาย รวมทั้งการสร้างวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

2. กรมอนามัยควรสนับสนุนเครือข่ายจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพด้วย 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง

● เชิงปฏิบัติการ

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรณรงค์กระตุ้นให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีความรอบรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านอาหารและการออกกำลังกาย

2. ควรมีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้วย 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเน้นด้านอาหารและการออกกำลังกาย

● ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

2. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.วิเชียร ต้นสุวรรณนนท์, ผศ.ดร.สุริพร ชุมแดง, น.ส.ชนิสสา เสงี่ยมญาติ ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ นางบุษบา แพงบุปผา น.ส.จิตติมา ธาราพันธ์ นางอรอุมา ไชยดำ คณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินงานวิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่ รพ./รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน ที่ให้การสนับสนุน ประสานการลงพื้นที่เก็บข้อมูล และอาสาสมัครทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สังคมสูงวัย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/article_attach/20463/21073.pdf
2. วิชัย เอกพลากร. พฤติกรรมสุขภาพ สถานะสุขภาพ และสุขภาพผู้สูงอายุ. ใน: วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2564. หน้า 64-239, 271-334 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/sreport6/sreport6_full.pdf
3. HDC - Dashboard. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11

4. Hfocus. คนไทยตายด้วยโรค NCDs ชั่วโมงละ 37 คน เร่งป้องกัน-ควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2018/08/16157>
5. Lin JS, O'Connor E, Whitlock EP, Beil TL. Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular disease in adults: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2010;153(11):736-50. doi: 10.7326/0003-4819-153-11-201012070-00007. PMID: 21135297.
6. ชีรพงษ์ รุ่งวิวัฒน์ศิลปะ. การจัดการความสุขและระดับความสุขในเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลศิลาอำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น. J. RKSA [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566];8(4):240-9. เข้าถึงได้จาก: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JRKSA/article/view/261025>
7. นิตยา ศรีจำนง, อัญชลี จันทาโก. วิถีชีวิตและศักยภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสังคมสูงวัย. ว. วชิรเวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566];65(2):153-64. เข้าถึงได้จาก: <https://doi.org/10.14456/vmj.2021.15>
8. เกษม เวชสุทธานนท์. การพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging). ว. การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566];46(2):111-28. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/tjha/article/view/14677/11817>
9. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning an educational and ecological approach. 3rd ed. Toronto: Mayfield; 1999.
10. นพดล ทองอร่าม, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, พุฒิพงศ์ มากมาย. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอลานสั๊ก จังหวัดอุทัยธานี. ว. วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2567];3:106-17. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1160>
11. Bloom BS. Taxonomy of Education Objectives : The Classification of Education Goal. New York: Longman; 1956.
12. Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
13. อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์, สุกพล ลิ้มวัฒนานนท์, กัญจนา ติชยาธิคม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, และคณะ. ผู้ป่วยด้วย NCD มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่มากน้อยแค่ไหน: รายงานจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558. ว. วิจัยระบบสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2567];11:345-54. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4771?locale=attribute=th>
14. Benjanirat T, Ounprasertsuk J, Suksatan W, Jaroengarmsamer P, Kantawut N, Rojanabenjakun P, et al. Health Behavior among Elderly in Huey Chinsri Municipal, Ratchaburi Province, Thailand. *Sys Rev Pharm* [Internet]. 2021 [Cited 2024 Sep 15];12(1):715-9. Available from: <https://www.sysrevpharm.org/articles/health-behavior-among-elderly-in-huey-chinsri-municipal-ratchaburi-province-thailand.pdf>

ประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

สุทมาศ ตานะเศรษฐ

ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ 10 กรกฎาคม 2567, วันแก้ไข 4 มกราคม 2568, วันตอบรับ 10 มกราคม 2568.

บทคัดย่อ

แนวทางการแก้ปัญหาซีดจากการขาดธาตุเหล็ก องค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ได้มีมาตรการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปีที่มารับบริการฉีดวัคซีนพื้นฐานที่คลินิกเด็กดี อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็ก แต่ยังคงพบปัญหาเกี่ยวกับการส่งชื่อยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในการปฏิบัติงาน การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) พัฒนาแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และ 2) ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) การพัฒนาแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 2) นำแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไปใช้ในคลินิกเด็กดี ของศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี และ 3) ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน ทำการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2566 ถึง 31 มีนาคม 2567 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากใบสั่งยาของผู้มารับบริการฉีดวัคซีนพื้นฐานที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และเจ้าหน้าที่ให้บริการ จำนวน 3 คน ในคลินิกเด็กดีของศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี สถิติที่ใช้ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-Square และ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า 1) ได้แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กโดยใช้แพลตฟอร์มแอปซิททำการสร้างโมบาย แอปพลิเคชัน โดยมีเนื้อหาข้อมูลประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ประกาศแจ้งข่าวสาร ส่วนที่ 2 ข้อมูลยา ส่วนที่ 3-5 ข้อมูล การสั่งยาแต่ละชนิด A B C 2) ประสิทธิภาพของการใช้แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี พบว่า สามารถลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ลงจากร้อยละ 27.60 เหลือเพียงร้อยละ 1.45 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ลดระยะเวลาในการคำนวณ การจ่ายยาจาก 27.93 ± 5.97 วินาที เหลือเพียง 12.76 ± 4.13 วินาที ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจต่อการติดตั้งใช้งาน การเข้าสู่ระบบเพื่อใช้งานอยู่ในระดับมาก และด้านการใช้งานแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : ความคลาดเคลื่อนทางยา แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ประสิทธิภาพของการใช้แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

The effectiveness of an iron-drug solution applications in Well Child Clinic, Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 6th Chonburi.

