



วารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพฯ

The Journal of Bangkok Public Health Nurse Foundation

ปีที่ 4 มกราคม-ธันวาคม 2561 Vol.4 January-December 2018



### ที่ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ

- 1.นางศรีวรรณมา ตันศิริ
- 2.นางชุติภรณ์ ศิริสนธิ
- 3.นางสาววาณีรัตน์ รุ่งเกียรติกุล

### บรรณาธิการ

นางกาญจนา อนุตริยะ

### ที่ปรึกษา

1. นางเขาวนีย์ เพชรบุรณิน
2. นางสุกัญญา เลาหรัตนาหิรัญ
3. นางอำภา จากนั้นาน
4. นางเกษณี ตระการศิริโรรัตน์
5. นางพรทิพย์ สุนทรนันท์
6. นางมนภรณ์ วิทยาวงศุจ
7. นางวรรณมา งามประเสริฐ
8. นางวิไลพร มัทธนาภิวัฒน์
9. นางยุพดี เขาวณาพรรณ
10. นางสาวชลธิชา นิवासเวส

### กองบรรณาธิการ

1. นางกิตติมา นิพาสพงษ์
2. นางสาวฉัตรพร ศรีโกมุท
3. นางศรีนวล ทองธวัช
4. นางวณิชชา จินพึง
5. นางจุฑามาศ ติลภัทร
6. นางสาวนันทิกา นิลมัย
7. นางจิณณวิสิธา ณรงค์ศักดิ์
8. นางสุภาพรรณ สุทินาค
9. นางทิวพร วิถี
10. นางดาราวรรณ ท้าวสัน
11. นางสุธีตา สิงห์โตทอง

พิมพ์ที่: โรงพิมพ์.....โทรศัพท์..... โทรสาร.....

<http://www>.

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านการพัฒนาสาธารณสุขและการพัฒนาคุณภาพชีวิตไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรด้านการสาธารณสุขและการแพทย์ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป
2. เพื่อเป็นแนวทางไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานของสาธารณสุขสร้างสรรค์และพัฒนาทางด้านวิชาชีพ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดทางวิชาการ

### สำนักงาน

มูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพฯ

สำนักงานเขตห้วยขวาง ชั้น 6กทม. 10310

โทรศัพท์ 0-2276-3904

<http://phn.bangkok.go.th>

### ฝ่ายศิลป์

บริหารการพยาบาล (ด้านบริหารอนามัย)รุ่นที่ 15

### กำหนดออก

ปีละ 1 ฉบับ มกราคม-ธันวาคม

12. นางศศิธร ฉายโชติเจริญ
13. นางสาวพิชญา ชูสนุก
14. นางสาวณัฐธีรา วุฒิวรรณันท์
15. นางสาววรรณอาภรณ์ กสานติกุล
16. นางสถิตาภรณ์ พรหมศรี
17. นางสาววรรณกร เพิ่มพูลสุข
18. นางสาวพรนิภา อินทรสิทธิ์
19. นางสุนันทา ชัยวิทยางกุล
20. นางสาวดวงพร สุขภิการนนท์
21. นางยุวเรศ สืบหิรัญ

ทุกบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร ได้ผ่านการพิจารณากลับนกรองคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อยสองท่าน  
ทัศนะและเนื้อหาที่ปรากฏในวารสาร ไม่ถือเป็นทัศนะและความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการ

# สารบัญ

## บรรณานุกรม

### ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความประจำฉบับ (Peer Review)

#### บทความวิจัย

- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร  
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เขตปทุมวัน 5 - 15
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ  
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 16 - 26
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
( อสม. ) อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี 27 - 34
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์-สุตสาคร ตู้อินดา กรุงเทพมหานคร 35 - 45
- ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ในการลดภาวะอ้วน  
ของบุคลากร ศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้าลาดกระบัง 46 - 60
- พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลหนองแสง  
อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี 61 - 69
- ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย  
โรคความดันโลหิตสูง ตำบลลิซล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช 70 - 76
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโครงการ  
รักษสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 77 - 86
- ประสิทธิภาพของการพัฒนาอาหารสูตรครบถ้วนทดแทนมื้ออาหาร (Meal replacement)  
สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ในศูนย์บริการสาธารณสุข 66 ตำบลพระแม่กวนอิมโชคชัย 4 87 - 98

#### คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

99 - 104

## บรรณาธิการแถลง

สวัสดิ์คีระพีรื่องพยาบาลและชาวสาธารณสุขทุกท่าน วารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพฯเป็นปีที่ 4 ฉบับนี้ยังคงเต็มเปี่ยมด้วยเนื้อหาสาระและบทความที่น่าสนใจ 9 เรื่อง ประกอบด้วยการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เขตปทุมวัน ประสิทธิผลของการพัฒนาอาหารสูตรครบถ้วนทดแทนมื้ออาหาร (Meal replacement) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์บริการสาธารณสุข 66 ตำบลพระแม่กวนอิมโชคชัย 4 และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานตำบลหนองแสง อำเภोजันตคาม จังหวัดปราจีนบุรีโดยทั้ง 3 เรื่องเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานด้านต่างๆ สามารถนำผลการศึกษามาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ในฉบับนี้มีการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสีชล อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นค่าความดันโลหิตลดลง ผู้ที่สนใจสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติได้ อีกทั้งยังมีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโครงการรักษสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ในการลดภาวะอ้วนของบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 45 รมเกล้าลาดกระบัง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคลากรและการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น การศึกษาค้นคว้านี้ทำให้สามารถเข้าใจและวางแผนการส่งเสริมและดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางขันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน เพื่อวางแผนส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างดีและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์-สุดสาคร ตู้อินดา ปัจจุบันพบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นสาเหตุที่สำคัญของปัญหาการดื้อยา ซึ่งเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมหรือเกินความจำเป็น ผลการศึกษาจะสามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีการใช้ยาปฏิชีวนะได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้เกียรติและให้ความไว้วางใจส่งผลงานลงตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ ทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไขผลงานทุกเรื่องให้มีคุณภาพตามมาตรฐานและสามารถตีพิมพ์เผยแพร่เพื่อเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพและงานที่เกี่ยวข้องยิ่งๆ ขึ้นไปสุดท้ายขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสนับสนุนการจัดทำวารสารและเป็นกำลังใจให้กองบรรณาธิการตลอดมา รวมถึงเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้ที่สนใจขยายผลทางการศึกษาเพื่อให้พวกเราและประชาชนทุกคนมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่แข็งแรงสดใสยิ่งขึ้นค่ะ แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

วาณีรัตน์ รุ่งเกียรติกุล

บรรณาธิการ

## ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความประจำฉบับ (Peer Review)

รศ.ดร.สุนีย์ ละกำป็น	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.วีณา เทียงธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ทัศนีย์ รวีวรกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.รักษนก คชไกร	คณะพยาบาลศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.จุฑารัตน์ อัครวงค์วิศิษฐ์	คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ผศ.วัลยา ตูพานิช	คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ผศ.อรณี เฮงยศมาก	คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ดร. นุศ ทิพย์แสนคำ	คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
รศ.ดร. นิตยา เพ็ญศิริรักษา	คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ผศ.ดร.จินตนา อัจฉินเทียะ	คณะพยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ผศ.ดร.สมนึก สกุลหงส์โสภณ	คณะพยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ผศ.วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว		

# ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เขตปทุมวัน

เสาวนีย์ อุ้นเสมาธรรม\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 จุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีกิจกรรม 4 ครั้ง ประกอบด้วย 1)การค้นพบสภาพการณ์จริงโดยประเมินและวิเคราะห์ตนเอง 2)การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อตัดสินใจ และจัดการกับปัญหา 3)การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและลงมือปฏิบัติ และ 4)การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ 2.กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1)โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2)แบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน 3)เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1)แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2)แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ 3)แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีการของครอนบาค (cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ 0.83 และแบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ 0.95 ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์

ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิภาพต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ, เบาหวาน, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, พฤติกรรมการออกกำลังกาย, ระดับน้ำตาลในเลือด

# The Effects of empowerment on consumption behaviors exercise behaviors and blood glucose level among patients with diabetes mellitus, Pathumwan District.

Saowanee Ounsematham

## Abstract

This research is a quasi-experimental study. The objective was to study the effect of the empowerment program on consumption behaviors, exercise behaviors, and blood glucose level of diabetes patients in Public Health Center 5 Chulalongkorn. The samples consisted of 60 diabetes mellitus patients and were divided into two groups, experimental and comparison groups with 30 persons each group. The experimental group received 8-weeks empowerment program consisted of 4 stages: 1) Discovering reality for self-assessment and analysis, 2) Critical reflection to judge and deal with problems, 3) Taking charge for appropriate self-care practices, and 4) Holding on the effective self-care activities. While the comparison group received the usual nursing care. The research instruments consisted of the empowerment program for diabetes patients. The tools used for data collection were composed of demographic characteristics, consumption behavior scale ( $\alpha = 0.83$ ), and exercise behavior scale ( $\alpha = 0.95$ ). The blood glucose level was measured at baseline and 8-week after entering the program.

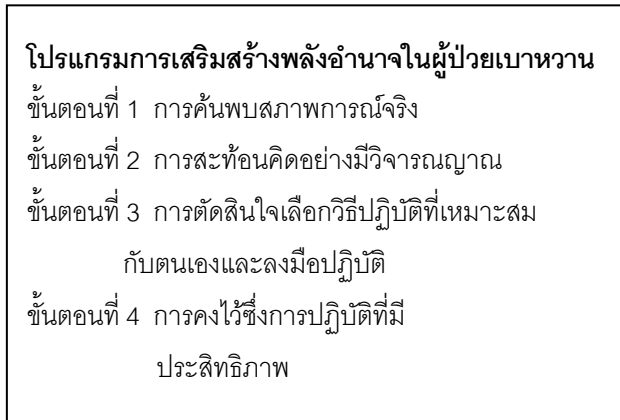
The results revealed that at the end of the program, the experimental group had statistically significant higher score of consumption behaviors and exercise behaviors than baseline and had statistically significant lower fasting blood sugar and HbA1c than baseline. At the end of the program, the experimental group had statistically significant higher score of consumption behaviors and exercise behaviors than those in the comparison group and had statistically significant lower fasting blood sugar and HbA1c than the comparison group.

Findings indicated that the Empowerment program is effective to promote consumption behaviors, exercise behaviors, and glycemic control for patients with diabetes mellitus. It can be used for improving the quality of care in diabetes mellitus patients.

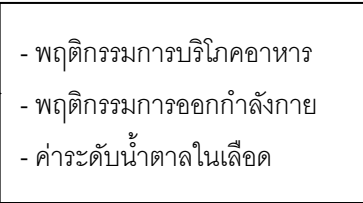
**Keywords:** Empowerment program, Diabetes mellitus, consumption behaviors, exercise behaviors, blood glucose level

## กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

### ตัวแปรอิสระ



### ตัวแปรตาม



### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research design) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-test and post-test design) ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานมานานไม่น้อยกว่า 6 เดือนและมารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 จุฬาลงกรณ์ จำนวน 258 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 จุฬาลงกรณ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ คือ 1)เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ปกอาศัยในเขตปทุมวัน 2)มีอายุ 40-70 ปี 3)มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า 140-250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 4)มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่า 7 5)มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 6)สามารถรู้เรื่องและสื่อสารได้ดี 6)ยินดีเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Polit and-Hungler ที่กำหนดว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยทดลองหรือกึ่งทดลองควรมีอย่างน้อยกลุ่มละ 20 - 30 คน (Polit & Hungler, 1999:220) จึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเพื่อเลือกชุมชน ได้แก่ ชุมชนสลักหิน ชุมชนวัดดวงแข ชุมชนบ้านศรีวัดใต้และชุมชนวัดชัยมงคล หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างให้มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่องเพศและอายุ ด้วยวิธีการจับคู่จำนวน 30 คู่แล้วใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายอีกครั้ง เพื่อเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ผลการสุ่มตัวอย่างได้ชุมชนบ้านศรีวัดใต้และชุมชนวัดชัยมงคลเป็นกลุ่มทดลอง ชุมชนสลักหินและชุมชนวัดดวงแขเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ทำการทดลองตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2560 ถึงเดือนกันยายน 2560

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท คือ

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ประยุกต์ขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995, pp. 1201-1210) แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1)การค้นพบสภาพการณ์จริง โดยประเมินและวิเคราะห์ตนเอง 2)การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหา 3)การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและลงมือปฏิบัติ และ 4)การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์

1.2 แบบบันทึกพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น



2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วย โรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน และระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้าย ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ดัดแปลงจากวินธนา คูศิริสิน (2546, หน้า 77-81) จำนวนทั้งหมด 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับคือปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 11 ข้อ การให้คะแนนโดยข้อคำถามทางบวก ปฏิบัติประจำ = 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย = 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้ามแบ่งระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 48.0-60.0 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 34.0-47.0 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 20.0-33.0 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน ดัดแปลงจากจากภูพจน์ เขียมศิริ (2549, หน้า 138-140) จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย การให้คะแนนคือ ปฏิบัติประจำ = 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย = 1 คะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 29.0-36.0 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 21.0-28.0 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 12.0-20.0 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในระดับต่ำ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือนี้ผู้วิจัย นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน เท่ากับ 0.83 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน เท่ากับ 0.95

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดำเนินการพินิจสิทธิ์โดยชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ และแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม หากยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

2. กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย คำนวณผลตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอดอาหารเช้าและค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ครั้งสุดท้ายจากทะเบียนประวัติ ก่อนการทดลอง (pre-test)

3. กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลามาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ณ ห้องประชุม ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 จุฬาลงกรณ์ รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของตนเองรวมถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย เสนอต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ ผึกทักษะ

ในด้านการกำหนดรายการอาหาร และฝึกการออกกำลังกาย ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้สมาชิกในกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกันให้กำลังใจ ให้คำแนะนำการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและพฤติกรรม การออกกำลังกายตามแผนที่วางไว้ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 สรุปขั้นตอนต่างๆ ของการเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลา 2½ ชั่วโมง

4. หลังการทดลอง 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร และพฤติกรรมออกกำลังกาย ได้รับการเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) (post-test) และนำมาวิเคราะห์ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์การควบคุมโรคเมื่อสิ้นสุดการ ดำเนินการวิจัยกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการจัดกิจกรรม เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การออกกำลังกาย และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด หลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ โดยใช้สถิติ independent t-test ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การออกกำลังกาย และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ paired t-test

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.7 เท่ากันทั้ง สองกลุ่ม มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.7 และ 46.7 ตามลำดับส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคิดเป็น ร้อยละ 60.0 และ 73.3 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 80.0 ตามลำดับ กลุ่ม ทดลองไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.0

กลุ่มเปรียบเทียบประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.3 และ 50.0 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อยู่ในช่วง 5-10 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43.3 และ 40.0 ตามลำดับ มีประวัติโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดัน โลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 66.3 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค อาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้าและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อน กับหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารและค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อน อาหารเช้าและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดต่ำ กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมใน เลือดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ด้วย ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ		
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
<b>ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร</b>						
กลุ่มทดลอง (n = 30)	42.13 (3.77)	49.70 (4.12)	-9.07		0.000*	
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	41.03 (3.70)	41.67 (3.61)	-2.520		0.180	
<b>ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย</b>						
กลุ่มทดลอง (n = 30)	22.53 (7.66)	29.43 (4.90)	-4.912		0.000*	
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	22.73 (6.73)	23.30 (6.03)	-1.979		0.057	
<b>ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า</b>						
กลุ่มทดลอง (n = 30)	161.80 (22.60)	142.03 (38.99)	3.357		0.002*	
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	171.57 (35.36)	168.40 (18.82)	0.613		0.545	
<b>ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)</b>						
กลุ่มทดลอง (n = 30)	8.43 (1.31)	7.50 (1.37)	3.704		0.001*	
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	8.05 (1.01)	8.33 (0.82)	-2.769		0.010*	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเกี่ยวกับบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า

และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	t	p
	(n = 30)	(n = 30)		
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
<b>ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร</b>				
ก่อนการทดลอง	42.13 (3.77)	41.03 (3.70)	1.130	0.263
หลังการทดลอง	49.70 (4.12)	41.67 (3.61)	8.020	0.000*
<b>ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย</b>				
ก่อนการทดลอง	22.53 (7.66)	22.73 (6.73)	-0.107	0.915
หลังการทดลอง	29.43 (4.90)	23.30 (6.03)	4.322	0.000*
<b>ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า</b>				
ก่อนการทดลอง	161.80 (22.60)	171.57 (35.36)	-1.275	0.208
หลังการทดลอง	142.03 (38.99)	168.40 (18.82)	-3.336	0.001*
<b>ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)</b>				
ก่อนการทดลอง	8.43 (1.31)	8.05 (1.01)	1.255	0.215
หลังการทดลอง	7.50 (1.37)	8.33 (0.82)	-2.830	0.007*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ประยุกต์ขึ้นตามแนวคิดของ Gibson (1995) ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับกระบวนการที่ก่อให้เกิดพลังอำนาจและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมายและกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองเกิดการค้นพบสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการควบคุมโรคของตนเอง การสะท้อนคิด การร่วมกันตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวาน การฝึกทักษะ ที่จำเป็นในการควบคุมโรคและฝึกการตัดสินใจในการเลือกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายให้เหมาะสม มีการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยกลวิธีที่ทำให้เกิดความสำเร็จคือการสร้างสัมพันธภาพการร่วมกันตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ระบุพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายที่ตั้งใจจะปรับเปลี่ยนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่ละคนกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับผู้ป่วยอื่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นภายใต้การยอมรับซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานรู้สึกเข้มแข็ง มีพลังเกิดการเรียนรู้และ

การปฏิบัติพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ รู้สึกถึงความสามารถของตนเอง มีการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เหมาะสมกับตนเอง โดยเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถควบคุมตนเองได้จากการที่ได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติในเรื่องการจัดเมนูอาหารและการออกกำลังกาย การได้รับคำแนะนำในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค การให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือน การยกย่องผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ดี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร่วมให้คำแนะนำและร่วมแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่สามารถปรับพฤติกรรมตนเองได้ มีการติดตามประเมินปัญหาและแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่องและส่งผลให้สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชัยนิตย์ อินทร์งาม (2553) ที่ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับการศึกษาของเยาวภา พรเวียง และคณะ (2555) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท่าที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าและมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น การศึกษาของเนตรนิภาจันตระกูลชัย (2557) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเปรียบเทียบผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองแต่มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดสูงกว่าก่อนการทดลอง

ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้โดยทั่วไปที่ไม่ได้มีการฝึกทักษะเฉพาะที่สำคัญทั้งด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อควบคุมโรค ไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจตุมาส จันทรฉาย, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามิ (2555) ที่ศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งยืนยันว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรคเบาหวาน จำเป็นต้องมีการฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นในการควบคุมโรค และเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมกำกับตนเองให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ประยุกต์มาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน โดยครอบคลุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ด้วยการกระตุ้นให้ค้นพบสภาพการณ์จริงเกี่ยวกับการควบคุมโรคของตนเอง ฝึกการสะท้อนคิดและกำหนดเป้าหมายการควบคุมโรค ฝึกตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย และกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยสามารถนำไปใช้ในการเสริมสร้างความสำเร็จในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานได้

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับพยาบาล เพื่อนำไปส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย สามารถนำไปโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อส่งเสริมความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

### 2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาระบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาให้นานกว่า 3 เดือน เพื่อติดตามกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เกิดขึ้น การคงอยู่ของพฤติกรรม และการสร้างแรงจูงใจเพื่อความยั่งยืนของการปฏิบัติ และควรศึกษากลยุทธ์ที่เพิ่มความสำเร็จในการควบคุมโรคในระยะยาว

2.2 ควรมีการศึกษาระบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น

## เอกสารอ้างอิง

- จากุพัจน์ เขียมศิริ. (2549). ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา).
- จุฑามาส จันทร์ฉาย, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามี. (2555). โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 7 (2), 69-83
- จรีรัตน์ เจริญจิตต์. (2555). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอขลุงจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 24 (1), 32-43.
- ชนิษฐาสุเดชาวุธ. (2553). การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคลโรงพยาบาลหนองแขง จังหวัดสระบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศิลปากร).
- เทพหิมะทองคำ และคณะ. (2550). ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธิดิ สันบุญ และวิทยา ศรีดามา. (2549). การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. ในวิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยูนิคัลพับลิเคชั่น.
- เนตรนิภา จันตระกูลชัย. (2557). ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีสเทีย).
- ปรีดากังแฮ, ชดช้อย วัฒนนะ. (2558). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพฤติกรรมจัดการตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิทยาลัย พยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 26 (2), 63-77.
- เยาวภา พรเวียง, วิภาพรรณ หมื่นมา, พิสมัย ศรีสุวรรณพคุณ และวันทนา แก้วของผาง. (2555). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและคุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 12 (1220), 85-97.
- วัลย์ลดา เลหากุล. (2554). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการควบคุมเบาหวาน ที่ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีส่วนร่วมแบบสมัครใจ. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีสเทีย).
- วินธนา คูศิริสิน. (2546). การดูแลตนเองด้านโภชนาการและสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนศาสตร์ศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2559). รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2 “KICK OFF THE GOALS “. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. (2558). ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- Gibson, C. H. ( 1995) .A Study of empowerment inmothers ofchronicallyill children. Unpublished doctoral dissertation. Boston: BostonCollage.
- International Diabetes Federation. (2015). IDF Diabetes Atlas Seventh Edition. Brussels, Belgium.
- Polit, D. F. , & Hungler, B. P. ( 1999) .NursingResearch: Principles and Methods (6<sup>th</sup>ed.) The United States of America: Lippincott.

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ประภาภรณ์ วงษ์แก้ว\*  
เสน่ห์ แสงเงิน\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตติกุทิศ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 224 คนใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 58.48 อายุเฉลี่ย 66.44 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 66.07 จบประถมศึกษา 54.02 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,212.95 บาท และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.38 มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพในระดับในระดับมาก ร้อยละ 50.45 มีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.93 การสนับสนุนด้านสุขภาพจากบุคคลในครอบครัวในระดับมาก 62.50 การสนับสนุนด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ในระดับปานกลาง 55.36 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.92 และพบว่าการรับรู้ ทัศนคติ และความเชื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.329, p < 0.001$ ), ( $r = 0.572, p < 0.001$ ), ( $r = 0.390, p < 0.001$ ) ตามลำดับ การสนับสนุนจากครอบครัวและการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.502, p < 0.001$ ), ( $r = 0.530, p < 0.001$ ) ตามลำดับ

**คำสำคัญ:** พฤติกรรม, การดูแลสุขภาพตนเอง, ผู้สูงอายุ

---

\* นักศึกษาหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง E-mail address: paprpn@hotmail.co.th

\*\* ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ประจำภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง



# Factors associated with self-care behaviors among elderly in elderly department of health, Bangkok.

PrapapornWongkaew,  
Sane Saengngoen

## Abstract

This research was a descriptive research aims to study factors associated with self-care behaviors among elderly in elderly club of health center 46, Kantarat-utit, department of health, Bangkok. 244 participants were randomized by simple random sampling. Collecting data by questionnaire, Cronbach's alpha of 0.95 and data analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, median, max, min and Pearson product-moment correlation coefficient.

The result showed that female (58.48%), average age 66.44 years old, married (66.07%), primary education (54.02%), average income 5,212.95 Baht per month, self-efficacy in moderate level (59.38%), attitude of self-care in high level (50.45%), belief of self-care in moderate level (83.93%), supported from family member in high level (62.50%), supported from health care provider in moderate level (55.36%), self-care behaviors in high level (62.92%). And found that self-efficacy, attitude and belief of self-care were positively associated with lower level of self-care behaviors statistical significance ( $r = 0.329$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ), ( $r = 0.572$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ), ( $r = 0.390$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) respectively. And supported from family member and supported from health care provider were positively associated with lower level of self-care behaviors statistical significance ( $r = 0.502$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ), ( $r = 0.530$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )

**Keywords:** behaviors, self-care behaviors, elderly

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรโลกได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 6,070.6 ล้านคนในปี พ.ศ.2543 เป็น 7,851.4 ล้านคนในอีก 25 ปีข้างหน้าคือในปี พ.ศ.2568 ในขณะที่ประเทศไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นและได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ประเทศไทยก็เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และยังคงคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าสังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ (Aged Society) คาดว่าในปี พ.ศ.2571 ประเทศไทยจะมีผู้อายุเกิน 60 ปี 23.5% (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556, หน้า 1) ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.2557 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 10,014,699 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด กรุงเทพมหานคร มีประชากรสูงอายุทั้งหมด 942,856 คน คิดเป็น ร้อยละ 6.69 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557, หน้า 28) และในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กิ่งตารัตติกุทิศมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 10,354 คน (ระบบสถิติทางการทะเบียน, 2559: Online)

จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2556 โดยกรมอนามัยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 95 หรือ 9.2 ล้านคนป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 โรคเบาหวาน ร้อยละ 10 โรคเข้าเสื่อมร้อยละ 9 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 1 เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ 1 และผู้พิการ ร้อยละ 6 ยังพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 50 มีภาวะอ้วน หรือเป็นโรคอ้วนด้วย ทำให้การเดินลำบากยิ่งขึ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2557: Online) จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ 5 อันดับแรกในเขตบริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2556 คือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดสมองอักเสบลงมโปรงพอง (สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล, 2557, หน้า 133-134) การพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในปัจจุบันมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้สูงอายุที่อยู่นคนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2537 มีผู้สูงอายุที่อยู่นคนเดียว ร้อยละ 3.6 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.3 ร้อยละ 7.7 และร้อยละ 8.6 ในปี พ.ศ. 2545, 2550 และ 2554 ตามลำดับ จากผลการสำรวจปี พ.ศ.2557 มีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพังเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 10.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557, หน้า 42) ทั้งนี้เนื่องมาจากสภาพสังคมปัจจุบัน

ที่ต่างคนต่างต้องดิ้นรนเพื่อหาเลี้ยงชีพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านเพียงลำพังผู้สูงอายุขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานเพราะการประกอบอาชีพนอกชุมชนการแยกครอบครัวไปที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น บางรายต้องหารายได้ด้วยตนเองด้วยการทำงานรับจ้าง

ชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ 50 สำนักงานเขตของกรุงเทพฯ มีจำนวน 395 ชมรมในพื้นที่เขตลาดกระบังมีชมรมผู้สูงอายุจำนวน 30 ชมรม (สำนักพัฒนากรุงเทพมหานคร, 2559: Online) และในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กิ่งตารัตติกุทิศ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีชมรมผู้สูงอายุ 9 ชมรม กิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นในชมรมผู้สูงอายุเป็นการคงสภาพและส่งเสริมบทบาททางสังคม รวมทั้งการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุไว้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้เกิดความสุขในชีวิตซึ่งจะมีส่วนช่วยสนับสนุนเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ (เบญจมาศ นาควิจิตร, 2551, หน้า 2)

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กิ่งตารัตติกุทิศ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้รับ มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดียิ่งขึ้นในด้านการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลตนเองเมื่อมีความเจ็บป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวและสังคม มีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กิ่งตารัตติกุทิศ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กิ่งตารัตติกุทิศ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

### คำถามการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน  
ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตติกุทิศ  
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นอย่างไร

### สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ  
ดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยทางจิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ  
ดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ  
ดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

### กรอบแนวคิด

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

#### ปัจจัยส่วนบุคคล

อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้  
ลักษณะครอบครัว

#### ปัจจัยทางจิต

การรับรู้ความสามารถด้านการดูแลตนเอง ทศนคติที่ดี  
ต่อการดูแลสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน  
เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

#### ปัจจัยทางสังคม

การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและ  
การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคคลากรทาง  
การแพทย์

#### พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป
2. ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ
3. ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหา  
ทางด้านสุขภาพ

## วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1985) มาเป็นกรอบแนวความคิดเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 46 ก้นตารัตูทิศ กรุงเทพมหานคร โดยมีแนวคิดที่จะศึกษาปัจจัย ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

## รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากร

ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 46 ก้นตารัตูทิศ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 46 ก้นตารัตูทิศ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่สมัครใจและยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทาร์ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973 อ้างอิงใน กุลวดีโรจน์ไพศาล กิจ 2557, หน้า 158) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 224 คน
2. ทำการสุ่มตัวอย่างในแต่ละชมรม 9 ชมรม โดยใช้สูตรคำนวณหาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชมรม
3. จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ในแต่ละชมรม ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหน่วยวิเคราะห์ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในแต่ละชมรม ให้ได้จำนวนผู้สูงอายุตามจำนวนที่คำนวณไว้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิด แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

**ตอนที่ 1** แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว มีข้อความถาม จำนวน 6 ข้อ

**ตอนที่ 2** แบบสอบถามด้านปัจจัยทางจิตประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง มีคำถามจำนวน 14 ข้อ มีคำถามทั้งทางบวก และทางลบ เป็นแบบประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 3 ระดับ

ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง มีคำถามจำนวน 12 ข้อ มีคำถามทั้งทางบวก และทางลบ เป็นแบบประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 3 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีคำถามจำนวน 10 ข้อ มีคำถามทั้งทางบวก และทางลบ เป็นแบบประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 3 ระดับ

**ตอนที่ 3** แบบสอบถามด้านปัจจัยทางด้านสังคมประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวมีคำถามจำนวน 13 เป็นแบบประมาณค่าของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 3 ระดับ

ส่วนที่ 2 แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ มีคำถามจำนวน 13 ข้อ เป็นแบบประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 3 ระดับ

**ตอนที่ 4** แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมี คำถามจำนวน 19 ข้อ มีคำถามทั้งทางบวก และทางลบ เป็นแบบประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 3 ระดับ

## คุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยการนำไปทดสอบหาความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้ในการเก็บ

รวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องครั้งนี้ ค่า IOCมากกว่า 0.5 ทุกข้อ

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยทำการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบ (Try-out) ใ้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตูทิศ กรุงเทพมหานคร ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดสอบความเชื่อมั่นรวมโดยวิธีการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.949

3. นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้แล้วไปเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 46กันตารัตูทิศ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากชมรมผู้สูงอายุที่คัดเลือกไว้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยอธิบายโครงการวิจัยและแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ

3. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยนำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ด้วยตนเองตามกำหนดวันและเวลาที่ได้นัดหมายกับชมรมผู้สูงอายุ

4. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนในการตอบแบบสอบถามและบันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูลโปรแกรมและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ มาคัดเลือกตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วนำมาทำการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSSfor Window (StatisticalPackage for the Social Sciences for Windows) กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

### สรุปผลการวิจัย

พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.62 ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.48 ร้อยละ 84.38 มีอายุน้อยกว่า 70 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.44 ปี อายุต่ำสุดเท่ากับ 60 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 89 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.07 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.02 รายได้ไม่เกิน 5,500 บาท ร้อยละ 66.07 เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 5,212.95 บาท รายได้ต่ำสุดเท่ากับ 1,000 บาทต่อเดือน รายได้มากที่สุดเท่ากับ 20,000 บาทต่อเดือน และมีลักษณะครอบครัวขยาย ร้อยละ 68.30

