

# วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly

Khon Kaen University, Thailand

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2565

**ชื่อหนังสือ** วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
**เจ้าของ** ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
**ISSN** 2287-0075  
**พิมพ์ที่** บริษัท จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด (กรุงเทพฯ)  
**ปีที่พิมพ์** พ.ศ. 2565

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัย เพื่อการพัฒนาชุมชนทั้งในและต่างประเทศ
3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและองค์ความรู้ด้านการวิจัย

## กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 4 ฉบับ (ม.ค.-มี.ค., เม.ย.-มิ.ย., ก.ค.-ก.ย. และ ต.ค.-ธ.ค.)

## ฝ่ายจัดการ

ดร. บังอรศรี จินดาวงศ์  
นายนิพิฐพนธ์ สีอุปลัด  
นางสาวกรรณิการ์ สุขสนิท

แบบปก: เดชา ปาลมงคล

## สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารการพัฒนสุขภาพชุมชน  
ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ถนนมิตรภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002  
โทรศัพท์ 043-363588 โทรสาร 043-202488  
E-mail: chdkku2560@gmail.com  
Website: <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal>  
<http://chdkkujournal.com>  
<https://www.facebook.com/วารสารการพัฒนสุขภาพชุมชน-มขอนแก่น>

### หมายเหตุ

- 1) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร จะต้องผ่านการตรวจสอบความซ้ำซ้อน โดยมีค่าความซ้ำซ้อนรวมไม่เกินร้อยละ 20 และค่าความซ้ำซ้อนเฉพาะบทความไม่เกินร้อยละ 3
- 2) บทความที่ผ่านการตรวจความซ้ำซ้อน จะได้รับการประเมินคุณภาพบทความ จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewers) ภายนอกหน่วยงานของผู้พิมพ์ จำนวน 3 ท่าน แบบ double-blinded โดยไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้พิมพ์
- 3) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร ไม่มีค่า processing fee แต่จะต้องชำระค่า page charge บทความละ 3,000 บาท
- 4) เนื้อหาในบทความที่ตีพิมพ์เป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการวารสาร ไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอก เพื่อการพัฒนาด้านวิชาการ แต่ต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

## กองบรรณาธิการ

### ที่ปรึกษา

หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน  
ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

### บรรณาธิการ

รศ.ดร. มานพ คณະโต

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.พญ. วรวิสา ลูวีระ

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### กองบรรณาธิการฝ่ายวิชาการ

ดร. กาญจนา นิมฺสุทธร

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก

ผศ.พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลานันท์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ดร. ชนิษฐา พุมา

คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน  
วิทยาเขตสกลนคร

ผศ.ดร. ธีรนุช วรโธสง

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ดร. ดวงใจ วิชัย

คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินัฐดา พิมพพวง

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ดร. นฎกร อิตุพร

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

ดร. นฤมล จันทร์มา

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ผศ.ดร. นันทวรรณ ทิพยเนตร

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.ดร. นุชรินทร์ มังคละคีรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

ผศ.ดร. พลภากร สืบสำราญ

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

ดร. ภัชชนก รัตนกรปรีดา

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ดร. รชยา ยิกุสังข์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ดร. ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสิยา วงศ์อุปปา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. วรวิมล ชมพูพาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร. วรณวิมล เมฆวิมล	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผศ.ดร. วรธนา ภาจำปา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร. วรพล หนูนุ่น	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ผศ.ดร. วรวัชร ขจรรัตนวิชัย	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. ศิราณี ศรีหาคาค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ผศ.ดร. สุณีรัตน์ ยังเย็น	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. สุทิน ชนະบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. สุภัทรวาณ ทองจิต	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร. อุมาร พร เคนศิลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

### ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ดร. ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. วรพล หนูนุ่น	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
ผศ.ดร. นุชรรัตน์ มังคละคีรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
ดร. นवलฉวี เพิ่มทองชูชัย	โรงพยาบาลมหाराชา นครราชสีมา
ดร. เกศรา แสนศิริวิเศษ	สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 10 อุบลราชธานี
ดร. สดุดี ภูห้องใส	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ดร. เสาวลักษณ์ คัชมาตย์	สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 7 ขอนแก่น
ดร. ภัชชนก รัตนกรปริดา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. ดวงใจ วิชัย	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินัฐดา พิมพ์พวง	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
ผศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

ดร. นฤมล จันทร์มา  
ผศ.ดร. วรณวิมล เมฆวิมล  
ดร. วรุฒิ ชมพูนาน  
ดร. อูมาพร เคนศิลา  
ดร. รชยา ยิกุลสังข์  
ผศ.ดร. พลากร สืบสำราญ  
ผศ.ดร. นันทวรรณ ทิพยเนตร  
ผศ.พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลาพันธ์  
ผศ.ดร. ธีรนุช วรไธสง  
ดร. ศิราณี ศรีหามาศ  
ดร. กานต์พิชญา เนตรพิสิทธิ์กุล

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์  
วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี  
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา



## บทบรรณาธิการ

วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับนี้เป็นปีที่ 10 ฉบับที่ มกราคม – มีนาคม 2565 กองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน โควิด-19 รวมทั้งปัญหาสุขภาพอื่น ๆ และบทความที่น่าสนใจอื่น ๆ

สำหรับท่านที่สนใจติดตามสถานการณ์การพัฒนาศุขภาพชุมชนสามารถนำองค์ความรู้ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบท และสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ จะทำให้เกิดประโยชน์ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และท่านผู้อ่านสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ บทความต่าง ๆ ที่สะดวกรวดเร็ว สามารถนำไปอ้างอิง และพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ สามารถเข้าไปศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal> หรือ <http://chdkkujournal.com/index.php> และ facebook วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน-มขอนแก่น

สำหรับท่านผู้อ่านที่มีความประสงค์จะเผยแพร่บทความของท่าน ผ่านวารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์วารสาร และหากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามมายังกองบรรณาธิการ ซึ่งได้จัดเจ้าหน้าที่ไว้อำนวยความสะดวกสำหรับทุกท่าน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อ ๆ ไป จะช่วยสร้างเสริมองค์ความรู้สู่ชุมชน และนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพ และสุขภาพะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ



## สารบัญ

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันตนเอง จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา	1
<i>วิจิตตรา น้อยแก้ว, ประจวบ แหลมหลัก, น้ำเงิน จันทร์มณี</i>	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้างมือเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของ ของโรค COVID-19 ของประชาชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี	21
<i>ชญานนท์ สอดสี, วารุณี สุดตา, อภาพร กฤษณพันธุ์</i>	
ปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรของสตรีมีครรภ์วัยรุ่น ในจังหวัดเชียงใหม่	37
<i>พุทธชาติ แก้วยา, ศิลปชัย ผึ้งพะยอม, นฎกร อิตุพร, อัยย์ซาร์ สุขเกษม</i>	
ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร	53
<i>ปรเมินทร์ นิลผาย</i>	
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น	69
<i>สมเด็จ ก้วพิทักษ์</i>	
ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายของ ผู้สูงอายุ ในเทศบาลตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด	83
<i>ชนิดาวดี สายีน, บุญยดา วงศ์พิมิล, ลัดดา พลพุทธา, ณิชพันธุ์ระวี เฟื่องพล</i>	



## สารบัญ (ต่อ)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทันเวลาในการเข้ารับการรักษา โรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี	95
---	----

มนู ศุภลสกุล, วาสินี วงศ์อินทร์

การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคลองยาง ตำบลคลองยาง อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่	107
---	-----

พรเทพ ไสพล



# ความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

วิจิตตรา หน่อแก้ว\*, ประจวบ แหลมเหล็ก\*, น้ำเงิน จันทร์มณี\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้การศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จำนวน 300 ราย โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 84.7 เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ร้อยละ 64.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.7 จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 56.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 75.3 ซึ่งมีระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่ในช่วงน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 42.7 เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 81.7 และช่องทางการรับข่าวสารจากสื่อออนไลน์มากที่สุดร้อยละ 96.3 ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ( $r=0.355$ ) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังนั้นหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขในชุมชนควรให้ความสำคัญในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและป้องกันตนเองจากการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

**คำสำคัญ:** ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันตนเอง, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

\*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา

Corresponding Author: Namngern Chantaramanee Email: namngern.ch@up.ac.th

Received 29/12/2021

Revised 25/01/2022

Accepted 10/02/2022

RELATIONSHIP OF HEALTH LITERACY AND SELF-PREVENTION  
BEHAVIORS FROM THE CORONAVIRUS DISEASE 2019 INFECTION OF  
VILLAGE HEALTH RELATIONSHIP OF HEALTH LITERACY AND SELF-  
PREVENTION BEHAVIORS FROM THE CORONAVIRUS DISEASE 2019  
INFECTION OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN MAE CHAI DISTRICT,  
PHAYAO PROVINCE

*Wichitra Norkaew\*, Prachuab Lamluk\*, Namngern Chantaramanee\**

**ABSTRACT**

A cross-sectional study was used to perform this research. The purpose of this study was to examine the relationship between health literacy and self-prevention practices against coronavirus disease among 300 village health volunteers in Mae Chai District, Phayao Province, using a multistage sampling approach. Data was collected via questionnaires. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient were used to analyze.

According to the study's findings, village public health volunteers were 84.7 percent female, 64.7 percent between the ages of 41 and 60, 80.7 percent married. 56.3 percent had secondary education or equivalent. 75.3 percent had a family average monthly income of fewer than 10,000 baht. 42.7 percent had a period of service of fewer than 10 years. 81.7 percent had received training, and 96.3 percent had received news from online media. Overall, health literacy was shown to be positively related to COVID-19 self-prevention behaviors ( $r = 0.355$ ). Furthermore, access to information and health services, self-management, communication, media literacy, and decision-making were all found to be positively correlated with COVID-19 self-prevention behaviors ( $p$ -value 0.001). As a result, community-based public health organizations should emphasize the promotion of health literacy so that village health volunteers can practice safe practices and prevent occupational infection.

**Keywords:** Health Literacy, Self-Prevention Behavior, Coronavirus Diseases 2019, Village Health Volunteers

---

\*School of Public Health, University of Phayao, Phayao Province

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มมีการระบาดตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา โดยเริ่มที่มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และแพร่ระบาดไปหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วยยืนยันมากกว่า 280 ล้านราย และเสียชีวิตมากกว่า 5 ล้านราย (ข้อมูล ณ วันที่ 29 ธันวาคม 2564)<sup>1</sup> โดยติดต่อผ่านทาง การไอ จาม การสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งของ คนหรือสัตว์ที่อาจเป็นแหล่งรังโรค โดย องค์การอนามัยโลกได้ประเมินสถานการณ์ และเห็นว่าการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วจน น่ากังวล ในวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลก จึงได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และ แนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค<sup>2,3</sup> ซึ่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติของไทย ได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ตาม พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งมีผล บังคับใช้เมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563<sup>4</sup> และ เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 ได้ประกาศ ให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นลักษณะการระบาด

ใหญ่ทั่วโลก (Pandemic)<sup>5</sup> จะเห็นได้ว่าการ ติดเชื้ออย่างรวดเร็ว มีผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น โดยสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประเทศไทยมีการระบาดใน หลายระลอกตามสายพันธุ์ใหม่ที่เข้ามาใน ประเทศ รัฐบาลมีนโยบายให้คนไทยที่ เดินทางมาจากต่างประเทศต้องรับการกักตัว ในสถานที่ที่รัฐจัดให้ (State quarantine) เป็น เวลา 14 วัน และมีการเปิดให้นักท่องเที่ยว สามารถเข้าประเทศได้โดยไม่ต้องกักตัว ซึ่ง อยู่บนความไม่แน่นอนของการระบาด

ในจังหวัดพะเยามีผู้ป่วยสะสมที่มาจาก ผู้ที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยงและเป็นการติดเชื้อ ในจังหวัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วย ยืนยัน จำนวน 3,404 ราย (ข้อมูลวันที่ 19 มกราคม 2565)<sup>6</sup> ซึ่งมีสาเหตุสำคัญที่ทำให้ ประชาชนประเทศไทยมีการติดเชื้อจาก COVID-19 มาจากพฤติกรรมเสี่ยง และ พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ที่เดินทาง กลับมาจากประเทศที่มีการระบาดของ COVID-19 ไม่ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของ กระทรวงสาธารณสุข ไม่สวมหน้ากากอนามัย ไม่ล้างมือเมื่อหยิบจับสิ่งของต่าง ๆ เวลาไอ จาม ไม่ใช้ผ้า หรือกระดาษชำระปิดปาก ปิด จมูก การใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น (เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว) การรวมกลุ่ม เพื่อนสนิทร่วมวงสังสรรค์ ดื่มสุรากลั่นร่วมกัน สูดบุหรี่ร่วมกัน การรับประทานอาหาร สำหรับเดียวกัน ไม่ใช้ช้อนกลาง และใช้เวลาอยู่ ด้วยกันกับผู้ป่วยในห้องแอร์ที่ปิดมิดชิด และ

สถานที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19<sup>7</sup> จึงเกิดนโยบายในการรณรงค์ การกระจายข่าวสารความเสี่ยงกับประชาชน และงานเชิงรุกในการติดตาม ควบคุม และค้นหาผู้ป่วยในระดับหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ที่สำคัญและเป็นกำลังหลักในการสื่อสารให้กับคนในหมู่บ้านในการเข้าถึงครัวเรือน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงทำให้อสม. มีความเสี่ยงที่จะสัมผัสกับผู้ติดเชื้อจากการปฏิบัติงานในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคลากรสาธารณสุขด้านหน้าในการควบคุมป้องกันโรคติดต่อในชุมชนตลอดมา อสม. มีบทบาทความสำคัญในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ภายใต้แนวทางการจัดระบบ อสม.<sup>8</sup> ซึ่งรัฐได้จัดตั้งโครงการ “อสม. เคาะประตูบ้าน” กับโครงการ “ค้นให้พบจบใน 14 วัน”<sup>9</sup> โดยผู้ที่ทำหน้าที่หลัก คือ อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานร่วมกันทั่วประเทศ อสม. ถือเป็นบุคลากรหน้าด่านทำงานหนัก หาข่าวผู้มีความเสี่ยงเฝ้าระวัง ติดตาม กักตัวบุคคล ให้ความรู้ประชาชนเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ อสม. จึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ถ้าหากติดเชื้อมีโอกาสที่จะนำไปติดต่อให้กับชุมชนสูงเช่นกัน นอกจากนี้มีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมกำบังตนเองช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่ระหว่างช่วงที่มีนโยบายปิดเมืองและช่วง

มาตรการผ่อนปรน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองทั้งของ อสม. และประชาชนในการป้องกันตนเองช่วงที่มีนโยบายปิดเมืองดีกว่าช่วงมาตรการผ่อนปรน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการกินร้อนช้อนส่วนตัว ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย รักษาระยะห่างทางสังคม และหลีกเลี่ยงไม่ไปในที่ชุมชน แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติตามมาตรการการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดการระบาดระลอกใหม่ภายในประเทศเพิ่มสูงขึ้น<sup>10</sup> ดังนั้นหาก อสม. ไม่มีความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและไม่มีพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว อาจจะทำให้ อสม. เกิดความไม่ปลอดภัยในการปฏิบัติงาน รวมถึงอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการระบาดที่ควบคุมได้ยาก ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นเพียงการศึกษาความรู้กับพฤติกรรม ในกลุ่ม อสม. เท่านั้น

ความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy) ถูกนำมาใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ<sup>11</sup> โดยผู้ที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพต่ำ (limited health literacy) หรือมีสถานะที่ยังไม่รอบรู้เพียงพอ จะพบว่ามีปัญหาด้านการรับรู้ การทำความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งนี้ Nutbeam<sup>12</sup> ได้อธิบายความรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นสมรรถนะของแต่ละบุคคลทางด้านสังคม การคิดวิเคราะห์ แรงจูงใจ การเข้าถึง ทำความ

เข้าใจ ประเมิน และการใช้สื่อสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี โดยกองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น 6 ด้านที่สะท้อนจากคุณลักษณะและพฤติกรรม ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ และการจัดการตนเอง<sup>13</sup> ดังนั้น การเสริมสร้างให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ มีการควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้น การเสริมสร้างและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 องค์ประกอบและพฤติกรรมกำบังตนเอง จะมีผลต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ทำให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งมีประโยชน์ทั้งต่อบุคคล ต่อชุมชน และสังคมที่ส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้น ดังนั้น ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจึงจะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานของ อสม. ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพได้และอาจทำให้เกิดพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จาก การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อีกด้วย

การศึกษาพฤติกรรมกำบังตนเองซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ และยังไม่เคยมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกำบังตนเองจากการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเป็นทางการ ทำให้ขาดข้อมูลที่จะสนับสนุน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ที่เป็นพื้นที่ระบาดของจังหวัดพะเยา เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการส่งเสริมกำบังโรคให้กับ อสม. ซึ่งผลการศึกษานำไปวางแผนเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคระบาดอื่น ๆ ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

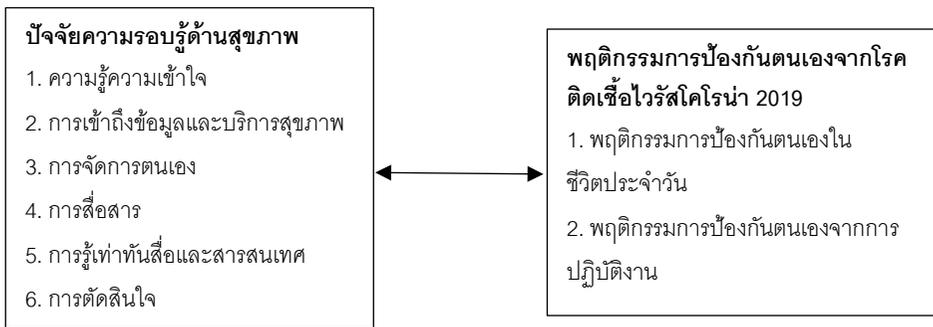
2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

### วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยศึกษาตัวแปรประกอบด้วย ตัวแปรต้น ได้แก่

ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย พฤติกรรมการป้องกันตนเองในชีวิตประจำวัน และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงาน กรอบแนวคิดการวิจัยตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จำนวน 1,087 คน<sup>14</sup> โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่ในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ไม่มีปัญหาการพูดและการฟัง สามารถเข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบแบบการสัมภาษณ์ได้ และเป็นผู้ที่สมัครใจและยินดีให้

ความร่วมมือตลอดเวลาในการศึกษา โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ประกอบด้วย การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) ตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลาก (Simple sampling) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และรายชื่อ อสม. ที่สังกัด ตามสัดส่วนที่สุ่มได้ ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตร

ของเครื่องและมอร์แกน<sup>15</sup> เนื่องจาก ไม่ทราบ สัดส่วนของ อสม. ที่มีพฤติกรรมกำบังกัน ตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน ระดับดีมาก จึงกำหนดสัดส่วนเท่ากับ 0.5<sup>16</sup> ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และ ระดับความเชื่อมั่น 95% เพื่อป้องกันการสูญ หายของข้อมูลและข้อมูลไม่ครบ จึงเพิ่มอีก ร้อยละ 5 ได้จำนวนขนาดตัวอย่างที่ใช้วิจัย ครั้งนี้ รวมทั้งสิ้น จำนวน 300 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**  
ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูล ทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อความ เพศ อายุ สถานะภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. ประสบการณ์การ อบรม และช่องทางมารับข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้าน สุขภาพกับการกำบังกันตนเองจากโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบทดสอบ ความรู้ความเข้าใจ แบบ 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เพื่อสอบถามการเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การ ตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกำบังกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3

ระดับ เพื่อสอบถามพฤติกรรมกำบังกันตนใน ชีวิตประจำวัน และพฤติกรรมกำบังกัน

**การตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ** ได้รับการตรวจสอบจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทำตรวจสอบความตรง เจริญเนื้อหาของแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน และ คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ทั้งฉบับ อยู่ในช่วง 0.6-1.0 จากนั้นนำแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 (องค์ประกอบที่ 2-6) และ 3 ไป ทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และทำการ ทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่า สัมประสิทธิ์เทียแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความ เชื่อมั่นรวมของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ และการหาความเชื่อมั่น ด้วยสูตรของคูเดอริ-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ของแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจ ได้ค่า เท่ากับ 0.84

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ก่อนเริ่มทำ การรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยขออนุญาตทำการ วิจัยจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้าน จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย พะเยา และได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยเลขที่ 1.1/010/64 และขอ อนุญาตทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างจาก สาธารณสุขอำเภอแม่ใจเพื่อขอความร่วมมือ ในการดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวม ข้อมูล โดยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน

การเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการศึกษาและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้อำนวยการ รพ.สต. และประธาน อสม. ทั้งนี้ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิเมื่อได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างจึงเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยสถิติ Pearson's Correlation

## ผลการศึกษา (Results)

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.67) อายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี (ร้อยละ 64.67) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.67) ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 56.33) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 10.000 บาท (ร้อยละ 75.33) ซึ่งมีระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ

42.67) ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ร้อยละ 81.67) และช่องทางการรับข่าวสารของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากสื่อออนไลน์มากที่สุด (ร้อยละ 96.33) รองลงมาคือ การพูดคุยสื่อสารจากเพื่อน เจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 86.00) และที่น้อยที่สุด คือ สื่อสิ่งพิมพ์และวารสาร (ร้อยละ 30.67) ตารางที่ 1

### 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทางด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับพอใช้ มีคะแนนเฉลี่ย  $6.20 \pm 2.13$  คะแนน โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ไม่ดี (ร้อยละ 39.00) ในด้านอื่น ๆ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ( $44.79 \pm 3.95$  คะแนน) และโดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 93.33) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกันพบว่า ด้านการจัดการตนเองมีคะแนนรวมเฉลี่ยมากที่สุด ( $7.85 \pm 0.60$  คะแนน) รองลงมาเป็น ด้านการตัดสินใจ ( $7.83 \pm 0.63$  คะแนน) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ( $7.64 \pm 0.87$  คะแนน) และ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ( $7.64 \pm 0.89$  คะแนน) โดยด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีคะแนนรวมเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $7.63 \pm 0.89$  คะแนน) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 300 )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	254	84.67
ชาย	46	15.33
<b>อายุ (Mean = 53.07, S.D. = 8.48)</b>		
ต่ำกว่า 40 ปี	23	7.67
41-60 ปี	194	64.67
สูงกว่า 60 ปี	83	27.67
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	114	38.67
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	169	56.33
สูงกว่ามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	15	5.00
<b>ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน</b> (Mean = 14.86, S.D. = 9.20 )		
น้อยกว่า 10 ปี	128	42.67
11-20 ปี	81	27.00
21-30 ปี	40	13.33
มากกว่า 20 ปี	51	17.00
<b>ประสบการณ์การได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</b>		
เคย	245	81.67
ไม่เคย	55	18.33
<b>ช่องทางการรับข่าวสารโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
สื่อออนไลน์	289	96.33
การพูดคุยสื่อสาร/เพื่อน/เจ้าหน้าที่	258	86.00
หอกระจายข่าว	180	60.00
สื่อสิ่งพิมพ์และวารสาร	92	30.67

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย±SD	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความรอบรู้		
			ไม่ดี	พอใช้	ดีมาก
ความรู้ความเข้าใจ	10	6.20±2.13	117 (39.00)	93 (31.00)	90 (30.00)
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	8	7.64±0.87	7 (2.33)	21 (7.00)	272 (90.67)
การจัดการตนเอง	8	7.85±0.60	8 (2.67)	22 (7.33)	270 (90.00)
การสื่อสารสุขภาพ	8	7.64±0.89	3 (1.00)	5 (1.67)	292 (97.33)
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	8	7.63±0.89	5 (1.67)	25 (8.33)	270 (90.00)
การตัดสินใจ	8	7.83±0.63	4 (1.33)	6 (2.00)	290 (96.67)
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม</b>	<b>50</b>	<b>44.79±3.95</b>	<b>3</b> <b>(1.00)</b>	<b>17</b> <b>(5.67)</b>	<b>280</b> <b>(93.33)</b>

ทั้งนี้หากพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า ความรอบรู้ทางด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ “ระยะพักตัวโดยทั่วไปของโควิด-19”

(ร้อยละ 80) ทั้งนี้ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด “คำนิยามของผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง (สัมผัสเสี่ยงสูง)” (ร้อยละ 40.3) ในด้านอื่น ๆ พบว่า ข้อคำถามที่มี

คะแนนความรอบรู้สูงสุด คือ “ท่านมีการป้องกันและระมัดระวังตนเองจากการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน” ( $1.98 \pm 0.15$  คะแนน) และ “เมื่อท่านได้พูดคุย วิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยที่ท่านมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อ ปฏิบัติตาม และชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม” ( $1.98 \pm 0.13$  คะแนน) และ “เมื่อท่านได้รับรายงานจากผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ที่กักตัวยังไม่ครบ 14 วันว่า มีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส รีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยทันที” ( $1.98 \pm 0.23$  คะแนน) ในส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนความรอบรู้ต่ำสุด คือ “ท่านใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย ในการเลือกรับข้อมูลข่าวสาร เพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 จากสื่อต่าง ๆ ก่อนที่จะปฏิบัติตามและชี้แนะ

แนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม” ( $1.86 \pm 0.38$  คะแนน)

### 3. พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับดีมาก ( $59.22 \pm 5.35$  คะแนน) และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 92.00) โดยจำแนกตามองค์ประกอบแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.33 มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับดีมาก และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.67 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดีมาก เช่นเดียวกัน

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมในการป้องกันตนเอง	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย	จำนวน (ร้อยละ) ระดับพฤติกรรม		
			ไม่ดี	พอใช้	ดีมาก
พฤติกรรมในการป้องกันตนเอง	46	$42.93 \pm 3.94$	4	16	280
ในชีวิตประจำวัน	คะแนน	(ระดับดีมาก)	(1.33)	(5.33)	(93.33)
พฤติกรรมในการป้องกันตนเอง	18	$16.29 \pm 2.08$	5	62	233
จากการปฏิบัติงาน	คะแนน	(ระดับดีมาก)	(1.67)	(20.67)	(77.67)
<b>พฤติกรรมในการป้องกันตนเองรวม</b>	<b>64</b>	<b><math>59.22 \pm 5.35</math></b>	<b>3</b>	<b>21</b>	<b>276</b>
	<b>คะแนน</b>	<b>(ระดับดีมาก)</b>	<b>(1.00)</b>	<b>(7.00)</b>	<b>(92.00)</b>