Suthamat Tanaset

Regional Health Promotion Center 6th Chonburi, Department of Health

Received 10 July 2024, Revised 4 January 2025, Accepted 10 January 2025

Abstract

Guidelines for addressing anemia due to iron deficiency: The World Health Organization and the Ministry of Public Health, through the Department of Health, have implemented measures to provide iron supplement syrup to children aged 6 months to 5 years who continuously receive basic vaccination services at the Well Child Clinic to prevent anemia in children. However, there are still problems with prescribing errors in the practice. This study is quasi-experimental research. The objectives are 1) to develop an iron-drug solution application and 2) to study the effectiveness of using an iron-drug solution application in a Well Child Clinic, Health Promoting Hospital, Health Promotion Center 6th Chonburi. The methods are divided into 3 phases: 1) developing and quality testing by experts 2) trial the tool and 3) summarize the outcomes. The study was performed between 1 December 2023 to 31 March 2024. The group of samples was selected from prescriptions of children who were vaccinated and 3 service staff at the Well Child Clinic of the Health Promotion Hospital of the Health Promotion Center 6th Chonburi. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square statistics, and independent t-test. The study found that 1) an iron-drug solution application was developed using the AppSheet platform to create a mobile application, with content including Section 1 (Home) for announcements, Section 2 for drug information, and Sections 3-5 for information on prescribing each type A, B, C. 2) The effectiveness of using the iron-drug solution application at the Well Child Clinic, Health Promoting Hospital, Health Promotion Center 6th Chonburi, was found to significantly reduce the medication error rate from 27.60% to 1.45% ($p < 0.001$), and the time taken to calculate the medication prescribing was reduced from 27.93 ± 5.97 seconds to 12.76 ± 4.13 seconds, respectively, with statistical significance (p -value < 0.001). The staff expressed high satisfaction with the installation and login. and were satisfied with the use of the iron supplement application at the highest level.

Keywords : Medication error (ME), Iron-drug solution application, Effectiveness of an iron-drug solution applications.

■ บทนำ

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กพบเป็นปัญหาสุขภาพโภชนาการที่พบบ่อยที่สุดในโลก โดยเฉพาะประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยสูงเป็นอันดับ 2 (ร้อยละ 65.5) รองจากประเทศในทวีปแอฟริกา (ร้อยละ 67.6) และพบได้ในทุกกลุ่มอายุโดยเฉพาะเด็กต่ำกว่า 2 ปี พบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมากที่สุด (ร้อยละ 47.4)⁽¹⁻²⁾ จากการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กไทยภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey พ.ศ. 2553-2555⁽³⁾ พบเด็กอายุ 6 เดือน-3 ปี ในชนบทมีความชุกโลหิตจางสูงถึง ร้อยละ 41.7 และในเขตเมือง ร้อยละ 26 ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2557⁽⁴⁾ และปี 2560⁽⁵⁾ ที่พบว่าเด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและกินเป็นประจำเพียงร้อยละ 11.5 และ 16.8 ตามลำดับ

แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก องค์การอนามัยโลก (WHO) และกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ได้ดำเนินโครงการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางและขับเคลื่อนสู่นโยบายการให้ยาเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ร่วมกับการกำหนดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามกลุ่มวัย (ชุดสิทธิประโยชน์) ปี 2559 ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 ในการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก รวมทั้งกำหนดให้เจาะเลือดเพื่อหาภาวะซีดในเด็กอายุ 6-12 เดือนและ 3-5 ปี^(1,3,6-8) เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนปราศจากปัญหาภาวะโลหิตจางอันจะนำไปสู่การพัฒนา

สมรรถภาพสติปัญญาและประสิทธิภาพของประชาชนไทย เพื่อการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัย 6 ชลบุรี ได้นำนโยบายการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กมาดำเนินการในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ที่มารับบริการฉีดวัคซีนพื้นฐานที่คลินิกเด็กดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งภายหลังการดำเนินงานตามนโยบายการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ยังพบความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา (Prescribing Error) ซึ่งเป็นปัญหาในกระบวนการทำงานที่นอกจากจะสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความเชื่อมโยงของการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลแล้ว ยังส่งผลให้ระยะเวลาการทำงานและระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการที่นานขึ้น ตลอดจนอาจนำไปสู่ปัญหาการรักษาที่ไม่ได้ประสิทธิภาพ หรืออาจจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้มารับบริการได้

ความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาเป็นประเภทหนึ่งของความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error: ME) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมินด้านการจัดบริการของระบบยาเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถสะท้อนถึงความเชื่อมโยงของการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลและบทบาทการนำของทีมนระดับองค์กรหรือระดับหน่วยงานที่ชัดเจน ปัจจุบันพบว่าทีมที่เกี่ยวข้องในระบบยามีการเรียนรู้วิธีการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อนำข้อมูลมาปรับในระบบการดำเนินงานของตนที่แตกต่างกันเพื่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่ดียิ่งขึ้นสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเอง⁽⁹⁾ การดำเนินงานเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาพบว่ามีองค์กรภายนอกที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในการผลักดันเพื่อให้เกิดการนำตัวชี้วัด

ในเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาไปปฏิบัติในโรงพยาบาล เช่น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล และศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา (ศสวย.) ที่มีแผนในการสนับสนุนและจัดการข้อมูลตัวชี้วัดนี้อย่างต่อเนื่อง⁽¹⁰⁾ เป้าหมายของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดความคลาดเคลื่อนทางยา คือ การนำเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาล ไม่เพียงแต่เกี่ยวกับข้อผิดพลาดเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวกับวิธีการที่จะใช้ในการลดอุบัติการณ์ข้อผิดพลาดด้านยาที่ระบบงานไม่ใช่ผู้ปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล มุ่งหวังส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์ในการสร้างระบบป้องกันให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้น⁽⁹⁾