ปัจจัยทางจิต พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.38 มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.45 และมีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.93

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (โดยทั่วไป)		
พฤติกรรมระดับน้อย	2	0.89
พฤติกรรมระดับปานกลาง	66	29.46
พฤติกรรมระดับมาก	156	69.62
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (ระยะพัฒนาการ)		
พฤติกรรมระดับน้อย	4	1.79
พฤติกรรมระดับปานกลาง	79	35.27
พฤติกรรมระดับมาก	141	69.94
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (เมื่อมีปัญหา)		
พฤติกรรมระดับน้อย	13	5.80
พฤติกรรมระดับปานกลาง	134	59.82
พฤติกรรมระดับมาก	77	34.38

จากตารางที่ 1 พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง (โดยทั่วไป) ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก จำนวน 156 คิดเป็นร้อยละ 69.62 รองลงมาอยู่ในระดับ ปานกลาง จำนวน 66 คิดเป็นร้อยละ 29.46 และระดับน้อย จำนวน 2 คิดเป็น ร้อยละ 0.89 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ระยะพัฒนาการ) ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก จำนวน 141 คิดเป็นร้อยละ 62.94 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 79 คิดเป็นร้อยละ 35.27 และระดับน้อย จำนวน 4 คิดเป็น ร้อยละ 1.79 พฤติกรรมการดูแลตนเอง (เมื่อมีปัญหาสุขภาพ) ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 143 คิดเป็นร้อยละ 59.82 รองลงมา อยู่ในระดับมาก จำนวน 77 คิดเป็นร้อยละ 34.38 และระดับน้อย จำนวน 13 คิดเป็นร้อยละ 5.8

ตารางที่ 2 ตารางระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, \*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	Y
X1	1	-0.131*	0.035	0.207**	0.137*	0.102	0.143*	0.159*
X2		1	-0.05	0.147*	-0.031	-0.092	-0.072	-0.197**
X3			1	0.162*	0.476**	0.331**	0.300**	0.329**
X4				1	0.310**	0.499**	-0.417**	0.572**
X5					1	0.370**	0.388**	0.390**
X6						1	0.389**	0.502**
X7							1	0.530**
Y								1

ระดับ 0.01, \*\*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หมายเหตุ: X1 = อายุ, X2 = รายได้, X3 = การรับรู้, X4 =ทัศนคติ, X5 = ความเชื่อ, X6 = การสนับสนุนจากครอบครัว, X7 = การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์, Y = พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

จากตารางที่ 2 พบว่าการรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.329$ ,  $P\text{-value} < 0.001$ ) ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.572$ ,  $P\text{-value} < 0.001$ ) และความเชื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.390$   $P\text{-value} < 0.001$ ) การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.502$   $P\text{-value} < 0.001$ ) และการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.530$   $P\text{-value} < 0.001$ )

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิต และปัจจัยทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value = 0.017) เพราะซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสสร ผิวหอม (2557) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสุรินทร์ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุรินทร์ และรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value = 0.003) เพราะสอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทัยชนก กุลสืบ และวรัญญา เชื้อทอง (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการดูแล สุขภาพของประชาชนในตำบลห้วยกระเจา อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยทางจิต พบว่าการรับรู้และความเชื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.329$ ,  $P$ -value < 0.001) ( $r = 0.390$ ,  $P$ -value < 0.001) ตามลำดับและทัศนคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.572$ ,  $P$ -value < 0.001) เพราะซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศนาควิจิตร (2551, หน้า 80) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยทางจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณรายพิทักษ์ เจริญ (2551, หน้า 164) ได้ศึกษาจิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกายและจิตของข้าราชการสูงอายุของกระทรวงศึกษาธิการ

กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่าความรู้เกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลสุขภาพตนเองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากที่สุดและสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ พัฒนผลงวิทยา (2551) ศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางสังคม พบว่าการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.502$ ,  $P$ -value < 0.001) ( $r = 0.530$ ,  $P$ -value < 0.001) ตามลำดับซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัชย์อยู่สาโก (2550) ศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าแรงสนับสนุนสังคมจากครอบครัว บุคลากรสาธารณสุขสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของอรชรโวทวี (2552, หน้า 141) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลากรสาธารณสุข และจากบุคคลในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

## ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ทำให้ทราบพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กิ่งดาวดิฐทิศ สำนักงานมัยกรุงเทพมหานคร
2. ทำให้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กิ่งดาวดิฐทิศ สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร



3. นำข้อมูลที่ได้ไปกำหนดแนวทางนโยบายและวางแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลต่อไป

#### **ข้อเสนอแนะ**

1. ความเชื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุผู้สูงอายุยังมีความเชื่อผิดๆ และความเชื่อโบราณอยู่ จึงทำให้การดูแลสุขภาพไม่ถูกต้องควรให้ความรู้กับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุจะได้มีความรู้ที่ถูกต้องและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และเปลี่ยนแปลงความเชื่อเดิมในการดูแลสุขภาพตนเอง

2. การรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาสุขภาพกลัวที่จะสอบถามข้อมูลการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ควรติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุทุก 3 เดือน เพื่อสร้างความใกล้ชิดให้แก่ผู้สูงอายุ และจะทำให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาและเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัวอันจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและความร่วมมือในการดูแล

3. ทักษะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเมื่อมีอาการท้องผูกจะรับประทานยาระบายทันทีควรให้ความรู้ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับประทานยาและวิธีป้องกันเมื่อมีอาการท้องผูก

## เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. (2551). ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ  
ศิริพยาบาลกรุงเทพมหานคร.ปริญญาโท กศ.ม. (สุขภาพ).กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). บทความทางวิชาการการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการ  
วุฒิสภา. ปีที่3ฉบับที่16. หน้า 1-7.
- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุใน  
ชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).
- ประภัสร์ ผิวหอม. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดสุรินทร์. (วิทยานิพนธ์  
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี).
- พรรณราย พิทักษ์เจริญ. (2551). จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกายและจิตของข้าราชการสูงอายุ.  
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ฤทัยชนก กุลสืบ และวรัญญา เชื้อทอง. (2550). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนใน ตำบลห้วยกระเจา  
อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี. งานวิจัยวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- สุรัชย์ อยู่สาโก. (2550). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ในเทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่นอำเภอท่ามะกา  
จังหวัด กาญจนบุรี. งานนิพนธ์สาขาวิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2557). สืบค้นเมื่อ 2 กันยายน 2559, สืบค้นจาก  
<http://www.thaihealth.or.th/Content/.html>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติ. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2559,  
สืบค้นจาก[http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news/poll\\_elderly-3.jsp](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news/poll_elderly-3.jsp)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานผลเบื้องต้นการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. สืบค้นเมื่อ  
วันที่ 2 กันยายน 2559, สืบค้นจาก [https://www.m-society.go.th/article\\_attach/13101/17262.pdf](https://www.m-society.go.th/article_attach/13101/17262.pdf)
- สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล. (2557). สถิติกรุงเทพมหานคร ปี 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- อรรช ไวทวิ. (2552). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์  
มหาบัณฑิตสาขาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร).
- Best, J.W. (1977). Research in education (3rd ed). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hell.

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ( อสม. ) อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี

ประสาร รักรักษ์\*  
เสน่ห์ แสงเงิน\*\*

## บทคัดย่อ

จากสถานการณ์ด้านโรคภัยไข้เจ็บที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่ว่าจะเป็นการอุบัติขึ้นใหม่ของโรคระบาดใหม่การเพิ่มมากขึ้นของโรคเรื้อรังต่างๆ และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมและสุขภาพเหล่านี้ล้วนเป็นบริบทใหม่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ต้องพัฒนาศักยภาพตัวเองให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงผู้ศึกษาเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรีและเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งดูแลด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( อสม. ) โดยตรงจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( อสม. ) ตามบทบาทหน้าที่และปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( อสม. ) ในพื้นที่อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Description Research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( อสม. ) และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( อสม. ) ในอำเภอประจันตคามจังหวัดปราจีนบุรีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรีจำนวน 290 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้เป็นแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSSสถิติที่ใช้คือร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมานใช้ไคสแควร์ (Chi-squareTest)

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 89.7 มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 73.1 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60.3 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.2 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 57.6 ระยะเวลาการเป็น อสม. อยู่ระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 36.6 และส่วนใหญ่เข้ามาเป็น อสม. โดยความสมัครใจร้อยละ 85.2 ร้อยละ 55.9 มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.9 มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.0 มีสวัสดิการและค่าตอบแทนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.6 มีผลการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับสูงและพบว่าอาชีพและรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ส่วนความรู้และสวัสดิการและค่าตอบแทนไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

**คำสำคัญ:**อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( อสม. ), การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

\* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสอ.ประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี

\*\* อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยรามคำแหง

# Factors Associated with the Performance of Village Health Volunteers in Prachantakham District, Prachinburi Province.

PrasanRuruck,  
Sane Saengngoen. Dr. PH.

## Abstract

The situation of the disease has changed from the original. Whether the emergence of a new epidemic. The increase of chronic diseases and changes in the economic and social health of these is the new context of village health volunteers to improve themselves, to keep pace with these changes. In the District Public Health Officer Prachantakham. Prachinburi and is responsible for the public health sector. Which oversees the Village Health Volunteer (VHV) Directly, so it is interesting to study the performance of the Village Health Volunteer (VHV). Role-based and other factors that affect performance. Village Health Volunteer (VHV), Prachantakham in the district. Prachinbur. This research was a descriptive research aimed to study the performance and factors associated with the performance of village health volunteers in Prachantakham District, Prachinburi Province. The samples were village health volunteers in Prachantakham District Prachinburi Province of 290. Questionnaire was tool for data collection; Statistics used for data analysis are frequency, mean, percentage, standard deviation, and chi-square.

The result showed that, samples mainly female are 89.70 percent. Between 40-59 years old, 73.10 percent. Marital status 72.10 percent. Mostly educations were high school, 60.30 percent. Occupation were agriculture 35.20 percent. The average of income were between 0-5,000 baht/month, 57.60 percent. The length of experience were between 1-10 years, 36.60 percent. And come to village health volunteers with willingness, 85.20 percent. Occupation and the average of income were associated with the performance of village health volunteer's statistical significance ( $p$ -value = 0.05). Knowledge of village health volunteers was at a middle level, 55.9 percent and was not associated with the performance. Attitude of village health volunteers was at a middle level, 37.9 percent and was associated with the performance statistical significance ( $p$ -value < 0.01) Benefit and compensation of village health volunteers was at a middle level, 39.0 percent and was not associated with the performance. And the performance of village health volunteers was at a high level, 37.6 percent.

**Keywords:** Village Health Volunteer (VHV), The performance of the Village Health Volunteer (VHV)

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้นำเอาทฤษฎีการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นนโยบายหลักในการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศไทยเพื่อบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าการสาธารณสุขมูลฐานได้รับการผลักดันและบรรจุให้เป็นนโยบายและแผนสาธารณสุขแห่งชาติในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 ในปีพ.ศ. 2520-2524 (กรมสนับสนุนบริการ, 2551) หลักการที่สำคัญที่สุดของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานคือการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยมีแนวทางการปฏิบัติที่สำคัญได้แก่การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยในท้องถิ่น (กองสนับสนุนภาคประชาชน, 2553) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือประชาชนที่เสียสละและอาสาที่จะรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน ด้วยความสมัครใจโดยผ่านกระบวนการให้ความรู้ด้านสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำอย่างต่อเนือง จนมีความรู้ความสามารถที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและเพื่อนบ้านได้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย (Change agents) ของประชาชน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2553) อสม. ถือเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและมีบทบาทสำคัญได้ร่วมทำงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนจนปรากฏเป็นผลสำเร็จของการพัฒนาสาธารณสุขไทยที่ได้รับการยอมรับไปทั่วโลก (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2553) อำเภอประจันตคามมีจำนวนทั้งหมด 9 ตำบล จำนวน 106 หมู่บ้านมีครัวเรือนทั้งสิ้น 12,259 หลังคาเรือน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 950 คน คิดเป็นสัดส่วนต่อ อสม. 1 คนรับผิดชอบ 13 หลังคาเรือน (งานภาคสุขภาพประชาชนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี, 2558) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากโดยมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทิศทางการกระจายอำนาจของรัฐบาล การปฏิรูประบบราชการรวมทั้งสถานการณ์ด้านโรคภัยไข้เจ็บที่เปลี่ยนแปลงไป

จากเดิมไม่ว่าจะเป็น การอุบัติขึ้นใหม่ของโรคระบาดใหม่การเพิ่มมากขึ้นของโรคเรื้อรังต่างๆ และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมและสุขภาพเหล่านี้ล้วนเป็นบริบทใหม่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ต้องพัฒนาศักยภาพตัวเองให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว (โกมาตรจึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ, 2552 หน้า 3-4) นอกจากนี้ในปัจจุบันรัฐบาลได้มีนโยบายในการเสริมสร้างขวัญกำลังใจและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพื่อสร้างแรงจูงใจหนุนเสริมให้อสม. ปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพโดยจัดให้มีสวัสดิการค่าตอบแทนให้แก่ อสม. ในการช่วยปฏิบัติงานให้ได้รับสวัสดิการค่าตอบแทนในอัตราคนละ 600 บาทต่อเดือนเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้การปฏิบัติงานมีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นตั้งแต่เดือนเมษายน 2552 เป็นต้นมา (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) จากการเปลี่ยนแปลงไปของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ในฐานะที่ผู้ศึกษาเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี และเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนซึ่งดูแลด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยตรงจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามบทบาทหน้าที่และปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ อสม. ในพื้นที่อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี สามารถปฏิบัติงานได้ตามบทบาทหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี

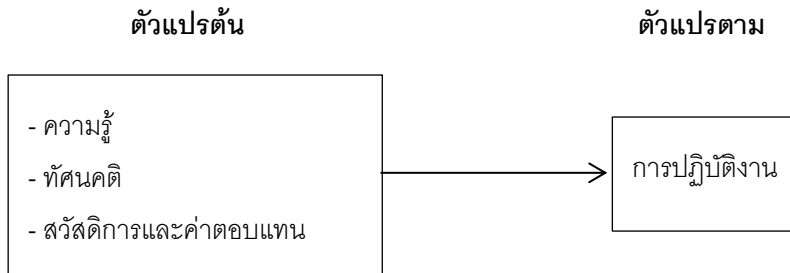
## คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรีอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( อสม. ) ในอำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี

## สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขปัจจัยด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติงานและปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( อสม. ) อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี

## กรอบแนวคิด



## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยรูปแบบเชิงพรรณนา (Description Research)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( อสม. ) ในเขตอำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี ที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 290 คน คัดเลือกมาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Taro Yamane

## เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูลจำนวน 5 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1) ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ตอนที่ 2) ปัจจัยด้านความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามหลักสูตรการอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข ( อสม. ) พ.ศ. 2550 ตอนที่ 3) ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตอนที่ 4) ปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ

ตอนที่ 5) การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในทศวรรษใหม่ทศวรรษที่ 4

## คุณภาพของเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.96 และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ได้เท่ากับ 0.89

## วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง เสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การรวบรวมข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงพยาบาลประจันตคามและประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( อสม. ) ในอำเภอประจันตคาม เพื่อขอความร่วมมือในการทำการศึกษา

2. ดำเนินการแจกแบบสอบถามกลุ่มเป้าหมายตามรายชื่อที่สุ่มได้และรวบรวมแบบสอบถามส่งคืนผู้ศึกษา ภายใน 2 สัปดาห์ จากนั้นตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