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ “หากอยู่ในพื้นที่มีคนแออัด ท่านใส่หน้ากากอนามัย” ( $1.98 \pm 0.13$  คะแนน) และ “ท่านติดตามข่าวสารสถานการณ์โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทางโทรทัศน์/อินเทอร์เน็ต/วิทยุ อย่างต่อเนื่อง” ( $1.98 \pm 0.16$  คะแนน) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ “เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ยังสามารถออกไปปฏิบัติหน้าที่ เคาะประตูบ้านได้” ( $1.30 \pm 0.89$  คะแนน)

**4. ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง**

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ( $r=0.355$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสารการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจ ไม่มีความสัมพันธ์ในทางสถิติ (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมในการป้องกันตนเอง	
	r	p-value
ความรู้ความเข้าใจ	-.063	.277
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.380**	<0.001
การจัดการตนเอง	.395**	<0.001
การสื่อสารสุขภาพ	.398**	<0.001
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	.430**	<0.001
การตัดสินใจ	.365**	<0.001
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม</b>	<b>.355**</b>	<b>&lt;0.001</b>

หมายเหตุ: \*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกทั้งกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองในชีวิตประจำวัน ( $r=0.372$ ) และพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงาน ( $r=0.209$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เมื่อพิจารณาด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองในชีวิตประจำวัน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองใน

ชีวิตประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจ ไม่มีความสัมพันธ์ ( $p\text{-value} > 0.05$ ) แต่ในส่วนของด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงาน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เช่นเดียวกัน แต่ส่วนของด้านความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงาน ( $p\text{-value}=0.041$ ) (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายด้าน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองในชีวิตประจำวัน		พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงาน	
	$r$	$p\text{-value}$	$r$	$p\text{-value}$
ความรู้ความเข้าใจ	-.023	.690	-.118*	.041
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.398**	<0.001	.223**	<0.001
การจัดการตนเอง	.389**	<0.001	.279**	<0.001
การสื่อสาร	.360**	<0.001	.342**	<0.001
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	.427**	<0.001	.298**	<0.001
การตัดสินใจ	.375**	<0.001	.229**	<0.001
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม</b>	<b>.372**</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>.209**</b>	<b>&lt;0.001</b>

หมายเหตุ: \*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ \*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

## วิจารณ์ (Discussion)

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยแบ่งเป็นองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและการตัดสินใจ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีมาก แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ ควรคงสภาพที่ถูกต้องจนเป็นนิสัย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทักษะด้านความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นแกนนำในการให้ความรู้ความเข้าใจ ส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ บัวชุม<sup>17</sup> ที่ได้ทำการศึกษาคำตอบด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลปางบัว อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ที่อยู่ในระดับดีมาก เช่นเดียวกัน

จากผลการศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีมาก แสดงว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มากเพียงพอ มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ ควรคงสภาพพฤติกรรมที่ถูกต้องจนเป็นนิสัย น่าจะเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและต้องปฏิบัติตนเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีและถูกต้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการได้รับการอบรมในเรื่องของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และเกิดความกลัวในการติดเชื้อหากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรค เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีความรุนแรง และมีผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธาณี กล่อมใจ และคณะ<sup>18</sup> ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคในระดับดีมาก แต่ยังมีพบรายชื้อที่มีค่าคะแนนน้อย ซึ่งอาจส่งผลให้มีการแพร่กระจายของโรคได้

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการ ป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพอยู่ในระดับดีมาก และมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจาก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ( $r=0.355$ ,  $p<0.001$ ) ทั้งนี้สามารถอธิบายตามแนวคิด ของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ว่า ความรอบรู้ ด้านสุขภาพจะสามารถนำมาใช้ในการ อธิบายพฤติกรรมของบุคคลได้ โดยผู้ที่มี ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะมี พฤติกรรมสุขภาพในระดับสูงด้วย แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีระดับความ รอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจึงมีแนวโน้มที่ จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูงเช่นกัน สอดคล้องกับโมเดลบูรณาการของความรอบรู้ ด้านสุขภาพ (Integrated model of Health Literacy) ของ Sorensen K, et al.<sup>19</sup> ที่ระบุถึง ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพและมีผลกระทบต่อการใช้บริการ สุขภาพ ต้นทุนทางสุขภาพและผลลัพธ์ทาง สุขภาพ ซึ่งหนึ่งในนั้นก็คือ พฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ อิงคินันท์ อินทรกำแหง<sup>20</sup> ที่ระบุว่าความรอบรู้ ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และใช้บริการสุขภาพที่สอดคล้องกับ สุขภาพปัญหา และส่งผลต่อการเพิ่ม ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ที่ดี และลด

ผลกระทบของผลลัพธ์ในทางลบด้วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ ด้านสุขภาพของ Edwards, Wood, Davies & Edwards<sup>21</sup> ได้กล่าวไว้ว่าความรอบรู้ด้าน สุขภาพนั้นได้รับ การถ่ายทอดหรือเป็นผู้มี ส่วนร่วมสร้างให้ตนเองเกิดความสามารถจน กลายเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ จัดการภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพของเขา ให้ สามารถเข้าถึงและเกาะติดกับข้อมูลข่าวสาร และบริการ มีการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพและเจรจาต่อรองและเข้าถึงการ รักษาได้อย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรค เนื่องจากมีการถึงข้อมูลข่าวสาร การจัดการตนเอง การสื่อสาร รู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาจากข้อมูลที่ ได้รับมา มีความถูกต้อง ตัดสินใจเลือก แนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรค

นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ความ รอบรู้ด้านสุขภาพจากองค์ประกอบ 6 ด้าน มี 5 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การ รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านการ ตัดสินใจ ความสัมพันธ์ในเชิงบวก กับ พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ( $p\text{-value} = 0.01$ ) แต่เมื่อพิจารณาด้าน ความรู้ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมในการป้องกันตนเอง รวมทั้ง พบว่า

ด้านความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับพฤติกรรมกำบังตนเองจากการปฏิบัติงาน ( $p\text{-value}=0.041$ ) ซึ่งสามารถแปลผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูงจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำบังตนเองจากการปฏิบัติงานระดับต่ำลง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ธาณี กล่อมใจ และคณะ<sup>18</sup> ที่ได้ทำการศึกษาคำถามและพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการกำบังตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ที่พบว่า ความรู้กับพฤติกรรมกำบังตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ( $r = .327$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของดร.ณชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา<sup>22</sup> ได้ศึกษาคำถามทัศนคติ และพฤติกรรมกำบังตนเองโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังตนเองโควิด 19 ( $r_s = 0.47$ ) และการศึกษาของ ธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญนภา บุญเสริม<sup>23</sup> (2563) ที่ศึกษาคำถามสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมกำบังตนเองติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิงในจังหวัดสุรินทร์ แล้วพบว่า ความรู้เรื่องการกำบังตนเองติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

(COVID-19) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังตนเองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 11.064$ ,  $p < 0.001$ ) ซึ่งผลการศึกษาที่พบนั้นจะนำไปสู่การวางนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมกำบังตนเองจากการปฏิบัติงาน ซึ่งมีความเสี่ยงจากการสัมผัส

### ข้อยุติ (Conclusions)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จำนวน 300 ราย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ นอกนั้นอยู่ในระดับดีมากทั้งหมด และมีพฤติกรรมกำบังตนเองทั้งภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ( $r=0.355$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านการตัดสินใจ ความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจ ไม่มีความสัมพันธ์ในทางสถิติ

## ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

### ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์

1. ทีมงานบุคลากรสาธารณสุข ควรมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อให้ทันเหตุการณ์ ซึ่งจะนำไปสู่การพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

2. ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และการพัฒนาพฤติกรรมกำบังตนเองในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกำบังตนเอง

### ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการพัฒนาแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์

## เอกสารอ้างอิง (References)

1. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. COVID- 19 (EOC-DDC Thailand) [online] 2020. [cited 2020 Dec 29]. Available from: <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html>

สถานการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประชาชนและผู้ปฏิบัติงาน

2. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกำบังตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเพิ่มพูนทักษะในด้านต่าง ๆ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

## สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การศึกษานี้พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพที่ดีเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งในชีวิตประจำวันและจากการปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนด้วย

#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65. [in Thai].

2. Department of Health, Ministry of Public Health. Measures and Guidelines for Environmental Health Care in the Situation of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak. Department

- of Health, Ministry of Public Health; 2020. [in Thai].
3. World Health Organization. **Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019- nCoV)** [online] 2020 [cited 2020 Sep 15]. Available from: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
  4. Notification of the Ministry of Public Health Re: Names and Significant Symptoms of Dangerous Communicable Diseases (No. 3) B.E. 2563. (2020, 29 February). **The Government Gazette**, volume 137, special section 48 ng. [in Thai].
  5. World Health Organization. **WHO Director- General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020** [online] 2020 [cited 2020 Dec 29] . Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
  6. Covid- 19 center Phayao province. **Covid- 19 cases report, Phayao province** [online] 2022 [cited 2022 Jan 19]. Available from: <http://www.phayao.go.th/covid/> [in Thai].
  7. Health Education Division, Ministry of Public Health. **Causes of the rapid spread of COVID- 19.** [online] 2021 [cited 2022 Jan 19]. Available from: [http://healthydee.moph.go.th/view\\_article.php?id=730](http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=730) [in Thai].
  8. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. **The System Management of Village Health Volunteers and the People Concerning Local Quarantine and Home Quarantine.** Video Conference of Public Health Emergency Operation Center Concerning Coronavirus Disease 2019 ( COVID- 19) 4<sup>th</sup>/2020. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2020. [in Thai].
  9. Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. **Video Conference under the Topic of the Guideline to Village Health Volunteers Knocking the House Door to Fight**

- Against COVID-19 “Seek to Find Out in 14 days”; 2020 March 26; Video Conference Room 2 2<sup>nd</sup> Floor Building 1 of the Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Nonthaburi; 2020. [in Thai].
10. Phawangkharat S, Ardchanasuk S, Namchoo P. **A Study of COVID-19 Situation’s Surveillance Prevention and Control in Communities towards Village Health Volunteers.** Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2020. [in Thai].
11. Keawmuang S, Yangyuen S, Mahaweerawat U, Mahaweerawat C. **Health Literacy and Self-Care Behaviors Among Rural Elderly. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2020;** 8(3): 311-322. [in Thai].
12. Manganello JA. **Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health education research 2008;** 23(5): 840-847.
13. Health Education Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. **The Strengthening and Health Knowledge and Health Behavior Assessment in the Young and Adolescent Group (7-14 years old) and the Group of People at 15 years old above (Revised Issue 2018).** Nonthaburi: Health Education Division, Ministry of Public Health; 2018. [in Thai].
14. Phayao Provincial Public Health Office. Health Data Center. Standard Report Group. **The Number of the Village Health Volunteers [online] 2021 [cited 2021 January 9].** Available from [https://pyo.hdc.Moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=c11dad88f80061c70cd1ae96b500d017&idda8985453cc45883e5e43639c32c4adf#](https://pyo.hdc.Moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=c11dad88f80061c70cd1ae96b500d017&idda8985453cc45883e5e43639c32c4adf#). [in Thai].
15. Krejcie RV, Morgan DW. **Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970;** 30: 607-610.
16. Pasunon P. **Sample Size Determination from Krejcie and Morgan (1970) Approach in Quantitative Research. The Journal of Faculty of Applied Arts 2014;** 6(2): 112-125. [in Thai].
17. Buachum B. **Health Literacy and Health Behavior of The Village Health Volunteers (Vhvs) in Pa Ngiu Sub-District, Wiang Pa Pao District, Chiang Rai Province. Journal of Department**

- of Health Service Support 2020; 16(3): 49-58. [in Thai].
18. Glomjai T, Kaewjiboon J. Chachvarat, T. Knowledge and Behavior of People regarding Self-care Prevention from Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). **Journal of Nursing, Public Health, and Education** 2020; 21(2): 29-39. [in Thai]
19. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health** 2012; 12: 1-13.
20. Intarakamhang U. **Health Literacy: Measurement and Development**. Bangkok: Sukhumvit; 2017. [in Thai]
21. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. **BMC public health** 2012; 12(1): 1-15.
22. Phansuma D, Boonruksa P. Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among Residents in Pru Yai Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. **Srinagarind Medical Journal** 2021; 36(5); 597-604. [in Thai].
23. Yeunyow T, Boonserm PB. The Relationship between Knowledge and Attitude towards on Prevention Behavior of Coronavirus Infection 2019 (COVID-19) Among Female Village Health Volunteers (VHV), Surin Province. **Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals** 2020; 35(3); 558-564. [in Thai].

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้างมือเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของประชาชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

ชญานนท์ สอดสี\*, วารุณี สูดตา\*, อาภาพร กฤษณพันธ์\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้างมือเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของประชาชนอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี โดยนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคมานำกรอบในการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มอายุ 15-59 ปี อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 215 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวน การทดสอบสหสัมพันธ์และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.52) อายุเฉลี่ย 41.72 ปี (S.D. = 10.28) มีการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับดี ความรู้เรื่องการล้างมือเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 98.95) การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 99.06) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 98.60) ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 97.67) ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 97.67) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ ( $p < 0.005$ ) การได้รับความรู้เรื่องการล้างมือจากอินเทอร์เน็ต ( $p < 0.0001$ ) โทรทัศน์ ( $p < 0.0001$ ) หนังสือพิมพ์ ( $p < 0.005$ ) เสียงตามสาย ( $p < 0.005$ ) บุคลากรสาธารณสุข ( $p < 0.005$ ) ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม

**คำสำคัญ:** การล้างมือ, การป้องกันโรค, โรค COVID-19

\*วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding author: Warunee Sudta Email: warunee\_sud@yahoo.co.th

Received 05/01/2022

Revised 07/02/2022

Accepted 02/03/2022

## FACTORS ASSOCIATED WITH HANDWASHING PRACTICES FOR PREVENTING THE TRANSMISSION OF COVID-19 AMONG PEOPLE IN SIPRACHAN DISTRICT, SUPHANBURI PROVINCE

*Chayanon Sodsee\*, Warunee Sudta\*, Apaporn Kitsanapun\**

### ABSTRACT

The objective of this descriptive study was to investigate the factors associated with handwashing practices to prevent COVID-19 transmission among people living in Si Prachan District, Suphan Buri Province. The motivation theory for disease prevention was applied as a framework for the study. The sample group was people aged 15-59 years, Si Prachan District. Suphan Buri Province, a total of 215 people, were selected using a multi-step sample group. Collect data using questionnaires. Data were analyzed with descriptive statistics, analysis of variance Correlation test, and multiple linear regression analysis.

The results show that most respondents were female (68.52%) mean age of 41.72 years (S.D. = 10.28). Hand washing for preventing COVID-19 was at a good level. Knowledge of handwashing to prevent disease was at a good level (98.95%), perceived severity of the disease at a high level (99.06%), and perceived risk of disease at a high level (98.60%). The expectation of the effect of handwashing to prevent disease was high (97.67%), the expectation of one's own ability to prevent disease was high (97.67%). The statistical significance of COVID-19 were gender ( $p < .005$ ), Internet handwashing knowledge ( $p < .0001$ ), television ( $p < .0001$ ), newspaper ( $p < .005$ ), voice-over ( $p < .005$ ), Health personnel ( $p < .005$ ). The result of the study can be used as a guideline for relevant agencies to promote appropriate disease prevention behaviors.

**Keywords:** handwashing, disease prevention, COVID-19

---

\* Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi ; Faculty of Public Health and Allied Health Sciences; Praboromarajchanok Institute

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจเกิดจากเชื้อไวรัส Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) สามารถก่อให้เกิดโรคทางเดินหายใจในคน การแสดงอาการของโรคคล้ายอาการไข้หวัดใหญ่โดยจะมีอาการใช้ร่วมกับอาการทางเดินหายใจ เช่น ไอจาม มีน้ำมูกไหล คัดจมูก เหนื่อยหอบ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน<sup>1</sup> ระยะฟักตัวของโรคใช้เวลาประมาณ 2-14 วัน แพทย์โรคได้เมื่อมีอาการและอาการแสดงแล้วเท่านั้น ระยะฟักตัวเฉลี่ย 5.2 วัน (95%CI = 4.1-7.0) ซึ่งโรคนี้สามารถแพร่จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งผ่านทางฝอยละอองจากจามหรือปากของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยไอ จามหรือหายใจ ฝอยละอองเหล่านี้จะตกลงสู่วัตถุหรือพื้นผิวรอบ ๆ จากนั้นจะรับเชื้อได้ด้วย การสัมผัสพื้นผิวหรือวัตถุเหล่านั้นแล้วมาสัมผัสตา จมูกหรือปาก และสามารถรับเชื้อโดยตรงได้จากการหายใจเอาฝอยละอองของผู้ป่วยเข้าไปเมื่อผู้ป่วย ไอ จาม หรือหายใจออก<sup>2</sup>

การแพร่ระบาดของโรคเริ่มต้นที่ประเทศจีน ตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก วันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกประกาศระบอบาใหญ่ (Pandemic) มีจำนวน

ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2564 จำนวน 113,968,887 ราย เสียชีวิต 2,528,332 ราย โดยประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยยืนยัน 10 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา 29,136,912 ราย อินเดีย 11,079,094 ราย บราซิล 10,457,794 ราย รัสเซีย 4,223,186 ราย สหราชอาณาจักร 4,163,085 ราย ฝรั่งเศส 3,712,020 ราย สเปน 3,188,553 ราย อิตาลี 2,888,923 ราย ตุรกี 2,683,971 ราย และเยอรมนี 2,436,478 ราย ประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โดยผู้เดินทางท่องเที่ยวชาวจีนจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน จากสถิติ ณ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสมจำนวน 264,834 ราย ผู้ป่วยยืนยันที่เสียชีวิต 2,080 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.79<sup>3</sup>

การแพร่ระบาดของโรคในระลอก 3 ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 จนถึง 31 กรกฎาคม 2564 พบว่า ภาพรวมจังหวัดสุพรรณบุรี มีผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้นจำนวน 4,361 ราย เสียชีวิต 51 ราย โดยพบว่า อำเภอสองพี่น้อง มีผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้นมากที่สุดจำนวน 1,368 ราย เสียชีวิต 15 ราย รองลงมาคือ อำเภอเมือง มีผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้นจำนวน 832 ราย เสียชีวิต 27 ราย สำหรับอำเภอศรีประจันต์พบผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้นเป็นลำดับที่ 6 ของจังหวัด จำนวน 230 ราย เสียชีวิต 2

ราย<sup>4</sup> จากจำนวนผู้ป่วยสะสมที่พบ ถึงแม้ว่าอำเภอศรีประจันต์ จะไม่ใช่อำเภอที่พบผู้ป่วยลำดับต้น ๆ ของจังหวัดแต่อำเภอศรีประจันต์เป็นอำเภอที่พบผู้ป่วยแบบกระจายไม่พบแบบคลัสเตอร์ใหญ่เหมือนอำเภออื่น ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Natawan<sup>5</sup> ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี แต่ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการล้างมือเพื่อป้องกันโรคและด้วยสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการล้างมือเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของประชาชนอำเภอศรีประจันต์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการล้างมือเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การได้รับความรู้เกี่ยวกับการล้างมือกับการล้างมือ และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19 และความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 กับการล้างมือของประชาชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี การศึกษาค้นครั้งนี้มุ่งเน้นให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงผลดีของการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19 และ

โรคอื่น ๆ ที่สามารถติดต่อกันจากการสัมผัส โดยสามารถล้างมือได้ถูกวิธีและปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันต่อไป

### **วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)**

เพื่อศึกษาการล้างมือเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้างมือเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของประชาชนอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

### **สมมติฐานการวิจัย (Research Hypothesis)**

การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19 และความคาดหวังถึงความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์กับการล้างมือของประชาชนอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

### **วิธีการศึกษา (Method)**

#### **รูปแบบการศึกษา**

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

#### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 28,565 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 215 คน คำนวณโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan<sup>6</sup> คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) เริ่มจากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เป็นการสุ่มตำบลโดยการจับฉลาก ตามด้วยการสุ่มหมู่บ้านใช้การสุ่มแบบแบ่งประเภท (Stratified random sampling) และสุดท้ายเป็นการสุ่มตัวอย่างภายในหมู่บ้านใช้การสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก (Simple random sampling) แบบไม่ใส่คืน

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอความร่วมมือให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านประสานงานในพื้นที่ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง

**เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เป็นลักษณะแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือเพื่อป้องกันโรค ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ใช่ ไม่น่าใจ และไม่ ใช่ จำนวน 15 ข้อ แปรผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ระดับดี

(ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และความรู้ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)<sup>7</sup>

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน โดย 10.00 – 23.33 คะแนน คือ มีการรับรู้ระดับต่ำ 23.34 – 36.67 คะแนน คือ ระดับปานกลาง และ 36.68 – 50.00 คะแนน คือ ระดับสูง<sup>7</sup>

ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-35 คะแนน โดย 7.00 -16.33 คะแนน คือ มีการรับรู้ระดับต่ำ 16.34 – 25.67 คะแนน คือ ระดับปานกลาง และ 25.68 – 35.00 คะแนน คือ ระดับสูง<sup>7</sup>

ส่วนที่ 5 ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-35 คะแนน โดย 7.00-16.33 คะแนน คือ มีการรับรู้ระดับต่ำ 16.34-25.67 คะแนน คือ ระดับปานกลาง และ 25.68-35.00 คะแนน คือ ระดับสูง<sup>7</sup>

ส่วนที่ 6 ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น

แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-35 คะแนน โดย 7.00-16.33 คะแนน คือ มีการรับรู้ระดับต่ำ 16.34-25.67 คะแนน คือ ระดับปานกลาง และ 25.68 -35.00 คะแนน คือ ระดับสูง<sup>7</sup>

ส่วนที่ 7 การล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13 - 39 คะแนน โดย 13.00-21.67 คะแนน คือ มีการรับรู้ระดับต่ำ 21.68-30.35 คะแนน คือ ระดับปานกลาง และ 30.36 – 39.00 คะแนน คือ รู้ระดับสูง<sup>7</sup>

#### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) จากตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่า มีค่าระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยด้านความรู้ .751 การรับรู้ความรุนแรงของโรค .801 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค .715 ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือเพื่อป้องกันโรค .768 ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค .860 และการล้างมือเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค .913

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขอความร่วมมือให้อาสาสมัครสาธารณสุขช่วยประสานงานในพื้นที่ จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

#### **จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**

การวิจัยเรื่องนี้ได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทรินทร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP-S2563/057

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมประยุกต์ทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูล การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการล้างมือระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate Analysis) เพื่อเลือกตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การได้รับความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือเพื่อป้องกันโรค ความคาดหวังความสามารถของตนเอง ในการป้องกันโรคที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือ การล้างมือด้วยสถิติ t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance: ANOVA) และการทดสอบสหสัมพันธ์ (Correlation Analysis) และใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

(Multiple Linear Regression) เพื่อควบคุมตัวแปรต้นอื่นที่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการล้างมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ Bivariate Analysis กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

## ผลการศึกษา (Results)

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 215 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.52 เพศชาย ร้อยละ 31.48 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.13 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.67 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เคยได้รับความรู้เรื่องการล้างมือจากบุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 89.81

### 2. ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือเพื่อป้องกันโรค

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการล้างมืออยู่ในระดับดีร้อยละ 98.95 รายงานพบว่า การล้างมือหลังจากใช้มือปิดปากเวลาไอหรือจามสามารถลดความเสี่ยงในการนำเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น การล้างมือให้สะอาดต้องล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ และการล้างมือสามารถป้องกันการติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ โรค COVID-19 ตอบถูกต้องร้อยละ 100 เท่ากัน ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ การล้างมือก่อนรับประทานอาหารสามารถป้องกันเชื้อโรคลงไปในอาหารร้อยละ 95.81

### 3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 98.50 รายงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับมากที่สุดในเรื่อง โรค COVID-19 ทำให้สูญเสียทรัพย์สินและขาดรายได้ และโรค COVID-19 เป็นโรคที่ติดจากคนสู่คน คิดเป็นร้อยละ 94.88 รองลงมา คือ อาการของโรคมีความรุนแรงและทำให้คนที่เป็โรคเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 93.95

### 4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 98.0 รายงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับมากที่สุดในเรื่อง การสัมผัสมือกับผู้ที่เป็โรคมีความเสี่ยงต่อการเป็โรค COVID-19 คิดเป็นร้อยละ 94.88 รองลงมา คือ ถ้าชุมชนไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำการป้องกันตนเอง เช่น สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็โรค COVID-19 ได้ง่าย คิดเป็นร้อยละ 94.42

### 5. ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคาดหวังถึงผลของการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 97.60 รายงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังถึงผลของการล้างมือเพื่อป้องกันโรคระดับมากที่สุด

ในเรื่องการล้างมือทุกครั้งหลังสัมผัสสิ่งของหรือสารคัดหลั่ง คิดเป็นร้อยละ 93.99 รองลงมา คือ การล้างมือทุกครั้งหลังการทิ้งขยะ คิดเป็นร้อยละ 93.06

#### 6. ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับมากร้อยละ 97.60 เช่นกัน ราชข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังความสามารถตนเองในการป้องกันโรคระดับมากที่สุดในเรื่อง การใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า เว้นระยะห่างทางสังคมสามารถช่วยป้องกันการเป็นโรค COVID-19 ได้และการหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดสามารถช่วยป้องกันการเป็นโรค COVID-19 ได้ คิดเป็นร้อยละ 93.52 รองลงมา คือ การเปลี่ยนเสื้อผ้าหรืออาบน้ำหลังจากการไปสถานที่ต่าง ๆ สามารถช่วยป้องกันการเป็นโรค COVID-19 ได้ และการหลีกเลี่ยงการสัมผัสตา จมูกและปากสามารถช่วยป้องกันการเป็นโรค COVID-19 ได้ คิดเป็นร้อยละ 92.52

#### 7. การล้างมือเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.0 ราชข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการล้างมือเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเป็นประจำในเรื่อง การล้างมือ

ด้วยน้ำและสบู่หลังจากไปสถานที่สาธารณะต่าง ๆ เช่น เดินทางด้วยระบบขนส่งสาธารณะ ตลาด และการล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังจากไปพบหรือสัมผัสผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 96.74 รองลงมา คือ การล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังจากทิ้งขยะ คิดเป็นร้อยละ 95.35

#### 8. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการล้างมือ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ การได้รับความรู้เรื่องการล้างมือจากอินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เสียงตามสาย และบุคลากรสาธารณสุข ดังตารางที่ 1