จากรายงานข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่พบในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 30 กันยายน 2562 พบสูงถึงร้อยละ 27.60 จึงนำมาสู่การแก้ไขปัญหาโดยการคิดค้น พัฒนาและทดลองใช้เครื่องมือวงล้อเสริมธาตุเหล็ก FERROKID[®] ที่พบว่าสามารถลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาได้ถึง 95.87% และลดระยะในการคำนวณการสั่งใช้ยาได้ถึง 58.44%⁽¹¹⁾ แต่เนื่องจากสถานการณ์ปัญหายาน้ำเสริมธาตุเหล็ก FERROKID[®] ขาดไม่มีจำหน่าย ทำให้โรงพยาบาลต้องจัดหาทดแทนด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็กยี่ห้ออื่น และเนื่องจากยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแต่ละยี่ห้อจะให้ปริมาณ elemental iron ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ปริมาณและจำนวนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่สั่งใช้ไม่เท่ากัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาเครื่องมือช่วยคำนวณการสั่งใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้มีความทันสมัย ถูกต้อง เหมาะสม จนนำมาสู่การคิดค้น พัฒนาเป็นแอปพลิเคชัน

ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ได้แนวคิดมาจากวงล้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก FERROKID^{®(11)} และการสร้างโมบายแอปพลิเคชันแบบไม่เขียนโปรแกรม⁽¹²⁻¹³⁾ โดยผู้วิจัยได้สร้างและออกแบบแอปพลิเคชันที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก สามารถคำนวณการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่สอดคล้องกับตารางนัดหมายการฉีดวัคซีนพื้นฐานในเด็ก และยังให้ข้อมูลชนิดวัคซีนพื้นฐานที่สัมพันธ์กับอายุเด็กที่มาใช้บริการในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี เพื่อช่วยทบทวนการสั่งใช้ยาและป้องกันปัญหาความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สูงสุดคือผู้รับบริการ

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

■ นิยามศัพท์

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error : ME) หมายถึง เหตุการณ์ใดๆ ที่ควรป้องกันได้ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพผู้ป่วยหรือผู้บริโภครุเหตุการณ์เหล่านั้นอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพผลิตภัณฑ์สุขภาพวิธีการปฏิบัติและระบบครอบคลุมการสั่งใช้ยาการสื่อสารคำสั่งการจัดทำฉลาก/การบรรจุ และการตั้งชื่อผลิตภัณฑ์การปรุง/การเตรียมยา

การจ่ายยา การกระจายยา การให้ยา การให้ความรู้การติดตาม และการใช้ยา^(9,14-15)

ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (Prescribing error : PE) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการสั่งใช้ยา โดยเจ้าหน้าที่ ณ จุดสั่งยา โดยคำสั่งใช้ยาที่ถูกต้องพบนั้นไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางวิชาการ เช่น สั่งยาผิดชนิด ผิดขนาด ผิดความแรง สั่งยาไม่ครบวันนัดครั้งถัดไป ซึ่งปัญหาความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาที่ถูกตรวจพบนั้นสามารถป้องกันได้ก่อนที่จะมีการจ่ายยาให้ผู้มารับบริการ

ประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก คือผลลัพธ์จากการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา การลดระยะเวลาการคำนวณการสั่งจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปีและความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (ร้อยละ) =

$$\frac{\text{จำนวนครั้งที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา} \times 100}{\text{จำนวนใบสั่งยาทั้งหมด}}$$

■ วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) มีการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) การพัฒนาแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 2) นำแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไปใช้ในคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี และ 3) ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน ทำการศึกษาโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากใบสั่งยาของผู้มารับบริการฉีดวัคซีนพื้นฐานที่มีอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 5 ปี

ในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี ที่มารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2566 – 31 มีนาคม 2567 โดยนำแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญมาทดลองใช้ โดยเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการจุดสั่งจ่ายยา เพื่อทำการคำนวณปริมาณและจำนวนการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ให้กับผู้มารับบริการฉีดวัคซีนพื้นฐานในคลินิกเด็กดี จากนั้นทำการเก็บรวบรวมและสรุปผลข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ข้อมูลระยะเวลาการคำนวณการสั่งจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและข้อมูลความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิกเด็กดี ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ
1.1) ใบสั่งยาจากคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี จำนวน 105 ใบ

1.2) เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี จำนวน 6 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ
2.1) ใบสั่งยาจากคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี จำนวน 69 ใบ เลือกจากใบสั่งยาที่ได้จากการปฏิบัติงาน ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- เป็นใบสั่งยาของผู้มารับบริการฉีดวัคซีนพื้นฐานที่มีอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 5 ปี
- เป็นใบสั่งยาในช่วงระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2566 – 31 มีนาคม 2567

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- เป็นใบสั่งยาที่พบความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาที่มาจากสาเหตุอื่นที่ไม่ได้เกิดจากการสั่งจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เช่น การคีย์ข้อมูลในระบบ HOSxP ไม่ตรงกับคำสั่งจ่ายยาที่ถูกต้อง

2.2) เจ้าหน้าที่ในคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี จำนวน 3 คน เลือกจากเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในจุดสั่งจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- เป็นเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในจุดสั่งจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- เป็นเจ้าหน้าที่มีประสบการณ์ทำงานด้านการสั่งจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กน้อยกว่า 6 เดือน

● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1) แบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล

1.2) แบบบันทึกระยะเวลาการคำนวณการสั่งจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

1.3) แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale Rating Scale) 5 ระดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ที่ผ่านการตรวจสอบ

คุณภาพเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

วิธีการดำเนินงาน แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ

แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กพัฒนาจากวงล้อเสริมธาตุเหล็กเฟอร์ไรต์ โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1.1) ศึกษาข้อมูลยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก^(1,16-18) Ferrous fumarate 45 mg/0.6 mL, Iron (III) Hydroxide Polymaltose complex, Ferrous fumarate 76 mg/5 mL

1.2) ศึกษาข้อมูลการให้วัคซีนในเด็กไทย ปี พ.ศ. 2566⁽¹⁹⁾ และตารางนัดหมายการฉีดวัคซีนพื้นฐานในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี และหาความสัมพันธ์ของวันนัดฉีดวัคซีนพร้อมทั้งคำนวณปริมาณการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี

1.3) ศึกษาข้อมูลและวิธีการสร้างโมบายแอปพลิเคชัน⁽²⁰⁾ โดยผู้วิจัยทำการสร้างแอปพลิเคชัน โดยอาศัยแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันที่สามารถเข้าถึงได้ที่ <https://www.appsheets.com> โดยข้อมูลจะถูกจัดเก็บให้อยู่ในรูปของข้อมูลสเปรดชีต ของกูเกิล ชีต ที่สามารถเชื่อมต่อกับแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันได้โดยตรง จุดเด่นของแพลตฟอร์มแอปพลิเคชัน คือ สามารถทำงานได้ทั้งบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ (Android) และไอโอเอส (iOS)

1.4) สร้างโมบายแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ซึ่งเนื้อหาข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 (Home) ประกาศแจ้งข่าวสาร

ส่วนที่ 2 (ข้อมูลยา) ประกอบด้วย ขอบ่งใช้ ขนาดยา ชื่อสามัญทางยา ปริมาณ Elemental Iron ที่ได้รับในยาแต่ละชนิด ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวังพิเศษ และอาการไม่พึงประสงค์

ส่วนที่ 3-5 (ข้อมูลการสั่งยาแต่ละชนิด A B C) ประกอบด้วย อายุของเด็ก ชนิดวัคซีน ขนาดยาและจำนวนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ได้รับ

1.5) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ

นำแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ได้เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโดยพิจารณาถึงความถูกต้องของ 1) ข้อมูลยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก 2) อายุเด็กกับชนิดวัคซีนที่ได้รับ 3) ปริมาณการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ให้เพียงพอกับวันนัดครั้งถัดไป โดยทำการหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ (Index of Item – Objective Congruence : IOC)

ระยะที่ 2 นำแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไปใช้ในคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

นำแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไปใช้ในคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี เพื่อส่งจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2566 – 31 มีนาคม 2567 โดยเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจุดจ่ายยา จำนวน 3 คน ในคลินิกเด็กดี ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี โดยทำการสอนการติดตั้งและวิธีการใช้งาน แอปพลิเคชันกับเจ้าหน้าที่ หลังจากนั้นเริ่มทำการทดลองใช้แอปพลิเคชันและเก็บรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กโดยเภสัชกร ณ จุดจ่ายยาในกลุ่มงานเภสัชกรรม ข้อมูลระยะ

เวลาก่อน-หลังการคำนวณการส่งจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในแต่ละครั้งโดยผู้วิจัย และประเมินผลความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หลังการใช้แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

ระยะที่ 3 ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน

ทำการประเมินผลและสรุปผลรายงานความคลาดเคลื่อนการสั่งจ่ายยา ก่อน-หลังการใช้แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ผลข้อมูลระยะเวลาก่อนการคำนวณการส่งจ่ายยา ก่อน-หลังการใช้แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และผลความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์เสริมยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเจ้าหน้าที่ในคลินิกเด็กดี ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

● การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา จากใบสั่งยาของผู้มารับบริการฉีดวัคซีนพื้นฐานที่มีอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 5 ปีที่มารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2566 – 31 มีนาคม 2567 เป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูลรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี โดยเภสัชกร พร้อมทั้งบันทึกระยะเวลาการคำนวณการส่งจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในคลินิกเด็กดี ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี ต่อการใช้แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

● สถิติที่ใช้ในการศึกษา ข้อมูลอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (ร้อยละ) จากการสั่งจ่ายยา ก่อน-หลังใช้แอปพลิเคชัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-squared ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha = 0.05$)

ข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลา

การคำนวณการสั่งจ่ายยาก่อน-หลังใช้แอปพลิเคชัน ใช้สถิติ Independent t-test และข้อมูลความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการใช้แอปพลิเคชัน ใช้การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**
การวิจัยครั้งนี้ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการ 658/2566 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2566

■ ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 การพัฒนาแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ

ผลการศึกษาพบว่า ได้เครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่พัฒนามาจากวงล้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก FERROKID® โดยใช้แพลตฟอร์มแอพซิดทำการสร้างโมบายแอปพลิเคชัน มีผลการหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อเครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กพบว่า เนื้อหาของเครื่องมือที่ได้เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ได้แก่ ความถูกต้องของข้อมูลยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก อายุเด็กกับชนิดวัคซีนที่ได้รับและปริมาณการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ให้เพียงพอกับวันนัดครั้งถัดไปได้ มีค่า IOC เท่ากับ 1 ซึ่งแสดงถึงความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ โดยแอปพลิเคชันมีเนื้อหาข้อมูลประกอบด้วย ส่วนที่ 1 (Home) ประกาศแจ้งข่าวสาร ส่วนที่ 2 ข้อมูลยา ประกอบด้วย ข้อบ่งใช้ ขนาดยา ชื่อสามัญทางยา ปริมาณ Elemental Iron ที่ได้รับในยาแต่ละชนิด ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวังพิเศษ และอาการ