## การวิเคราะห์ข้อมูลโปรแกรมและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square Test Statistic)

## สรุปผลการวิจัย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 89.7 มีอายุระหว่าง 40 - 59 ปี ร้อยละ 73.1 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60.3 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 35.2 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 57.6 ระยะเวลาในการเป็น อสม. อยู่ระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 36.6 และส่วนใหญ่เข้ามาเป็น อสม. โดยความสมัครใจ ร้อยละ 85.2 และพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็น อสม. และวิธีการเข้ามาเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนอาชีพหลักที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.043) และรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.05)

ด้านความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.9 มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 24.1 ระดับสูง ร้อยละ 20.0 และไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างในส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.9 มีทัศนคติต่อการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคืออยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 31.4 ระดับสูง ร้อยละ 30.7 และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001)

ด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.0 มีระดับสวัสดิการและค่าตอบแทนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคืออยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 35.8 ระดับสูง ร้อยละ 25.2 และไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.6 มีผลการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง

## อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาของธวัชชัย วีระกิติคุณ (2552) ที่พบว่า เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิทยา ไส้สกุล (2558) ที่พบว่า เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาชีพหลักที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของบุษรินทร์ แสงสุข (2557) ที่พบว่าอาชีพที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตามบทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของบุษรินทร์ แสงสุข (2557) ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษาของบุษรินทร์ แสงสุข (2557) ที่พบว่าระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี แต่ไม่สอดคล้องจากผลการศึกษาของธวัชชัย วีระกิติคุณ (2552) ที่พบว่าระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภูมิเรศ ศรีระวงศ์ (2555) ได้พบว่าระยะเวลาการเป็น อสม. มี

ความสัมพันธ์กับศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดอำนาจเจริญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวันทนานิรนาท (2554) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.33 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของบุษรินทร์ แสงวสุข (2557) ที่พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุพรรณงษ์เทียน (2554) ที่พบว่าปัจจัยด้านความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ทางกับการปฏิบัติงานโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลแม่แฝก อำเภอสันทรายจังหวัดเชียงใหม่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< 0.01$  ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของดิลก แดงทอง (2551) ที่พบว่าทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของ อสม. เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อระดับสมรรถนะสูงสุดแต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุพรรณงษ์เทียน (2554) ที่พบว่าปัจจัยด้านทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับผลของการปฏิบัติงานของประชากร ด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของชาติรี จันทรตา (2552) พบว่าความพอใจในสวัสดิการต่างๆ ที่รัฐบาลจัดให้ การได้รับรางวัลและการเชิดชูเกียรติของ อสม. ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิจิตต์ สีมาและคณะ (2553) ที่พบว่าผลกระทบเชิงบวกต่อการทำงานของ อสม. เงินจำนวน 600 บาทไม่ได้ทำให้จิตอาสาของ อสม. เปลี่ยนไปและสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุพรรณงษ์เทียน (2554) ที่พบว่าปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของประชากรโดยรวม

## ประโยชน์ที่ได้รับ

นำผลการศึกษาไปดำเนินการพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

## ข้อเสนอแนะ

1. ด้านความรู้จากการศึกษาพบว่าความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่อยู่ในระดับสูง ดังนั้นการอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมีความสำคัญอย่างยิ่ง กระทรวงสาธารณสุขต้องมีนโยบายในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพอบรมและฟื้นฟูความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและต้องมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และสภาวะสุขภาพของคนไทยในปัจจุบันนอกจากนี้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องส่งเสริมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยยกระดับความรู้และเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเรียนต่อเพื่อยกระดับความรู้และระดับการศึกษาให้สูงขึ้น

2. ด้านทัศนคติจากการศึกษาพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.01$ ) และมีทัศนคติส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 30.7 เท่านั้นที่อยู่ในระดับสูงดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับต้องให้ความสำคัญในการสร้างคุณค่าและความภาคภูมิใจในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยกย่องเชิดชูเกียรติการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน จากการศึกษพบว่าสวัสดิการและค่าตอบแทนไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ผลการศึกษารายข้อพบว่าสวัสดิการที่รัฐจัดให้และการให้รางวัลเพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานยังเป็นสิ่งสำคัญดังนั้นที่รัฐควรสนับสนุนและดำเนินการต่อไป



### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอื่นๆเพิ่มเติม

3. ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). คู่มือหลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข ( อสม. ) พ.ศ.2552. นนทบุรี: บริษัท เอดีเอชั่น จำกัด
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). คู่มือการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ( อสม. ) ปี พ.ศ.2553. นนทบุรี: บริษัท เอดีเอชั่น จำกัด
- กระทรวงสาธารณสุข. (2552). คู่มือการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ( อสม. ). นนทบุรี: บริษัท เอดีเอชั่น จำกัด
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ. (2552). ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข: บทบาทและบริบทที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย
- เอกสารวิชาการงานมหกรรมสุขภาพชุมชน 2552. กระทรวงสาธารณสุข.
- งานภาคสุขภาพประชาชน. (2558). สรุปผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดปราจีนบุรี ปีงบประมาณ 2558. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี.
- ชาติรี จันทร์ตา. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเทศบาลตำบลหางดง จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- ดิลก แดงทอง. (2551). การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- ธวัชชัย วีระกิติคุณ. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจังหวัดพัทลุง. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยทักษิณ).
- บุษรินทร์แสวงสุข. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( อสม. ) ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี).
- ภุมเรศ ศรีระวงศ์. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( อสม. ) ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดอำนาจเจริญ. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี).
- วันทนา นิรินาท. (2554). การปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( อสม. ) อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม. การศึกษาค้นคว้าอิสระ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วิทยา ไส่สกุล. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา. การศึกษาค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- วิจิตต์ สีมา และคณะ. (2553). รายงานเรื่องการถอดบทเรียนโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( อสม. ) เชียงรุ๊ก จังหวัดสระแก้ว.
- สุพรรณ ธงเทียน. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลแม่แฝกอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์-สุตสาคร ตู๊จินดา กรุงเทพมหานคร

ลัดดา ประพันธ์วัฒนสุข\*  
เสน่ห์ แสงเงิน\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์-สุตสาคร ตู๊จินดา กรุงเทพมหานคร ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์-สุตสาคร ตู๊จินดา กรุงเทพมหานคร จำนวน 157 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.94 และมีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.10 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.40 โดยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.779, p\text{-value} < 0.001$ ) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.417, p\text{-value} < 0.001$ ) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.382, p\text{-value} < 0.001$ )

จากผลการศึกษานี้ หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องและบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องและสามารถส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะให้กับประชาชนในชุมชนได้

**คำสำคัญ :** พฤติกรรม, การใช้ยาปฏิชีวนะ, อาสาสมัครสาธารณสุข

\* เกษัชกรชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์-สุตสาคร ตู๊จินดา

\*\* อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคาแหง

# Factors associated with antibiotic use behavior among community health volunteers in Public Health Center 37, Bangkok.

LaddaPrapanwattanasuk

Sane Saengngern

## Abstract

This study was a descriptive research aimed to study the behavior of antibiotic use as well as its related factors among community health volunteers in Public Health Center 37, Bangkok, Thailand. Using the stratified random sampling and the samples were 157 community health volunteers, collecting data by questionnaire. The IOC of the questionnaire was 0.94 and cronbach's alpha was 0.86. Data was analyzed by percentage, mean, standard deviation and Pearson product-moment correlation coefficient.

The results showed that most of the samples were behavior of antibiotic use in moderate level (47.10%) and had a moderate level of knowledge (55.40%). The factors associated to behavior of antibiotic use included knowledge that showed a positive relationship in high level ( $r = 0.779$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ), age that showed a negative relationship in moderate level ( $r = -0.417$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ), and the average income per month that showed a positive relationship in low level ( $r = 0.382$ ,  $p\text{-value} < .001$ ),

From the results of this study, relevant public health organization and public health personels can be used as a guideline for promoting antibiotic use behavior among community health volunteers. By emphasizing on antibiotic use knowledge so that community health volunteers have the correct antibiotic use behavior and can promote antibiotic use knowledge to people in the community.

**Keyword:** Behavior, Antibiotic use, Community health volunteers

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อถือเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก นำไปสู่ปัญหาเชื้อดื้อยาซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น จนในที่สุดจะไม่มียาให้ใช้สำหรับประชากรส่วนใหญ่ เนื่องจากไม่สามารถคิดค้นยาใหม่ได้ทันต่อการดื้อยา (พิสนธิ์จ ตระกูล, 2554) รายงานการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ พบว่าหนึ่งในสาเหตุที่สำคัญของปัญหาเชื้อดื้อยา เกิดจากการมีความรู้ ความเข้าใจที่ผิดๆ เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมหรือเกินความจำเป็น ยิ่งมีการใช้ยาปฏิชีวนะมาก อัตราการดื้อยาของเชื้อจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นด้วย (วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล, 2555)

ปัญหาเรื่องเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะจัดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญโดยกำหนดเป็นคำขวัญในวันสุขภาพโลกประจำปี พ.ศ. 2554 ว่า "Antimicrobial Resistance: No Action Today, No Cure Tomorrow" หรือ "เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ: ถ้าไม่แก้ไขวันนี้จะไม่สามารถรักษาโรคติดเชื้อได้วันพรุ่งนี้" เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้นานาชาติหันมาให้ความสนใจและมีมาตรการในการป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยา (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555)

รายงานสถานการณ์เชื้อดื้อยาในประเทศไทยในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2556 พบว่า การใช้ยาปฏิชีวนะของคนไทยมีมูลค่ามากกว่า 10,000 ล้านบาทต่อปีและมีการติดเชื้อชนิดที่ดื้อยาปฏิชีวนะปีละกว่า 100,000 คน ปัญหาเชื้อดื้อยาทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นประมาณ 3.24 ล้านวัน เสียชีวิต 38,481 ราย ค่ายาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาเชื้อดื้อยามีมูลค่าประมาณ 2,539-6,084 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.6-1.6 ของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพของประเทศในปี 2553 ซึ่งมีมูลค่า 392.4 แสนล้านบาท (สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข, 2556) นอกจากนี้การใช้ยาปฏิชีวนะเกินจำเป็นยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงและการแพ้ยาอย่างรุนแรงจนทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาประจำปี พ.ศ. 2554 ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่ากลุ่มยาปฏิชีวนะเป็นสาเหตุการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากที่สุด จำนวน 29,433 รายงาน คิดเป็น ร้อยละ 34.1 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากยาทุกชนิดรวมกัน (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2554) ประเทศไทยมุ่งมั่นที่จะควบคุมและป้องกันปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ โดยมีแผน

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 ภายใต้ นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 6 การพัฒนาระบบและกลไกป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาต้านจุลชีพและการดื้อยาของเชื้อก่อโรค (วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล, 2555) การแก้ไขปัญหาคือการใช้ยาปฏิชีวนะให้มีประสิทธิภาพจะต้องมีการพัฒนาและนำนโยบายด้านยาของประเทศไปสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืน มีการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลและมีมาตรการด้านการให้ความรู้ เช่น การอบรมและการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลรวมทั้งการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่และสร้างเครือข่ายความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการรณรงค์เกี่ยวกับปรับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของประชาชน (นิธิมาสุ่มประดิษฐ์, 2552)

การศึกษาความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในร้านยาชุมชน จังหวัดปทุมธานีพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลางพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับดีมาก เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย (ต่อเดือน) ผู้ใช้ยาปฏิชีวนะโรคหรือสาเหตุที่ใช้ยาปฏิชีวนะ การที่เคยได้รับคำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะมีผลต่อระดับความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิรัชย์ มงคลชัยภักดีและคณะ, 2555) สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลสูง จังหวัดจันทบุรี พบว่ามาผู้รับบริการโดยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.5 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีร้อยละ 68.3 ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ (สุวัฒน์บริสุทธิ์ภูมิพรและคณะ, 2557) อาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานครมีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ) อนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน ตามคำขวัญที่อาสาสมัครสาธารณสุขยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่คือ "แก้ไขข่าวร้ายกระจายข่าวดีซึ่งบริการประสานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี" (กองสร้างเสริมสุขภาพ, 2557)

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการใช้ยาของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในตำบลบ่อควางทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี พบว่าอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับ

ระดับสูงมีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับดี ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการได้รับข่าวสารด้านยาทางวิทยุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดาวรุ่งควางค์และทิวทัศน์ สัมวัฒน์, 2555) สำหรับการศึกษาพฤติกรรมในการใช้ยาของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านตำบลบ่อทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี พบว่า อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมียาตามอาการเหลือไว้ตามครัวเรือนและพบยาปฏิชีวนะชนิดเม็ดที่เหลือจากการใช้ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการบริหารยาอย่างไม่ครบถ้วนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จนทำให้ยากกลุ่มนี้เหลืออยู่ตามครัวเรือน ปัญหานี้เกิดจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านยังขาดความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการ用药ที่ถูกต้อง (สินีนานู วิทยพิเชษฐสกุล และอุกฤษฏีสิทธิบุญ, 2557)

จากการศึกษาข้างต้นและบทบาทสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานครในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน ผู้ศึกษาซึ่งรับผิดชอบการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานด้านยาของอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์- สูดสาคร ผู้จินดา ได้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องในระดับชุมชนโดยอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขในการเป็นต้นแบบที่ดีของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องในชุมชนซึ่งมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 “ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 6 ว่าด้วยการพัฒนาระบบและกลไกป้องกันและแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาต้านจุลชีพและการดื้อยาของเชื้อก่อโรค ทั้งนี้ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์- สูดสาคร ผู้จินดา กรุงเทพมหานครผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์- สูดสาคร ผู้จินดา กรุงเทพมหานคร โดยใช้แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Framework (Green, et al., 1999) ในการกำหนดปัจจัยด้านต่างๆ ทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะสามารถนำไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนและกำหนดแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริม เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องและสามารถเป็นต้นแบบหรือแกนนำในการรณรงค์ให้ประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้อง อันจะนำไปสู่การป้องกันปัญหาเชื้อดื้อยาและเกิดความปลอดภัยในการใช้ยาปฏิชีวนะต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์- สูดสาคร ผู้จินดา กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์- สูดสาคร ผู้จินดา กรุงเทพมหานคร

## คำถามการวิจัย

พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์- สูดสาคร ผู้จินดา กรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร

## สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศอายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์- สูดสาคร ผู้จินดา กรุงเทพมหานคร
  2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์- สูดสาคร ผู้จินดา กรุงเทพมหานคร
  3. ปัจจัยเชื้อ ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและประสบการณ์ในการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์- สูดสาคร ผู้จินดา กรุงเทพมหานคร
  4. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์- สูดสาคร ผู้จินดา กรุงเทพมหานคร
- ผู้ศึกษาใช้หลักและแนวคิด PRECEDE Framework. (Green et al., 1999) มาเป็นกรอบแนวความคิดเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์- สูดสาคร ผู้จินดา กรุงเทพมหานคร ดังแสดงในภาพที่ 1

## กรอบแนวคิดการวิจัย

### ตัวแปรต้น

### ตัวแปรตาม

ปัจจัยส่วนบุคคล: เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักและ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน  
ปัจจัยนำ: ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะด้านหลักการใช้ยาให้ถูกต้อง การเก็บรักษา ยา การตรวจสอบวันหมดอายุยาและการแพ้ยา  
ปัจจัยเอื้อ: ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และประสบการณ์ในการใช้ ยาปฏิชีวนะ  
ปัจจัยเสริม: การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะจากสื่อต่างๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย วารสารสุขภาพ/ แผ่นพับ/โปสเตอร์ ซีดี/วีดีทัศน์ และอินเทอร์เน็ต เช่น เฟสบุ๊ก ไลน์ และ จากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงานและบุคลากรทางการแพทย์

พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ของอาสาสมัครสาธารณสุข

### วิธีการดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) การวิเคราะห์สภาพปัญหาและสร้างเครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น

#### ประชากร

ประชากร คืออาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการ สาธารณสุข 37 ประสงค์-สุตสาคร ตูจิงดา กรุงเทพมหานคร ที่ ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 223 คน

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการ คำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Daniel (Daniel, W.W.,2010) ได้ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 157 คน เพื่อให้ตัวแทนของอาสาสมัคร สาธารณสุขกระจายครอบคลุมทุกชุมชนผู้ศึกษาจึงเลือก อาสาสมัครสาธารณสุขจากทุกชุมชน ดำเนินการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ มีขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** คำนวณขนาดตัวอย่างอาสาสมัคร สาธารณสุขแต่ละชุมชน ตามสัดส่วนอาสาสมัครสาธารณสุข ของชุมชนนั้นๆ กระจายครอบคลุม 52 ชุมชน

### ขั้นตอนที่ 2

สุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละ ชุมชน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุข แต่ละชุมชน ตามจำนวนตัวอย่างแต่ละชุมชนที่คำนวณได้ จนครบจำนวนตัวอย่างที่ต้องการ คือ 157 คน

#### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์-สุตสาคร ตูจิงดา กรุงเทพมหานคร ไม่น้อยกว่า 1 ปี
2. เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารได้
3. ไม่เป็นผู้วิกลจริต
4. เป็นผู้ที่มีความตั้งใจที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ครั้งนี้

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria )

หากผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่สมัครใจจะเข้าร่วม การศึกษาในภายหลัง สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

#### เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการ ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำมา

สังเคราะห์เป็นแบบสอบถามให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และสอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิด ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) แบ่งช่วงคะแนนภาพรวมเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 17 - 20 คะแนน) มีความรู้ระดับสูง คะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 80 (มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12 - 16 คะแนน) มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 11 คะแนน) มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเชื้อและปัจจัยเสริม ประกอบด้วย ปัจจัยเชื้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย ได้แก่ คำถามด้านระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 1 ข้อ และด้านประสบการณ์ในการใช้ยาปฏิชีวนะ จำนวน 2 ข้อ สำหรับปัจจัยเสริมแบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย ได้แก่ คำถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะจากสื่อต่างๆ จำนวน 1 ข้อ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะจากบุคคล จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งช่วงคะแนนการแปรผลโดยรวมเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 48 - 60 คะแนน มีพฤติกรรมระดับสูง 34 - 47 คะแนน มีพฤติกรรมระดับปานกลาง และ 20 - 33 คะแนน มีพฤติกรรมระดับต่ำ

### คุณภาพของเครื่องมือ

ผู้ศึกษานำแบบสอบถามทั้งฉบับที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย เกสัชกร 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข คำนวณได้ค่า IOC เท่ากับ 0.94 และนำเครื่องมือไปทดลองเก็บข้อมูลกับอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่า

ความเชื่อมั่น ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1997) ได้เท่ากับ 0.86

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จากอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์ – สูดสาคร ตู๊จินดา กรุงเทพมหานคร จำนวน 157 คน ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือน กันยายน พ.ศ. 2559 ได้ข้อมูลกลับมา 157 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้ศึกษาประสานขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตในการทำการศึกษาและเก็บข้อมูล
2. ผู้ศึกษาอธิบายโครงการวิจัยและรายละเอียดของแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ
3. ผู้ศึกษามอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้ศึกษาตรวจสอบความครบถ้วนในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างให้เรียบร้อย
5. นำแบบสอบถามที่ได้ไปบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูลโปรแกรมและสถิติที่ใช้

ผู้ศึกษานำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าสถิติที่นำมาวิเคราะห์ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient)

### สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.10 รองลงมาอยู่ในระดับสูง จำนวน 58 รายคิดเป็นร้อยละ 37.00 และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.90 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1



เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่อาสาสมัครสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด คือ การอ่านฉลากยาก่อนรับประทานยา เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นยารักษาโรคหรืออาการอะไร มีวิธีกินอย่างไร ( $\bar{X} = 2.55$ ) รองลงมา คือ การพยายามขอให้แพทย์หรือเภสัชกรจ่ายยาปฏิชีวนะให้ แม้แพทย์หรือเภสัชกรแจ้งว่าโรคที่เป็นไม่

จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ( $\bar{X} = 2.53$ ) สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุด คือ การกินยาปฏิชีวนะติดต่อกันนาน 5-7 วัน ( $\bar{X} = 1.98$ ) รองลงมา คือ การเริ่มรับประทานยาปฏิชีวนะทันทีเมื่อเป็นหวัด มีไข้ ไอ น้ำมูกใส เพื่อให้อาการดังกล่าวหายเร็วขึ้น ( $\bar{X} = 1.99$ )

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข

หัวข้อ	จำนวน (n = 157)	ร้อยละ
<b>ระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ</b>		
พฤติกรรมระดับสูง (ระหว่าง 48 – 60 คะแนน)	58	37.00
พฤติกรรมระดับปานกลาง (ระหว่าง 34 – 47 คะแนน)	74	47.10
พฤติกรรมระดับต่ำ (ระหว่าง 20 – 33 คะแนน)	25	15.90

ปัจจุบันบุคคล พบว่าส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.70 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 48.40 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 59.28 ปี อายุต่ำสุด เท่ากับ 23 ปี อายุมากที่สุด เท่ากับ 82 ปี จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.20 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 28.70 อาชีพหลักส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน/ พ่อบ้าน ร้อยละ 55.40 รายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 62.40 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 5,681.53 บาท รายได้ต่ำสุด เท่ากับ 600 บาท ต่อเดือน รายได้มากที่สุดเท่ากับ 15,000 บาทต่อเดือน

ปัจจุบันพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.40 รองลงมาอยู่ใน

ระดับต่ำ จำนวน 47 ราย คิดเป็น ร้อยละ 29.90 และระดับสูง จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.70 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2 เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่อาสาสมัครสาธารณสุขตอบถูกต้องมากที่สุด คือ ยาปฏิชีวนะต้องเก็บให้พ้นแสงแดด ความร้อน ความชื้น ตอบถูก ร้อยละ 82.80 รองลงมา คือ อาการแพ้ยาปฏิชีวนะที่พบบ่อย เช่น มีผื่นคันทั่วร่างกาย หน้าบวม ปากบวม แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก หากมีอาการดังกล่าวให้หยุดยา และพบแพทย์ทันที ตอบถูกร้อยละ 80.90 และความรู้ที่ตอบถูกต้องน้อยที่สุด คือ ยาปฏิชีวนะ คือ ยาชนิดเดียวกันกับยาแก้ไอแก้เจ็บ ตอบผิดร้อยละ 59.20 รองลงมา คือ การรับประทาน หรือทายาปฏิชีวนะจะช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น ตอบผิดร้อยละ 52.90

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข

หัวข้อ	จำนวน ( n = 157 )	ร้อยละ
<b>ระดับความรู้</b>		
ความรู้ระดับสูง (16 – 20 คะแนน)	23	14.70
ความรู้ระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน)	87	55.40
ความรู้ระดับต่ำ (0 – 11 คะแนน)	47	29.90

ปัจจัยเอื้อ พบว่า ด้านระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี ร้อยละ 75.20 ระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เท่ากับ 11.87 ปี ด้านประสบการณ์ในการใช้ยาปฏิชีวนะ ส่วนใหญ่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 63.10 โรคหลักหรือสาเหตุหลักที่ใช้ยาปฏิชีวนะส่วนใหญ่ คือ โรคหวัด/ โรคคออักเสบ/ ทอนซิลอักเสบ ร้อยละ 46.50 รองลงมา คือ เหงือกอักเสบ/ ปวดฟัน ร้อยละ 22.20 และท้องเสีย/ ท้องร่วง ร้อยละ 16.20 ตามลำดับ

ปัจจัยเสริม พบว่า ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะจากสื่อ อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะจากโทรทัศน์ ร้อยละ 36.90 รองลงมา คือ วารสารสุขภาพ/ แผ่นพับ/ โปสเตอร์ ร้อยละ 32.50 และอินเทอร์เน็ต เช่น เฟสบุ๊คไลน์ ร้อยละ 14.70 ตามลำดับ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะจากบุคคลอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะจาก

บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ร้อยละ 57.30 รองลงมา คือ เพื่อน/ ผู้ร่วมงาน ร้อยละ 17.80 และบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ร้อยละ 15.30 ตามลำดับ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี (r = -.417 P-value < .001) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี (r = .382 P-value < .001) ส่วนปัจจัยนำคือ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับสูงกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี (r = .779 P-value < .001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ปัจจัย	ค่า r	ค่า p-value
อายุ	-.417	< .001
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.382	< .001
ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ	.779	< .001

## การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.10 เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอยู่ในวัยเกษียณ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จึงส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลางด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.48 (อรอุมา อินทงลักษณะ, 2556) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่อาสาสมัครสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด คือ การอ่านฉลากยาก่อนรับประทานยา เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นยารักษาโรคหรืออาการอะไร มีวิธีกินอย่างไร ( $\bar{X} = 2.55$ ) แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง คือ มีการอ่านข้อมูลบนฉลากยาก่อนการรับประทานยาปฏิชีวนะ รองลงมา คือ การพยายามขอให้แพทย์หรือเภสัชกรจ่ายยาปฏิชีวนะให้ แม้แพทย์หรือเภสัชกรแจ้งว่าโรคที่เป็นไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ( $\bar{X} = 2.53$ ) แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นสำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุด คือ การกินยาปฏิชีวนะติดต่อกันนาน 5 - 7 วัน ( $\bar{X} = 1.98$ ) รองลงมา คือ การเริ่มรับประทานยาปฏิชีวนะทันทีเมื่อเป็นหวัด มีไข้ ไอ น้ำมูกไหล เพื่อให้อาการดังกล่าวหายเร็วขึ้น ( $\bar{X} = 1.99$ ) แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ต่อเนื่องตามแพทย์สั่งและใช้ยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อเมื่อเป็นหวัด มีไข้ ไอ น้ำมูกไหล เพื่อให้หายเร็วขึ้นดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรให้สุขศึกษาโดยเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะติดต่อกันจนหมดตามระยะเวลาที่แพทย์สั่งและจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคท้องร่วงเฉียบพลันและแผลมีเลือดออกให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องและสมเหตุผล

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Framework. (Green et al., 1999) พบว่า

ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี ( $r = -.417$  P-value < .001) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี ( $r = .382$  P-value < .001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในร้านยาชุมชน จังหวัดปทุมธานี พบว่า ระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย (ต่อเดือน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (จิรัชยมงคลชัยภักดีและคณะ, 2555) แตกต่างกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า อายุกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะไม่มีความสัมพันธ์กัน (อรอุมา อินทงลักษณะ, 2556)

ปัจจัยนำ คือ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี ( $r = .779$  P-value < .001) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหากอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะจะนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (อรอุมา อินทงลักษณะ, 2556) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่อาสาสมัครสาธารณสุขตอบถูกต้องน้อยที่สุดคือยาปฏิชีวนะ คือ ยาชนิดเดียวกันกับยาแก้ไอเสบตอบผิดร้อยละ 59.20 รองลงมา คือ การรับประทาน หรือทายาปฏิชีวนะจะช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น ตอบผิดร้อยละ 52.90 แสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับยาฆ่าเชื้อและยาแก้ไอเสบว่าเป็นยาชนิดเดียวกัน และ การใช้ยาปฏิชีวนะจะช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น ซึ่งการมีความรู้

ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ อาจนำไปสู่พฤติกรรม การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้องด้วยเช่นกัน ดังนั้น บุคลากร สาธารณสุขควรรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง ถูกต้องโดยเน้นเรื่องยาฆ่าเชื้อและยาแก้อักเสบว่าเป็นยาคนละ ชนิดกันใช้ในการรักษาโรคที่ต่างกัน และการรักษาแผล เลือดออกไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อให้อาสาสมัคร สาธารณสุขมีความรู้และพฤติกรรมใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้อง และสามารถเป็นต้นแบบหรือแกนนำในการส่งเสริมพฤติกรรม การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องให้แก่ประชาชนในชุมชนได้ ซึ่งจะเป็นการป้องกันปัญหาเชื้อดื้อยาในอนาคตได้

### จุดอ่อนหรือข้อจำกัดของงานวิจัยนี้

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลเกี่ยวกับระดับพฤติกรรม การใช้ยาปฏิชีวนะและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการ สาธารณสุข 37 ประสงค์ - สุดสาคร ตูจิงดากรุงเทพมหานคร ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถอ้างอิงถึงอาสาสมัครสาธารณสุขที่มี บริบทคล้ายคลึงกันเท่านั้น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในพื้นที่ หรือบริบทที่มีความแตกต่างกันเพิ่มเติม เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการ จัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง ถูกต้องและสมเหตุผลให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละ พื้นที่ต่อไป

### ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ของอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์ - สุดสาคร ตูจิงดา กรุงเทพมหานคร
2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้ในการกำหนด นโยบาย แนวทางและจัดทำแผนงาน/ โครงการในการส่งเสริม พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องของอาสาสมัคร สาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์ - สุดสาคร ตูจิงดา กรุงเทพมหานครและอาสาสมัครสาธารณสุขใน หน่วยงานอื่นให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป
3. ใช้เป็นข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิงในการสนับสนุน งานวิจัยต่างๆ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิชาการ และการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ของหน่วยงานสาธารณสุข

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เซึ่งนโยบาย : หน่วยงานสาธารณสุขควรมีการ จัดทำนโยบายและแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเป็นทางการ ระบุธรรม รวมทั้งมีการประเมินและติดตามพฤติกรรมการใช้ ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง
2. เซึ่งวิชาการ : หน่วยงานด้านการศึกษาและ หน่วยงานสาธารณสุขควรมีการรวบรวมและจัดทำข้อมูล ทางวิชาการเพื่อใช้ในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ปฏิชีวนะอย่างถูกต้องให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข
3. เซึ่งปฏิบัติ : หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดทำ โครงการเสริมสร้างความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้อง ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขโดยให้เน้นการจัดกิจกรรมส่งเสริม การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแพทย์สั่งและ การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรคติดเชื้อระบบทางเดิน หายใจ โรคท้องร่วงเฉียบพลันและแผลมีเลือดออก

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการให้สุขศึกษาที่มี ผลต่อความรู้ ความของอาสาสมัครสาธารณสุขในเรื่องการ ใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยา ปฏิชีวนะที่ถูกต้องและสมเหตุผล
2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาศักยภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขในการถ่ายทอดความรู้เรื่อง การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องให้แก่ประชาชนในชุมชน