#### 9. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19 และ ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือ และความคาดหวังความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.3821, p\text{-value} < 0.0001$ ; $r = 0.2198, p\text{-value} < 0.05$ ; $r = 0.3182, p\text{-value} < 0.0001$ ; $r = 0.5604, p\text{-value} < 0.0001$ ; $r = 0.4519, p\text{-value} < 0.0001$ ) ดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสมการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ เพื่อหาตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนการล้างมือโดยใช้ตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์/เปรียบเทียบระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate analysis) ได้แก่ เพศ การได้รับความรู้เรื่องการล้างมือจากอินเทอร์เน็ต หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ เสียตามสาย บุคลากรสาธารณสุข ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือ ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ตัวแปรดังกล่าวอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตาม คือ การล้างมือ ร้อยละ 56.56 ( $\text{adjusted } R^2 = 0.5656, F_{(11,203)} = 24.02, p\text{-value} < 0.0001$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการล้างมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = -0.2522, p\text{-value} < 0.001$ ) โดยผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีคะแนนการล้างมือลดลง 0.2522 คะแนน ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือเพื่อป้องกันโรคมี

ความสัมพันธ์เชิงบวกกับการล้างมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = 0.5116, p\text{-value} < 0.0001$ ) โดยผู้ที่มีความคาดหวังถึงผลของการล้างมือเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีคะแนนการล้างมือลดลง 0.5116 คะแนน นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับความรู้เรื่องการล้างมือมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการล้างมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = 0.5873, p\text{-value} < 0.001$ ) โดยผู้ที่มีคะแนนเกี่ยวกับการล้างมือเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีคะแนนการล้างมือเพิ่มขึ้น 0.5873 คะแนน การได้รับความรู้เรื่องการล้างมือทางอินเทอร์เน็ต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการล้างมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = 0.6583, p\text{-value} < 0.01$ ) โดยผู้ที่ได้รับความรู้เรื่องการล้างมือทางอินเทอร์เน็ต จะมีคะแนนการล้างมือเพิ่มขึ้น 0.6583 คะแนน การได้รับความรู้เรื่องการล้างมือทางโทรทัศน์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการล้างมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = 1.3970, p\text{-value} < 0.0001$ ) โดยผู้ที่ได้รับความรู้เรื่องการล้างมือทางโทรทัศน์จะมีคะแนนการล้างมือเพิ่มขึ้น 1.3970 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการล้างมือ

ลักษณะประชากร	จำนวน	การปฏิบัติตน	
		Mean $\pm$ SD	p-value
<b>เพศ</b>			0.0443*
ชาย	68	24.69 $\pm$ 2.27	
หญิง	147	10.31 $\pm$ 4.73	
<b>อายุ</b>	215	24.69 $\pm$ 2.27	0.1583
ค่าเฉลี่ย = 41.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.18 ค่าต่ำสุด = 20 ค่าสูงสุด = 59			
<b>การศึกษา</b>			0.0709
ไม่ได้ศึกษา	2	26.00 $\pm$ 0.00	
ประถมศึกษา	89	24.73 $\pm$ 2.42	
มัธยมศึกษา	86	25.24 $\pm$ 1.55	
อนุปริญญา	12	25.42 $\pm$ 1.38	
ปริญญาตรีและสูงกว่า	26	25.85 $\pm$ 0.54	
<b>การได้รับความรู้เรื่องการล้างมือในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา</b>			
อินเทอร์เน็ต	142	25.70 $\pm$ 0.88	<0.0001***
หนังสือพิมพ์	12	25.75 $\pm$ 0.62	0.0064**
วิทยุ	11	25.45 $\pm$ 1.29	0.5523
โทรทัศน์	176	25.49 $\pm$ 1.47	<0.0001***
ป้ายประชาสัมพันธ์	13	24.77 $\pm$ 1.96	0.4936
เสียงตามสาย	75	25.49 $\pm$ 1.21	0.0138*
บุคลากรสาธารณสุข	193	25.21 $\pm$ 1.92	0.0367*

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือ เพื่อป้องกันโรค COVID-19 และความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19

ปัจจัย	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19	0.3821	<0.0001***
การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19	0.2198	0.0012**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19	0.3182	<0.0001***
ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19	0.5604	<0.0001***
ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19	0.4519	<0.0001***

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือกับการล้างมือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19 และความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้างมือ	$\beta$	SE	t	p-value
เพศ	0.0286	0.1975	0.14	0.8850
การได้รับความรู้เรื่องการล้างมือในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา				
อินเทอร์เน็ต	0.6583	0.2096	3.14	0.0019**
หนังสือพิมพ์	0.4954	0.3930	1.26	0.2089
โทรทัศน์	1.3970	0.2577	5.42	<0.0001***
เสียงตามสาย	0.0960	0.1931	0.5	0.6195
บุคลากรสาธารณสุข	-0.1524	0.3195	-0.48	0.6339
ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19	0.5873	0.1687	3.48	0.0006***
การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19	0.0418	0.0356	1.18	0.2411
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19	-0.2522	0.0635	-3.97	0.0001*
ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19	0.5116	0.0601	8.51	<0.0001*
ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19	0.0671	0.0437	1.54	0.1262

## วิจารณ์ (Discussions)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้างมือเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของประชาชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ การได้รับความรู้เรื่องการล้างมือจากอินเทอร์เน็ต หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ เสียงตามสาย และบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการล้างมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thanadol<sup>8</sup> ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการล้างมือโดยนักเรียนหญิงมีความชุกของพฤติกรรมการล้างมือมากกว่านักเรียนชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Samatanet, Wilawan and Nongkran<sup>9</sup> ที่พบว่า ประชาชนได้รับความรู้เรื่องการทำความสะอาดมือในการป้องกันการติดเชื้อจากหลายรูปแบบ และการศึกษาของ Thirawan, Pongsri and Wittawat<sup>10</sup> ที่พบว่า การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนผ่านทางสื่อสาธารณะต่าง ๆ ทั้งสื่อวิทยุ ทีวี และสื่อบุคคล เช่น พยาบาล ผู้นำชุมชน ครู ร่วมกับการให้ความรู้ผ่านสื่อเอกสาร เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร แผ่นพับโปสเตอร์ และจดหมายส่งตรงหรือทางอินเทอร์เน็ตเป็นสิ่งสำคัญ ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ กระตุ้นให้ประชาชนมีการล้างมือด้วยน้ำสะอาดและสบู่หลังปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือเพื่อป้องกันโรค พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับการล้างมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า การล้างมือหลังจากใช้มือปิดปากเวลาไอหรือจามสามารถลดความเสี่ยงในการนำเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น การล้างมือให้สะอาดต้องล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ และการล้างมือสามารถป้องกันการติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ โรค COVID-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ Mila, Thassanee and Kasem<sup>11</sup> ที่พบว่า ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลรู้ สร้างสติปัญญา ทำเป็นและแก้ไขได้อย่างถูกต้อง เมื่อบุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องใดก็จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น ความรู้จึงเป็นฐานการสร้างจิตสำนึกก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์กับการล้างมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาพบว่า โรค COVID-19 ทำให้สูญเสียทรัพย์สินและขาดรายได้ เป็นโรคที่ติดจากคนสู่คน และอาการของโรคมีความรุนแรงและทำให้คนที่ เป็นโรคเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Suchada, Ratana and Somrat<sup>12</sup> ที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความรู้เกี่ยวกับมือเป็นพาหะนำโรคและรับรู้ว่าการล้างมือเป็นวิธีที่ประหยัดที่สุดในการป้องกันโรค และ

ผลการศึกษายังพบว่า การสัมผัสมือกับผู้ที่เป็นโรคมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค COVID-19 และถ้าชุมชนไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำการป้องกันตนเอง เช่น สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค COVID-19 ได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Yildirim M Gecer and Akgul O<sup>13</sup> ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดโรค COVID-19 และการศึกษาของ Chayannan, Sermsri and Chuanruedee<sup>14</sup> ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่เด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กจะเกิดการติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ แต่มีพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ไปในทางบวกตามการรับรู้ อธิบายได้ว่า ถึงแม้แต่ละบุคคลจะรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่อาจมีการคาดคะเนถึงความเป็นไปได้ที่จะเกิดโรคแตกต่างกัน การแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพของแต่ละบุคคลจึงไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน

ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19 และความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์กับการล้างมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความคาดหวังถึงผลของการล้างมือเพื่อป้องกันโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เรื่อง การล้างทุกครั้งหลังสัมผัสสิ่งของหรือสารถหลังและการล้างมือทุกครั้งหลังการทิ้งขยะ ด้านความคาดหวัง

ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพบว่า การใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การเว้นระยะห่างทางสังคมสามารถช่วยป้องกันการเป็นโรค COVID-19 ได้ การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดสามารถช่วยป้องกันการเป็นโรค COVID-19 ได้ การเปลี่ยนเสื้อผ้าหรืออาบน้ำหลังจากไปสถานที่ต่าง ๆ สามารถช่วยป้องกันโรค COVID-19 ได้ และการหลีกเลี่ยงการสัมผัสตา จมูก และปากสามารถช่วยป้องกันการเป็นโรค COVID-19 ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thirawan, Pongsri and Wittawat<sup>10</sup> ที่พบว่า การรับรู้ว่าการล้างมือที่มีประสิทธิภาพต่ำจะทำให้มีโอกาสติดโรคใช้หวัดใหญ่ชนิดเอเพิ่มขึ้นและมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้น โดยในผู้หญิงที่มีการรับรู้ประสิทธิภาพของการล้างมือและความรุนแรงของโรคใช้หวัดใหญ่ชนิดเอจะมีพฤติกรรมการล้างมือบ่อยขึ้น การศึกษาของ Apaporn and Khemika<sup>15</sup> ที่พบว่า ภายหลังจากการให้ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือเพื่อป้องกันโรคทำให้อัตราการล้างมือของนักศึกษาเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาของ Zhong et al<sup>16</sup> ที่พบว่า ประชาชนชาวจีนมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 โดยการสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน

### ข้อยุติ (Conclusions)

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้างมือเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของ

โรค COVID-19 ของประชาชน พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การได้รับความรู้เรื่องการล้างมือจากอินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เสียงตามสาย และบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือ และความคาดหวังความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

#### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. **Information or protection yourself from novel-coronavirus- 2019 ( COVID- 19)** [online] 2020 [cited 2021 July 15]. Available from: <http://ddc.moph.go.th/virulpneumonia/file/introduction/introduction01.pdf> [in Thai].
2. WHO. **Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers** [online] 2020 [cited 2021 July 15]. Available

โรค COVID-19 ความคาดหวังถึงผลของการล้างมือ ความคาดหวังความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักถึงความรุนแรง โอกาสเสี่ยง อุปสรรค และประโยชน์ของการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19 และโรคอื่น ๆ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

#### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

มีการศึกษาความรู้กับการป้องกันโรค COVID-19 การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ของเพศ การได้รับความรู้ ความคาดหวังกับการล้างมือเพื่อป้องกันโรค COVID-19

- from: <http://www.who.int/thailand/emergencies/ noval- coronavirus- 2019/q-a-on-covid-19> [in Thai].
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. **Coronavirus disease ( COVID- 19)** [online] 2020 [cited 2021 July 15]. Available from: [http://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/ind\\_world.php](http://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/ind_world.php) [in Thai].
4. Suphanburi Public Health Office. **The new COVID- 19 epidemic situation.**

- Suphanburi Public Health Office. 2021. [in Thai].
5. Khumsaen N. Knowledge, attitudes and preventive behaviors of COVID-19 among people living in Amphoe Uthong, Suphanburi Province. **Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province** 2021; 4(1):33-48. [in Thai].
  6. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. **Education and Psychological Measurement** 1970; 30(3): 607-610.
  7. Best JW. **Research in education**. (3<sup>rd</sup> ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.; 1977.
  8. Thanainopparat T. **Factors related to hand washing of foreigner school students in Amphoe Mae Sot, Changwat Tak** [ Master of Public Health]. Chiang Mai: Faculty of Public Health, Chiang Mai University; 2014. [in Thai].
  9. Tariyo S, Lertwatthanawilat W, Kaewthummanukul T. Knowledge, attitude and practice of hand hygiene among hospitalized patients. **Nursing Journal** 2019; 46(3): 26-36. [in Thai].
  10. Chaetulanang T, Srimoragot P, Suebchailangka W. Hand hygiene and diseases prevention: Nurse'Role. **Journal of Nursing Science** 2017; 35(1): 4-12. [in Thai].
  11. Issarasongkhram M, Boonprakong T, Chunkao K. Hand washing behavior of child caregivers in the preschool child development center at Bangkok. **KKU Research Journal ( Graduate Study)** 2017; 17(2): 9-18. [in Thai].
  12. Kaewchana S, Somrongthong R, Lermaharit S. Perception toward hand washing among caregivers in Thai household with influenza infected child, Bangkok, Thailand: a qualitative study. **Chula Med Journal** 2010; 54(2): 177-185. [in Thai].
  13. Yildirim M, Gecer E, Akgul O. The impacts of vulnerability, perceived risk and fear on preventive behaviors against COVID-19. **Psychology, Health & Medicine** 2021; 26(1): 35-43.
  14. Jaide C, Santati S, Kongsaktrakul C. Factors related to child care workers' behavior in prevention of acute respiratory infection in child care centers. **Rama Nurs Journal** 2012; 18(3): 389-403. [in Thai].
  15. Kitsanapun A, Yamarat K. Evaluating the effectiveness of the "Germ-Free Hands" intervention for improving the

- hand hygiene practices of public health students. **Journal of multidisciplinary healthcare** 2019; 12: 533-541.[in Thai].
16. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, Li Y. Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. **International Journal of Biological Sciences** 2020; 16(10): 1745-1752.

# ปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรของสตรีมีครรภ์วัยรุ่นในจังหวัด เชียงราย

พุทธชาติ แก้วยา\*, ศิลปชัย ฝั้นพะยอม\*\*, นภกร อิตุพร\*, อัยย์ซาร์ สุขเกษม\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความกลัวการคลอดบุตร และปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอายุครรภ์ 34 - 40 สัปดาห์ อายุไม่เกิน 20 ปี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ในจังหวัดเชียงราย จำนวน 150 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความกลัวการคลอดบุตรรูปแบบเอ ของ วิจมา และคณะ แปลเป็นภาษาไทย โดย กชกร ตัมพวิบูล แบบสอบถามความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ และคณะ แปลเป็นภาษาไทย โดย ดาราวรรณ ต๊ะปันทา แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ โรเซนเบิร์ก แปลเป็นภาษาไทย โดย จิราวรรณ นิรมิตภาษ และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ จิราวรรณ นิรมิตภาษ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94, 0.90, 0.87 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.70) มีความกลัวการคลอดบุตรอยู่ในระดับรุนแรง ( $\bar{X} = 76.98$ , S.D. = 7.87) 2) ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ และความวิตกกังวลประจำบุคคล สามารถร่วมกันทำนายความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์วัยรุ่นได้อย่างเหมาะสมที่ร้อยละ 27.80

**คำสำคัญ:** ความกลัวการคลอดบุตร, ปัจจัยทำนาย, สตรีมีครรภ์วัยรุ่น, ระยะตั้งครรภ์, การถดถอยพหุคูณ

\*คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

\*\*วิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

Corresponding Author: Sillapachai Fhunpayom. E-mail: sillapachai.f@psru.ac.th

Received 06/01/2022

Revised 07/02/2022

Accepted 14/03/2022

## FACTORS PREDICTING FEAR OF CHILDBIRTH AMONG ADOLESCENT PREGNANT WOMEN IN CHIANG RAI PROVINCE

*Puttachard Kaewya\**, *Sillapachai Fhunpayom\*\**, *Natakorn I-Tuporn\**, *Aysha Sukasem\**

### ABSTRACT

The purpose of this predictive correlation research was to explore fear of childbirth among adolescent pregnant women in Chiang Rai Province and predictive factors. The samples included 150 adolescent pregnant women with gestational age 37 to 40 weeks, age below 20 years old, and uncomplications during pregnancy who attended the prenatal clinic of three community memorial hospitals in Chiang Rai Province. The samples were selected by using the convenience sampling method based on the inclusion criteria. The research tools were the personal information questionnaire, the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire [W-DEQ] version A by Wijma et al., translated into Thai by Tampawiboon; the State-Trait Anxiety Inventory [STAI] form Y by Spielberger et al., translated into Thai by Thapinta; the Self-esteem Scale by Rosenberg, translated into Thai by Sumlek and modified by Niramitpasa; and the Social Support Questionnaire developed by Yainontad and modified by Niramitpasa. The reliability of the W-DEQ version A, the STAI form Y, the Self-esteem Scale, and the Social Support Questionnaire, using Cronbach's alpha coefficient, were 0.94, 0.90, 0.87, and 0.94, respectively. Descriptive statistics and multiple regression analysis were used to analyze the data.

The results revealed that 1) a percentage of 74.70 adolescent pregnant women had a severe fear of childbirth ( $\bar{X} = 76.98$ , S.D. = 7.87). 2) state anxiety and trait anxiety were able to appropriately predict fear of childbirth at a percentage of 27.80.

**Keywords:** Fear of childbirth, Predictive factor, Adolescent Pregnant women, Antepartum, Multiple regression

---

\*Faculty of Nursing, Chiang Rai College

\*\*College of nursing, Pibul songkram Rajabath University

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ความกลัวการคลอดบุตรเป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ที่เกี่ยวข้องเฉพาะกับการคลอดบุตรที่สตรีมีครรภ์ไม่สามารถคาดเดาและควบคุมได้<sup>1</sup> สตรีมีครรภ์จะมีความกลัวการคลอดบุตรทุกไตรมาส และความกลัวการคลอดบุตรจะเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น<sup>2</sup> ส่งผลกระทบต่อสตรีร่างกายและจิตใจของสตรีมีครรภ์ โดยในระยะตั้งครรภ์เมื่อเกิดความกลัวการคลอดบุตร สตรีมีครรภ์จะรู้สึกขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถตนเองในการคลอดบุตร ทั้งนี้ ความกลัวการคลอดบุตรของสตรีมีครรภ์แต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกัน จากการศึกษาความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรกจำนวน 30,480 ราย พบว่า อายุของสตรีมีครรภ์มีความเกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีมีครรภ์ที่มีอายุน้อย<sup>3</sup> อาจเนื่องมาจากร่างกายและจิตใจของสตรีมีครรภ์ที่อายุน้อยหรือสตรีมีครรภ์วัยรุ่นยังไม่พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ ทำให้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นตามวุฒิภาวะ<sup>4</sup> เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด สตรีมีครรภ์วัยรุ่นมักกลัวความเจ็บปวดในระยะคลอดกลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวในห้องคลอด และกลัวบุคลากรในห้องคลอด<sup>5</sup> ส่งผลให้สตรีมีครรภ์วัยรุ่นอาจควบคุมตนเองไม่ได้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดสูงขึ้น ทนต่อความ

เจ็บปวดในระยะคลอดได้น้อย และทำให้ต้องใช้ยาบรรเทาปวดในระหว่างรอคลอด<sup>6</sup> ซึ่งพบว่า สตรีมีครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 43.08 มีความกลัวการคลอดบุตรอยู่ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก และร้อยละ 31.54 อยู่ในระดับปานกลาง<sup>7</sup> ผลจากความกลัวทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนแคทีโคลามีน (catecholamine) ไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก กลายเป็นวงจรของกลุ่มอาการความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด (fear-tension-pain syndrome) ทำให้กล้ามเนื้อหดตัวอย่างรุนแรงแต่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดความเจ็บปวดที่รุนแรงและยาวนานเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 1.14 ชั่วโมง และส่งผลให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน ความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ยังส่งผลกระทบต่อเกิดการคลอดทางลบ เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะผิดปกติด้านจิตใจหลังเผชิญความเครียด (posttraumatic stress disorder [PTSD])<sup>8</sup>

เซียสโตและฮาลมัสมากิ<sup>6</sup> พบว่า การกลัวการคลอดบุตรมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ การกลัวความเจ็บปวด ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอด กลัวการเป็นบิดามารดาในอนาคต ความพึงพอใจในคู่สมรส และปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และ

ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการตั้งครุฑและการคลอต ความไม่แน่นอนทางด้านเศรษฐกิจ นอกจากนี้ การกลัวการคลอตบุตรยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ ระดับการศึกษา ประวัติทางด้านจิตเวชก่อนการตั้งครุฑ<sup>6</sup> เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความกลัวการคลอตบุตร โดยเป็นการศึกษาในสตรีมีครรภ์ชาวตุรกี จำนวน 660 ราย<sup>9</sup> และการศึกษาของไรดิ้ง และคณะ ที่ทำการศึกษาในสตรีมีครรภ์ อายุครรภ์ 34-37 สัปดาห์ และสตรีหลังคลอด 1 สัปดาห์ จำนวน 177 ราย พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความกลัวการคลอตบุตร<sup>1</sup> สำหรับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการศึกษาความกลัวการคลอต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอตของสตรีมีครรภ์วัยรุ่นในไตรมาสที่ 3 ของจิราภรณ์ ปราบดิน, ศศิธร พุ่มดวง และเบญญาภา อธิมา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการคลอตบุตร ( $r = -0.316$ )<sup>7</sup> เช่นเดียวกันกับการศึกษาในประเทศฟินแลนด์ ที่ทำการศึกษาในสตรีมีครรภ์และคู่สมรส จำนวน 278 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดความกลัวการคลอตบุตรทางช่องคลอด<sup>3</sup> ในส่วนของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางด้านสังคมที่มีผลต่อความกลัวการคลอตบุตร จาก

การศึกษาในประเทศแคนาดา พบว่า สตรีที่ได้รับแรงสนับสนุนและการช่วยเหลือน้อยจะมีความกลัวการคลอตบุตรอยู่ในระดับรุนแรง<sup>10</sup> และการศึกษาในสตรีมีครรภ์ชาวไทย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมทำนายความกลัวการคลอตบุตรได้ร้อยละ 28.00 โดยในสตรีมีครรภ์วัยรุ่นพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการคลอตบุตร ( $r = -0.205$ )<sup>7</sup>

จากที่กล่าวมาข้างต้น การศึกษาความกลัวการคลอตบุตรส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในสตรีมีครรภ์ทั่วไปและสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงในต่างประเทศ การศึกษาความกลัวการคลอตบุตรในสตรีมีครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทยยังมีน้อย และยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความกลัวการคลอตบุตรในกลุ่มสตรีมีครรภ์วัยรุ่น ทั้งนี้ สตรีมีครรภ์วัยรุ่นมักขาดประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครุฑและการคลอต ทำให้ไม่สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตได้ เมื่อเปรียบเทียบความกลัวการคลอตบุตรระหว่างสตรีมีครรภ์วัยรุ่นกับสตรีมีครรภ์ผู้ใหญ่พบว่าสตรีมีครรภ์วัยรุ่นมีความกลัวการคลอตบุตรมากกว่า โดยสตรีมีครรภ์ผู้ใหญ่มีความกลัวการคลอตบุตรอยู่ในระดับรุนแรงเพียงร้อยละ 39.00<sup>11</sup> ในขณะที่สตรีมีครรภ์วัยรุ่นพบถึงร้อยละ 43.08<sup>7</sup> ดังนั้น การศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวการคลอตบุตรในสตรีมีครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรง

สนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของเซียสโต และฮาลมีสมากิ<sup>6</sup> จะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์วัยรุ่น และปัจจัยที่น่าจะทำนายความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์วัยรุ่นได้ เพื่อจะได้นำข้อมูลไปวางแผนการดูแลสตรีมีครรภ์วัยรุ่นในการลดความกลัวการคลอดบุตรอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์วัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม

### วิธีการศึกษา (Method)

#### 1. วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation research) เพื่อศึกษาความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์วัยรุ่น และปัจจัยทำนาย

#### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร เป็นสตรีมีครรภ์วัยรุ่น อายุไม่เกิน 20 ปี ที่มาใช้บริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนกันยายน 2561 - เดือนสิงหาคม 2562

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1 กำหนดการทดสอบ F test แบบ Linear multiple regression: Fixed model, R<sup>2</sup> deviation from zero โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .95 การประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .15 และจำนวนตัวทำนาย (number of predictors) 4<sup>12</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 129 ราย และได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้ใกล้เคียงกับการศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรในสตรีหลังคลอด<sup>13</sup> และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ร้อยละ 20 รวมทั้งสิ้น 155 ราย โดยผู้วิจัยจับฉลากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 3 แห่ง เพื่อทำการศึกษา และเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

- 1) อายุครรภ์ 34 – 40 สัปดาห์
- 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์
- 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

#### 3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ คู่สมรส ลักษณะครอบครัว อายุครรภ์ การวางแผนการมีบุตร และความคาดหวังถึงวิธีการคลอด

3.2 แบบวัดความกลัวการคลอดบุตร ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้/ประสบการณ์การคลอดบุตร (The Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire [W-DEQ]) รูปแบบเอ ของวิจมา และคณะ แปลเป็นภาษาไทย โดย กชกร ตัมพวิบูลย์<sup>14</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 33 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก และเชิงลบ จำนวน 19 ข้อ และ 14 ข้อ ตามลำดับ โดยคำตอบเป็นมาตราวัด 6 ระดับ เริ่มจากไม่มี (0) จนถึงมากที่สุด (5) สำหรับข้อความเชิงบวก ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 165 คะแนน การแปลผลคะแนนตามการแบ่งช่วงอันตรายภาคชั้น 4 ระดับ คือ ผลคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการคลอดบุตรระดับเล็กน้อย ผลคะแนนรวมอยู่ในช่วง 38 – 65 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการคลอดบุตรระดับปานกลาง ผลคะแนนรวมอยู่ในช่วง 66 – 83 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรง และผลคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 84 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรงมาก โดยแบบวัดความกลัวการคลอดบุตรมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับสตรีมีครรภ์ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 รายค่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94

3.3 แบบสอบถามความวิตกกังวล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวล (The State - Trait Anxiety Inventory [STAI] from Y) ของสปีลเบอร์กอร์และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดยดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา<sup>15</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1) แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ หรือ state anxiety, A-state (STAI from Y-1) ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงความวิตกกังวลในทางบวก และทางลบ อย่างละ 10 ข้อ โดยคำตอบเป็นการประมาณค่าแบบลิเกิต 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (4) จนถึงมากที่สุด (1) สำหรับข้อคำถามทางบวก ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20 – 80 คะแนน

2) แบบสอบถามความวิตกกังวลประจำบุคคล หรือ trait anxiety, A-trait (STAI from Y-2) ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงความวิตกกังวลในทางบวก และทางลบ จำนวน 11 ข้อ และ 9 ข้อ ตามลำดับ โดยคำตอบและการให้คะแนนเช่นเดียวกับแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์

การแปลผลคะแนน ทั้ง 2 ส่วน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ช่วงคะแนน 20 – 40 คะแนน แสดงว่า วิตกกังวลระดับเล็กน้อย ช่วงคะแนน 41 – 60 คะแนน แสดงว่า วิตกกังวลระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 61 – 70