ไม่พึงประสงค์ ส่วนที่ 3-5 (ข้อมูลการสั่งยาแต่ละชนิด A B C) ประกอบด้วย อายุของเด็กที่นัดมารับวัคซีน ชนิดวัคซีนที่ได้รับ ขนาดยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ได้รับในแต่ละช่วงอายุและจำนวนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ได้รับกลับบ้าน สำหรับวิธีการใช้เครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กมีดังต่อไปนี้

วิธีการใช้เครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

1) ขั้นตอนการติดตั้ง

1.1) ดาวน์โหลดแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

1.2) เข้าสู่ระบบโดยใช้อีเมล

1.3) แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กพร้อมใช้งาน

2) วิธีการใช้แอปพลิเคชัน โดยรายละเอียดแสดงในภาพที่ 1 ดังนี้

2.1 คลิกปุ่ม Home เพื่อติดตามประกาศข่าวสารแจ้งเตือนเกี่ยวกับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

2.2 คลิกปุ่ม Rx ข้อมูลยา เพื่อแสดงข้อมูล ข้อบ่งใช้ ขนาดยา ชื่อสามัญทางยา ปริมาณ Elemental Iron ที่ได้รับในยาแต่ละชนิด ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวังพิเศษ และอาการไม่พึงประสงค์

2.3 คลิกเลือกปุ่ม ยา A หรือ ยา B หรือ ยา C ให้ตรงกับชนิดยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่มีใช้ในโรงพยาบาล โดยโปรแกรมจะนำเข้าสู่เมนูอายุของเด็กที่นัดมารับวัคซีน

2.4 คลิกเลือกอายุของเด็กที่นัดมารับวัคซีน เพื่อสั่งใช้ยากับเด็กที่มาใช้บริการ โดยข้อมูลจะแสดงชนิดวัคซีนที่ได้รับ ขนาดยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ได้รับในแต่ละช่วงอายุและจำนวนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ได้รับกลับบ้าน

ตอนที่ 2 การนำแอปพลิเคชันน้ำเสริมธาตุเหล็กไปใช้ในคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

2.1 การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่าย

การทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือแอปพลิเคชันน้ำเสริมธาตุเหล็กในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี จากการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังการใช้เครื่องมือแอปพลิเคชันน้ำเสริมธาตุเหล็ก พบอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาร้อยละ 27.60 และร้อยละ 1.45 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1 โดยหลังการใช้เครื่องมือแอปพลิเคชันน้ำเสริมธาตุเหล็ก สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ถึงร้อยละ 94.75 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

2.2 การลดระยะเวลาการคำนวณ

การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

การทดสอบประสิทธิภาพเครื่องมือในการลดระยะเวลาการคำนวณการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเจ้าหน้าที่จำนวน 3 คน ในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี โดยทำการเปรียบเทียบเวลาก่อนและหลังการใช้เครื่องมือแอปพลิเคชันน้ำเสริมธาตุเหล็กพบว่า เวลาเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้เครื่องมือแอปพลิเคชันน้ำเสริมธาตุเหล็กเท่ากับ 27.93 ± 5.97 วินาที และ 12.76 ± 4.13 วินาที ตามลำดับ โดยหลังการใช้เครื่องมือสามารถลดระยะเวลาในการคำนวณการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กที่มาใช้บริการ ของเจ้าหน้าที่ในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรีได้ โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2.3 การประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการใช้แอปพลิเคชันน้ำเสริมธาตุเหล็ก



ภาพที่ 1 รายละเอียดส่วนประกอบเครื่องมือแอปพลิเคชันน้ำเสริมธาตุเหล็ก

ตารางที่ 1 ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบ ก่อนและหลังการใช้เครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

Medication error : ME	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา (ร้อยละ)	
	ก่อนใช้เครื่องมือ *n= 250 (%)	หลังใช้เครื่องมือ **n= 69 (%)
1. ขนาดยาน้ำเสริมธาตุเหล็กต่ำไป	12 (4.80%)	0 (0.00%)
2. ขนาดยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสูงไป	14 (5.60%)	0 (0.00%)
3. จำนวนยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ไม่เพียงพอวันนัดครั้งถัดไป	43 (17.20%)	1 (1.45%)
รวม	69 (27.60%)	1 (1.45%)

* n= 250 เป็นจำนวนใบสั่งยาก่อนมีการทดลองใช้เครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและพบ ME 69 ใบสั่งยา

** n= 69 เป็นจำนวนใบสั่งยาหลังทดลองใช้เครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและพบ ME 1 ใบสั่งยา

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนและหลังการใช้เครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ด้วยสถิติ Chi-Square test

ตัวแปร	ก่อนใช้เครื่องมือ n(%)	หลังใช้เครื่องมือ n(%)	χ^2	df	p-value
อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา (ร้อยละ)	69(27.60)	1(1.45)	21.59	1	0.000*

*Pearson's Chi-Square significant at p-value < 0.001

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเจ้าหน้าที่ในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี จำนวน 3 คน มีดังนี้

2.3.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า ประเภทเจ้าหน้าที่เป็นพยาบาล ร้อยละ 100 (n=3) เพศหญิง ร้อยละ 100 (n=3) ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 66.70 (n=2) และอายุการปฏิบัติงานในจุดการสั่งจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.70 (n=2)

2.3.2 ผลความพึงพอใจต่อเครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1) การติดตั้งใช้งานและล็อกอินเข้าใช้ระบบ พบว่า มีความพึงพอใจมากต่อการ