## บรรณานุกรม

- กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2557). หลักสูตรอบรมเพิ่มพูนความรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ:ลักษณะมีนนานาภัณฑ์.
- จิรัชย์ มงคลชัยภักดีและคณะ. (2555). ความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในร้านยาชุมชน จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 1 (3), 91-100.
- ดาวรุ่ง คำวงศ์และทิวทัศน์ สังฆวัตร. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน ตำบลบ่อทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 7 (3), 121-126.
- นิธินา สุ่มประดิษฐ์. (2552). การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล. *จุลสาร Health Intervention and Technology Assessment Program*, 2 (7), 2-4.
- พิสนธิ์ จงตระกูล. (2554). แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.
- วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. (2555). แผนการดำเนินงานและความคืบหน้าการจาัดระบบและการขับเคลื่อนระบบการป้องกัน ควบคุม และแก้ไขการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6 (3), 342-351.
- ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2554, กรกฎาคม 10). สรุปรายงาน อากาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาประจำปี. สืบค้นจาก [http://thaihpvc.fda.moph.go.th/haihvc/Public/NewsAdr/uploads/hpvc\\_154.pdf](http://thaihpvc.fda.moph.go.th/haihvc/Public/NewsAdr/uploads/hpvc_154.pdf)
- ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2556, กรกฎาคม 10). สถานการณ์เชื้อดื้อยาในประเทศไทย. สืบค้นจาก <http://nih.dmsc.moph.go.th/fsheet/news001.html>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2555) เชื้อดื้อยา ปฏิชีวนะ วิกฤตและทางออกของสังคมไทย. *จุลสาร HSRI Forum*, 1 (1), 3-6.
- สินีนานา วิทย์พิเชษฐสกุล และอุกฤษฏ์ สิทธิบุศย์. (2557). พฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตำบลบ่อทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9 (1), 117-128.
- สุวัฒน์ ปริสุทธิคุณพิพร และมัณฑนา เหมชะญาติ. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้มารับบริการใน โรงพยาบาลขลุ้ง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 31 (2), 114-127.
- อรอุมา อินทะนงลักษณ์. (2556). พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน ตำบลเวียงอำเภอมือง จังหวัดพะเยา. การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยพะเยา.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3 rd ed). Englewood Cliffs,NJ: Prentice-Hall.
- Bloom, Benjamin S. (1975). *Taxonomy of Education Objective. Hand Book 1: Cognitive Domain*. New York: David McKay.
- Cronbach. (1997). *Essentials of Psychological Testing*. New York: Harper and Row.
- Daniel, W.W. (2010). *Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for Health Sciences* (9th ed.), New York: John Wiley & Sons.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1999). *Health promotion planning: An education and ecological approach* (3<sup>rd</sup> ed.), Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company

# ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ในการลดภาวะอ้วน ของบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้าลาดกระบัง

จินตนา ลีวัลักษณ์\*

บุษกรทิพย์ มะตุ่ม\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self และภาวะอ้วนของบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้าลาดกระบังที่มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย > 25 กิโลกรัม/ ตารางเมตร) ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 14 คน โดยกลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแนวคิดการมีส่วนร่วม จำนวน 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ความสามารถ การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง 3 ระยะเวลาคือก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 โดยแบบประเมินและแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน และหาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .8657 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสมมติฐานโดยวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัว (MANOVA และ ANOVA with Repeated Measures)

ผลการศึกษาพบว่า 1)บุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้า ลาดกระบังที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลอง 12 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 2)บุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้า ลาดกระบังที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3)บุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้า ลาดกระบังที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังทดลองเสร็จสิ้น 12 สัปดาห์ แตกต่างกัน และ 4)ภายหลังทดลองบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้า ลาดกระบังในกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิจัยสรุปได้ว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ในการลดภาวะอ้วนของบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้า ลาดกระบังทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดภาวะภาวะอ้วนได้สามารถนำโปรแกรมไปใช้กับประชากรกลุ่มอื่นๆ ที่มีภาวะอ้วนและขยายผลระยะยาวเพื่อติดตามผลลัพธ์อื่นๆ ต่อไป

**คำสำคัญ:**โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self, ภาวะอ้วน

# The Effect of 3-Self Health Modification Behavior Program to Reduce Obesity for staffs:, Health Center 45 Romklao Ladkrabang

Jintana Liulax,  
Busakorntip Matoom

## Abstract

The objectives of this experimental research were to examine the effectiveness of behavior change in related to self-efficacy, self-regulation, self-care behavior, and obesity of personnel, Health Center 45 Romklao Ladkrabang. The sample of study was 28 obesity (Body Mass Index  $> 25 \text{ kg/m}^2$ ), who were selected by simple random sampling and assigned 14 participants in program for 12 weeks all activities as the experimental group, and 14 participants as the controlled groups. Data collection self-efficacy, self-regulation, self-care behavior, Body Mass Index, Waist circumference and Skinfold Thickness were conducted 3 times; before program, immediately after program and after program for 12 weeks by questionnaires and observational record on which were created by researcher. Content validity had been according to the 4 experts. Reliability was tested using Cronbach's Alpha Coefficient giving a value of .8657. Data were collected during January to May 2017. The data were analyzed with frequency, percentage, mean, standard deviation and the hypotheses were tested using MANOVA with Repeated Measures.

The results show that 1) Obese staffs Health Center 45 Romklao Ladkrabang in experimental group had self-efficacy, self-regulation and self-care behavior in stages of immediately after program and after program for 12 weeks higher scores at .05 of statistical significant level than before program. 2) Obese personnel Health Center 45 Romklao Ladkrabang in experimental group had Body Mass Index, Waist circumference and Skinfold Thickness lower scores at .05 of statistical significant level than before program 3) Obese personnel, Health Center 45 Romklao Ladkrabang in experimental group had self-efficacy, self-regulation and self-care behavior in stages of immediately after program and after program for 12 weeks different scores from obese personnel in control group, and 4) had Body Mass Index, Waist circumference and Skinfold Thickness lower than obese staffs, Health Center 45 Romklao Ladkrabang in control group after program.

This finding suggested that Obese staffs, Health Center 45 Romklao Ladkrabang in experimental group had behavior change in relation to self-efficacy, self-regulation, self-care behavior, and reducing obesity in staffs be applied to other obese groups. Moreover, further research into the application of the programme to other outcomes is recommended.

**Keywords:** 3-Self Health Modification Program, Obesity staffs

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย

ปัจจุบันสภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ภาวะสุขภาพ และแบบแผนพฤติกรรม การเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังต่างๆ อันเกี่ยวเนื่องมาจากพฤติกรรม และวิถีการดำเนินชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ เป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลกและระดับประเทศ โดยเฉพาะภาวะอ้วน (Obesity) ที่มีการระบาดทั่วโลก และความชุกของภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยเสี่ยงหนึ่งหรือหลายปัจจัยร่วมกัน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง ทั้งปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และทำให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง (WHO, 2011 อ้างถึงในนฤมล ตรีเพชรศรีคูไร และเดช เกตุฉ่า, 2554) ส่วนสถานการณ์ภาวะอ้วนของคนไทยจากรายงานการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 เปรียบเทียบกับครั้งที่ 3 ในปีพ.ศ. 2546-2547 พบว่าความชุกของภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.45 เป็นร้อยละ 34.55 และมีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวชาย  $\geq 90$  เซนติเมตร และเพศหญิง  $\geq 80$  เซนติเมตร) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.7 เป็นร้อยละ 32.1 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2547, 2552) และจากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (2550) พบว่าคนมีน้ำหนักเกินและอ้วนรวมกันร้อยละ 22.8 (10.5 ล้านคน) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 ที่พบคนไทยที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนรวมกันร้อยละ 19.1 (8.7 ล้านคน) และไพบูลย์ พิทยาและคณะ (2554) ได้ศึกษาผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาวะอ้วนในประเทศไทยในปีพ.ศ. 2552 พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดจากภาวะอ้วนในปี พ.ศ. 2552 มีมูลค่าสูง 5,580.8 ล้านบาท ผลการศึกษาชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าภาวะอ้วนส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมหาศาล ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรรักษาให้ความสำคัญในการวางแผนนโยบายหรือกำหนดมาตรการเพื่อลดความชุกของโรคอ้วนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้า ลาดกระบัง ครอบคลุมถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของบุคลากร ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มข้าราชการ 22 คน คนงานประจำและคนงานชั่วคราว 14 คน พนักงานรายวัน 23 คน โดยกลุ่มบุคคลากรที่มีการปรับเปลี่ยนมากที่สุดคือกลุ่มพนักงานรายวัน แต่จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร พบว่าบุคลากรมีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยปี พ.ศ. 2556 คิดเป็นร้อยละ 44.62 ปี พ.ศ. 2557 คิดเป็นร้อยละ 47.57 และในปี พ.ศ. 2558 คิดเป็นร้อยละ 59.32 โดยภาวะอ้วนพบมากที่สุดส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มพนักงานรายวันที่รับเข้ามาทำงานใหม่ ส่วนบุคลากรกลุ่มอื่นเป็นบุคลากรที่มีภาวะอ้วนอยู่แล้ว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง ทั้งปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ซึ่งบุคลากรเป็นบุคคลสำคัญที่เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจะส่งผลกระทบต่องานด้านการขาดงาน ขาดคน ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีต่อผู้รับบริการ โดยหน่วยงานมีการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยวิธีการที่หลากหลายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา ส่งเสริมการเพิ่มกิจกรรมทางกายของบุคลากร ฯลฯ แต่แนวโน้มสุขภาพของบุคลากรกลับพบความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกในกลุ่มบุคลากรที่มีภาวะอ้วน พบว่าไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร (ร้อยละ 87) ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการมีกิจกรรมทางกาย (ร้อยละ 92) โดยให้เหตุผลว่าภารกิจงานประจำมาก (มาทำงานเช้ากลับถึงบ้านค่ำ) ไม่เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักเนื่องจากในองค์กรมีบุคลากรที่อ้วนหลายคน ความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้อง (ให้เหตุผลว่าน้ำหนักยอมเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น) จึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนในการที่จะต้องหากลวิธีที่มีประสิทธิผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาของแบนดูรา (Bandura) จัดได้ว่าเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมในปัจจุบันมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้นไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขของปัจจัยภายในตัว



บุคคล บัณฑิตยพหุวัฒนธรรม และสภาพแวดล้อม สำหรับประเทศไทย การออกแบบชุดโปรแกรมการลดภาวะอ้วนที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและศึกษาร่วมกันระหว่างตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการกำกับตนเอง พบในงานวิจัยของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักการ PROMISE ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มที่มีความเสี่ยงของโรคเมตาบอลิก พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโครงการผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต และเส้นรอบเอว ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแอนเนซี และโกจาลา (Annesi ; & Gorjala, 2001) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถสำหรับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้า และการกำกับตนเองที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารเช้า กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม 95 คน มีดัชนีมวลกาย  $40.5 \pm 3.9$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร เข้าร่วมโปรแกรมฝึกการกำกับตนเองในการออกกำลังกายและลดน้ำหนักเป็นเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าการกำกับตนเองและการรับรู้ความสามารถตนเองมีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารเช้า การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการกำกับตนเอง และการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเอง และส่งผลต่อการมีกิจกรรมทางกายและการควบคุมการรับประทานอาหารเช้า และมีอิทธิพลต่อดัชนีมวลกาย ( $r^2 = 0.26$ ) ส่งผลให้ดัชนีมวลกายลดลง 0.02 และมีงานวิจัยของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2556) ได้ศึกษาอิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วน และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเองและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพผ่านการกำกับตนเองจากการทบทวน วิเคราะห์เอกสารที่ผ่านมาพบว่าการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผลและยั่งยืนประกอบด้วย 3-Self คือ Self-care : การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง, Self-efficacy : ความเชื่อมั่นของตนเองที่จะปรับพฤติกรรมสุขภาพ และ Self-regulation: การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง แต่จากงานวิจัยที่ผ่านมาได้มีการนำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ 3-Self มาใช้ในการลดภาวะอ้วนน้อยมาก งานวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self เพื่อลดภาวะอ้วน โดยการนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการกำกับตนเองมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน วางแผน และกำหนดเป้าหมายข้อตกลงในการร่วมกิจกรรมด้วยกัน และร่วมรับผิดชอบกับการปฏิบัติกิจกรรม รับผิดชอบต่อความคิดเห็นของผู้อื่น ช่วยเหลือกันและกันในการทำกิจกรรมที่จะนำไปสู่เป้าหมายเพื่อให้น้ำหนักลดลงของสมาชิกภายในกลุ่ม และภาพรวมของกลุ่ม โดยผู้วิจัยจะทำหน้าที่สร้างบรรยากาศที่นำไปสู่การช่วยให้บุคคลเกิดความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบ ซึ่งจะทำให้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางและเป้าหมายที่กำหนดไว้ และช่วยพัฒนาผู้ร่วมโปรแกรมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและนำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริงได้ การวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดภาวะอ้วน ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้เป็นกลยุทธ์ในการลดหรือควบคุมน้ำหนักในวงกว้างและระยะยาวต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self และภาวะอ้วน ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และในระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self และภาวะอ้วน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และในระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12

## คำถามการวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self เพื่อลดภาวะอ้วนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self และภาวะอ้วนของบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้าลาดกระบัง หรือไม่

## สมมุติฐานการวิจัย

1. บุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้าลาดกระบังที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมี การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนการทดลอง

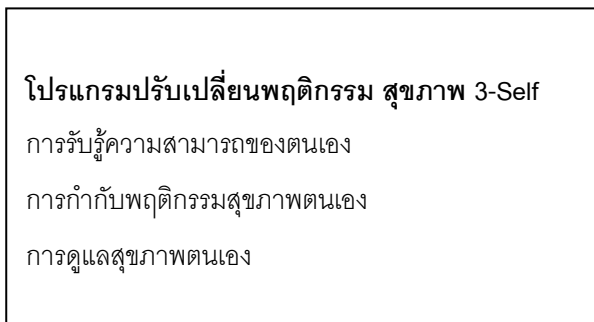
2. บุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้าลาดกระบังที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีภาวะอ้วน ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

3. บุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้าลาดกระบังที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมี การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่ากลุ่มควบคุม

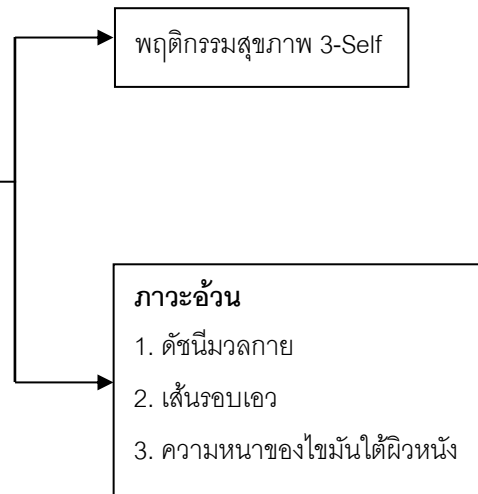
4. บุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้าลาดกระบังที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีภาวะอ้วน ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

## กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

### ตัวแปรต้น



### ตัวแปรตาม



## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self และภาวะอ่อนของบุคลากรกรศุนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้าลาดกระบัง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีภาวะอ่อน

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่บุคลากรกรศุนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้าลาดกระบัง ที่มีภาวะอ่อนจำนวน 35 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่บุคลากรกรศุนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้า ลาดกระบังที่มีภาวะอ่อน ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติในข้อตกลงเบื้องต้น จำนวน 28 คน โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาของกรศินันท์ เลิศสกุลจินดา (2553) นำมาใช้เพื่อเปิดตารางอำนาจการทดสอบเปิดตารางของโพลิสและเบค (2012) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .8 อำนาจการทดสอบ .8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 โดยได้จากผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีความเฉลี่ยของการสูญหายประมาณร้อยละ 20 (วนิชา กิจวรพัฒน์, 2547; Anderson; etal. 2008) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 28 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 14 คน โดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

### เกณฑ์ในการคัดเลือก

1. มีภาวะอ่อน คือ ค่าดัชนีมวลกาย 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป หรือในเพศชายวัดเส้นรอบเอวได้ตั้งแต่ 90 เซนติเมตรหรือ 36 นิ้ว และเพศหญิงวัดเส้นรอบเอวได้ตั้งแต่ 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้ว หรือมีความหนาของไขมันใต้ผิวหนังมากกว่าร้อยละ 22 ในเพศชายและมากกว่าร้อยละ 35 ในเพศหญิง (โดยใช้ข้อมูลณ วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2559)

2. สมัครใจและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยตลอดการศึกษา

### เกณฑ์คัดออก

เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 5 ครั้ง

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลการดูแลสุขภาพตนเอง การกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบประเมินภาวะอ่อนผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) .93 วิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540: 125-126) ได้ค่าความเที่ยงการดูแลสุขภาพตนเอง .817 การกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ .872 การรับรู้ความสามารถของตนเอง .876 งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะอนุกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร ซึ่งคณะกรรมการพิจารณาและเห็นว่าโครงการได้มาตรฐานไม่ขัดต่อสวัสดิภาพและภัยอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างเห็นควรให้ดำเนินการวิจัยได้เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2560 เลขที่รับรอง 003 รหัสโครงการ N015q/59\_EXP จากนั้นผู้วิจัยจึงได้เตรียมการเก็บข้อมูล และดำเนินการเก็บข้อมูลจริง

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยพร้อมทีมผู้วิจัยที่ผ่านการประชุมเตรียมความพร้อม และทำความเข้าใจในการศึกษาเป็นอย่างดี ร่วมกันจัดกิจกรรมตามโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลประเมินผลการวิจัย ทั้งนี้ได้ขอความร่วมมือในการวิจัยพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและรับทราบ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะเริ่มดำเนินการตามโปรแกรม เก็บข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรมระหว่างเดือนมกราคม-เดือนพฤษภาคม พ.ศ 2560

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูง-ต่ำ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ด้วยสถิติอ้างอิง เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self (การรับรู้ความสามารถ

ของตนเองการกำกับตนเองและการดูแลสุขภาพตนเอง) และภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง) หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และในระยะเวลาหลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 12 ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัว (MANOVA และ ANOVA with Repeated Measures)

### สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 28 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงมีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี มากที่สุด สถานภาพสมรสคู่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีตำแหน่งลูกจ้างรายวัน มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 10,001 บาท-20,000 บาท มากที่สุดจากการทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square และ Fisher's exact test พบว่าลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ และภาวะอ้วน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1) พบว่า

2.1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการทดลองคือในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง 13.30, 31.38 และ 39.48 คะแนนเฉลี่ยกำกับตนเอง 29.04, 60.76 และ 68.55 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง 36.53, 83.58 และ 88.60 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองการกำกับตนเองพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มคงที่ตามระยะเวลาการทดลองคือในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง 21.14, 23.59 และ 23.43 คะแนนเฉลี่ยกำกับตนเอง 29.04, 60.76 และ 68.55 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ 62.71, 59.85 และ 60.21 ตามลำดับ

2.2 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มทดลอง มีแนวโน้มลดลงตามระยะเวลาการทดลองโดยในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.36, 32.00 และ 31.48 ส่วนกลุ่มควบคุม มีแนวโน้มคงที่ ระยะก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย 33.47 ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที 33.09 และระยะหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 มีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย 33.39

2.3 เส้นรอบเอวค่าคะแนนเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลงตามระยะเวลาการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว 97.18, 97.00 และ 96.8 ส่วนกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว 97.23, 97.11 และ 97.10 ตามลำดับ

2.4 ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง ในกลุ่มทดลอง มีแนวโน้มลดลงตามระยะเวลาการทดลองโดยในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 มีค่าเฉลี่ยความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง 29.57, 29.42 และ 28.67 ส่วนกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยความหนาของไขมันใต้ผิวหนังในระยะก่อนทดลอง 29.87 ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที 29.85 และระยะหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 เพิ่มขึ้นเป็น 29.93

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self และภาวะอ้วนของบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้า ลาดกระบัง ระหว่างก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2-4) พบว่า

3.1 บุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้า ลาดกระบังที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีและในระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 บุคลากรที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีและในระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

3.3 ผลลัพธ์ของการทดลองโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3-Self เพื่อลดภาวะอ้วนได้แก่ การรับรู้ความสามารถ

ของตนการกำกับตนเองพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 ให้ค่าเฉลี่ยรวมแตกต่างกันในกลุ่มทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05

3.4 บุคลากรที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผล

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนของบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้า ลาดกระบัง ที่เข้าโปรแกรม ( $p < .05$ ) มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนที่สูงขึ้นไปตามระยะการทดลองตั้งแต่ก่อนทดลอง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะทดลองสัปดาห์ที่ 12 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม ได้ผลเช่นเดียวกับผลวิจัยของอารีรัตน์ สุขโข (2546) ที่พบว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการควบคุมตนเองทำให้สตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายได้ดีขึ้นจึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นผลตามมาจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานนอกจากนี้เมื่อพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ส่งผลให้น้ำหนักตัวมีการเปลี่ยนแปลงลดลงเช่นกันดังผลวิจัยของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ได้ศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางจิตลักษณะสถานการณที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขพบว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ( $p < .05$ ) นอกจากนี้เมื่อพิจารณากิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ในงานวิจัยครั้งนี้จะเน้นกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมและกิจกรรมกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อนให้หลักการสะกดสะกด และสกัดที่แสดงถึงการรับรู้ความสามารถตนเองหรือเชื่อมั่นว่าตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเองมีการกำกับพฤติกรรมตนเองและให้เพื่อนช่วยกำกับร่วมด้วยพร้อมการใช้ทักษะในการทำกิจกรรม3อ. คือ ควบคุมอาหาร

การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการจัดการความเครียดซึ่งตรงกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลนั้นเป็นตัวกำหนดให้เขาต้องใช้ความพยายามมากเท่าไรและต้องใช้ความมุมานะที่จะเผชิญหน้ากับอุปสรรคต่างๆ และการที่บุคคลใช้ความพยายามและความมุมานะในการทำงานอย่างเต็มที่ตลอดเวลาเขาก็มีแนวโน้มที่จะทำงานได้ประสบความสำเร็จสูงโดยผ่านกระบวนการรู้คิด (Cognitive Process) จะมองภาพความสำเร็จและให้เป็นสิ่งที่นำทางการกระทำของเขา จึงพบผลในงานวิจัยครั้งนี้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมทั้งในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและยังคงพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านอยู่ภายหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่มีกิจกรรมใดนอกจากกระตุ้นให้การเสริมแรงผ่านทางเครือข่ายสังคมออนไลน์ การกำกับเพื่อนช่วยเพื่อน และการตั้งรางวัลเพื่อเป็นการจูงใจให้กระทำพฤติกรรม เหตุที่พบผลเช่นนี้แสดงว่ากิจกรรมตามโปรแกรม ทำให้กลุ่มทดลองตระหนักเห็นความสำคัญและทำพฤติกรรมสุขภาพต่อเนื่องจากได้เห็นแบบอย่างเพื่อนในกลุ่มที่ทำสำเร็จ และประสบการณ์ตนเองที่ผ่านมามีทั้งที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะที่เข้าร่วมโปรแกรมนั้นมีผลให้น้ำหนักตัวลดลงเรื่อยๆ จึงกระทำพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักได้โดยการชักจูงกันนัดกันไปออกกำลังกายและมีการเตือนกันในการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เป็นต้น

ส่วนตัวแปรการกำกับตนเองพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปตามโปรแกรมและระยะเวลาการทดลอง แสดงว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญที่จัดให้มีกิจกรรมสะกดโดยให้เพื่อนช่วยเพื่อนในการสังเกตและกระตุ้นเตือนเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม จึงส่งผลให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้มีประสิทธิภาพต่อการกำกับตนเองและมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวที่ลดลงเป็นไปตามเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรมซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของซุงค์และซิมเมอร์แมน (กนิษฐา จันทรฉาย , 2549; อ้างอิงจาก Schunk; & Zimmerman, 1994: 195-208) ที่กล่าวว่า การกำกับตนเองเป็นกระบวนการที่กระตุ้นและสนับสนุนต่อความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมและความพอใจเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ในที่สุดด้วยการให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มและให้ตนเองคอยสังเกตและบันทึก

พฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเองและเมื่อกระทำ พฤติกรรมเป้าหมายได้แล้วจะให้เพื่อนสมาชิกกล่าวชื่นชมยกย่องพร้อมให้รางวัลได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมาสุริยา (2550) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูจังหวัดหนองบัวลำภูพบว่ากลุ่มที่เข้าโปรแกรมการกำกับตนเองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวและค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายที่ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ( $P < .05$ ) และสอดคล้องกับผลวิจัยของวัชรภรณ์ภูมิภูเขียว (2552) ด้วยเช่นกันที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมลดน้ำหนักของข้าราชการอำเภอนาแห้ว จังหวัดเลยซึ่งมีกิจกรรมการให้ความรู้การใช้ตัวแบบจากวีดิโอ การแจกคู่มือการลดน้ำหนักการสังเกตตนเองและประเมินพฤติกรรมตนเองการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยตนเองมีการวางแผนการลดน้ำหนักกำหนดการลงโทษและการให้รางวัลแก่ตนเองการให้รางวัลคำชมเชยและการให้กำลังใจซึ่งกลุ่มที่ได้รับการกำกับตนเองจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและดัชนีมวลกายลดลง ( $P < .05$ ) ดังนั้นการกำกับตนเองจะเป็นสิ่งที่คอยควบคุมอิทธิพลที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคอ้วนได้ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับการวิจัยของจาคิ (Jakici, 2003) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการออกกำลังกายเพื่อศึกษาโรคอ้วนผลการศึกษาพบว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการควบคุมน้ำหนักซึ่งอาจจะมากกว่าการเลือกรับประทานอาหารเพราะว่าการออกกำลังกายจะมีประสิทธิภาพในการควบคุมน้ำหนักเมื่อควบคุมพลังงานจากสารอาหารที่รับประทานเข้าไปด้วยในการวิจัยดังกล่าวได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประยุกต์มาจากแนวคิดการกำกับตนเองโดยให้แพทย์ทำการกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีโรคอ้วนให้เริ่มออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ (วันละ 30 นาที ใน 5 วัน ต่อสัปดาห์) โดยที่แพทย์จะเป็นส่วนหนึ่งในการกำกับพฤติกรรมด้วยการโทรศัพท์ไปสอบถามถึงการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างประกอบการให้ทำบันทึกสุขภาพเพื่อเป็นการเตือนตนเองมีการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินตามสภาพจริงทั้งนี้เป็นเพราะว่าการออกกำลังกายในระดับนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ

ร่างกายได้จากภายนอกผลการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมน้ำหนักได้และสามารถควบคุมน้ำหนักในระยะยาวต่อไปด้วยการออกกำลังกาย 300 นาทีต่อสัปดาห์ (วันละ 60 นาที ใน 5 วันต่อสัปดาห์) ผลการทดลองดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการควบคุมตนเองทั้งจากภายในและภายนอกสามารถที่จะทำให้นุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้และความสำเร็จที่ได้รับทราบนั้นจะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้เกิดการเพิ่มพฤติกรรมและในงานวิจัยครั้งนี้ได้มีการจัดการเรียนการสอนเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตเหมาะสมกับความสามารถและความสนใจของบุคลากร โดยให้บุคลากรมีส่วนร่วมและลงมือปฏิบัติจริงทุกขั้นตอนจนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองจากการปฏิบัติจริง (วัฒนาพร ระวังทุกข์, 2542: 11) และ ณัฐวุฒิ กิจรุ่งเรือง และคณะ (2545: 10) การปฏิบัติงานค้นพบข้อควรรู้และวิธีการปฏิบัติด้วยตนเอง และจากแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลายที่แสวงหาจึงสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวันได้ต่อเนื่องไม่เฉพาะช่วงเวลาที่มาพบปะกันในวันเข้าร่วมโปรแกรมเท่านั้นจึงทำให้ผลการติดตามพฤติกรรม 3-Self และภาวะอ้วนยังคงมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นทั้งระยะสั้นสุดการทดลองทันทีและในระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12

### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self เพื่อลดภาวะอ้วนของบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้าลาดกระบังสามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลต่อการลดภาวะอ้วน ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังลงได้สามารถนำโปรแกรมไปใช้กับประชากรกลุ่มอื่นๆ ที่มีภาวะอ้วนและขยายผลระยะยาวเพื่อติดตามผลลัพธ์อื่นๆ ต่อไป

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. สามารถนำโปรแกรมมาขยายผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ในชุมชน ให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. สามารถนำโปรแกรมดังกล่าวมาเป็นต้นแบบในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของบุคลากรทั้งในและนอกสำนักงานมัธยม กรุงเทพมหานคร

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้เข้ารับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางโดยใช้กระบวนการกลุ่มและการมีส่วนร่วม ในการแบ่งกลุ่มการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ควรให้ผู้เข้ารับการอบรมมีอิสระในการเลือกกลุ่มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง และควรเลือกกลุ่มที่มีชีวิตประจำวันคล้ายๆ กันเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พร้อมกันภายในกลุ่ม จะทำให้การจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมีความสะดวกและประสบความสำเร็จมากขึ้น

2. ในการนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปใช้ผู้ที่จะนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ควรศึกษาเทคนิคการจัดกิจกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกและติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพราะเป็นหลักสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้เข้าโปรแกรมได้ตระหนักและมีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งเครื่องมือในการบันทึกจะทำให้ผู้เข้ารับโปรแกรมมีการประเมินและติดตามผลที่เกิดขึ้นและแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง

3. ควรศึกษาลักษณะของบุคคลที่จะเข้ารับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ก่อนเริ่มโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากโปรแกรมนี้ออกแบบมาเพื่อใช้กับบุคลากรในทีมสุขภาพดังนั้นการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ไปใช้กับบุคคลกลุ่มอื่น ควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้การมีความรู้และทักษะการจัดกิจกรรมกลุ่มจะช่วยให้โปรแกรมประสบความสำเร็จมากขึ้น

4. ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องของหน่วยงานที่เห็นความสำคัญในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของบุคลากรในส่วนที่อยู่ในกำกับดูแลของหน่วยงาน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้บริหารทุกระดับเห็นความสำคัญจึงทำให้โครงการประสบความสำเร็จได้ซึ่งมีความ

สอดคล้องกับนโยบายหลักของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่เน้นให้บุคลากรขององค์กรเป็นแบบอย่างทางด้านสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน จึงได้รับความเห็นชอบความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งนี้ทำการวัดพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรจะมีการวัดพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนซ้ำต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อตรวจสอบความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self

2. ในการออกแบบกิจกรรมครั้งต่อไปควรเสริมด้วยกิจกรรมการสร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพในกิจกรรมแรกๆ และควรวัดการเปลี่ยนแปลงของเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพพร้อมด้วย

## ตารางนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง จำแนกตามกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) และระยะเวลาการทดลอง (ระยะก่อนทดลองระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 )

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 14)		กลุ่มควบคุม (n = 14)	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
<b>1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง</b>				
-ระยะก่อนการทดลอง	13.30	5.40	22.14	6.21
-ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	31.38	2.53	23.43	5.97
-ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12	39.48	2.23	23.59	6.18
<b>2. การกำกับตนเอง (75)</b>				
-ระยะก่อนการทดลอง	29.04	5.43	47.14	1.20
-ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	60.76	4.06	50.02	1.16
-ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12	68.55	1.42	50.93	1.17
<b>3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (100)</b>				
-ระยะก่อนการทดลอง	36.53	7.89	62.71	8.98
-ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	83.58	3.76	59.85	9.61
-ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12	88.60	2.38	60.21	9.61
<b>4. ดัชนีมวลกาย</b>				
-ระยะก่อนการทดลอง	32.36	5.78	33.47	5.97
-ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	32.00	33.40	33.09	5.92
-ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12	31.48	6.17	33.39	5.89
<b>5. เส้นรอบเอว</b>				
-ระยะก่อนการทดลอง	97.18	8.75	97.23	8.94
-ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	97.00	8.90	97.11	8.91
-ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12	96.8	8.65	97.10	8.90
<b>6. ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง</b>				
-ระยะก่อนการทดลอง	29.57	3.10	29.87	3.13
-ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	29.42	3.29	29.85	3.16
-ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12	28.67	3.14	29.93	3.21