คะแนน แสดงว่า วิตกกังวลระดับรุนแรง และ ช่วงคะแนน 71 – 80 คะแนน แสดงว่า วิตกกังวลระดับต้นกั้วสุดขีด

โดยแบบสอบถามความวิตกกังวลมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับสตรีมีครรภ์ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายค่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90

3.4 แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (The Self-esteem Scale) ของโรเซนเบิร์ก แปลเป็นภาษาไทย โดย สุพรรณิษฐ์เล็ก และได้รับการปรับปรุงโดยจิราวรรณ นิรมิตภาษ<sup>16</sup> เป็นแบบวัดจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก และเชิงลบ อย่างละ 5 ข้อ โดยคำตอบเป็นการประมาณค่าแบบลิเกิต 4 ระดับ คือ ตลอดเวลา (4) จนถึงไม่เคย (1) สำหรับข้อคำถามเชิงบวก ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 – 40 คะแนน

การแปลผลคะแนนใช้คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 4.00 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.99 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ, คะแนนเฉลี่ย 2.00 – 2.99 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.00 - 4.00 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง

โดยแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 และผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับสตรีมีครรภ์ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายค่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87

3.5 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของเฮาส์โดยกฤติกาพร โยโนนตาด และได้รับการปรับปรุงโดยจิราวรรณ นิรมิตภาษ<sup>16</sup> เป็นแบบวัดจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก และเชิงลบ จำนวน 17 ข้อ และ 3 ข้อ ตามลำดับ โดยคำตอบเป็นการประมาณค่าแบบลิเกิต 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5) จนถึงไม่จริง (1) สำหรับข้อคำถามเชิงบวก ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20 – 100 คะแนน

การแปลผลคะแนนใช้คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 5.00 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย, คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

โดยแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 และผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับสตรีมีครรภ์ที่มีลักษณะ

เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 รายค่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัย เชียงราย เลขที่ EC072018002 และ คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขรับรอง CRPPHO 57/2561 ได้มีการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยอธิบาย วัตถุประสงค์ การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วม วิจัยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา ค่าตอบ และข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ การ นำเสนอขอข้อมูลในภาพรวม ไม่ระบุชื่อ- นามสกุล การวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่มี ความเสี่ยงหรืออันตรายใด ๆ กลุ่มตัวอย่าง สามารถยกเลิกการตอบแบบสอบถาม โดย ไม่ต้องระบุเหตุผล และให้กลุ่มตัวอย่าง ผู้ปกครอง และพยานลงลายมือชื่อในแบบให้ การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ ระหว่างการ รวบรวมข้อมูลพบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 ราย มีคะแนนความกลัวการคลอดบุตรใน ระดับรุนแรงมาก ผู้วิจัยได้อธิบายและส่งต่อ ผลการประเมินเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน ดังกล่าวได้รับการดูแลจากพยาบาลผดุง ครรภ์ นักจิตบำบัด และแพทย์เฉพาะทางด้าน สูติกรรมต่อไป โดยผู้วิจัยขออนุญาตรวบรวม ข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่ม

ตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้น จึง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ที่นำมา วิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 150 ชุด (คิดเป็น ร้อยละ 96.77) จากจำนวน 155 ชุด

#### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความ กลัวการคลอดบุตร ความวิตกกังวลต่อ สถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรง สนับสนุนทางสังคม โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยดังกล่าวกับความกลัวการคลอดบุตร ใช้สถิติของสเปียร์แมน เนื่องจากการแจกแจง ข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ และหาอำนาจการ ทำนายของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ กลัวการคลอดบุตรด้วยการวิเคราะห์ถดถอย พหุคูณ

### ผลการศึกษา (Results)

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุ 15 – 19 ปี ( $\bar{X}$  = 17.50, S.D. = 1.27) อายุที่พบมากที่สุด คือ 19 ปี (ร้อยละ 18.67) ส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.67) การศึกษา ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 65.33) ไม่ได้ ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 29.33) ไม่ได้วางแผน

การตั้งครรรภ์ (ร้อยละ 65.33) ส่วนใหญ่วางแผนคลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ 68.00) และเข้าร่วมโครงการโรงเรียนพ่อแม่ทุกคน สำหรับด้านครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 63.33) มีจำนวนสมาชิกครอบครัวเฉลี่ย 3 - 4 คน รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 20,277.00 (S.D. = 5986.50) บาท กลุ่มรายได้ที่พบมากที่สุด คือ 10,000 – 19,000 บาท (ร้อยละ 44.00) และมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตของครอบครัว (ร้อยละ 85.33)

**ส่วนที่ 2 ความกลัวการคลอดบุตร**

สตรีมีครรภ์วัยรุ่น จำนวน 150 ราย มีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดบุตร เท่ากับ 76.98 (S.D. = 7.87) คะแนน เมื่อจัดกลุ่มตามระดับความกลัวการคลอดบุตรพบว่า สตรีมีครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรง (ร้อยละ 74.70) รองลงมา คือ ระดับรุนแรงมาก (ร้อยละ 16.00) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 9.30) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและสูงสุดของระดับความกลัวการคลอดบุตร (n=150)

ความกลัวการคลอดบุตร	จำนวน: ราย (ร้อยละ)
คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 76.98 (S.D. = 7.87) คะแนน	
คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 55.00 คะแนน	
คะแนนสูงสุด เท่ากับ 98.00 คะแนน	
ระดับเล็กน้อย (0 – 37 คะแนน)	0 (0.00)
ระดับปานกลาง (38 – 65 คะแนน)	14 (9.30)
ระดับรุนแรง (66 – 83 คะแนน)	112 (74.70)
ระดับรุนแรงมาก (84 – 165 คะแนน)	24 (16.00)

**ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตร**

จากการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์วัยรุ่น จำนวน 150 ราย ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 88.70) ความวิตกกังวลประจำบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 90.00) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

(ร้อยละ 62.70) และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80.00) โดยพบว่าความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และสูงสุดของความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำตัวบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับความกลัวการคลอดบุตร (n=150)

ปัจจัย	จำนวน: ราย (ร้อยละ)	P-value
<b>1. ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (<math>\bar{X}</math> = 54.85, S.D. = 4.48, Min = 44, Max = 67)</b>		<b>&lt; .001*</b>
- ระดับต่ำ	133 (88.70)	
- ระดับสูง	17 (11.30)	
<b>2. ความวิตกกังวลประจำบุคคล (<math>\bar{X}</math> = 53.29, S.D. = 4.71, Min = 36, Max = 62)</b>		<b>.002*</b>
- ระดับเล็กน้อย	5 (3.30)	
- ระดับปานกลาง	135 (90.00)	
- ระดับรุนแรง	10 (6.70)	
- ระดับตื่นกลัวสุดขีด		
<b>3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (<math>\bar{X}</math> = 2.76, S.D = 0.36, Min = 1.50, Max = 3.40)</b>		<b>.001*</b>
- ระดับต่ำ	9 (6.00)	
- ระดับปานกลาง	94 (62.70)	
- ระดับสูง	47 (31.30)	
<b>4. การสนับสนุนทางสังคม (<math>\bar{X}</math> = 3.50, S.D = 0.28, Min = 2.30, Max = 4.35)</b>		<b>.093</b>
- ระดับต่ำ	3 (2.00)	
- ระดับปานกลาง	120 (80.00)	
- ระดับสูง	27 (18.00)	

\* Spearman rank correlation coefficient test at P-value < .05

**ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตร**

สำหรับปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์วัยรุ่น พบว่า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวล

ประจำบุคคล และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถทำนายความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 16.80, 14.30 และ 13.20 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์และ

ความวิตกกังวลประจำบุคคลสามารถร่วมกันทำนายความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์วัยรุ่นได้อย่างเหมาะสมที่ร้อยละ 27.80 อย่างไรก็ตาม ทั้ง 3 ปัจจัยสามารถร่วมกัน

ทำนายความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 35.70 แต่ไม่มีความเหมาะสม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 โมเดลการทำนายความกลัวการคลอดบุตรของสตรีมีครรภ์วัยรุ่น โดยปัจจัยคัดสรร (n=150)

โมเดล	ปัจจัยทำนาย ความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ วัยรุ่น	ความเหมาะสม (Goodness-of-fit)	อำนาจ การทำนาย (ร้อยละ) (R-Square)
1	ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์	.682*	16.80
2	ความวิตกกังวลประจำบุคคล	.825*	14.30
3	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.757*	13.20
4	ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล	.257*	27.80
5	ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.021	27.00
6	ความวิตกกังวลประจำบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.613*	23.10
7	ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	< .001	35.70

\* Pearson Chi-Square test at  $P$ -value > .05

### วิจารณ์ (Discussions)

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย ดังนี้

#### 1. ความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์วัยรุ่น

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความกลัวการคลอดบุตร โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดบุตรเท่ากับ 76.98 (S.D. = 7.87) คะแนนส่วนใหญ่มีความกลัวการคลอดบุตรระดับ

รุนแรง (ร้อยละ 74.70) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่มีอายุเฉลี่ย 17.50 ปี เป็นช่วงวัยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะทางอารมณ์ การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤต โดยเฉพาะการตั้งครรรภ์ได้น้อย มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์สูง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การตั้งครรรภ์ จึงจินตนาการถึงการคลอดเป็นเรื่องน่ากลัว<sup>4</sup> ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรรภ์ (ร้อยละ 65.33) จึงอาจไม่ได้เตรียมตัวก่อนการตั้งครรรภ์ รับรู้เกี่ยวกับการคลอดทางด้านลบ ส่งผลให้คิดและจินตนาการเกี่ยวกับการคลอดเป็นสถานการณ์ที่ยากลำบาก จึงเกิดความกลัวการคลอดบุตร เนื่องจากกลัวความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด กลัวถูกทิ้งให้อยู่คนเดียว และกลัวบุคลากรในห้องคลอด ดังการศึกษาของลูเซน เฮดการ์ด และโจแฮนเซน<sup>3</sup> ที่พบว่าสตรีมีครรรภ์อายุน้อย และมีภาวะเสี่ยงสูงมีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรง และการศึกษาของจิราภรณ์ ปราบดิน, ศศิธร พุ่มดวง และเบญญาภา ธิติมา<sup>7</sup> พบว่า สตรีมีครรรภ์วัยรุ่นในไตรมาสที่ 3 มีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก (ร้อยละ 43.08) นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 65.33) ทำให้มีกระบวนการคิดและโอกาสที่จะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรรภ์และการคลอดด้วยตัวเองจำกัด จึงมีความกลัวการคลอดบุตรอยู่ในระดับรุนแรง

และรุนแรงมาก ดังเช่นการศึกษาของนิโคล ดานา และคาทริน<sup>17</sup> พบว่า รายได้ และระดับการศึกษา มีผลต่อระดับความกลัวการคลอดบุตร

## 2. ปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรรภ์วัยรุ่น

ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ความวิตกกังวลประจำบุคคล และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถทำนายความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 16.80, 14.30 และ 13.20 ตามลำดับ และเมื่อร่วมกันทำนาย ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์กับความวิตกกังวลประจำตัวบุคคล (โมเดล 4) สามารถทำนายความกลัวการคลอดบุตรได้ดีที่สุด (ร้อยละ 27.80) และความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (โมเดล 6) ทำนายความกลัวการคลอดบุตรได้รองลงมา (ร้อยละ 23.10) สามารถอธิบายได้ว่า

ความวิตกกังวล และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตรตามแนวคิดของเซียสโตและฮาลมิสมากิ<sup>6</sup> แสดงให้เห็นว่าสตรีมีครรรภ์วัยรุ่นที่มีความวิตกกังวลประจำตัวสูงย่อมส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เพิ่มขึ้น มีผลทำให้เกิดความกลัวการคลอดบุตรเพิ่มขึ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวสูง มักประเมินผลกระทบจากเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่อาจเข้ามากระทบสูงกว่าความสามารถของตนเอง

โดยเฉพาะวัยรุ่นที่เป็นวัยเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ เปลี่ยนบทบาทจากวัยรุ่นเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา<sup>11</sup> การขาดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย ขาดประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์ด้านลบจากบุคคลอื่น ส่งผลให้สตรีมีครรภ์วัยรุ่นเกิดความวิตกกังวล<sup>18</sup> จากสถานการณ์เหล่านี้สตรีมีครรภ์วัยรุ่นจะประเมินศักยภาพที่จะเผชิญการคลอดที่จะเกิดขึ้นเป็นภัยคุกคาม ส่งผลให้เกิดความกลัวการคลอดบุตร ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของไรดิง และคณะ<sup>1</sup> พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตร

สำหรับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นทัศนคติเกี่ยวกับความพอใจ ไม่พอใจในตนเอง และการยอมรับนับถือ โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองส่งผลให้บุคคลมีเป้าหมายและความสามารถกับเผชิญปัญหาได้<sup>19</sup> สตรีมีครรภ์วัยรุ่นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอด ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้าร่วมโครงการโรงเรียนพ่อแม่ ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด และมีการวางแผนที่จะคลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ 68.00) ทำให้เกิดความมั่นใจเมื่อต้องเผชิญกับการคลอด จึงทำให้ความกลัวการคลอดบุตรลดลง ดังการศึกษาของจิราภรณ์ ปราบดิน, ศศิธร พุ่มดวง และ

เบญญาภา ธิติมาพงษ์<sup>7</sup> พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการคลอดบุตรของสตรีมีครรภ์วัยรุ่นในไตรมาสที่ 3 และใกล้เคียงกับการศึกษาของพุทธชาติ แก้วยา และศิลาปะชัย ผึ้งพะยอม<sup>20</sup> พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความกลัวการคลอดบุตร

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายความกลัวการคลอดบุตรได้ แตกต่างจากการศึกษาของจิราภรณ์ ปราบดิน, ศศิธร พุ่มดวง และเบญญาภา ธิติมาพงษ์<sup>7</sup> และการศึกษาของเชียสโต และฮาลมิสมากิ<sup>6</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความกลัวการคลอดบุตรได้ อาจเนื่องมาจากปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยด้านสังคมซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80.00) ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.67) และมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตของครอบครัว (ร้อยละ 85.33) แสดงให้เห็นว่าสตรีมีครรภ์วัยรุ่นได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับหนึ่ง แต่ความกลัวการคลอดบุตรยังอยู่ในระดับรุนแรง ( $\bar{X} = 76.98, S.D. = 7.87$ ) อาจส่งผลให้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตรตั้งแต่แรก ต่างจากความวิตกกังวลและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่อยู่ในระดับ

ปานกลาง ซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตวิทยาที่สตรีมีครรภ์วัยรุ่นอาจไม่มีความมั่นใจทำให้ไม่กล้าเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติของชีวิตได้ จึงมีความสัมพันธ์กับการกลัวการคลอดบุตรและสามารถเป็นปัจจัยทำนายได้

### ข้อยุติ (Conclusions)

การศึกษาครั้งนี้พบว่า สตรีมีครรภ์วัยรุ่นทุกคนมีความกลัวการคลอดบุตรโดยอยู่ในระดับรุนแรง ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความกลัวการคลอดบุตรได้ โดยความวิตกกังวลต่อสถานการณ์กับความวิตกกังวลประจำบุคคลสามารถร่วมกันทำนายความกลัวการคลอดบุตรได้ดีที่สุด

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์วัยรุ่นทุกราย และควรมีการวางแผนการดูแลหรือส่งต่อในรายที่มีความกลัวการคลอดบุตรในระดับสูง เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Ryding EL, Wirfelt E, Wångborg IB, Sjögren B, Edman G. Personality and

2. ความกลัวการคลอดบุตรของสตรีมีครรภ์วัยรุ่น เป็นส่วนหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนด้านการผดุงครรภ์ เพื่อให้เกิดการตระหนักเกี่ยวกับการดูแลทางด้านจิตสังคมของสตรีมีครรภ์วัยรุ่น

3. ควรทำการศึกษา พัฒนาแนวทางการลดความกลัวการคลอดบุตรโดยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในสตรีมีครรภ์วัยรุ่น รวมถึงการพัฒนาแนวทางการลดความวิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การศึกษาความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทยมีน้อย การศึกษานี้พบว่า ในระยะตั้งครรภ์ สตรีมีครรภ์วัยรุ่นที่มีความวิตกกังวล และรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตวิทยาเพียงปัจจัยเดียวที่เกี่ยวข้องและสามารถทำนายความกลัวการคลอดบุตรที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอดได้

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ วิทยาลัย เชียงรายที่ได้ให้การสนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้

fear of childbirth. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86(7): 814-820.

2. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth* 2002; 29(2): 101-111.
3. Laursen M, Hedegaard M, Johansen, C. Danish National Birth Cohort. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG* 2008; 115(3): 354-360.
4. Saul DJ. Promoting a positive childbirth experience for adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2010; 39(6) : 703-712.
5. Panyoi P, Phumdoung S, Thiptampong B. Fear of childbirth and coping strategies of adolescent pregnant woman. *Journal of Nursing Science & Health* 2015; 38(4): 35-43. [in Thai].
6. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmäki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG* 2001; 108(5): 492-498.
7. Pradin J, Phumdoung S, Thitimapong B. Fear of childbirth among pregnant teenagers in the third trimester and its related factors. *Journal of Nursing Science & Health* 2017; 40(2): 96-106. [in Thai].
8. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild, A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 Women with intended vaginal delivery. *BJOG* 2012; 119(10): 1238-1246.
9. Körükcü Ö, Fırat M, Kukulü K. Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 467-470.
10. House JS. *Work Stress and Social Support*. MA: Addison-Wesley; 1981.
11. Kittisakchai T, Sansiriphun N, Kantaruksa K. Fear of childbirth in pregnant woman and related factors. *Nursing journal* 2013; 40(supplement) : 12-21. [in Thai].
12. Worapongsatorn T, Worapongsatorn S. Sample size by G\*Power. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health* 2018; 41(2): 11-21. [in Thai].
13. Phoeiklang P, Parisunyakul S, Sansiriphun N. Factors predicting fear of childbirth among postpartum women. *Nursing Journal* 2016; 43(4): 45-54. [in Thai].

14. Tampawiboon K. **Effect of childbirth preparation on fear, labor pain coping behaviors, and childbirth satisfaction in primiparous** [Unpublished master's thesis]. Bangkok: University of Mahidol; 2005. [in Thai].
15. Thapinta D. **Reduction of anxiety of staff nurses working with AIDS Patients through cognitive restructuring and mindfulness training** [ Unpublished master' s thesis] . Bangkok: Chulalongkorn University; 1991. [in Thai].
16. Niramitpasa J. **Personal factors, self-esteem, social support, and psychosocial adjustment women with advanced age** [Unpublished master's thesis]. Bangkok: University of Mahidol; 2008. [in Thai].
17. Fairbrother N, Thordarson DS, Stoll K. Fine tuning fear of childbirth: the relationship between Childbirth Fear Questionnaire subscales and demographic and reproductive variables. **J Reprod Infant Psychol** 2018; 36(1): 15-29.
18. Muangpin S, Tiansawad S, Kantaruksa K, Yimyam S, Vonderheid SC. **Northeastern Thai Adolescents' Perception of Unmarried and Pregnancy. Pacific Rim International Journal of Nursing Research** 2010; 14(2): 149-161.
19. Soomlek S. **A causal model of maternal role mastery among first time mother** [ Unpublished doctor dissertation]. Bangkok, University of Mahidol; 1995.
20. Kaewya P, Funpayom S. **Fear of childbirth among adolescent postpartum mothers and related factors. Nursing Journal** 2018; 45(4): 26-36. [in Thai].

## ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร

ปรเมนทร์ นิลผาย\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลคำชะอี จำนวน 119 ราย สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.82 สถานภาพสมรส ร้อยละ 79.83 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.91 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 73.11 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1-5 ปี ร้อยละ 37.82 กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับระดับพอใช้ ร้อยละ 66.39 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 77.31 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.01$ )

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

---

\*โรงพยาบาลคำชะอี

Corresponding author: Paramain Ninlapai Email: ninlapai441122@gmail.com

Received 10/01/2022

Revised 14/02/2022

Accepted 14/03/2022

**THE ASSOCIATION BETWEEN HEALTH LITERACY AND HEALTH CARE BEHAVIORS AMONG TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS, KHAMCHA-I DISTRICT, MUKDAHAN PROVINCE**

*Paramain Ninlapai \**

**ABSTRACT**

This cross-sectional study aims to determine the association between health literacy and health care behaviors among type 2 diabetes mellitus patients. A simple random sampling was conducted to obtain 119 type 2 diabetes mellitus patients registered in the chronic disease clinic in Khamcha-i hospital. Data was collected by the interview questionnaire of health literacy for type 2 diabetes mellitus patients. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, the Pearson product-moment correlation coefficient. The results revealed that 71.43% of participants were female and 58.82% had over the age of 60. 79.83% of participants were married, 68.91% had received primary school education, 73.11% were farmers and 37.82% had a diabetes duration of 1-5 years. 66.39% of diabetic patients had a middle level of health literacy, and 77.31% had a middle level of health care behaviors. The level of health literacy related to health care behaviors with statistical significance at p-value 0.01.

**Keywords:** health literacy, type 2 diabetes mellitus, health care behaviors

---

*\*Khamcha-i hospital*

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

วิถีชีวิตแบบเนือยนิ่ง โรคอ้วนและอายุที่มากขึ้นนำมาซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ 2564 ประเทศไทย มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ 490.71 ต่อแสนประชากร<sup>1</sup> ส่วนเขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดมุกดาหาร และอำเภอคำชะอี มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ 517.21 517.94 และ 621.01 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนผลการดำเนินงานความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อของ คปสอ. คำชะอี ปีงบประมาณ 2564 พบว่าการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานไม่ผ่านเป้าหมาย 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน  $\geq 60\%$  (ผลงาน ร้อยละ 23.74) 2) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ไม่เกินร้อยละ 1.85 (ผลงาน ร้อยละ 3.15) 3) ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 40% (ผลงานร้อยละ 27.69) 4) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c  $\geq 80\%$  ผลงานร้อยละ 70 5) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง  $\geq 80\%$  ผลงานร้อยละ 73.99<sup>2</sup> เนื่องจากโรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญกับโรคไปตลอดชีวิต การดูแลตนเองของผู้ป่วย จึงนับเป็นสิ่งสำคัญต่อการควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม แต่ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี เห็นได้จากการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาล คำชะอีพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเพียงร้อยละ 27.69 ที่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ การควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ตามเป้าหมายทำได้ยากเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ พันธุกรรม โดยพบว่าผู้ที่มีบิดามารดา พี่หรือน้องเป็นโรคเบาหวานส่งผลต่อการดื้ออินซูลินเพิ่มสูงขึ้น 3-10 เท่า รวมทั้งการมีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ปกติ เป็นผลทำให้ระดับน้ำตาล ในเลือดสูงขึ้น การมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง การขาดการออกกำลังกาย รวมถึงการใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลกระทบต่อระดับความรุนแรงของโรค ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจและผลเสียทางสังคมและเศรษฐกิจทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศ<sup>3</sup>

การมุ่งเน้นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับวิถีชีวิตมีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งในการที่จะสร้างให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะต้องมีการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่าง

เหมาะสม กล่าวคือ ปัจจัยภายในของบุคคล ได้แก่ ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติและทักษะที่จำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรม เป็นต้น และปัจจัยภายนอกของบุคคล ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อม โครงสร้างของชุมชน มาตรการทางสังคม เป็นต้น ในการพัฒนาปัจจัยภายในของบุคคล มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างและพัฒนาให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการพัฒนาทักษะทางปัญญา (ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ฯลฯ) และทักษะทางสังคม ซึ่งทักษะทั้งสองจะเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและธำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี<sup>4</sup> บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเป็นบุคคลที่มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจให้ตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง มีการจัดการสุขภาพตนเอง และคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ<sup>5</sup> รวมทั้งชี้แนะให้กับบุคคลอื่น ครอบครัวและชุมชน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า<sup>6,7</sup> บุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพ เพียงพอ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ<sup>8,9</sup> ความรอบรู้ทาง

สุขภาพเป็นตัวแปรที่สำคัญที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน<sup>10</sup> ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลอันส่งผลให้ผู้ป่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร จะช่วยให้สามารถนำผลการศึกษาที่ได้มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา และจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

#### วิธีการศึกษา (Method)

##### รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบ cross-sectional study ระยะเวลาวิจัยตั้งแต่ เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2564

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทะเบียนรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 1,255 ราย

**กลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ขนาดที่เพียงพอต่อการเป็นตัวแทนของประชากรที่จะศึกษาโดยใช้สูตร ดังนี้

$$n = \frac{Np(1 - p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N - 1) + p(1 - p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

n = กลุ่มตัวอย่าง

N = ประชากร

d = ค่าความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม

p = ค่าสัดส่วนประชากร (ค่าสัดส่วนประชากรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานจากการศึกษาที่ผ่านมา (0.09))<sup>11</sup>

z = คะแนนมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับระดับความเชื่อมั่น (จากตารางโค้งปกติ)

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{1255 \times 1.96 \times 1.96 \times 0.09(1-0.09)}{0.05 \times 0.05 \times (1255-1) + 1.96 \times 1.96 \times 0.09(1-0.09)}$$

n = 119

**เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้า (inclusion criteria)**

ในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ ประชากรที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้

- ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร
- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 6 เดือน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ระยะเวลาที่ป่วยและประวัติการมีโรคร่วม

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 28 ข้อ (คะแนนเต็ม 98 คะแนน) แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ (6 ข้อ) 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (5 ข้อ) 3) การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ (6 ข้อ) 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ (6 ข้อ) 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมการดูแลสุขภาพ (5 ข้อ) มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเฉพาะองค์ประกอบความรู้ความเข้าใจ ส่วนองค์ประกอบอื่นมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ให้ระดับคำตอบ 4 ระดับ คือ 4 (ทุกครั้ง) 3 (บางครั้ง) 2 (นาน ๆ ครั้ง) 1 (ไม่เคยเลย) แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

คะแนน < 56 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม ความรอบรู้ไม่ดี

คะแนน 56-75 คะแนน หรือ 60%- <80% ของคะแนนเต็ม ความรอบรู้พอใช้

คะแนน 76-94 คะแนน หรือ < 80% ของคะแนนเต็มความรอบรู้ดีมาก

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ (คะแนนเต็ม 125 คะแนน) แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การบริโภคอาหาร 2) การออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน 3) การป้องกันโรคแทรกซ้อน 4) การกำจัดความเครียด 5) การใช้ระบบบริการสุขภาพ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ให้ระดับคำตอบ 5 ระดับ 5 (ปฏิบัติทุกวัน) 4 (ปฏิบัติ 5 วันต่อสัปดาห์) 3 (ปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์) 2 (ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง) 1 (ไม่ปฏิบัติเลย) แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดังนี้