ดาวน์โหลดแอปพลิเคชันฯ การติดตั้งแอปพลิเคชันฯ และการล็อกอินเข้าแอปพลิเคชันฯ โดยมีค่าเฉลี่ย $\pm$ SD คือ 4.33 ± 0.58 , 4.33 ± 0.58 และ 4.00 ± 1.00 คะแนน ตามลำดับ

2) การใช้งานแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากที่สุดต่อความเหมาะสมของเมนูการใช้งาน ความง่ายในการใช้งาน ความเร็วของแอปพลิเคชันฯ ความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องมือชนิดแอปพลิเคชันมากกว่าชนิดวงล้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และภาพรวมต่อการใช้งานแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก โดยมีค่าเฉลี่ย $\pm$ SD คือ 5.00 ± 0.00 , 4.67 ± 0.58 , 4.67 ± 0.58 , 4.67 ± 0.58 และ 4.67 ± 0.58 คะแนน ตามลำดับ ส่วนในด้านความเสถียรของแอปพลิเคชันฯ มีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย

4.33±0.58 คะแนน

สำหรับความพึงพอใจภาพรวมต่อเครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมากด้านการติดตั้งใช้งาน และการล็อกอินเข้าใช้ระบบ โดยมีค่าเฉลี่ย±SD คือ 4.22±0.69 คะแนน และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อการใช้งานแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก โดยมีค่าเฉลี่ย±SD คือ 4.67±0.44 คะแนน

■ อภิปรายผล

1. เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี จากการศึกษาทำให้ได้เครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่พัฒนามาจากวงล้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก FERROKID® โดยใช้แพลตฟอร์มแอพชีตทำการสร้างโมบายแอปพลิเคชัน โดยผลการหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อเครื่องมือพบว่า ความถูกต้องของข้อมูลยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก อายุเด็กกับชนิดวัคซีนที่ได้รับ และปริมาณการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ให้เพียงพอกับวันนัดครั้งถัดไปได้ มีค่า IOC เท่ากับ 1 ซึ่งแสดงถึงความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ โดยโมบายแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสามารถคำนวณการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่สอดคล้องกับตารางนัดหมายการฉีดวัคซีนพื้นฐานในเด็ก และยังให้ข้อมูลชนิดวัคซีนพื้นฐานที่สัมพันธ์กับอายุเด็กที่มารับบริการในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี ได้ ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับงานวิจัย

ของ สหสวรรค์ งามทรง และคณะ⁽¹²⁾ ที่ได้สร้างโมบายแอปพลิเคชันแบบไม่ต้องเขียนโปรแกรมเพื่อการสำรวจข้อมูลจากภาคสนาม สำหรับงานบริหารจัดการภาษีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งในการศึกษาได้เลือกใช้งานแพลตฟอร์มแอพชีต (App Sheet) ในการสร้างโมบายแอปพลิเคชัน ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันแบบไม่เขียนโปรแกรมนี้สามารถช่วยเพิ่มสมรรถนะการเก็บและการแสดงผลข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีระดับความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก นอกจากนี้ วริสสารี กอบเพชรหยก และคณะ⁽¹³⁾ ได้สร้างพัฒนาโปรแกรมประยุกต์สำหรับอุปกรณ์เคลื่อนที่ทั้งระบบปฏิบัติการ iOS และ Android ในรูปแบบของ mobile application ช่วยคำนวณยาที่มีความเสี่ยงสูง ใช้ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต ซึ่งมีสภาพการปฏิบัติงานด้วยความเร่งรีบ และมีการสั่งจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug; HAD) หลายชนิด ซึ่งองค์ความรู้ด้านยา-เทคโนโลยีสร้างนวัตกรรม (creativity and innovation) ช่วยคำนวณยา HAD ทำให้ผู้ป่วยได้รับขนาดยาและอัตราเร็วที่ถูกต้องเหมาะสม (safety & patient center) ส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งยา HAD ผิดพลาดลดลง (effectiveness) ตลอดจนส่งผลให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยได้

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี โดยทำการศึกษาแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.1 การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา

การทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือ

แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี พบว่า ก่อนและหลังการใช้เครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก พบอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาร้อยละ 27.60 และร้อยละ 1.45 ตามลำดับ โดยหลังการใช้เครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ถึงร้อยละ 94.75 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กล่าวคือ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

2.2 การลดระยะเวลาการคำนวณการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

การทดสอบประสิทธิภาพเครื่องมือในการลดระยะเวลาการคำนวณการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเจ้าหน้าที่ในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี พบว่า ก่อนและหลังการใช้เครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กพบว่า เวลาเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้เครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เท่ากับ 27.93 ± 5.97 วินาที และ 12.76 ± 4.13 วินาที ตามลำดับ โดยหลังการใช้เครื่องมือสามารถลดระยะเวลาในการคำนวณการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กที่มารับบริการ ของเจ้าหน้าที่ในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรีได้ โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) กล่าวคือ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

2.3 การประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการใช้แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการ

เครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเจ้าหน้าที่ในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากในด้านการติดตั้งใช้งาน และการล็อกอินเข้าใช้ระบบ โดยมีค่าเฉลี่ย $\pm SD$ คือ 4.22 ± 0.69 คะแนน และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อการใช้งานแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก โดยมีค่าเฉลี่ย $\pm SD$ คือ 4.67 ± 0.44 คะแนน กล่าวคือ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุทามาต ตานะเศรษฐ และศรีธมา กาญจนสิงห์⁽¹¹⁾ ที่ได้สร้างและนำเครื่องมือ “วงล้อเสริมธาตุเหล็ก FERROKID®” ใช้ในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี ซึ่งผู้ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า การใช้เครื่องมือสามารถลดการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่ายยา ลดระยะเวลาในการสั่งจ่ายยา และบุคลากรในคลินิกเด็กดีส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องมืออยู่ในระดับมากที่สุดถึงร้อยละ 80 นอกจากนี้ กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จ.สกลนคร ได้ศึกษาพบว่า “เครื่องมือช่วยคำนวณขนาดยาในเด็ก (Kids Can)” ที่ใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สามารถลดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่ายยาและลดระยะเวลาในการสั่งจ่ายยาได้⁽²¹⁾ อีกทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรวิษย์ ทองแดง⁽²²⁾ ที่ได้สร้างและนำเครื่องมือ “แอปพลิเคชัน Warfarin Dosing Calculator” ใช้ในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนาร์ฟาริน พบว่าสามารถช่วยในการคำนวณขนาดยาที่เหมาะสมตามแนวทางการรักษาดารงการรับประทานยา

และจำนวนเม็ดยาได้ถูกต้อง แม่นยำ และลดระยะเวลาในการปรับขนาดยารวาร์ฟารินได้

ปัญหาและอุปสรรคจากการศึกษาที่พบคือต้องใช้เวลาในการพัฒนาเครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีความถูกต้องและเที่ยงตรง โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้ในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี และข้อจำกัดด้านการใช้งานแอปพลิเคชันที่ถูกอนุญาตให้ใช้งานไม่เกิน 10 คน (รวมถึงผู้สร้างแอปพลิเคชัน) หากมีการใช้งานเกินจำนวนจะต้องมีการเสียค่าใช้จ่าย

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. การใช้แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เจ้าหน้าที่สามารถติดตามประกาศแจ้งข่าวสาร ในส่วนเมนู Home ทั้งนี้เพื่อให้สามารถเลือกใช้ข้อมูลของยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้ตรงกับยาที่มีใช้ในโรงพยาบาล

2. การติดตามผลการใช้งานจากผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาพัฒนาเครื่องมือและมีการสอนผู้ใช้งานรายใหม่

● ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรนำเครื่องมือไปขยายผลในเขตสุขภาพหรือสถานบริการที่มีการสั่งใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในกลุ่มเด็กปฐมวัย เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสม และป้องกันการเกิดความปลอดภัยเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาได้

2. ควรนำแนวคิดการสร้างเครื่องมือ

“แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก” ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ภาคีเครือข่าย โดยการแนะนำ อธิบายหลักการและวิธีการใช้ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาล หรือผู้รับผิดชอบงานได้เข้าใจ และสามารถสร้างเครื่องมือแอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เพื่อใช้ในการคำนวณปริมาณการส่งจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กที่มารับบริการในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในพื้นที่อื่นๆ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีบุคลากรทางการแพทย์และเภสัชกร ไม่เพียงพอในการควบคุมการส่งจ่ายยา และทำให้ผู้รับบริการได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสมกับช่วงอายุ

● ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัย

ควรพัฒนาแอปพลิเคชันให้สามารถใช้งานได้โดยไม่จำกัดผู้ใช้งาน โดยหาแหล่งทุนสนับสนุนค่าใช้จ่าย

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุทัศน์ ไชยยศ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี เภสัชกรหญิงนพวรรณ ขำไธส เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ที่ปรึกษาในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ “แอปพลิเคชันยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก” นายชินวัตร ปาอ้อย นักวิชาการสาธารณสุข ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นตลอดจนคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และเจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานคลินิกแม่และเด็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีส่วนช่วยในการดำเนินงานสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