คะแนน < 75 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี

คะแนน 75-100 คะแนน หรือ  $\geq 60\%$ - <80% ของคะแนนเต็ม พฤติกรรมสุขภาพพอใช้

คะแนน 101-125 คะแนน หรือ <80% ของคะแนนเต็ม พฤติกรรมสุขภาพพุดีมาก

**คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และคำนวณ

ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ได้ค่า IOC มากกว่า 0.6 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ในกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในส่วนของ 1-5 ได้ค่าเท่ากับ 0.73 0.98 0.94 0.89 และ 0.81 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ค่าเท่ากับ 0.92

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในแบบยินยอมและสัมภาษณ์ใช้เวลา 30 นาทีต่อคน

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และการวิเคราะห์สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson Product Moment Correlation Coefficient

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร เลขที่โครงการวิจัย 26.0032.2564

## ผลการศึกษา (Results)

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.82 สถานภาพสมรส ร้อยละ 79.83 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.91 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 73.11 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1-5 ปี ร้อยละ 37.82 มีโรคร่วม ร้อยละ 86.56 มีรายได้ในช่วง 0-5,000 บาท ร้อยละ 63.03

### 2. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

สรุปผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ในระดับดีมากในด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ ร้อยละ 42.66 รองลงมา ได้แก่ ด้านการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ ร้อยละ 42.02 ส่วนด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ในระดับไม่ดีมากที่สุด ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ร้อยละ 26.05 รองลงมา ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 23.53 เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 66.39 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ (ตารางที่ 1)

### 3. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

สรุปผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมดีมากในด้านการใช้ระบบบริการสุขภาพ ร้อยละ 84.88 รองลงมา ได้แก่ ด้านการป้องกันโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 58.82 ส่วนด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ดี ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ร้อยละ 86.55 รองลงมา ได้แก่ ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน ร้อยละ 52.94 เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 77.31 (ตารางที่ 2)

### 4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.01$ ) เมื่อวิเคราะห์รายด้านจะพบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงทางสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ และด้านความรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.01$ ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความรู้ความเข้าใจ		
ไม่ดี	31	26.05
พอใช้	65	54.62
ดีมาก	23	19.33
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ		
ไม่ดี	28	23.53
พอใช้	62	52.10
ดีมาก	29	24.37
3. การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ		
ไม่ดี	4	3.36
พอใช้	65	54.62
ดีมาก	50	42.02
4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ		
ไม่ดี	8	6.72
พอใช้	56	47.06
ดีมาก	55	46.22
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมการดูแลสุขภาพ		
ไม่ดี	25	21.00
พอใช้	45	37.82
ดีมาก	49	41.18
6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม		
ไม่ดี	10	8.40
พอใช้	79	66.39
ดีมาก	30	25.21

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
1. การบริโภคอาหาร		
ไม่ดี	103	86.55
พอใช้	15	12.61
ดีมาก	11	9.24
2. การออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน		
ไม่ดี	63	52.94
พอใช้	32	26.89
ดีมาก	24	20.17
3. การป้องกันโรคแทรกซ้อน		
ไม่ดี	13	10.93
พอใช้	36	30.25
ดีมาก	70	58.82
4. การกำจัดความเครียด		
ไม่ดี	25	21.00
พอใช้	62	52.10
ดีมาก	32	26.89
5. การใช้ระบบบริการสุขภาพ		
ไม่ดี	7	5.88
พอใช้	11	9.24
ดีมาก	101	84.88
6. ระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม		
ไม่ดี	16	13.45
พอใช้	92	77.31
ดีมาก	11	9.24

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม

องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	.123	.181
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.404	.01
3. การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงทางสุขภาพ	.219	.01
4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ	.334	.01
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างการดูแลตนเอง	.357	.01
6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	.517	.01

**วิจารณ์ (Discussions)**

**1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง**

จากผลการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ (ร้อยละ 66.39) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>8,12,13</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพได้นอกจากนี้ยังมีผลต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกิดการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้บริการด้านสุขภาพ อันจะส่งผลต่อการลดค่าใช้จ่ายและการสร้างให้เกิดการเข้าถึงเข้าใจและการใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพด้วยความเท่าเทียม<sup>14</sup> การเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดที่ 2 ในระดับขั้นพื้นฐานระดับบุคคล โดยการให้ข้อมูลทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ โดยผู้ป่วยจะต้องมีความสามารถในการอ่าน เขียน นำไปสู่อุบัติการณ์ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันและเกิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ ทำให้เกิดความสามารถแห่งตนสำหรับความรู้ด้านสุขภาพในระดับขั้นมีวิจารณ์ ญาณ และสามารถตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การรับประทานยา การจัดการตนเอง อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการแสวงหาข้อมูลอื่น ๆ ทั้งนี้ปัจจัยอื่นที่กำหนดสุขภาพ เช่น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การคมนาคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพ<sup>15</sup>

## 2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า ด้านการบริโภคอาหารมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดีสอดคล้องกับผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของอำเภอคำชะอีพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 27.69 (ตัวชี้วัดร้อยละ 40)<sup>2</sup> การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานให้อยู่ในระดับปกติอย่างต่อเนื่องนั้น จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ ซึ่งได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าวิธีการควบคุมอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมสามารถลดค่าน้ำตาลสะสมได้<sup>16</sup> ดังนั้นวิธีการควบคุมอาหารในผู้เป็นเบาหวานจึงเป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมโรคเบาหวาน แต่จากการศึกษาายังพบผู้เป็นเบาหวานยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานนั้น ผู้เป็นเบาหวานจะต้องมีความรู้ มีทักษะ สามารถคิดและตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ซึ่งในทางปฏิบัติจริงมีความซับซ้อนและต้องฝึกฝนเรียนรู้ในเรื่องการควบคุมการรับประทานอาหาร นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.94) มีระดับพฤติกรรมการออก

กำลังกายไม่ดี การออกกำลังกายเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพราะเซลล์ร่างกายมีการเผาผลาญกลูโคสในกระแสเลือด ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น การลดระดับไขมันในเลือด การควบคุมความดันโลหิต เป็นต้น<sup>17,18</sup> การออกกำลังกายจะต้องมีรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยเองเพราะถ้าผู้ป่วยเตรียมตัวไม่พร้อมหรือเลือกวิธีการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเองก็มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่น เกิดการบาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้อ เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น จากลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจะพบว่าประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 73.11 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจผิดว่าการทำงาน คือ การออกกำลังกายประกอบกับเหนื่อยจากการทำงานทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทั้งนี้ความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย ทั้งจากปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดโปรแกรมสุขภาพและการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมโดยเริ่มด้วยการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตนเองรวมถึงความร่วมมือของผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องการดูแลรักษาจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ได้มาซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสิทธิผล คือ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.01$ ) เมื่อพิจารณาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจะพบว่าส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับพอใช้สอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย รักสวย์<sup>๑</sup> พบว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) และการศึกษาของอิซิกาวา และคณะ<sup>1๑</sup> ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอธิบายว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้ทางสุขภาพในระดับรู้แจ้งและแตกฉานจะทำให้เกิดผลกระทบเชิงบวกต่อผลลัพธ์สุขภาพต่อผู้ป่วยในระยะยาว นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกับความรู้

ทางสุขภาพโดยควบคุมตัวแปรคุณลักษณะประชากร พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ 2.03 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็น 2.33 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2.71 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอ<sup>20</sup> บุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะมีความสามารถอ่านและทำความเข้าใจข้อความสุขภาพต่าง ๆ ของตนได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่าผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานอยู่ในระดับต่ำจะมีความลำบากในการทำความเข้าใจ จดจำข้อมูลสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ รวมถึงจะมีปฏิสัมพันธ์กับแพทย์เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตน รวมถึงความรู้เรื่องยา อาทิเช่น สรรพคุณ วิธีการรับประทาน และผลข้างเคียงของยาน้อยกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้<sup>21</sup>

### ข้อยุติ (Conclusions)

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Ministry of Public Health. **The new case of type 2 diabetes mellitus 2021** [online] 2021 [cited 2022 Jan 24]; Available from: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=eeeab22e386d32e7f5f5ecefcbce0001](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=eeeab22e386d32e7f5f5ecefcbce0001)
2. Khamcha-I District Health Coordinating Committee. **Annual Health Reports 2021**. Unpublished manuscript; 2021. [in Thai].
3. Sirawal H, Nithra K. Improving health literacy in type 2 diabetes mellitus patients. **Boromarajonani College of**

เพิ่มขึ้นจนถึงระดับดีมากโดยการพัฒนาตามองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถพิจารณาการลงความน่าเชื่อถือของข้อมูล คัดวิเคราะห์ จนนำไปสู่การตัดสินใจเลือกใช้อุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การศึกษานี้พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

- Nursing, Uttaratit Journal** 2019; 12(1): 39-51. [in Thai].
4. World Health Organization. **Health Promotion Glossary**. In E. a. Division of Health Promotion & Communication (Eds.), Health Literacy (pp. 10): Geneva; 1998.
5. Jaisit J, Tajit P. Self-management supports in type ii diabetes mellitus person: literature review. **Community health development quarterly Khon Kaen University** 2019; 7(1): 105-118. [in Thai].
6. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the

- risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. **American Journal of Public Health** 2002; 92(8): 1278-1283.
7. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Sullivan GD, Bindman AB. Association of health literacy with diabetes outcomes. **Journal of the American Medical Association** 2002; 288: 475-482.
8. Ekkachai R. The association between health literacy and health care behaviors among type 2 diabetes mellitus patients. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2021; 9(4): 345-359. [in Thai].
9. Ruedeewun W, Prasert P. Health literacy, health promotion behaviors and health outcomes among older adults in Amnatcharoen province. **Community health development quarterly Khon Kaen University** 2019; 7(2): 181-196. [in Thai].
10. Keawmuang S, Yangyuen S, Mahaweerawat U, Mahaweerawat U. Health literacy and self-care behaviors among rural elderly. **Community health development quarterly Khon Kaen University** 2020; 8(3): 311-322. [in Thai].
11. Ekpalakorn W. **Thai national health examination survey**. Bangkok: Aksorn graphic and design publishing limited partnership; 2014. [in Thai].
12. Wannarat R, Witthaya C. Health literacy of self-care behaviors for blood glucose control in patients with type 2 diabetes, Chainat province. **The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima** 2018; 24(2): 34-51. [in Thai].
13. Kittipos W. Health literacy among diabetic patients at the family practice center of Phra Nakhon Si Ayutthaya hospital. **Journal of preventive medicine association of Thailand** 2018; 8(1): 49-61. [in Thai].
14. Sirawal H, Nithra K. Improving health literacy in type 2 diabetes mellitus patients. **Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal** 2019; 12(1): 39-51. [in Thai].
15. Van Scoyoc EE, DeWalt DA. Intervention to improve diabetes outcome for people with low literacy and numeracy: a systematic literature review. **Diabetes Spectrum** 2010; 23(4): 228- 237.

16. Kwanhatai T, Porntip M, Kanitha H, Visal K. A synthesis of research of exercise influencing glycemic control in persons with type 2 diabetes. **Ramathibodi Nursing Journal** 2010; 16(2): 259-278. [in Thai].
17. Sigal RJ, Kenny GP, Wasserman DH, CastenedaSceppa C, White RD. Physical activity/exercise and type 2 diabetes: A consensus statement from the American Diabetes Association. **Diabetes Care** 2006; 29(6): 1433-1438.
18. Kim CJ, Hwang AR, Yoo JS. The impact of a stage-matched intervention to promote exercise behavior in participants with type 2 diabetes. **International Journal of Nursing Studies** 2004; 41: 833-841.
19. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. **Diabetes Care** 2008; 31(5): 874-879.
20. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Sullivan GD, Bindman, AB. Association of health literacy with diabetes outcomes. **Journal of the American Medical Association** 2002; 288: 475-482.
21. Osborn CY, Cavanaugh K, Wallston K, Rothman RL. Self-Efficacy links health literacy and numeracy to glycemic control. **Journal of Health Communication** 2010; 5(Suppl 2): 146-158.



# การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

สมเด็จ ก้วพิทักษ์\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 35-59 ปี ในอำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ที่มีผลการคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประชากรกลุ่มตัวอย่างสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 60 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และอภิปราย การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ t-test จากการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 5 ด้าน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ก่อนการพัฒนาร้อยละ 45.0 หลังการพัฒนาร้อยละ 40.0 แต่ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.7 เป็นร้อยละ 35.0 ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ ก่อนการพัฒนา ร้อยละ 48.3 หลังการพัฒนาเพิ่มเป็นร้อยละ 61.7 ด้านการสื่อสารสุขภาพ ก่อนการพัฒนา ร้อยละ 56.7 หลังการพัฒนา ร้อยละ 60.0 ด้านการจัดการตนเอง ก่อนและหลังการพัฒนา ร้อยละ 61.7 แต่ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.7 เป็นร้อยละ 30.0 และด้านพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา ร้อยละ 66.7 แต่ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.0 เป็นร้อยละ 25.0 และส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี 2 ด้าน คือ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ก่อนการพัฒนา ร้อยละ 73.3 หลังการพัฒนา ร้อยละ 86.7 และด้านทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ก่อนการพัฒนา ร้อยละ 48.3 หลังการพัฒนา ร้อยละ 56.7 โดยทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ และควรดำเนินกิจกรรมและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสภาพบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง และกระตุ้นให้มีความคงอยู่ของความรอบรู้ และพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

**คำสำคัญ:** โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, กลุ่มวัยทำงาน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ

\* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงใหญ่

Corresponding author: Somdet Kuapitak Email: Somdet.k47@gmail.com

Received 03/01/2022

Revised 03/02/2022

Accepted 23/02/2022

## DEVELOPMENT OF A MODEL FOR PROMOTING HEALTH LITERACY AND HEALTH BEHAVIORS FOR WORKING AGE GROUP IN WAENG YAI DISTRICT, KHON KEAN PROVINCE

*Somdet Kuapitak\**

### ABSTRACT

The aims of this research and development were to study the effectiveness of a model for promoting health literacy and health behaviors for working-age group between 35-59 years old in Waeng Yai District. With screening results confirming the risk of chronic non-communicable diseases. The samples used were 60 people by random sampling. The equipment for collecting the data were interviews, and focus group discussions. The data were analyzed by percentage, mean, and t-test. The research results were as follows, most of them were at a moderate level in 5 areas, namely, cognitive knowledge before development 45.0 %, after development 40.0 %, but good level increased from 21.7 % to 35.0%. In terms of access to information and health services before development 48.3%, after development increased to 61.7 %, health communication before development 56.7 %, after development 60.0%, self-management 61.7 % before and after the development, but the good level increased from 21.7 % to 30.0% and health behaviors 66.7 % before and after the development, but the good level increased from 15.0 % to 25.0%, and most of them were at the good level in 2 aspects, namely media literacy before development 73.3%, after development 86.7%. In terms of discriminatory decision-making skills before development 48.3 %, after development 56.7 %, all aspects having a statistically significant increase in mean scores ( $p < 0.05$ ). Knowledge of health and health behaviors Activities and assessments should be continued at regular intervals to ensure they are consistent with the changing context. And encourage the persistence of knowledge and health behaviors.

**Keywords:** Chronic non-communicable diseases, Working Age Group, Health literacy, Health behaviors

---

\* Waeng Yai District Health Office

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) แสดงถึงทักษะทางปัญญาและสังคมซึ่งกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลในลักษณะต่าง ๆ ที่ ส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี เพื่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน<sup>1</sup> ประเทศไทยได้กำหนดเป้าประสงค์ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อก้าวสู่สังคมอุดมปัญญา (Smart Thailand) คือ คนไทยทุกคน ทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีการจัดการสุขภาพตนเองได้ และสภาพปฏิรูปได้เสนอให้มีการยกระดับการปฏิรูปความรู้ด้านต่าง ๆ ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ กำหนดให้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย และสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในประชากรทุก 3-5 ปี<sup>2</sup> จากสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 802,0127 ราย โรคความดันโลหิตสูง 1,231,910 ราย โรคหัวใจและหลอดเลือด 325,873 ราย และโรคหลอดเลือดสมอง 276,523 ราย<sup>3</sup> เมื่อพิจารณาในด้านอัตราเพิ่มของความชุก พบว่า โรคเบาหวาน กลุ่มผู้ชายเพิ่มสูงขึ้นมากในกลุ่มอายุ 40-49 ปี ส่วนกลุ่ม

ผู้หญิงเพิ่มสูงมากขึ้นในกลุ่มอายุ 30-39 ปี โรคความดันโลหิตสูง พบในกลุ่มอายุที่มีอัตราเพิ่มสูงสุด คือ อายุ 15-29 ปี และ อายุ 30-39 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มผู้ชายเพิ่มสูงมากขึ้นในกลุ่มอายุ 30-39 ปี ส่วนกลุ่มผู้หญิงเพิ่มสูงมากขึ้นในช่วงอายุ 40-49 ปี<sup>4</sup> ทั้งนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวเป็นผลมาจาก 4 พฤติกรรมเสี่ยงหลัก คือ การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดังนั้น การป้องกันโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้ต้องเริ่มด้วยการพัฒนาทักษะทางสุขภาพที่ถูกต้องและเพียงพอกับตนเอง เพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) นั่นเอง<sup>5</sup> การศึกษาในระดับพื้นที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ<sup>7</sup> จากผลการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ของกลุ่มประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.73 และ 50.25 ตามลำดับ<sup>8</sup> จังหวัด

ขอนแก่น เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีอัตราป่วยสะสมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2561-2563 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 52.81, 51.2, 54.13 และโรคเบาหวาน 26.35, 25.66, 26.99 ต่อ 100 ประชากร ตามลำดับ<sup>9</sup> ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบการพัฒนาคำตอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยเป็นการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นให้ผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ร่วมพัฒนามีองค์ความรู้มากขึ้นเรื่อยๆ ตามแนวคิดการพัฒนาระบบการวิจัยของ Kemmis & McTaggart<sup>10</sup> เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ และเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ลดภาวะเสี่ยงและอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต

**วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)**

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

**วัตถุประสงค์เฉพาะ**

1) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม

สุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

2) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ

**วิธีการศึกษา (Method)**

**1) วัตถุประสงค์และวิธีการ**

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม – ธันวาคม 2564 โดยทำการศึกษาในกลุ่มประชากรวัยทำงานอายุ 35-59 ปี ในพื้นที่อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้เกิดรูปแบบการพัฒนาคำตอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงานต่อไป โดยการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กระบวนการวิจัยประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ทำให้ได้รูปแบบ การพัฒนาโปรแกรมสำหรับกลุ่มวัยทำงาน จากการประชุมเชิงปฏิบัติการจากการมีส่วนร่วมของ ทีม สุข ภาพ สห วิ ชา ซี พี และ ชุม ชน

(Participatory Approach) โดยจัดอบรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์

## 2) ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นประชาชน กลุ่มวัยทำงานอายุ 35-59 ปี ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs หรือ non-communicable diseases) ด้วยแบบคัดกรองของกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) ประจำปี พ.ศ. 2563 ผลอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลที่มีประชาชนกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-59 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสูง ใน 5 ตำบล ของอำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 981 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 35-59 ปี คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 คน จากพื้นที่ 5 ตำบล

## 3) เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 (2) เครื่องมือประเมินรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่ม

วัยทำงาน ประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และการถอดบทเรียน รายงานการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม

## 4) การวิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative research) ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยความเคารพสิทธิส่วนบุคคล ศักดิ์ศรี ความเป็นปอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีตามหลักจริยธรรมการวิจัย

## ผลการศึกษา (Results)

การศึกษาวิจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชากรวัยทำงานในอำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 60 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.7 อายุ 55-59 ปี ร้อยละ 36.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.0 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 78.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.0 ได้รับตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 58.3 ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 83.30 เมื่อวิเคราะห์หาค่าระดับความดันโลหิต พบว่า ส่วนใหญ่ความดันโลหิต (ค่าบน) อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 43.30 ความดันโลหิต (ค่าล่าง) อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 69.30 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ	
ชาย	11(18.3)
หญิง	49(81.7)
2. อายุ	
ไม่เกิน 44 ปี	10(16.7)
45-49 ปี	11(18.3)
50-54 ปี	17(28.3)
55-59 ปี	22(36.7)
3. สถานภาพสมรส	
สมรส/คู่	48(80.0)
โสด	1(1.7)
ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	11(18.3)
4. ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	29(48.3)
มัธยมศึกษาตอนต้น	12(20.0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	12(20.0)
อนุปริญญา/ปวส.และปริญญาตรี	7(11.7)
5. อาชีพ	
เกษตรกร	33(55.0)
ค้าขาย / ทำธุรกิจส่วนตัว	13(21.7)
อื่น ๆ	8(13.3)
ไม่ได้มีอาชีพแม่บ้าน	6(10.0)
6. การตรวจสุขภาพประจำปี	
ตรวจ	35(58.3)
ไม่ได้ตรวจ	25(41.7)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
7. ดัชนีมวลกาย	
ปกติ (18.5-22.9)	7(11.7)
น้ำหนักตัวเกิน (23.0-24.90)	7(28.3)
อ้วนระดับ 1 (25.0-29.90)	26(43.3)
อ้วนระดับ 2 ( $\geq$ -30.0)	10(16.7)
8. ระดับน้ำตาลในเลือด	
ปกติ (ต่ำกว่า 100 mg%)	50(83.3)
เสี่ยง (100-125 mg%)	10(16.7)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในพื้นที่อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามระดับดี ปานกลางและต่ำ พบว่า

ด้านความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 45.0 หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 แต่ในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.70 เป็นร้อยละ 35.0

ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มวัยทำงานก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 48.3 ( $\bar{X}$  =6.5 SD=1.45 Max= 10 Min=2) หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเพิ่มเป็นร้อยละ 61.7 ( $\bar{X}$  =7.18 SD=1.27 Max= 10 Min=5)

ด้านการสื่อสารสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.7 ( $\bar{X}$  =10.06 SD=1.45 Max= 15 Min=5) หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเพิ่มเป็นร้อยละ 60.0 ( $\bar{X}$  =10.76 SD=2.05 Max= 15 Min=7)

ด้านการจัดการตนเองของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.7 ( $\bar{X}$  =16.83 SD=3.04 Max= 25 Min=9) หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม

ร้อยละ 61.7 ( $\bar{X} = 17.48$  SD=2.75 Max= 25 Min=13) แต่ระดับดี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.0

ด้านการรู้เท่าทันสื่อของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 73.3 ( $\bar{X} = 8.18$  SD=1.29 Max= 10 Min=5) หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเพิ่มเป็นร้อยละ 86.7 ( $\bar{X} = 8.93$  SD=1.12 Max= 10 Min=6)

ด้านทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติของประชาชนกลุ่มวัยทำงานกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.3 ( $\bar{X} = 14.90$  SD= 3.29 Max= 20 Min=5) หลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ใน

ระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56.7 ( $\bar{X} = 15.50$  SD=2.74 Max= 20 Min=8)

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มวัยทำงานกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 ( $\bar{X} = 32.96$  SD= 6.59 Max= 43 Min=17) หลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 ( $\bar{X} = 35.73$  SD=5.37 Max= 46 Min=22) โดยมีระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.0 เป็นร้อยละ 25.0

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพรายด้านก่อนและหลังการทดลอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง $\bar{X}$ (S.D.)	หลังการทดลอง $\bar{X}$ (S.D.)	p-value
1. ด้านความรู้ความเข้าใจ	6.0(1.87)	6.71(1.58)	0.000
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ	6.50(1.45)	7.18(1.27)	0.000
3. ด้านการสื่อสารสุขภาพ	10.06(2.17)	10.77(2.05)	0.000
4. ด้านการจัดการตนเอง	16.83(3.04)	17.48(2.75)	0.000
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	8.18(2.75)	8.93(1.12)	0.000
6. ด้านการตัดสินใจ	14.90(3.39)	15.50(2.74)	0.003
7. ด้านการปฏิบัติตัว	32.97(6.59)	35.73(5.37)	0.000

## วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น เริ่มต้นจากการศึกษาชุมชน การวิเคราะห์ชุมชน การวางแผนและโครงการพัฒนาชุมชน ดำเนินงานพัฒนาชุมชน ประเมินผลและทบทวนเพื่อการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค โดยเน้นเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน<sup>11</sup> โดยไม่ได้ดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐเพียงอย่างเดียว โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยการความสะดวกรในการจัดกระบวนการสนทนากลุ่ม ซึ่งระดับของการมีส่วนร่วมในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่มีโอกาสเสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล มีการปรึกษาหารือกันอย่างใกล้ชิด คนในชุมชนมีโอกาสในการตัดสินใจว่าปัญหาของตนคืออะไร จะแก้ไขได้อย่างไร จนมีการตั้งเป้าหมายการปฏิบัติด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่มีส่วนร่วมในการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ ตามหลัก 3 อ. 2 ส. และสร้างผู้นำสุขภาพ โดยมุ่งไปที่ผลของการเปลี่ยนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ<sup>12</sup>

การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จากกิจกรรมที่ออกแบบขึ้นจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ

จากการมีส่วนร่วมของทีมนักสหวิชาชีพ และชุมชน (Participatory Approach) ของผู้ร่วมวิจัย โดยใช้ข้อมูลของชุมชน (Community-Base) ในการสร้างชุดกิจกรรม โดยกิจกรรมประกอบด้วยการตั้งเป้าหมาย และการวางแผนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ การฝึกปฏิบัติ การติดตามผลการปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รูปแบบการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันและท้องถิ่น การออกกำลังกายด้วยตนเอง การจัดการความเครียด และระยะติดตามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผ่านกลุ่มไลน์ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยมีกระบวนการจัดอบรมประชาชนกลุ่มวัยทำงานในแต่ละพื้นที่ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในเรื่องการออกกำลังกาย และให้ผู้เข้าอบรมนำความรู้ไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งพบว่าภายหลังการอบรม 8 สัปดาห์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ หลังเข้าร่วมโครงการแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05<sup>13</sup>

ประสิทธิผลของการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ตามชุดกิจกรรมที่ออกแบบขึ้นจากระบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยการนำแนวคิดและใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการสร้างเจตคติที่ดีมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรม ด้วยการมีส่วนร่วมในการระดมความคิด และการสะท้อนผลจากการเป็นผู้จัดกิจกรรมในพื้นที่และผู้เข้าร่วมโครงการฯ จนเป็นชุดกิจกรรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้าน และพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพก่อนและหลังการอบรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>14</sup> แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีประสิทธิภาพที่จะใช้ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพประชากรกลุ่มวัยทำงาน อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น อีกประการหนึ่ง คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มไลน์ เป็นการกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และได้ตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับกับเพื่อนถึงการปฏิบัติตัวที่บ้านพบว่า ประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีความระมัดระวังในการเลือกรับประทานอาหาร และมีการเคลื่อนไหวร่างกายทั้งด้านการออกกำลังกาย และการทำงานบ้านทุกวัน จึงเห็น

ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นชัดเจน จึงถือได้ว่าการใช้การสื่อสารสุขภาพผ่านกลุ่มไลน์ เป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นและส่งผลให้มีการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงควรนำไปใช้ในการพัฒนาประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามความมุ่งหมายของการวิจัยเนื่องมาจาก 1) รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community base) และการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วม เป็นชุดกิจกรรมที่สร้างขึ้น คือ การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivation) เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ (Attitude) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) การกำกับตนเอง (Self-regulation) และกลุ่มเพื่อช่วยเพื่อน (Self-help group) ที่ให้ทั้งความรู้ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในการจัดกิจกรรม จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ<sup>15</sup> 2) ระยะเวลาของการจัดกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 8 สัปดาห์ ที่ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องออกแบบขึ้น โดย

เป็นการจัดกระบวนการต่อเนื่องจำนวน 7 ครั้ง และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 1 ครั้ง ส่งผลต่อการกระตุ้นให้กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่เหมาะสม<sup>16</sup>

3) รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น มีกระบวนการ 7 ขั้นตอน ซึ่งรูปแบบที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบแนวคิดเนื่องมาจาก การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน เป็นกระบวนการเสริมสร้างความสามารถของบุคคลและชุมชนในการดำเนินชีวิตให้ไปสู่การมีสุขภาวะ เป็นการเพิ่มสมรรถนะให้คนควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และส่งผลให้คนมีสุขภาพดีขึ้น มีหลักแนวคิดพื้นฐานในเรื่องของการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ คือ การมีความรู้ ความเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจลงมือปฏิบัติ<sup>17</sup> จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ และควรดำเนินกิจกรรมและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะ ๆ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสภาพบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง และกระตุ้น

ให้มีความคงอยู่ของความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

### ข้อยุติ (Conclusions)

จากผลการศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน เห็นว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ และควรดำเนินกิจกรรมและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะ ๆ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสภาพบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง และกระตุ้นให้มีความคงอยู่ของความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ความรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายในการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร และเทคโนโลยีทางสุขภาพ เพื่อรู้เท่าทันและสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลง ควรจัดให้มีเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในสถานที่ทำงานและในชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ด้านสุขภาพคอยให้คำชี้แนะ รวมถึงควรสร้างเครือข่ายในการดูแลด้านสุขภาพ โดยอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้ง

เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหา ร่วมคิดและปรับใช้ให้สอดคล้องบริบท วิถีชีวิตและความเชื่อ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควร กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ที่ชัดเจน ควรมีการจัดโปรแกรมเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อเป็นการ กำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพ และควรมีการ กำหนดโครงสร้างและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ในการติดตาม ความก้าวหน้าในการปฏิบัติ

3. ควรสร้างโอกาสให้ประชากรวัยทำงานได้เรียนรู้ทางเลือกในการปฏิบัติที่เหมาะสมจากบุคคลต้นแบบ หรือจัดให้มีการศึกษาดูงาน ควรจัดกิจกรรมเสริมทักษะ การวิเคราะห์และตัดสินใจในการเลือก และลงมือปฏิบัติตามพฤติกรรมที่เหมาะสม

4. ควรจัดกิจกรรมตามรูปแบบการ ส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะ ๆ

### สถานองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษานี้พบว่า จาก การประชุมเชิงปฏิบัติการจากการมีส่วนร่วม ของทีมสุขภาพสหวิชาชีพ และชุมชน (Participatory Approach) ทำให้ความรอบรู้ ด้านสุขภาพดีขึ้น และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม สุขภาพหลังเข้าร่วมโครงการแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promotion International 1998; 13(4): 349-364.
2. Kaewsamrit A. Guidelines to drive health literate organizations [online] 2017 [cited 2021 April 8]. Available from: [http://doh.hpc.go.th/data/HL/HL\\_DOH\\_drive.pdf](http://doh.hpc.go.th/data/HL/HL_DOH_drive.pdf) [in Thai].
3. Division of Non- Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Non-communicable disease information [online] 2020 [cited 2021 May 20]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission3> [in Thai].
4. Sriwinitchakorn S. Situation report of NCDs, Diabetes, Hypertension and related risk factors 2019. Bangkok: Graphic and design publishing house; 2020. [in Thai].

5. Kongprasert J, Apinya TH. editors. **Clinical Behavior Change Manual. Quality NCD.** Bangkok: Agricultural Cooperatives Association of Thailand; 2015. [in Thai].
6. Turner K, Rakkwamsuk S, Duangchai O. **Health literacy of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Chonburi.** Journal of health science research 2018; 12(1): 1-9. [in Thai].
7. Keawmuang S, Yangyuen S, Mahaweerawat U, Mahaweerawat C. **Health literacy and self-care behaviors among rural elderly. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2020;** 8(3): 311-322. [in Thai].
8. Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. **Knowledge assessment report on health and health behaviors of the target population 2017.** Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017. [in Thai].
9. Khon Kaen Provincial Health Office. **Information on the cause of illness-death [online] 2020 [cited 2021 May 20].** Available from: <https://kkpho.moph.go.th/healthy/frontend/web/index.php> [in Thai].
10. Kemmis S, Mc Taggart R. **Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere.** In Handbook of Qualitative Research. 3<sup>rd</sup> (edit by Denzin N. K. & Lincoln YS). London: Sage Publications; 2005.
11. Altin S, Stock S. **Health Literate Health care Organizations and Their Role in Future Health care. Journal of Nursing and Care 2015;** 4(2): 1-3.
12. Chantharaowat S, Supho S, Bannan N. **Developing a Model by Community Involvement for Caring of Patients with Chronic Diseases. Journal of Health Science 2014;** 23(3): 394-402. [in Thai].
13. Sutipan P. **Self-Management Program on Healthy Lifestyle Behaviors and Health Outcomes for the elderly with hypertension [Dissertation Ph.D. Applied Behavioral Science Research].** Bangkok: Graduate school Srinakharinwirot University; 2016. [in Thai].
14. Bjørk IT, Lomborg K, Nielsen CM, Brynildsen G, Frederiksen AS, Larsen K, et al. **From Theoretical Model to Practical Use: an Example of**

- Knowledge Translation. *Journal of Advanced Nursing* 2013; 69(10): 1-11.
15. Arahung R. **The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention Behavior of pre- hypertension risk group at a Community in Nakhon Pathom Province** [Master's Thesis Community Medicine Nursing]. Nakhon Pathom: Graduate school Christian University; 2017. [in Thai].
16. Thamnamsila K, Amnatsatsue K, Kerdmongkol P, Ajsantheia J. **Effects of self-care Promoting program on self-care behavior among older adults with uncontrolled hypertension.** *Journal of Public Health Nursing* 2015; 29(2): 43-55. [in Thai].
17. Sookpool A, Kingmala C, Pangsuk P, Yeanyoun T, Wongmun W. **Effectiveness of Health Literacy and Health Behavior Development Program for Working People.** *Journal of Health Science* 2020; 29(3): 419-429. [in Thai].

## ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกาย ของผู้สูงอายุ ในเทศบาลตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ชนิดาวดี สายีน\*, บุญยดา วงศ์พิมล\*,  
ลัดดา พลพุทธา\*, นิชพันธุ์ระวี เฟิงพล\*

### บทคัดย่อ

**ภูมิหลัง:** เมื่อสูงวัยขึ้นการทำงานของเนื้อเยื่อ ย่อมเสื่อมถอย และอ่อนแอลง การออกกำลังกาย ที่ถูกต้องและสม่ำเสมอจึงเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายของผู้สูงอายุในเทศบาล ตำบลท่าม่วง

**วิธีการวิจัย:** การศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลท่าม่วงที่มี คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า และคัดออก จำนวน 71 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน สมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% confidence interval

**ผลการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 71 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 55 คน (77.50%) อายุเฉลี่ย 71 ปี (SD= 6.31) มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง 19 คน (51.40%) และอัตราการเต้นของ หัวใจอยู่ในระดับปกติ 65 คน (91.50%) เฉลี่ย 75.43 ครั้งต่อนาที (SD= 6.27) และหลังเข้าร่วม โปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกาย ได้แก่ การเดินย่ำก้าว 2 นาที ลุกยืนจาก เก้าอี้ 30 วินาที งอแขนพับศอก นั่งเก้าอี้ยืนแขนแตะปลายเท้า เอื้อมแขนแตะมือด้านหลัง และลุกเดิน จากเก้าอี้ไปและกลับ (วินาที) เพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

**คำสำคัญ:** สมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกาย, ผู้สูงอายุ, โปรแกรมการออกกำลังกาย

\*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Corresponding author: Nitchapanrawee Phengphol Email: nitcha@reru.ac.th

Received 20/01/2022

Revised 18/02/2022

Accepted 17/03/2022

## THE EFFECTS OF EXERCISE PROGRAM ON PHYSICAL FITNESS OF ELDERLIES IN THA MUANG SUBDISTRICT MUNICIPALITY, SELAPHUM DISTRICT, ROI ET PROVINCE

*Chanidawadee Sayuen\*, Boonyada Wongpimoln\*,*

*Ladda Pholputta\*, Nitchapanrawee Phengphol\**

### ABSTRACT

**Background:** When getting older, the function of tissues begins to deteriorate and weaken. Correct and consistent exercise can be classified as a health promotion that has a positive effect on health.

**Objective:** To compare the physical fitness of elderlies in Tha Muang subdistrict municipality.

**Materials and Methods:** This study was a quasi-experimental design. The participants were 71 elderlies in Tha Muang subdistrict municipality who qualified according to inclusion and exclusion criteria. Data were collected by using The Senior Fitness Test Records and analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test. Statistically significant at 95% confidence interval.

**Results:** Most of the elderlies were female, 55 participants (77.50%), mean age was 71 years (SD= 6.31). 19 of participants (51.40%) had hypertension, and 65 of participants had normal heart rate (91.50%). The mean heart rate was 75.43 beats per minute (SD=6.27). After an intervention, participants had physical fitness, including a 2-minutes step test, 30 seconds chair stand, arm curl test, chair sit-and-reach test, back scratch test, and 8-foot up-and-go test were increased compared to before intervention significantly at the level of .001.

**Keywords:** Physical fitness, Elderly, Exercise program

---

\*Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University, Thailand

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การสูงวัยของประชากรเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลง และคนมีอายุยืนยาวขึ้น จะเห็นได้จากรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา มีจำนวนผู้สูงอายุสูงขึ้น ในปี ค.ศ.2018 โลกมีประชากรรวม 7,633 ล้านคน และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 990 ล้านคนหรือ 13% ส่วนประเทศไทยในปี 2561 มีประชากรที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน 66 ล้านคน และเมื่อนับรวมคนต่างชาติที่ไม่ใช่สัญชาติไทยและไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านอีกประมาณ 3 ล้านคน รวมแล้วมีประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยทั้งหมดประมาณ 69 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุหรือผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ถึง 11.7 ล้านคน (17.6%)<sup>1</sup> คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จำนวนผู้สูงอายุ 14.4 ล้านคน หรือมากกว่า 20% ของประชากรทั้งหมด<sup>2</sup> เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายจะเกิดการเสื่อม ความแข็งแรงและสมรรถภาพทางกายลดลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ฉะนั้นผู้สูงอายุจึงควรรักษาร่างกายของตนเอง เพื่อที่จะชะลอกระบวนการเสื่อมให้เป็นไปอย่างช้า ๆ เพื่อที่จะสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข<sup>3</sup>

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 กลุ่ม<sup>4</sup> คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกลุ่มอาการที่เกิดเฉพาะกับผู้สูงอายุและพบบ่อย ๆ มักสัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับสถานะ

สุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ดจากประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2562 ผู้สูงอายุได้รับการตรวจประเมินคัดกรองทั้งหมด 181,565 คน (91.84%) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 จำนวน 175,716 คน (96.78%) กลุ่มที่ 2 จำนวน 4,873 คน (2.68%) และกลุ่มที่ 3 จำนวน 976 คน (0.54%) ทั้งนี้กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว และชุมชน (กลุ่มที่ 2,3 ติดบ้าน ติดเตียง) จำนวน 6,493 คน (3.22%) ตามลำดับ เช่นเดียวกับในอำเภอเสลภูมิ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งหมด 18,027 คน จำแนกเป็นติดสังคม 16,261 คน (94.84%) ติดบ้าน 764 คน (4.46%) และติดเตียง 120 คน (0.70%) ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการสำรวจมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พบว่า มีกิจกรรมทางกาย เช่น การเดิน 7,578 คน (89.02%) ซี่จักรยาน 142 คน (1.67%) การเล่นกีฬา 260 คน (3.05%) และการออกกำลังกายหรือกิจกรรมนันทนาการ 533 คน (6.26%)<sup>5</sup>

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุข้างต้นแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากขาดการออกกำลังกาย ประกอบกับความเป็นผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกายง่ายกว่าคนในวัยอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องมาจากพยาธิสภาพของระบบต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเป็นช่วงการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่ตรงกันข้ามกับวัยเด็ก วัยสูงอายุจะมีความเสื่อมของ

ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก นอกจากนี้ยังพบว่ามีการอักเสบของกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อต่อต่าง ๆ เสื่อม ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและการรับรู้ ทำให้เสี่ยงต่อการล้ม เกิดอุบัติเหตุได้<sup>6</sup>

การศึกษาวิจัยในระดับพื้นที่พบว่าการออกกำลังกายในผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนได้หากมีการแทรกแซงที่เหมาะสม<sup>7</sup> จากสภาพปัญหาข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการรักษาสมรรถภาพทางกาย จึงต้องมีการทดสอบอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนั้นการทดสอบสมรรถภาพทางกายยังเป็นวิธีหนึ่งที่จะนำมาช่วยประเมินสมรรถภาพของร่างกายขั้นพื้นฐาน<sup>8</sup> ดังเช่นการแก้ปัญหาที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับการเสริมพลังชุมชน ครอบครัว ชุมชน และผู้สูงอายุ โดยการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและขยายปอดทำให้ระบบหายใจดีขึ้น<sup>9</sup> และการเดินไลน์แดนซ์ ทำให้ระบบหายใจและหลอดเลือด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความสามารถในการทรงตัว และความคล่องแคล่วว่องไวเพิ่มขึ้น<sup>10</sup> และการใช้ยางยืด ทำให้ความแข็งแรง ความทนทาน และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ความทนทานของปอดและหัวใจเพิ่มขึ้น<sup>11</sup>

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายของผู้สูงอายุ ขึ้นเพื่อให้

ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายเพิ่มขึ้น และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายของผู้สูงอายุติดบ้านในเทศบาลตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

### วิธีดำเนินการศึกษา (Method)

#### วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง วัตถุประสงค์ที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ (1) โปรแกรมการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเทศบาลตำบลท่าม่วง ดำเนินการ 12 สัปดาห์ และ (2) อุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในการประเมินสมรรถภาพ

#### การดำเนินการวิจัย

การจัดกิจกรรมโปรแกรมการออกกำลังกาย 12 สัปดาห์ ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** ฝึกการทรงตัว 3-5 วัน ต่อสัปดาห์ ประกอบด้วยท่ายืนขาเดียวทรงตัว ท่ายืนต้นพื้นกับผนังห้อง ท่ายืนขาเดียวแกว่งแขนและขา ท่าย่อท่าอยู่กับที่ และทำเดินต่อเท้า

**สัปดาห์ที่ 2** เพิ่มเหยียดยืดข้อต่อส่วนต่าง ๆ 3-5 วันต่อสัปดาห์ประกอบด้วยท่า

บริหารข้อนิ้วมือ ทำป้องกันหัวไหล่ติด ทำบริหารข้อมือ และท่าลูก-นั่ง กันตะเก้าอึ

**สัปดาห์ที่ 3** เพิ่มความคล่องแคล่ว และเสริมทักษะการดูแลตนเอง 3-5 วันต่อสัปดาห์ ประกอบด้วยท่าก้าวขึ้น-ลง บันได ทำนั่งและปลายเท้า และทำนั่งหมุนลำตัวไปด้านข้าง

**สัปดาห์ที่ 4-12** เพิ่มกิจกรรมนันทนาการ รวมกลุ่มออกกำลังกายด้วยท่ารำ ทำเดินประกอบเพลงและกิจกรรมที่ชุมชนได้ร่วมกันออกแบบและพัฒนาขึ้น โดยใช้ภูมิปัญญาและวัสดุในท้องถิ่น โดยมี อสม. เกานำ เป็นพี่เลี้ยงกำกับ ติดตาม ครั้งละ 40 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และติดตามนิเทศเป็นรายกลุ่ม

**สัปดาห์ที่ 12** ประเมินสมรรถภาพทางกายครั้งที่ 2 เสร็จแล้วแลกเปลี่ยนเรียนรู้การออกกำลังกายของแต่ละโซน และประกวดนวัตกรรมการออกกำลังกาย

### **ประชากรศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากรศึกษา** ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลท่าม่วง 200 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ (1) เป็นผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (2) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด การได้ยินหรือการมองเห็น (3) ไม่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย และ (4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ และเกณฑ์คัดออก คือ มีปัญหา

สุขภาพ หรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือเสียชีวิต

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลท่าม่วงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกข้างต้น ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G \*Power กำหนดระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) = .05 ขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.50, Power (1- $\beta$  err prob) = 0.95 ได้ตัวอย่างอย่างน้อย 45 คน และคำนวณเพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) จำนวน 20% ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างเป็น 71 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกแบบเป็นระบบจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ

**เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ แบบบันทึกการประเมินสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกาย ประกอบด้วยลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ และสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายผู้สูงอายุ การประเมินองค์ประกอบร่างกาย การประเมินระบบสมรรถภาพระบบหายใจและหลอดเลือด การประเมินสมรรถภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และประเมินความก้าวหน้าสมรรถภาพทางกาย

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**  
1. **ขั้นเตรียมการ** โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา วรรณกรรมแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการวิจัย ตรวจสอบข้อมูล แล้วบันทึกเป็นข้อมูล Base line

**การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Paired t-test และที่ช่วงเชื่อมั่น 95% CI

**ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้ผ่านพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน

มนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด หนังสือรับรองเลขที่ 018/2563 ลงวันที่ 10 เมษายน 2563

**ผลการศึกษา (Results)**

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 71 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง 55 คน (77.50%) อายุเฉลี่ย 71 ปี (SD= 6.31) โรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง 19 คน (51.40%) และอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในระดับปกติ 65 คน (91.50%) เฉลี่ย 75.43 ครั้งต่อนาที (SD= 6.27) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร		n(%)
เพศ	ชาย	16(22.50)
	หญิง	55(77.50)
อายุ(ปี)	Mean (SD)= 71.21(6.31), Min = 60.00, Max= 87.00	
โรคประจำตัว	โรคหัวใจ	1(2.80)
	โรคความดันโลหิตสูง	19(51.40)
	โรคหอบหืด	1(2.80)
	โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	8(21.60)
	โรคเบาหวาน	4(10.80)
	โรคภูมิแพ้	1(2.80)
	อาการปวดเข่า	1(2.80)
	ไขมันในเลือดสูง	1(2.80)
	โรคไทรอยด์	1(2.80)
	อัตราการเต้นของหัวใจ	ปกติ
(ครั้ง/นาที)	เสี่ยง	6(8.50)
	Mean(SD)=75.43(6.27), Min = 50.00, Max= 103.00	

2. ผลการประเมินองค์ประกอบของร่างกาย พบว่า ความดันโลหิตเฉลี่ย 133.35 มิลลิเมตรปรอท (SD= 17.06) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ 28 คน (39.40%) น้ำหนักเฉลี่ย 59 กิโลกรัม (SD=11.61) ส่วนสูงเฉลี่ย 1.72 เมตร (SD=0.06) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่

ในระดับผิดปกติ จำนวน 51 คน (71.80%) ความยาวของเส้นรอบเอวรอบเอว (ซม.) เฉลี่ย 89.42 เซนติเมตร (SD=11.59) อยู่ในระดับเส้นรอบเอวเกิน (อ้วน) จำนวน 37 คน (52.10%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะทางประชากรของสูงอายุ

การประเมินองค์ประกอบของร่างกาย		
ความดันโลหิต	ปกติ	28(39.40)
(มิลลิเมตร/ปรอท)	เสียง	16(22.50)
	สูง	22(38.00)
	Mean(SD)=133.35(17.06), Min=99.00, Max=185.00	
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	Mean(SD)=58.82(11.61), Min= 31.00, Max= 91.90	
ส่วนสูง (เมตร)	Mean(SD)= 1.72(0.06), Min= 1.39, Max= 1.70	
ค่าดัชนีมวลกาย		
	ต่ำกว่าเกณฑ์	4(5.60)
	ปกติ	16(22.50)
	ผิดปกติ	51(71.80)
เส้นรอบเอว (ซม.)	ปกติ	34(47.90)
	เส้นรอบเอวเกิน (อ้วน)	37(52.10)
	Mean(SD)=89.42(11.59), Min= 61.00, Max= 113.00	

3. การเปรียบเทียบสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายของผู้สูงอายุโดยรวม พบว่าระบบหายใจและหลอดเลือด หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุมีจำนวนครั้งการเดินย่ำก้าว 2 นาทีมากกว่าก่อนเข้าร่วม

โปรแกรม ( $p < .001$ ) ระบบกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุมีจำนวนครั้งการลุกยืนจากเก้าอี้ 30 วินาทีมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $p < .001$ ) และมีจำนวนครั้งของการงอแขนพับศอกมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $p < .001$ ) ระบบความ

ยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ/ข้อต่อ หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุมีความยาวของกล้ามเนื้อเก้าอี้ยืนแขนแตะปลายเท้ามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $p < .001$ ) และความยาวของการเอื้อมแขนแตะมือด้านหลัง มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $p < .001$ ) และระบบ

การทรงตัวและความคล่องแคล่วว่องไว หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุมีความคล่องแคล่วว่องไวของการลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายของผู้สูงอายุโดยรวม เป็นรายด้าน

การประเมินสมรรถภาพ	n	Mean(SD)	Mean difference	95%CI	p
<b>ระบบหายใจและหลอดเลือด</b>					
การเดินย่ำก้าว 2 นาที					
ก่อนเข้าโปรแกรม	71	51.54(3.01)	7.78	5.02,10.55	<.001
หลังเข้าโปรแกรม	71	59.33(3.14)			
<b>กล้ามเนื้อ</b>					
ลุกยืนจากเก้าอี้ 30 วินาที					
ก่อนเข้าโปรแกรม	71	15.51(5.38)	2.64	1.96,3.34	<.001
หลังเข้าโปรแกรม	71	18.15(5.92)			
งอแขนพับศอก					
ก่อนเข้าโปรแกรม	71	15.92(4.15)	2.09	1.56,2.63	<.001
หลังเข้าโปรแกรม	71	18.02(4.38)			
<b>ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ/ข้อต่อ</b>					
นั่งเก้าอี้ยืนแขนแตะปลายเท้า					
ก่อนเข้าโปรแกรม	71	5.83(5.25)	2.37	1.17,3.57	<.001
หลังเข้าโปรแกรม	71	3.46(1.90)			
เอื้อมแขนแตะมือด้านหลัง					
ก่อนเข้าโปรแกรม	71	9.10(5.39)	4.23	3.28,3.18	<.001
หลังเข้าโปรแกรม	71	4.87(3.87)			
<b>การทรงตัวและความคล่องแคล่วว่องไว</b>					
ลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับ (วินาที)					
ก่อนเข้าโปรแกรม	71	7.77(2.24)	1.24	0.84,1.63	<.001
หลังเข้าโปรแกรม	71	9.01(2.63)			

## วิจารณ์ (Discussions)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาหลายเรื่อง เช่น การศึกษาการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างได้รับการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง นานครั้งละ 55 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ส่งผลให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ ความทนทานของปอดและหัวใจของผู้สูงอายุภายหลังการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง มากกว่าก่อนการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง<sup>12</sup> การออกกำลังกายโดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินไลน์แดนซ์ ทำให้ระบบหายใจและหลอดเลือด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความสามารถในการทรงตัว และความคล่องแคล่วว่องไวของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น<sup>10</sup> การกายบริหารด้วยการรำไหว้ครูมวยไทยและการใช้ท่ามวยไทย ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความอ่อนตัว มีความจุปอด และมีความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อขาเพิ่มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม<sup>13</sup> การออกกำลังกายในน้ำของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า หลังเข้าโปรแกรมออกกำลังกายในน้ำ กลุ่มตัวอย่างมีระบบหายใจและหลอดเลือด สมรรถภาพของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ การทรงตัวและความว่องไว ดีกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมฯ<sup>14</sup> การพัฒนาสมรรถภาพทางกาย

ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า องค์ประกอบของร่างกายในส่วนของปริมาณไขมันที่สะสมในร่างกายอยู่ในเกณฑ์สมส่วน ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ แขน อยู่ในเกณฑ์ดีถึงมาก ความแข็งแรง ความคล่องแคล่วว่องไว และความสามารถในการทรงตัวแบบเคลื่อนที่อยู่ในเกณฑ์ดีมาก<sup>15</sup> นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการพัฒนาสมรรถภาพสมองและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง<sup>16</sup>

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลท่าม่วงที่ใช้ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในกระบวนการวิจัย โดยกระบวนการมีส่วนร่วม จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมารับรู้สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการสำรวจข้อมูลสภาพปัญหา ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ และวางแผนการแก้ไขปัญหา โดยร่วมกันพัฒนาผลโปรแกรมฯ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งทางสุขภาพกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้กล่าวได้ว่าการที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมถือเป็นปัจจัย

สำเร็จ ทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของผลงาน เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในรูปแบบการออก กำลังกายที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น และกำกับ ติดตามโดยแกนนำชุมชน ดังที่วรรณดี สุทธิวรการ<sup>17</sup> ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมเป็น การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เข้ามาร่วมดำเนินงานตั้งแต่วิเคราะห์ปัญหา การตัดสินใจ ดำเนินการและประเมินผล โดย การมุ่งให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกันนอกจาก เป็นการสร้างความรัก ความสามัคคีแล้วยัง เป็นการสร้างเสริมสังคมผู้สูงอายุให้มี คุณภาพ ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมี ความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นการเสริมสร้าง พลังอำนาจ และพัฒนาศักยภาพคนในชุมชน ที่จะส่งผลให้เกิดการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน

### ข้อยุติ (Conclusions)

จากการศึกษาสรุปได้ว่าโปรแกรมการ ออกกำลังกายครั้งนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมี สมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายเพิ่มขึ้น ทุกด้าน

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (MMU). Situation of the Thai Elderly, 2018. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2018.

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการประเมินองค์ประกอบของ ร่างกายครั้งนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุมีความดัน โลหิตที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีมวลกาย ผิดปกติ เส้นรอบเอวเกิน เป็นกลุ่มเป้าหมายที่หน่วยที่เกี่ยวข้องจะต้อง ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างเร่งด่วนต่อไป

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การเข้าแทรกแซงที่เหมาะสมสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุได้ การศึกษานี้พบว่าโปรแกรมการ ออกกำลังกายทำให้สมรรถภาพการทำหน้าที่ ทางกายของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ ดีขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไป ด้วยดี ด้วยอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดี จาก คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (KMUTT). Situation of Thai Elderly 2009. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2016

3. Thiamwong L, Petsirasan R. Risk factors for falls in elderly residents in the nursing home. **Journal of Nursing Council** 2009; 24(1): 77-87.
4. Chaisompong L. **Aged without disease. Bumrungrad Health Blog** [online] 2017 [cited 2019 September 22]. Available from: <https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/june-2017/8-symptoms-geriatric>. [in Thai].
5. Tha Muang Subdistrict Health Promoting Hospital. **Survey of health condition by physical examination The 3<sup>rd</sup> time, 2018 of the people of Than Muang Sub-District, Roi Et. Tha Muang Subdistrict Municipality**; 2018. [in Thai].
6. Office of Health Information Development System. **Health survey of Thai population in 2017** [online] 2017 [cited 2018 July 30]. Available from: <https://www.hiso.or.th>.
7. Keasisom B. The results of group process to elderly's health promotion behaviour in Thumbonklongchanoun Weingsa district, Suratthani province. **Community Health Development Quarterly, Khon Kaen University, Thailand** 2018; 5(2): 176-193. [in Thai].
8. Prensri N, Wisetsung S, Oonkhum P, Khongsuebsor W, Awikunprasert C. Study of physical fitness and mental health among the elderly Case study of the elderly in Mueang District Nakhon Phanom Province. **Nakhon Phanom University Journal** 2019; 6(1): 18-25. [in Thai].
9. Phongsakchat P, Malai C, Noysipoom N, Jampated M. Health Behaviors Enhancing Based on Local Wisdom. **Journal of the Royal Thai Army Nurses** 2019; 20(3): 44-53. [in Thai].
10. Sukjit S, Thuwakum W, Boonmuang K, Chomphu K, Ngampring K. Effect of Line Dance Exercise on Physical Performance and Balance Ability in Older Adults. **NURS SCI J THAIL** 2021; 39(4): 1-12. [in Thai].
11. Thinchana N, Naka K, Srikaew M. Effects of Home Exercise Promoting Program Using a Stretched Rubber Band on the Physical Fitness of the Elderly. **Songklanagarind Journal of Nursing Original Articles** 2018; 38(2): 70-78. [in Thai].
12. Sangsawang P. Chintanawat R, Sucamvang K. Impact of Square-Stepping Exercise on Elderly People's

- Physical Fitness. **Journal of Health Science** 2021; 30(2): 242-250.
13. Muentip Y, Chittarat M, Paewchana W. The Effect of Aquatic Aerobic Program of Elderly People at Boromarajonani Colledge of Nursing Nakhon Si Thammarat. **Journal of MCU Nakhondhat** 2019; 6(8): 3888-3900. [in Thai].
14. Chuwet P, Paso P. The Effects of Physical Exercises by Performing Muay Thai Master Worship and Using Thai Boxing Combat on the Elders' Physical Fitness. **Journal of Social Science and Buddhists Anthropology** 2020; 5(10): 266-285. [in Thai].
15. Thongbai S, Chokthaweeapanich T, Onto P, Chaweejan W, Rattanasumrit N. Investigation of Physical Fitness Among Older Adults: A Case Study of Older Adults in the Mueang District Area, Nakhon Sawan Province. **Journal of MCU Peace Studies** 2019; 7(Supplement): S380- S393. [in Thai].
16. Singhard S, Kittiworavej S, Meenakate P, Suriya A. Cognitive Function and Functional Ability of Older People, Elderly School, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University. **Journal of Health Science** 2021; 30(2): 242-250. [in Thai].
17. Suthiwarakorn W. **Action Research: Research for Freedom and Creation**. Bangkok: Siam Paritas; 2013.

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทันเวลาในการเข้ารับการรักษา โรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

มนู ศุกลสกุล\*, วาสิณี วงศ์อินทร์\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทันเวลาในการเข้ารับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

**วิธีการ:** เป็นการวิจัย Cross-Sectional Analytical Study ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 14 แห่ง เก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เข้ารับการรักษาด้วยแบบบันทึกข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 424 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและไครส์แควร์

**ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลชุมชนหลังมีอาการ ทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ร้อยละ 44.6 และเกิน 3 ชั่วโมง ร้อยละ 55.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทันเวลา ได้แก่ วิธีการนำส่ง อาการใบหน้าเบี้ยว หรืออ่อนแรง อาการพูดไม่ชัด พูดไม่ได้ พูดไม่รู้เรื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (P-value  $\leq$  .01)

**คำสำคัญ:** โรคหลอดเลือดสมอง, ความทันเวลา, การนำส่ง, ผู้ป่วยรายใหม่, การแพทย์ฉุกเฉิน

---

\* สำนักตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

\*\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

Corresponding author: wasinee wongin Email: may.commed@outlook.com

Received 20/01/2022

Revised 21/02/2022

Accepted 18/03/2022

## FACTORS ASSOCIATED WITH TIMELINESS OF NEW CASE STROKE TREATMENT IN COMMUNITY HOSPITALS, SURAT THANI PROVINCE

*Manu Sukonsakul\*, Wasinee Wongin\*\**

### ABSTRACT

**Objective:** To study the factors affecting the timeliness of new STROKE treatment in community hospitals, Surat Thani Province

**Method:** This cross-sectional analytical study were carried out among 14 emergency room in community hospitals. Data were collected in 424 new stroke patients admitted for treatment with a data record. Descriptive statistics and chi - square were employed in the analysis.

**Results:** Patients arrived at the community hospital after symptoms in time exceeding 4 hours 51.41% and more than 4 hours 39.42%. Factors associated with timeliness were delivery method, facial deformity or weakness, slurred speech, and speechlessness as statistically significant of 0.01 (P-value  $\leq$  .01).

**Keywords:** stroke, timeliness, refer, new cases, emergency medicine

---

\* Inspection Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

\*\* Surat Thani Provincial Public Health Office

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคหัวใจและหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก จากรายงานการเสียชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2559<sup>1</sup> พบว่า ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตปีละประมาณ 56.9 ล้านคน โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 9.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.2 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมองมีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.67 และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี ประเทศไทย พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง<sup>2</sup> ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2563 เท่ากับ 48.13, 47.81, 47.15, 52.97 และ 52.80 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และมีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 451.39, 467.46, 506.20, 587.97 และ 645.27 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จังหวัดสุราษฎร์ธานี<sup>3</sup> พบมีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 เท่ากับ 462.55, 482.18, 591.40 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ อัตราตายเท่ากับ 43.48 43.48 42.34 และ 41.37 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มอาการทางคลินิก<sup>4</sup> ที่มีอาการทางระบบประสาทบกพร่องเกิดขึ้นเฉียบพลัน มีอาการแสดงหลัง 24 ชั่วโมง อาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุเกิดจาก

การแตก ตีบ หรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง การรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีเป้าหมาย<sup>5</sup> คือ ต้องได้รับการรักษาที่เร็วที่สุด<sup>6</sup> เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดในสมอง ตีบ อุด ตัน ด้วย ยา ละ ลาย ลิ่ม เลือด (Thrombolytic Agent) จะต้องให้ภายใน 3 ชั่วโมง<sup>7</sup> หลังจากเกิดอาการ เพราะการจับตัวกันของลิ่มเลือดยังไม่แข็งตัวเต็มที่ จึงทำให้การใช้ยามีประสิทธิภาพดี ซึ่งการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็วตั้งแต่ระยะแรก จะช่วยลดความพิการและอัตราการตายลงได้<sup>8</sup>

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทันเวลาในการเข้ารับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

## วิธีการศึกษา (Method)

### วิธีการศึกษา

การวิจัย Cross-Sectional Analytical Study

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ทุกราย ที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 18 แห่ง ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562-31 กรกฎาคม 2563 พบโรงพยาบาลที่ส่งแบบบันทึกกลับมาจำนวน

14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 77.77 จำนวนที่  
ทำการศึกษาทั้งสิ้น 424 คน

### **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล**

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมองรายใหม่ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ  
เพศ อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ ที่อยู่ขณะป่วย

ส่วนที่ 2 ประวัติการรักษาด้วยโรค  
ไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวาน ความดันโลหิต  
สูง และโรคอื่น ๆ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค  
หลอดเลือดสมอง ได้แก่ พันธุกรรม อ้วน สูบ  
บุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และไขมันใน  
เลือดสูง

ส่วนที่ 4 วิธีการนำส่ง

ส่วนที่ 5 อาการแสดง การวินิจฉัย  
และผลการรักษา

ส่วนที่ 6 ความทันเวลาในการนำส่ง  
ผู้ป่วย หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมี  
อาการจนถึงโรงพยาบาลชุมชน (Response  
Time) ไม่เกิน 3 ชั่วโมง

### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูล  
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่เข้ารับ  
บริการในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาล

ชุมชนทุกราย และทบทวนข้อมูลจาก  
เวชระเบียนของโรงพยาบาล

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

ทำการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม  
สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ช่วงความถี่  
ร้อยละ ที่มีช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI)  
ใช้เพื่อสรุปผลผลลัพธ์การเปรียบเทียบระหว่าง  
ความทันเวลาและไม่ทันเวลา ได้ดำเนินการ  
โดยใช้การทดสอบไคสแควร์โดยตั้งค่า  
นัยสำคัญที่ระดับ 0.01

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาของ  
คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

### **ผลการศึกษา(Results)**

#### **ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่  
จำนวน 424 คน เพศชาย ร้อยละ 54.7  
ส่วนใหญ่ออยู่ในกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ  
59.21 (ค่าเฉลี่ยอายุ 64.73 ปี S.D. = 15.43)  
อาชีพ ส่วนใหญ่แม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ  
27.12 ที่อยู่ขณะป่วย อำเภอบ้านนาสาร  
ร้อยละ 34.4 รองลงมา คือ อำเภอไชยา  
ร้อยละ 16 และอำเภอพุนพิน ร้อยละ 15.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(N = 424)	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
1.1 ชาย	232	54.7
1.2 หญิง	192	45.3
<b>2. อายุ (Min = 22, Max = 96, <math>\bar{X}</math> = 64.73, S.D. = 15.43)</b>		
2.1 ต่ำกว่า 35 ปี	13	3.1
2.2 35- 60 ปี	160	37.7
2.3 61 ปี ขึ้นไป	251	59.2
<b>3. อาชีพ</b>		
3.1 แม่บ้าน/พ่อบ้าน	115	27.12
3.2 เกษตรกรรม	101	23.82
3.3 รับจ้าง	23	5.42
3.4 ค้าขาย	8	1.89
3.5 พระสงฆ์/นักบวช	3	0.71
3.6 ไม่ระบุ	174	41.04

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยง

ผู้ป่วยรายใหม่พบประวัติการป่วยด้วยป่วยด้วยโรคความดันหรือเบาหวาน ร้อยละ 62.73 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.37 พบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 45.70 ผลการรักษา มีร้อยละของการคุมได้ คือ ร้อยละ 53.13 พบประวัติเป็นผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ

28.07 พบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 82.35 และ ผลการรักษา คุมได้ ร้อยละ 68.07 ผู้ป่วยรายใหม่มีญาติสายตรงป่วย/เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 7.9 มีค่าดัชนีมวลกายเกิน ร้อยละ 40.8 สูบบุหรี่ ร้อยละ 22.6 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 11.3 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 14.2

ตารางที่ 2 ประวัติการป่วยและรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รายการ	จำนวน (N = 424)	ร้อยละ
1. ป่วยโรคความดันหรือเบาหวาน	266	62.73
2. ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	256	60.37
2.1 การรักษาต่อเนื่อง		
- พบแพทย์ตามนัด	117	45.70
- ขาดนัด	139	54.30
2.2 ผลการรักษา		
- คุมได้	136	53.13
- คุมไม่ได้	120	46.87
3. ป่วยเบาหวาน	119	28.07
3.1 การรักษาต่อเนื่อง		
- พบแพทย์ตามนัด	98	82.35
- ขาดนัด	21	17.65
3.2 ผลการรักษา		
- คุมได้	81	68.07
- คุมไม่ได้	33	27.73

ช่องทางการนำส่งผู้ป่วยและอาการก่อนนำส่ง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาเอง หรือญาตินำส่ง ร้อยละ 84.9 ผู้ป่วยมีอาการพูดไม่ชัด พูดไม่ได้ พูดไม่รู้เรื่อง ร้อยละ 65.6 อาการแขนขาชาหรืออ่อนแรงซีกเดียว ร้อยละ 22.2 และอาการใบหน้าเบี้ยวหรืออ่อนแรง ร้อยละ 42.5 อาการแสดงและการวินิจฉัย อาการตรวจพบ เส้นเลือดในสมองแตก (I60 – I69) ร้อยละ 34.4 และเส้นเลือดใน

สมองตีบ/ตัน (I63) ร้อยละ 5.9 ผลการรักษา ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ร้อยละ 96.46

ระยะเวลาในการนำส่งผู้ป่วย (Response Time)

ข้อมูลการป่วยของผู้ป่วยรายใหม่ พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลชุมชน (Response Time) พบว่า ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลชุมชน หลังมีอาการเกิน 1-180 นาที หรือหลัง 3 ชั่วโมง ร้อยละ 55.4

ตารางที่ 3 ข้อมูลการป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เวลาในการนำส่ง</b>		
1.1 1 – 180 นาที (ไม่เกิน 3 ชั่วโมง)	189	44.6
1.2 มากกว่า 180 นาที (เกิน 3 ชั่วโมง)	235	55.4
<b>2. การนำส่ง</b>		
2.1 มาเอง/ญาตินำส่ง	374	88.2
2.2 EMS	50	11.8
<b>3. อาการแสดง</b>		
3.1 ใบหน้าเบี้ยว หรืออ่อนแรง	180	42.5
3.2 แขนขาชา หรืออ่อนแรงซีกเดียว	94	22.2
3.3 พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ พูดไม่รู้เรื่อง	278	65.6
<b>4. อาการตรวจพบ</b>		
4.1 เส้นเลือดในสมองตีบ/ตัน (I63)	146	34.4
4.2 เส้นเลือดในสมองแตก (I60 – I69)	25	5.9
<b>5. ผลการรักษา</b>		
5.1 ส่งต่อ รพศ.สุราษฎร์ธานี	409	96.46
5.2 ส่งต่อ รพร.เวียงสระ	1	0.2
5.3 เสียชีวิตขณะนำส่ง	1	0.2

ปัจจัยที่มีผลต่อความทันเวลาในการเข้ารับการรักษา

พบความสัมพันธ์ระหว่างความทันเวลาในการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล กับวิธีการนำส่ง ผู้ป่วยที่มีอาการใบหน้าเบี้ยว หรืออ่อนแรง และผู้ป่วยที่มีอาการพูดไม่ชัด พูดไม่ได้ พูดไม่รู้เรื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (P-value  $\leq$  .01) ผู้ป่วยที่มาเอง หรือญาตินำส่ง มีโอกาสเข้ารับการ

รักษาทันเวลาไม่เกิน 3 ชั่วโมง 0.54 เท่าของผู้ป่วยที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (95%CI = 0.29 -0.98) ผู้ป่วยที่มีอาการใบหน้าเบี้ยว หรืออ่อนแรง มีโอกาสเข้ารับการรักษาทันเวลาไม่เกิน 3 ชั่วโมง 1.93 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ (95%CI = 1.30 - 2.85) ผู้ป่วยที่มีอาการพูดไม่ชัด พูดไม่ได้ พูดไม่รู้เรื่อง โอกาสเข้ารับการรักษาทันเวลาไม่เกิน 3 ชั่วโมง 1.83 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ (95%CI = 1.21 - 2.77)

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. พันธุกรรม</b>		
มีญาติสายตรงป่วย/เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	31	7.3
<b>2. เป็นผู้มีภาวะอ้วนลงพุง</b>		
2.1 BMI < 18.5 (น้ำหนักน้อยหรือผอม)	48	11.3
2.2 BMI 18.5 – 22.90 (ปกติ)	132	31.1
2.3 BMI 23 – 24.90 (น้ำหนักเกิน)	42	9.9
2.4 BMI 25 – 29.90 (โรคอ้วนระดับที่ 1)	93	21.9
2.5 BMI 30 ขึ้นไป (โรคอ้วนระดับที่ 2)	38	9.0
<b>3. สูบบุหรี่</b>	96	22.6
<b>4. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</b>	48	11.3
<b>5. ไชมันในเลือดสูง</b>	60	14.2

ตารางที่ 5 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร

ตัวแปร	เข้ารับการรักษ ไม่เกิน 3 ชั่วโมง		เข้ารับการรักษ เกิน 3 ชั่วโมง		COR (95%CI)	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>						
ชาย	97	51.32	135	57.45	0.77	1.58
หญิง	92	48.68	100	42.55	(0.46 – 1.30)	
<b>อายุ</b>						
ไม่เกิน 60 ปี	73	38.62	88	37.45	1.05	0.06
60 ปีขึ้นไป	116	61.38	147	62.55	(0.70 -1.55)	
<b>การนำส่ง</b>						
มาเอง/ญาตินำส่ง	160	84.66	214	91.06	0.54	4.13*
EMS	29	15.34	21	8.94	(0.29 -0.98)	

ตารางที่ 5 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร (ต่อ)

ตัวแปร	เข้ารับการรักษา ไม่เกิน 3 ชั่วโมง		เข้ารับการรักษา เกิน 3 ชั่วโมง		COR (95%CI)	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง</b>						
ป่วย	84	44.44	106	45.11	0.97	0.19
ไม่ป่วย	105	55.56	129	54.89	(0.66-1.43)	
<b>ป่วยด้วยโรคเบาหวาน</b>						
ป่วย	28	14.81	43	18.3	0.77	0.912
ไม่ป่วย	161	85.19	192	81.7	(0.46 -1.30)	
<b>ใบหน้าเขียว หรืออ่อนแรง</b>						
มี	97	51.32	83	35.32	1.93	10.98**
ไม่มี	92	48.68	152	64.68	(1.30 – 2.85)	
<b>แขนขาชา หรืออ่อนแรงซีกเดียว</b>						
มี	138	73.02	187	79.57	0.69	2.58
ไม่มี	51	26.98	48	20.43	(0.44 - 1.09)	
<b>พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ พูดไม่รู้เรื่อง</b>						
มี	138	73.02	140	59.57	1.83	8.38**
ไม่มี	51	26.98	95	40.43	(1.21-2.77)	
<b>อาการตรวจพบ</b>						
เส้นเลือดในสมองตีบ/ตัน (I63)	106	56.08	208	88.51	0.166	53.32**
เส้นเลือดในสมองแตก (I60 – I69)	83	43.92	27	11.49	(0.10-0.27)	

## วิจารณ์ (Discussion)

ผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดสมอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.7 เพศหญิง ร้อยละ 45.3 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.6 (อายุน้อยที่สุดที่พบ คือ 22 ปี สูงที่สุด คือ 96 ปี ค่าเฉลี่ยอายุ 64.73 ปี S.D. = 15.43) สอดคล้องกับรายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง ของสำนักโรคไม่ติดต่อกรรมควบคุมโรค<sup>9</sup> ที่พบว่า โรคหลอดเลือดสมองพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง การศึกษาที่ Minnesota พบ เพศชายมีอุบัติการณ์สูงกว่าเพศหญิง ร้อยละ 70 การศึกษาในประเทศอื่น ๆ เช่น สวีเดน อิตาลี และได้หวัน พบอุบัติการณ์ใกล้เคียงกัน<sup>10</sup> และพบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง<sup>9</sup> ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 ต่ออายุ 1 ปี ที่เพิ่มขึ้น<sup>11</sup> นอกจากนี้การศึกษาในชาวเอเชีย ในไต้หวัน พบว่าอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มจาก จำนวน 100 คน ในประชากรแสนคนที่อายุ 38 ปี เป็นจำนวน 1,000 คนในประชากร 100,000 คน เมื่ออายุ 63 ปี<sup>12</sup> ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่สามารถจัดบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพความเสี่ยงในการเกิดโรคได้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 84.9 มาโรงพยาบาลโดยไม่ได้ใช้บริการ 1669 วิธีการเดินทางมาโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง<sup>13</sup> ในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้ระยะเวลาการมารับการรักษา มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5.05 ชั่วโมง และมีเพียงร้อยละ 10 ที่มาโรงพยาบาลภายในเวลา 3 ชั่วโมง หลังจากเกิดอาการ<sup>14</sup> การศึกษาของ รุ่งรัตน์ พลະไกร และคณะ<sup>15</sup> พบว่า เมื่อรถกู้ชีพออกเหตุรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะ Stroke และ STEMI มีผู้สูงอายุไม่ยอมมาที่รถกู้ชีพด้วย เนื่องจากจะขอรอดูอาการ รองลงมา คือ รอดญาติ ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ<sup>16</sup> ทำให้สมองส่วนนั้นขาดเลือด ถ้าเกิดขึ้นกับสมองส่วนที่ควบคุมร่างกายส่วนใด ส่วนนั้นจะเกิดอาการอ่อนแรง และไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม ซึ่งจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ถือเป็นภาวะฉุกเฉินอย่างหนึ่งที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้อาจเสียชีวิตตั้งแต่ในระยะแรก<sup>5</sup> มีผู้ป่วยบางส่วนที่รอดชีวิต แต่มีความพิการหลงเหลืออยู่ เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายเป็นระยะเวลาสั้นต้องใช้ชีวิตที่เหลืออยู่กับความพิการส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน รวมไปถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในภาพรวมด้วย<sup>7,8</sup>

### ข้อยุติ (Conclusions)

ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลชุมชนหลังมีอาการเกินเวลาภายใน 3 ชั่วโมง และผู้ป่วยส่วนใหญ่มาเอง หรือญาตินำส่ง

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

โรงพยาบาลชุมชนควรมีการทบทวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่อยู่เสมอ เพื่อให้สามารถออกแบบมาตรการให้ตรงกับ

สภาพปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลทันเวลา ลดความพิการ และการเสียชีวิต

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

มีการศึกษาความทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ของวิธีการนำส่งผู้ป่วย และอาการแสดงของผู้ป่วย

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. **Global burden of disease 2000** [online] 2006 [cited 2021 Jan 15]. Available from: [http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod\\_cerebrovasculardiseasesstroke.pdf](http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovasculardiseasesstroke.pdf).
2. Strategy and Plans Group non-communicable disease office Department of Disease Control. **5-Year National NCD Prevention and Control Strategic Plan (2017 - 2021)**. Bangkok: Emotion Art; 2017. [in Thai].
3. Surat Thani Provincial Public Health Office. **Report of Health Data Center, Surat Thani Province**. Surat Thani Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health; 2020. [in Thai].
4. Prasat Neurological Institute. **Clinical nursing practice guidelines for stroke**. Bangkok: Ministry of Public Health; 2011. [in Thai].
5. Sukanthamala S, Siangdang P, Maenyum CA. Prognosis of Acute Stroke Patients with Hypertension Treated within and after the First Three Hours, Sungmen Hospital, Phrae Province. **Journal of the Phrae Hospital** 2017; 25(1): 22-28. [in Thai].
6. Chunhawijit C. The cause that affects the delay in hospitalization in patients with cerebral arteriosclerosis of Kosum Phisai Hospital. **Community Health Development Quarterly** 2016; 4(4): 485 - 484. [in Thai].
7. Kommarg U, Sindhu S. Time to treatment with intravenous recombinant tissue plasminogen activator to the neurological recovery in patients with

- acute ischemic stroke at Thammasat university hospital. **J R Thai Army Nurses** 2015; 16: 106-113. [in Thai].
8. Panyaprachoom P, Harnirattisai T, Muengtaweepongsa S. The factors related to seeking treatment at a hospital using a stroke fast track referral network system with acute stroke patients. **Thammasat Med J** 2017; 17: 540-547. [in Thai].
9. Manosoonthorn S. **Cerebrovascular disease prognosis report**. Bangkok: Department of Disease Control; 2557. [in Thai].
10. Jerntorp P, Bergland G. Stroke registry in Malmo, Sweden. **Stroke** 1992; 23(3): 1237-1241.
11. Wolf PA, Cobb JL, D'Agostino RB. Epidemiology of Stroke. In **HJM Barnett, JP Mohr, BM Stein, FM yatsu (eds), Stroke Pathophysiology, Diagnosis and Management**. New York: Churchill Livingstone; 1993.
12. Piravej K, Wiwatkul W. Risk factors for stroke in Thai patients. **J Med Assoc Thai** 2003; 86(Suppl2): s291-298. [in Thai].
13. Palakai R. et.at. Development of emergency medical for STROKE and STEMI Elderly model in Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani province; 2018. [in Thai].
14. Promasoot P. **The factors related to seeking treatment a hospital at a hospital in Stroke patients Sakhrai district, Nongkhai province**. Nongkhai: Nongkhai hospital; 2020. [in Thai].
15. Rattanaprapa Y. Factors Related to Length of Treatment of ischemic stroke patients Acute Chum Phae Hospital Khon Kaen. **Nort – Eastern Thai Journal of Neuroscience** 2018; 13(4): 13 - 27. [in Thai].
16. Tippayanate N, Chanabutr W. Knowledge of stroke risk factors and warning signs: a case study of the Stroke education program in Mahasarakham factory. Bangkok: National Institute of Emergency Medicine; 2016 [in Thai].

# การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองยาง ตำบลคลองยาง อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่

พรเทพ ไสพล\*

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองยาง ตำบลคลองยาง อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ จำนวน 234 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามชนิดตนเอง สถิติที่ใช้ในการศึกษา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพในระดับดีมาก ร้อยละ 87.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ:** ความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมสุขภาพ, การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ, ภาวะแทรกซ้อน

---

\* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองยาง จังหวัดกระบี่

Corresponding author Porntep Sophol Email: lanta2021@gmail.com

Received 24/01/2022

Revised 22/02/2022

Accepted 18/03/2022

# THE PERCEPTION OF HEALTH INFORMATION RELATED TO BEHAVIORS AMONG HYPERTENSION PATIENTS IN BAN KHLONG YANG HEALTH PROMOTING HOSPITAL, KHLONG YANG SUBDISTRICT, KOH LANTA DISTRICT KRABI PROVINCE

*Porntep Sophol\**

## ABSTRACT

This study is a descriptive research study. The objective of this study was to study the perception of health information related to health behaviors of patients with hypertension in Ban Khlong Yang Health Promoting Hospital, Khlong Yang Subdistrict, Koh Lanta District Krabi Province. A total of 234 representative people. The statistics used in the study were percentage, mean, standard deviation, and Chi - square test

The results of the study found that the sample group had a very good level of health perception, 87.2%. When testing the relationship between health perception and health behaviors, it was found that the perception of the risk of disease or complications. Perceived opportunities for disease risk and health behaviors. Collected data by self- answer questionnaire. There was a statistically significant relationship at the 0.05 level.

**Keywords:** high blood pressure, health behaviors, perception of health information, complications

---

\* Ban Khlong Yang Health Promoting Hospital, Krabi Province

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก คาดว่าในปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเช่นกัน เห็นได้จากความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 10 ล้านคน ในปี 2552 เป็น 13 ล้านคน ในปี 2557<sup>1</sup> โรคความดันโลหิตสูงมีอุบัติการณ์สูงขึ้นมากในประชากรไทยในผู้ที่มีอายุเกิน 40 ปีวัยกลางคนและโดยเฉพาะประชากรสูงอายุเกิน 65 ปี<sup>2</sup> โรคความดันโลหิตถือเป็น “ฆาตรกรเงียบ (Silent killer)” เนื่องจากไม่มีอาการแสดง จนทำให้หลายคนต้องเสียชีวิตจากโรคนี้<sup>3</sup> ในปี พ.ศ. 2556-2560 อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นจาก 12,342 เป็น 14,926<sup>4</sup> ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือผู้ที่มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท และ/หรือความดันไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท โดยปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิต ได้แก่ อายุ เวลา จิตใจและอารมณ์ เพศ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม สภาพภูมิศาสตร์ เชื้อชาติ และ

การบริโภคเกลือ<sup>5</sup> การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งสามารถกระทำได้โดย 1) การออกกำลังกาย 2) การรับประทานอาหาร 3) การควบคุมน้ำหนัก 4) การจัดการความเครียด และ 5) การลดปัจจัยเสี่ยง<sup>6</sup> ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดังกล่าว จึงต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้<sup>7</sup> สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief Model) ของ Becker และ Maiman (1975)<sup>8</sup> มาเป็นแนวทางในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ โดยมีแนวคิดว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหรือไม่นั้น ขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

การรับรู้ที่เกิดจากความเชื่อด้านสุขภาพสามารถอธิบายได้ด้วยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)<sup>8</sup> ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barriers) การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

(Cues to action) และปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Modifying Factors) โดยสามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลได้ ซึ่งมีปัจจัยหลายประการที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ปัจจัยหนึ่งที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องนั้นบุคคลต้องมีการรับรู้ตัวเองเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงจะเป็นตัวผลักดันให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรคที่เหมาะสมและถูกต้อง<sup>10-12</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองยาง ปี 2564 พบประวัติเข้ารับบริการจำนวน 479 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.44 ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีร้อยละ 81.01 การศึกษาการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองยาง ตำบลคลองยาง อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ นำแนวคิดการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ 4 ด้าน ประยุกต์จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker และ Maiman (1975)<sup>๑</sup> เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานองค์ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ ในการถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

สูง ในพื้นที่ ตำบลคลองยาง อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองยาง ตำบลคลองยาง อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองยาง ตำบลคลองยาง อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่

### วิธีการศึกษา (Method)

#### รูปแบบการศึกษา

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เครื่องมือทั้งฉบับผ่านการหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ของการรับรู้สุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 0.76 พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.8

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองยาง ตำบลคลองยาง อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ ในปี 2564

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองยาง ตำบลคลองยาง อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ ในปี 2564 ซึ่งจากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนในประชากร ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 234 คน

### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 6 เดือน เคยเข้ารับบริการคลินิกที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองยาง มีการรับรู้สมรรถนะ สื่อสารภาษาไทยได้ และเคยได้รับการให้ความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรในเรื่องการดูแลตนเอง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ชนิดตอบเอง ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สถานะสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ

2. การรับรู้ข้อมูลสุขภาพ เป็นแบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ชนิด 4 ระดับ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน จำนวน 30 ข้อ

3. พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ข้อ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวม นำมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ค่า ไค-สแควร์ (Chi-Square) ทดสอบความสัมพันธ์การรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

## ผลการศึกษา (Results)

### 1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.1 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 86.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 80.3 ประกอบอาชีพ ทำไร่ ทำสวน ทำนา ร้อยละ 67.5 รายได้ต่อเดือนประมาณ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 49.6 เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1-5 ปี ร้อยละ 79.1 พบประวัติภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคเบาหวาน ไชมัน ไต และหัวใจ ตามลำดับ มีโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ไต ไชมัน ร้อยละ 3.8, 2.1 และ 1.7 ตามลำดับ

ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 57.3 ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองจากแพทย์พยาบาล และจากกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 87.6 ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 98.7

### 2. การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการรับรู้สุขภาพในระดับดีมาก ร้อยละ 87.2 การรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นคนที่มีน้ำหนักเกิน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 94.4 การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า การเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาต ร้อยละ 75.6 การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค พบว่าการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงการเป็นโรคไตโรคหัวใจ และโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 84.2 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค การมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการของโรคเป็นสิ่งจำเป็น ถึงแม้ว่าจะต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางก็ตาม ร้อยละ 71.8

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ (n=234)

การรับรู้	ระดับการรับรู้			
	ปานกลาง		มาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	5	2.1	229	97.9
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	20	8.5	214	91.5
การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค	9	3.8	225	96.1
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	182	77.8	52	22.2
<b>ภาพรวม</b>	<b>30</b>	<b>12.8</b>	<b>204</b>	<b>87.2</b>

### 3. พฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 95.7 รองลงมา คือ ระดับดีมาก ร้อยละ 3.9 ข้อที่มีการปฏิบัติดีตัวสูงที่สุด คือ กินอาหารปรุงสุกสะอาด ร้อยละ 90.6 รองลงมา คือ กินอาหาร

รสเค็ม หรือเติมน้ำปลาเพิ่มในอาหาร ร้อยละ 20.1 และข้อที่ไม่มีมีการปฏิบัติสูงที่สุด คือ สูบบุหรี่หรือยาสูบ ร้อยละ 98.7 รองลงมา คือ อยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่กำลังสูบบุหรี่หรือยาสูบ ร้อยละ 88.0 (ตารางที่ 2,3)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ (n=234)

ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์				
	6-7 วัน	4-5 วัน	3 วัน	1-2 วัน	ไม่ปฏิบัติ
<b>การบริโภคอาหาร</b>					
1. ทานกินผักและผลไม้สดที่หลากหลาย อย่างน้อยวันละครั้งก็โลกรัม	23(9.8)	78(33.3)	74(31.6)	51(21.8)	8(3.4)
2. ทานกินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอดกะทิ เนื่อติดมัน มีไขมันผสม เป็นต้น	7(3.0)	64(27.4)	99(42.3)	58(24.8)	6(2.6)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ (n=234) (ต่อ)

ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์				
	6-7 วัน	4-5 วัน	3 วัน	1-2 วัน	ไม่ปฏิบัติ
3. ทานกินอาหารหวานหรือผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง	20(8.5)	80(34.2)	78(33.3)	49(20.9)	7(3.0)
4. ทานกินอาหารรสเค็มหรือเติมน้ำปลาเพิ่มในอาหาร	47(20.1)	69(29.5)	74(31.6)	33(14.1)	11(4.7)
5. ทานกินอาหารปรุงสุกสะอาด	212(90.6)	15(6.4)	6(2.6)	1(0.4)	0(0.0)
<b>การออกกำลังกาย</b>					
6. ทานออกกำลังกายอย่างน้อยต่อเนื่องประมาณ 30 นาที จนรู้สึกเหนื่อยหรือมีเหงื่อออก	1(0.4)	4(1.7)	42(17.9)	117(50.0)	70(29.9)
7. ทานได้เคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องจากการทำกิจวัตรประจำวันประมาณ 30 นาที เช่น เดินไปทำงาน ทำงานบ้าน ทำงานโดยใช้แรง เป็นต้น	1(0.4)	55(23.5)	89(38.0)	68(29.1)	21(9.0)
<b>การสูบบุหรี่</b>					
8. ทานสูบบุหรี่หรือยาสูบ	0(0.0)	2(0.9)	0(0.0)	1(0.4)	231(98.7)
9. ทานอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่กำลังสูบบุหรี่หรือยาสูบ	0(0.0)	1(0.4)	1(0.4)	26(11.1)	206(88.0)
<b>การดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</b>					
10. ทานดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	234(100.0)

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ					
	ไม่ดี		ดี		ดีมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การบริโภคอาหาร	65	27.7	160	68.4	9	3.9
การออกกำลังกาย	173	73.9	57	24.3	4	1.7
การสูบบุหรี่	1	0.4	2	0.8	231	98.7
การดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	0	0	0	0	234	100.0
<b>ภาพรวม</b>	<b>1</b>	<b>0.4</b>	<b>224</b>	<b>95.7</b>	<b>9</b>	<b>3.9</b>

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนกับพฤติกรรมสุขภาพ พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้

ข้อมูลสุขภาพโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	พฤติกรรมสุขภาพ		รวม	$\chi^2$	P - Value	OR (95%CI)
	ไม่ดี	ดี				
มาก	112	117	239	4.69	0.03*	1.95 (1.72- 2.22)
ปานกลาง	0	5	5			
<b>รวม</b>	<b>112</b>	<b>122</b>	<b>234</b>			

\* P - Value  $\leq$  .05

#### วิจารณ์ (Discussions)

การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

เนื่องจากการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นบุคคลต้องมีการรับรู้ว่าตนเอง

เป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงจะเป็นตัวผลักดันให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรคที่เหมาะสมและถูกต้อง<sup>13</sup>ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม<sup>14</sup> เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้การรับรู้สุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตถูกต้องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ต่ำกว่า ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน สร้างแนวทางในการจัดการกับปัญหาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤตมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม<sup>15,16</sup> โดยสร้างการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพจากการเรียนรู้กิจกรรมต่าง และการติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้<sup>17</sup>

### เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Aekplakorn W. Report of the Thai People's Health Survey by Physical Examination No. 5 2014. Nonthaburi: Institute of Public Health Research (HSRI); 2014. [in Thai].

### ข้อยุติ (Conclusions)

การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นั้นมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

สร้างช่องทางการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพที่เหมาะสม จัดรูปแบบการสอนที่ให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ร่วมกับการประเมินระดับความรู้ความเข้าใจของผู้รับบริการต่อการเกิดโรค และติดตามประเมินระดับความสามารถในการรับรู้อย่างต่อเนื่อง

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง การศึกษานี้พบการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. Hypertension Association of Thailand. 2019 Thai Guidelines on the Treatment of Hypertension. Chiang Mai: Trick think; 2019. [in Thai].

3. World Stroke Organization: (WSO). **Annual Report 2019** [online] 2019 [cited 2021 Jan 20]. Available from <https://www.world-stroke.org/>
4. Strategy and Plans Group non-communicable disease office Department of Disease Control. **5 - Year National NCD Prevention and Control Strategic Plan (2017 - 2021)**. Bangkok: Emotion Art; 2017. [in Thai].
5. Lomplang P, Oba N, Wannapornsiri C. Factors Predicting Blood Pressure level among Essential Hypertensive Patients Age under 40 years, Uttaradit Province. **Journal of Nursing and Health Sciences** 2011; 5(2): 12 -22. [in Thai].
6. Kanaswati M, Ditsathaphoncharoen T, Maharan S. Factors and Relationships on Blood Pressure Levels in Hypertensive Patients Nong Muang Subdistrict Nong Muang District Lopburi Province: A Cross-sectional Study. **Community Health Development Quarterly** 2013; 1(1): 61 - 67. [in Thai].
7. Boonwong P, Bumrerraj S, Knowledge and practice of hypertensive patients hypertension Clinical, Nan Health Promotion Hospital, Loei Province. **Community Health Development Quarterly** 2015; 3(3): 377-393. [in Thai].
8. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. **Med Care** 1975; 13(1): 10-24.
9. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. **Health Educ Q** 1984; 11(1): 1-47.
10. Romano V, Scott I. Using Health Belief Model to Reduce Obesity Amongst African American and Hispanic Populations. **Procedia- Social and Behavioral Sciences** 2014; 159: 707-711.
11. Plianbumroong D. Health perception, health behaviors, pre- hypertension Client. **Journal of Nursing and Health care** 2016; 34(1): 83 -92. [in Thai].
12. Nuprain P, Luewanit C, Narinruk P. The Perception of Health Status and Self-Care Behaviour of the Hypertension Patient at the Vachira Phuket Hospital. **Phuket Rajabhat University Academic Journal** 2013; 9(1): 63 – 87. [in Thai].
13. Praiwong C, Satyawongthip W, Sikut P. The Study of Health Beliefs and Self-Care Behaviors of Patients with Hypertension in Sung Noen District,

- Nakhon Ratchasima Province. **Journal of Nakhonratchasima College** 2017; 11(1): 107-116. [in Thai].
14. Phunsuwan N, Sumattana G. Tewthong K. Effectiveness of Change Management Health Beliefs and Health Behaviors Self Risk Essential Hypertension Disease at Kokmamaung Subdistrict, Pakham District, Buriram Province. **Thaksin University Journal** 2015; 18(2): 70-78. [in Thai].
15. Nunyapruk C, Therawiwat M, Kaeodumkoeng K, Imamee N. Factors Related to Blood Pressure Control Behaviors among Hypertensive Patients in Ranod Hospital, Songkhla Province. **Journal of Health Education** 2019; 42(1): 90 – 203. [in Thai].
16. Srihamartra W, Buatee S, Sittipakorn S. The Relationship between Health Belief Perception and Health Behaviors in Patients with Hypertensive Crisis. **The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima** 2015; 21(2): 27-40. [in Thai].
17. Hirungerd S, Vutiso P, Srimongkol M. The effects of health belief model program on knowledge, stroke prevention behavior and blood pressure levels in hypertensive patients the responsibility area of Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Province. **Journal of the Royal Thai Army Nurses** 2021; 22(1): 478 – 487. [in Thai].

# คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

## 1. ประเภทของบทความ

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ ประกอบด้วย

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัย ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ สถานะองค์ความรู้ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของนิพนธ์ต้นฉบับทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ พิมพ์กระดาษขนาด B5 (18.2 ซม X 25.7 ซม.) (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

1.2 บทความปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสาร หรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อผู้พิมพ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล ผลการศึกษาทบทวน ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง และคำแนะนำ สำหรับค้นคว้าเพิ่มเติม โดยจำแนกเอกสารอ้างอิงออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ไม่ระบุ, \*น่าสนใจ (\*of interest), และ \*\*น่าสนใจเป็นพิเศษ (\*\*of outstanding interest) พร้อมทั้งระบุเหตุผลในการจำแนกกลุ่มของเอกสารอ้างอิง ในวงเล็บท้ายเอกสารอ้างอิงนั้น ๆ ความยาวของบทความปริทัศน์ทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ พิมพ์กระดาษขนาด B5 (18.2 ซม X 25.7 ซม.) (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

## 2. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 18 ตัวเข้ม สำหรับภาษาอังกฤษใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ ทั้งหมด โดยชื่อเรื่องต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ต้องประกอบด้วยส่วนสำคัญอย่างน้อย 2 ส่วน คือ Target population และ Outcome of interest ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ หรือไม่ควรเกิน 20 คำ ชื่อเรื่องต้องไม่ใส่วลีที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...” เป็นต้น

2.1.2 ชื่อผู้พิมพ์ (Author) ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 14 ใช้ชื่อเต็ม ไม่ระบุคำนำหน้าชื่อ ไม่ใช่คำย่อ และระบุชื่อผู้พิมพ์ไม่เกิน 7 คน เรียงตามลำดับสัดส่วนในการศึกษาวิจัยจากมากไปน้อย

2.1.3 ชื่อหน่วยงาน หรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้น (Institution) ให้ใส่เครื่องหมาย \* ไว้ท้ายชื่อ แล้วขยายความไว้ท้ายบทคัดย่อ ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.1.4 ชื่อผู้เขียน (Corresponding author) ให้ระบุ email ไว้ท้ายบทคัดย่อภาษาไทย ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12 ตัวเอน

2.1.5 ชื่อแหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา (Funding agency) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 300 คำ เป็นเนื้อความย่อ ตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษาและข้อสรุป ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง โดยไม่ต้องหาความหมายต่อ สำหรับภาษาอังกฤษ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ

2.3 คำสำคัญ (Keywords) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 5 คำ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวเรื่องสำหรับทำดัชนีคำสำคัญ (keywords index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่อง สำหรับ Index Medic US โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทาง

2.4 ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale) เป็นส่วนของบทความบอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาดปัญหา การทบทวนองค์ความรู้อย่างย่อ การดำเนินการที่ผ่านมา ที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัย/ช่องว่างขององค์ความรู้ (gap of knowledge) เพื่อแก้ปัญหาหรือ ตอบคำถามการวิจัยที่ตั้งไว้

2.5 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective) ใช้การบรรยาย หรือระบุเป็นข้อ

2.6 ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology) เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ

2.6.1 วัสดุที่ใช้ในการศึกษา (materials) ให้บอกรายละเอียดของสิ่งแทรกแซง (intervention) เช่น หลักสูตร โปรแกรม ตัวแบบ รูปแบบการรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ เป็นต้น รวมถึงแต่กระบวนการได้มา/พัฒนา การดำเนินการ/หัตถการ (manoeuvre) หรือการจัดกระทำต่อกลุ่มเป้าหมาย (manipulation) เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พิษ เป็นต้น ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นสิ่งใหม่ ให้อธิบายกระบวนการพัฒนา และคุณลักษณะของสิ่งแทรกแซงโดยละเอียดให้ผู้อ่านเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ต่อไปได้ รวมทั้งการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา

2.6.2 วิธีการศึกษา (methods) ประกอบด้วย

- แบบการศึกษา (study design) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment เป็นต้น

- ประชากรศึกษา (population) ให้ระบุขอบเขต เกณฑ์ในการคัดเลือก (eligibility criteria) รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของประชากรที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก เป็นต้น การเข้าถึงประชากรศึกษา ต้องบอกถึงการขอคำยินยอม และการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต

- ตัวอย่าง (samples) ให้ระบุวิธีการได้มาซึ่งขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ (sample size) ความคลาดเคลื่อน วิธีการสุ่มตัวอย่าง (sampling) เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน เป็นต้น

- การพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบสอบถาม แบบบันทึก เป็นต้น รวมทั้งมาตรฐานของเครื่องมือ ความถูกต้อง (validity) ความน่าเชื่อถือ (reliability)

- วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ/ปริมาณ ให้ชัดเจนและกระชับ

- วิธีการจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

2.7 ผลการศึกษา (Results) นำเสนอคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์ ลำดับหัวข้ออย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ควรบรรยายเนื้อเรื่องเป็นร้อยแก้ว ใช้ตาราง แผนภูมิ ภาพ หรือกล่องข้อความประกอบ โดยอธิบายสรุปเชื่อมโยงในเนื้อเรื่อง

2.8 วิจารณ์ (Discussions) เน้นไปที่ ความถูกต้องภายใน (internal validity) และความถูกต้องภายนอก (external validity) ด้วยการวิพากษ์/วิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของข้อค้นพบ วิเคราะห์ และสรุปเปรียบเทียบกับงานวิชาการอื่น (ทฤษฎี งานวิจัย) ที่น่าเชื่อถือ อาจแสดงความเห็นเบื้องต้น หรือข้อมูลที่มีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นหรือแตกต่างเป็นพิเศษก็ได้ รวมทั้งการวิพากษ์ระเบียบวิธีการศึกษา และข้อจำกัดในการศึกษาด้วย

2.9 ข้อยุติ (Conclusions) สรุปข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัยโดยย่อ

2.10 ข้อเสนอแนะ (Recommendations) ความยาวไม่เกิน 200 คำ โดยให้ระบุข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์ และข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะต้องมีรากฐานมาจากข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาวิจัย

2.11 สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge) ความยาวไม่เกิน 100 คำ โดยให้ระบุองค์ความรู้ที่มีอยู่แล้วก่อนทำการศึกษาวิจัย (what is already known?) และองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการศึกษาวิจัย (what this study added?)

2.12 เอกสารอ้างอิง (References) ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

### 3. การเตรียมตาราง ภาพ แผนภูมิ และกล่องข้อความ

ใช้อักษร Cordia New ขนาดอักษร 14 ในบทความหนึ่งๆ ควรมีตาราง หรือภาพ หรือแผนภูมิ หรือกล่องข้อความ หรือผสมกัน ไม่เกิน 5 ตาราง/แผนภูมิ/ภาพ/กล่องข้อความ

3.1 ตาราง (Tables) เน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

- ตารางละครึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย
- ชื่อคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้น หรือย่อ ๆ และอธิบายให้ละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ได้ตาราง
- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับ เพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายแทน

3.2 ภาพ และแผนภูมิ (Figures and Charts) ภาพ และแผนภูมิ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ ต้องคมชัด และเป็นภาพขาว-ดำ เท่านั้น ควรเป็น file ภาพต้นฉบับที่มีความละเอียดสูง

3.3 กล่องข้อความ (Box) ใช้กับคำพูด (quote) ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

- คำพูดต้องเป็นคำพูดสำคัญ ภาษาถิ่น ที่สื่อความหมายเฉพาะชัดเจนลุ่มลึก ความยาวแต่ละคำพูดไม่ควรเกิน 20 คำ ใช้ตัวเอนอยู่ใน “ ”
- ต้องมีแหล่งที่มาของคำพูดในวงเล็บท้ายเครื่องหมาย “ ”
- แต่ละกล่องข้อความ สามารถมีหลายคำพูดได้ แต่ต้อง อยู่ในประเด็นเดียวกันหรือต่อเนื่องกัน ไม่เกิน 10 คำพูด

### 4. การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงให้จัดทำเป็นภาษาอังกฤษ ควรมีอย่างน้อย 15 รายการ และสามารถตรวจสอบได้ทาง internet โดยการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขยกกำลังหลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับการอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไป ตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช่คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร หลีกเลี่ยงการใช้ข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ โพลล์มาใช้อ้างอิง การอ้างอิงจาก internet ให้อ้างอิงเฉพาะ website ของทางราชการและองค์กรที่น่าเชื่อถือเท่านั้น โดยเน้นข้อมูลสถิติที่เป็นทางการ แนวนโยบาย และข้อมูลสำคัญมาก

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.gov/tsd/serials/liji.html>

เอกสารอ้างอิงในวารสาร ต้องเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ประเภท white paper และ gray paper เท่านั้น ประกอบด้วย

- 4.1 บทความในวารสารวิชาการ
- 4.2 หนังสือ/ตำรา
- 4.3 รายงาน/เอกสารเผยแพร่ของทางราชการ
- 4.4 รายงานการวิจัยที่เผยแพร่ต่อสาธารณะ
- 4.5 วิทยานิพนธ์
- 4.6 สารระทาง internet จาก website ที่น่าเชื่อถือ

ทุกรายการต้องสามารถระบุที่มา วันเวลา ได้

วารสารไม่รับตีพิมพ์บทความที่อ้างอิง โพลล์, หนังสือพิมพ์, ความคิดเห็น ฯลฯ

## 5. การส่งต้นฉบับ

ให้ประสานงานกับฝ่ายจัดการ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำ ของฝ่ายจัดการโดยเคร่งครัด

5.1 การเสนอบทความเพื่อขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ ให้สอบถาม/เสนอบทความที่กองบรรณาธิการ E-mail: [chdkku2560@gmail.com](mailto:chdkku2560@gmail.com)

เมื่อฝ่ายจัดการได้รับต้นฉบับแล้ว จะส่งบทความให้บรรณาธิการพิจารณาเบื้องต้นว่ามีเนื้อหาและมีคุณภาพเพียงพอที่จะนำเข้าสู่กระบวนการรับพิจารณา หากบรรณาธิการเห็นว่าเนื้อหาอยู่ในขอบเขตของวารสารและมีคุณภาพเพียงพอ เจ้าหน้าที่จะตรวจสอบคุณลักษณะและความสมบูรณ์ครบถ้วนของบทความ จากนั้นจึงส่งให้บรรณาธิการได้ดำเนินการตามขั้นตอน peers review และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้พิมพ์ ทราบว่าต้องแก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์ หรือตีพิมพ์โดยไม่ต้องแก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์ ต่อไป

บทความที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์ 1 เล่ม

5.2 สถานะบทความ การตรวจสอบสถานะบทความ สามารถตรวจสอบได้ที่ฝ่ายจัดการ โดยสถานะบทความมีดังนี้

5.2.1 ฝ่ายจัดการได้รับบทความต้นฉบับ และอยู่ระหว่างกระบวนการ SUBMISSION PROCESS (ตรวจสอบคุณลักษณะ ความครบถ้วน/ถูกต้อง)

5.2.2 บทความต้นฉบับอยู่ระหว่างกระบวนการ REVIEW (การพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ)

5.2.3 บทความต้นฉบับที่ได้รับการแก้ไข อยู่ระหว่างกระบวนการ COPYEDITING (จัดเตรียมต้นฉบับ)

5.2.4 บทความต้นฉบับได้รับการตอบรับเพื่อตีพิมพ์ และอยู่ระหว่างกระบวนการ PUBLICATION ตีพิมพ์ในวารสารปีที่... ฉบับที่...

เมื่อบทความได้รับการตอบรับเพื่อตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์สามารถขอรับ หนังสือรับรองสถานะการตีพิมพ์จากฝ่ายจัดการ

5.3 การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไป ผู้ประเมินจะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วน ด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้นิพนธ์รับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ ทางวารสารสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์ เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบของบรรณาธิการตามรูปแบบและสาระที่เหมาะสมกับวารสารเท่านั้น

5.4 การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (proof reading) ผู้นิพนธ์ต้องตรวจพิสูจน์อักษร ในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้อง ครบถ้วน ของเนื้อหา

ทั้งนี้ ในหน้าแรกของบทความจะระบุวันที่ Recieved, Revised, Accepted ด้านล่าง  
**หมายเหตุ** หากผู้นิพนธ์ไม่ดำเนินการตามรูปแบบที่ระบุไว้ข้างต้น ฝ่ายจัดการ ขอสงวนสิทธิ์ในการไม่รับพิจารณาการตีพิมพ์