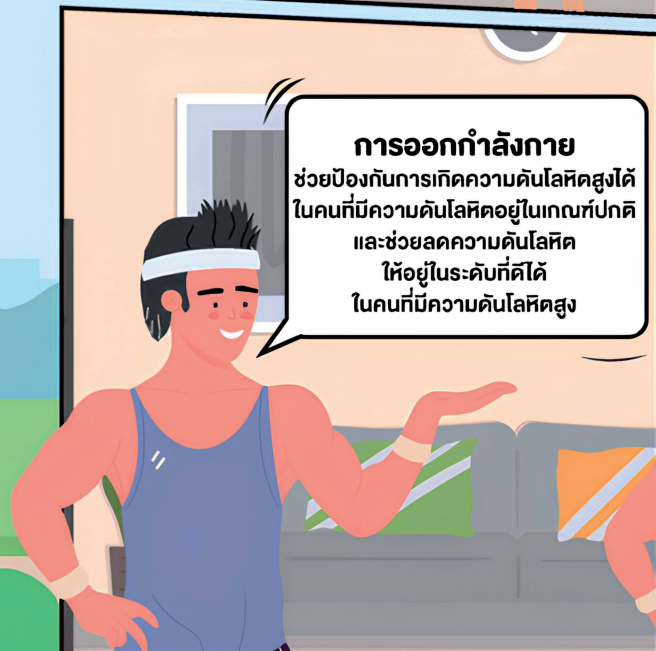
1. นภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล, บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. คณะกรรมการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย; 2558.
2. ศูนย์การเรียนรู้ศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ. โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. สารสุขภาพ-อโรคยา โรคไม่ติดต่อ. ฝ่ายสุศึกษาและประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.vachiraphuket.go.th/www/publichealth/?name=knowledge&file=readknowledge&id=121>
3. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). ร่างมาตรฐานการทำงานการป้องกันโลหิตจางในเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/12/QS-anemia.pdf>
4. พนิด โล่เสถียรกิจ, วรรณภา กางกัน, กรวิกา ภูพงศ์พันธุ์กุล, โชติรส พันธุ์พงษ์, มลลิส แสนใจ, ถนอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์ และคณะ. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยในปี พ.ศ. 2557. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26 (ฉบับเพิ่มเติม2):S199-S208.
5. จินตนา พัฒนพงศ์ธร. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.71.148/data/cluster/mom/download/KMDenver60.pdf>
6. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามกลุ่มวัย (ชุดสิทธิประโยชน์) ปี พ.ศ. 2559. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2565-S/IDC1_14/opdc_2565_IDC1-14_05.pdf
7. World Health Organization. Guideline: Daily Iron and Folic Acid Supplementation in Pregnant Women. Geneva: World Health Organization; 2012.
8. World Health Organization. Strategies to Prevent Anaemia: Recommendations from an Expert Group Consultation. New Delhi, India: World Health Organization; 2016.
9. จันทร์จารึก รัตนเดชสกุล และภัสกร รัตนเดชสกุล. ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) กับการใช้ประโยชน์ในระบบจัดการด้านยา. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=303%3B>
10. ภูรี อนันต์โชติ, จิราภรณ์ อุษณกรกุล, เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, อินทรา กาญจนพิบูลย์, ทวีพงษ์ อารีย์โสภณ, สุธีรา เดชคุณวุฒิ และคณะ. การทดลองใช้และประเมินผลตัวชี้วัดสำหรับงานเภสัชกรรมในโรงพยาบาล. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/643?locale-attribute=th>
11. สุขามาต ดานะเศรษฐ และศรีธมา กาญจนสิงห์. ผลการใช้วงล้อเสริมธาตุเหล็ก FERROKID® เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา (Results of using iron supplement wheels: FERROKID® to reduce medication error). วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง 2564;35(2):31-42.
12. สหสวรรษ งามทรง, สวรินทร์ ฤกษ์อยู่สุข และสอาด วงศ์ใหญ่. การสร้างโมบายแอปพลิเคชันแบบไม่ต้องเขียนโปรแกรมเพื่อการสำรวจข้อมูลจากภาคสนาม สำหรับงานบริหารจัดการภาษีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Building of mobile application with no-code development for field data collection in tax administration of local administrative organization). วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนานวัตกรรมเชิงพื้นที่ 2564;2(3):55-69.
13. วริสสารี กอบเพชรหยก, ทิพย์นา จารุจิตมณีกุล และเบญญาภา เพชรปวรรักษ์. Mobile application ช่วยคำนวณยาที่มีความเสี่ยงสูง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.rama.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/public/qc/pdf/CQI022Mobile application ช่วยคำนวณยาที่มีความเสี่ยงสูง.pdf](https://www.rama.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/public/qc/pdf/CQI022Mobile%20application%20ช่วยคำนวณยาที่มีความเสี่ยงสูง.pdf)

14. National Coordinating Council for Medication Error Report and Prevention (NCC MERP). About Medication Errors [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 1]. Available from: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>
15. มังกร ประพันธ์วัฒนะ. นิยามและการจัดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยาเชิงบูรณาการ (Terminology and Comprehensive Adverse Drug Event Management) [อินเทอร์เน็ต]. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2550 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://hospital.moph.go.th/bankhai/ADE.pdf>
16. บริษัท แร่นแบ็กซี (ประเทศไทย) จำกัด. เอกสารกำกับยา FERDEK® DROPS เฟอร์เดคชนิดหยด เฟอร์รัส ฟumarate [แผ่นพับ]. กรุงเทพมหานคร: แร่นแบ็กซี (ประเทศไทย); 2023.
17. คณะทำงานพิจารณาบัญชียาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. การพิจารณาเสนอเข้าบัญชีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร Iron (III) Hydroxide Polymaltose complex (Eurofer-Iron) [อินเทอร์เน็ต]. 2011 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.slideshare.net/slideshow/eurofer/10525793>
18. องค์การเภสัชกรรม. Ferrokid Ferrous fumarate 76 mg/5 ml (Iron 25 mg/5ml) Oral Suspension [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://doh.hpc.go.th/data/student/FerroKid.pdf>
19. สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. ตารางการให้วิตามินในเด็กไทยแนะนำโดยสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.pidst.or.th/A1291.html>
20. กิตติพงษ์ สุวรรณราช. Google AppSheet. IT around U [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.youtube.com/watch?v=w1NFd1qrjo&list=PL2CmfJbIvWfDK_ALozkEj0AhAbpS66dTY
21. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. รพ.ยุพราชสว่างแดนดิน ประดิษฐ์ “เครื่องช่วยคำนวณขนาดยาในเด็ก” ลดผิดพลาดสั่งจ่ายยา [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2016/05/12218>
22. พรวิชัย ทองแดง. แอปพลิเคชัน Warfarin Dosing Calculator เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://laplaehospital.moph.go.th/Public/ResearchDetail/2>

HEALTH



วิธีออกกำลังกาย คลายความดันโลหิตสูง



ดาวน์โหลด
“หลักสูตรครอบครัวรอบรู้สุขภาพ”

กรมอนามัย
Department of Health

สอบถามเพิ่มเติม :

☎ 02 5904922

🌐 <https://borc.anamai.moph.go.th>

คลิกเลย





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



สายด่วน กรมอนามัย

1

4

7

8

ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย
ใส่ใจอนามัยสิ่งแวดล้อม

ให้คำแนะนำ-ปรึกษา
COVID FREE SETTING
ปัญหาระบบ TSC/TST
มาตรการ
สถานประกอบการ



ข้อกฎหมาย
เกี่ยวกับกัญชา
กัญชาในอาหาร