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05



**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวัดซ้ำจำแนกรายตัวแปร (MANOVA with Repeated Measures) (การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเอง) โดยพิจารณาตามระยะเวลาทดลอง (ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองเสริมจิตใจทันทีและในระยะหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12) ของกลุ่มทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Partial $\eta^2$
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเอง</b>						
ระหว่างกลุ่ม	1662.32	28	131.16			
ภายในกลุ่ม	749.07	56	97.44			
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	74.22	2	32.11	5.58	.001*	.08
ความคลาดเคลื่อน	1073.37	56	35.14			
<b>การกำกับตนเอง</b>						
ระหว่างกลุ่ม	3193.48	28	106.74			
ภายในกลุ่ม	4622.14	56	356.30			
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	1771.40	2	88.70	10.65	.000*	.15
ความคลาดเคลื่อน	834.54	56	460.88			
<b>พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง</b>						
ระหว่างกลุ่ม	6135.78	28	278.89			
ภายในกลุ่ม	7699.35	56	130.49			
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 12	2861.23	2	1130.61	4.26	.02*	.08
ความคลาดเคลื่อน	2460.17	56	62.94			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวัดซ้ำจำแนกรายตัวแปรของภาวะอ้วนโดยพิจารณาตามระยะการทดลอง (ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะหลังการทดลองสัปดาห์ที่12) ของกลุ่มทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Partial $\eta^2$
<b>ดัชนีมวลกาย</b>						
ระหว่างกลุ่ม	3174.64	2	139.32			
ภายในกลุ่ม	633.33	2	36.67			
ระยะการทดลอง	125.74	4	116.43	6.08	.00*	.610
ความคลาดเคลื่อน	612.38	59	11.21			
<b>เส้นรอบเอว</b>						
ระหว่างกลุ่ม	12205.50	2	287.75			
ภายในกลุ่ม	1271.32	2	16.66			
ระยะการทดลอง	202.64	4	85.66	4.59	.00*	.590
ความคลาดเคลื่อน	806.78	59	11.81			
<b>ตารางที่ 3 (ต่อ)</b>						
<b>ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง</b>						
ระหว่างกลุ่ม	6868.65	2	234.32			
ภายในกลุ่ม	913.14	2	16.57			
ระยะการทดลอง	169.26	4	97.31	7.57	.00*	.290
ความคลาดเคลื่อน	821.01	59	13.05			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของตัวแปรของภาวะอ้วนตามระยะการทดลอง (T)

ตัวแปรตาม	ระยะการทดลอง	คะแนนเฉลี่ย	การเปรียบเทียบรายคู่	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างระยะการทดลอง	Sig
ดัชนีมวลกาย	T1	27.94	T2 < T1	-1.78	.00*
	T2	26.16	T3 < T1	-2.07	.00*
	T3	25.86	T3 < T2	-.29	.00*
เส้นรอบเอว	T1	89.04	T2 < T1	-3.90	.00*
	T2	85.13	T3 < T1	-6.31	.00*
	T3	82.72	T3 < T2	-2.40	.00*
ความหนาของไขมัน	T1	40.82	T2 < T1	-2.14	.00*
	T2	38.67	T3 < T1	-3.69	.00*
	T3	37.12	T3 < T2	-1.54	.00*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บรรณานุกรม

- กนิษฐาจันทร์ฉาย. (2549).การกำกับตนเองเพื่อการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนบำรุงวิทยานบุรี กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล).
- กรศินันท์ เลิศสกุลจินดา. (2553).ผลการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์).
- กฤษมา สุริยา. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูจังหวัดหนองบัวลำภู. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาสุขภาพศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- ณัฐภูมิ กิจรุ่งเรือง,วันวิสาข์ ออกอุ้น และอภิญวัฒน์ โพรธิสาน. (2545: 10).การเปรียบเทียบความสามารถการอ่าน การเขียนภาษาไทย และการคิดวิเคราะห์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ระหว่างการจัดการเรียนรู้ตามแนวคิดสมองเป็นฐานและการเรียนรู้ด้วยกลุ่มร่วมมือ.ปริญญาโทมหาบัณฑิต.สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นฤมล ตริเพชรศรีอุไร และเดช เกตุฉา. (2554). การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมปีที่ 3 (ระยะที่ 1). [ออนไลน์]. [http://www.hed.go.th\\_mod/%E%/งานวิจัย](http://www.hed.go.th_mod/%E%/งานวิจัย). ( 10 พฤศจิกายน 2559).
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุงใหม่ล่าสุด). พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- ไพบุลย์ พิทยาและคณะ. (2554, กรกฎาคม-กันยายน).ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.5 (3) : 287-298.
- วนิชา กิจวรพัฒน์. (2547). การพัฒนาโปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับวัยทำงานที่มีภาวะโภชนาการเกิน. วิทยานิพนธ์ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วัฒนาพระรับทุกข์. (2542). แผนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:แอลทีเพลส.
- วัชรารณณ์ ภูมิภูเขียว . (2552).ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมลดน้ำหนักของข้าราชการ อำเภอนาแห้ว จังหวัดเลย. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ, คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- สุพิชชาวงศ์จันทร์. (2554).อิทธิพลของลักษณะทางจิตลักษณะสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากร
- กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2556). อิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).
- สาธารณสุข,กระทรวง. (2550). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บพ.ศ. 2550. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2547).ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ.2546-2547. รายงานการวิจัย.กรุงเทพฯ. (2552).ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552.รายงานการวิจัย.กรุงเทพฯ.
- อารีรัตน์สุขโข. (2546). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายของสตรีวัยกลางคนที่มีความเสี่ยงน้ำหนักเกินมาตรฐานที่อยู่ใกล้เขตเทศบาลนครขอนแก่นจังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,คณะสาธารณสุขมหาวิทยาลัยขอนแก่น).

- Anderson; et al. (2008). A -two Year Clinical Lifestyle Intervention Program for Weight Loss in Obesity. Retrieved August 5, 2013, from <http://WWW.nvbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2596731>.
- Annesi and Gorjala. (2010). Relations of self-regulation and self-efficacy for exercise and eating and BMI change: A field investigation. *BioPsychoSocial Medicine*. Atlanta, Georgia, USA.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundation of Thought and Action. : A Social cognitive theory*. New Jersey: Prentice – Hall.
- Jakici, J.M. (2003). Exercise in the treatment of obesity. *Endocrinol Metabolism North Am*. 32 (4), 967 – 980.
- Polit D, Beck C. (2012). *Inferential Statistics*. In *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. (pp 404-32). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Schunk, D.H.; & Zimmerman, B.J. (1994). *Self-Regulation of Learning and Performance*. New Jersey: Hillsdale.

# พฤติกรรมกำรป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานตำบลหนองแสง อำเภอประจันตคัม จังหวัดประจันบุรี

เกื้อกูล ศรีสุตโท\*

เสน่ห์ แสงเงิน\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกำรป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลหนองแสงอำเภอประจันตคัม จังหวัดประจันบุรีจำนวน 101 คนใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.30 อายุเฉลี่ย 57.82 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 85.1 จบประถมศึกษา ร้อยละ 81.2 รายได้เฉลี่ย 7,876.24 บาทต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยเฉลี่ย 7.04 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.30 ผลการเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกำรป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคที่ต่างกันมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ,  $p = .008$ ,  $p < .001$  และ  $p = .017$ ) ตามลำดับ

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมกำรป้องกันโรคภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ

# Prevention Behaviors against Complications among Diabetic Patients in Nong Saeng Subdistrict, Prachantakham District, Prachin Buri Province

Kuakool Srisudto\*

Sane Saengngoen\*\*

## ABSTRACT

This descriptive research was aimed to study personal factors, health belief and prevention health behaviors against complications among diabetic patients and to compare differences between personal factors, health belief and prevention behaviors against complications among 101 diabetic patients in Nong Saeng Subdistrict, Prachantakham District, Prachin Buri Province, and the simple random sampling was used. The tool for collecting data was the researcher's designed questionnaire. The Cronbach's alpha was of 0.95. The data were analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation, and the relation by *Pearson* product moment correlation efficient.

The results of study indicated that the sampling group mostly consisted of the female (73.30%) with average age of 57.82 years old, marital status of being married (85.1%), education of elementary school level (81.2%), average income of 7,876.24 Baht per month and the average diabetic period of 7.04 years. Most members of the sampling group having prevention behaviors against complications were at very satisfied level of 73.30%. The comparative results of health belief and prevention behaviors against complications among diabetic patients were found that the perception of risk opportunities, disease severity, benefit of behaving oneself and obstacles of different disease prevention with prevention behaviors against complications was statistically significant difference ( $p < .001$ ,  $p = .008$ ,  $p < .001$  and  $p = .017$ ) respectively.

**Keywords:** Prevention behaviors against complications, diabetic patients, health belief

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมซึ่งก่อให้เกิดระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงเป็นเวลานาน อันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินหรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองประการ ทำให้เกิดความผิดปกติต่อโครงสร้าง และการทำงานของอวัยวะต่างๆ (โรงพยาบาลเวชธานี,2558)

สถานการณ์ของโรคเบาหวาน ปี 2557 พบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 387 ล้านคน คาดว่าปี พ.ศ. 2573 มีประชากรป่วยด้วยโรคเบาหวานมากถึง 600 ล้านคนทั่วโลก (WHO, 2557) ปัจจุบันประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่ออายุเพิ่มขึ้น มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 11,389 ราย คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 17.53 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและพัฒนายุทธศาสตร์,2557)

สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดปราจีนบุรี ปี 2558 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558) พบผู้ป่วยเบาหวาน คิดเป็นอัตราป่วย 5,121.86 ต่อแสนประชากร ทั้งนี้ เฉพาะอำเภอประจันตคาม มีอัตราป่วย 5,731.47 ต่อแสนประชากร เมื่อพิจารณาเฉพาะตำบลหนองแสง อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานไม่มีภาวะแทรกซ้อน เพียง 101 คน อัตราป่วย 2,885.71 ต่อแสนประชากร (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง,2558)

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในการส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสมต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

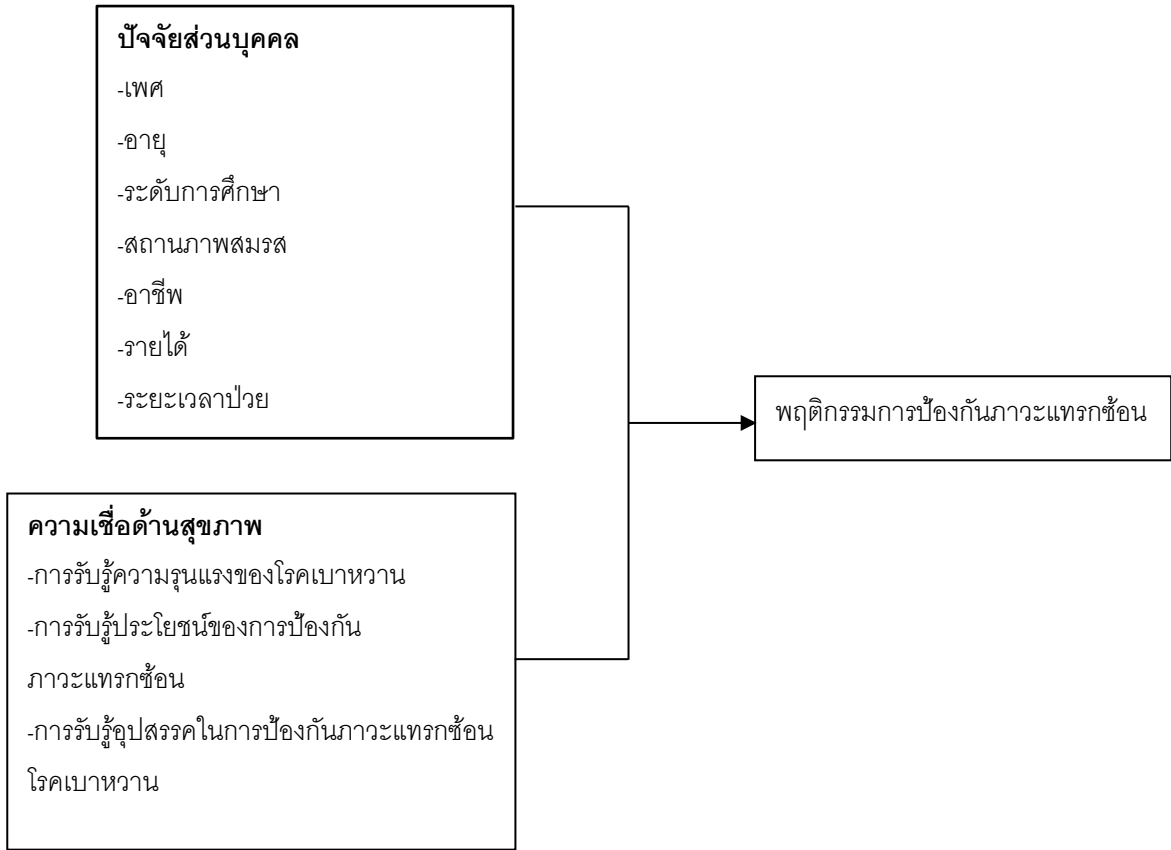
## สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน
2. การรับรู้ความรุนแรงการรับรู้อุปสรรค ความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

กรอบแนวคิด

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม





## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลหนองแสง อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาศัยอยู่ในตำบลหนองแสง อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 150 คน

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัยนี้ ผู้ป่วยเบาหวานไม่มีภาวะแทรกซ้อน อายุ 30 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลหนองแสง อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 101 คน

## เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, การศึกษา, อาชีพ, รายได้ และระยะเวลาในการป่วย

ส่วนที่ 2 ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้ความรู้แรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3 ประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการออกกำลังกาย

## คุณภาพของเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC = 0.86

2) การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตตำบลดงบัง อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (กำหนดใช้ค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการพิจารณา) ได้เท่ากับ 0.87

## วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ในการออกหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงสาธารณสุขอำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยในพื้นที่

2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ เข้าพบสาธารณสุขอำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรีเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในโรงพยาบาลประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรีโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา รายละเอียดในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเบาหวานตามความสมัครใจ

4. เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบข้อคำถามในแบบสอบถาม

5. เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ต่ำสุด สูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ในการทดสอบสมมติฐาน ทางสถิติ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นอย่างน้อย

ร้อยละ 95 โดยใช้สถิติ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

### สรุปผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างข้อมูลทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.30 อายุโดยเฉลี่ย 57.82 ปี สถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.10 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.20 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,876.24 บาทต่อเดือน ระยะเวลา ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยเฉลี่ย 7.04 ปี

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคเบาหวาน

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยเบาหวาน ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.30

2.2 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เบาหวาน ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติตนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 84.20

2.3 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคของผู้ป่วย เบาหวาน ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคของ การป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.30

3. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย โรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.30

4. เปรียบเทียบปัจจัยด้าน เพศ, อายุ, สถานภาพ สมรส, การศึกษา, อาชีพ, รายได้ และระยะเวลาในการป่วย กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าปัจจัยที่แตกต่างกันด้าน เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, การศึกษา, อาชีพ, รายได้ และระยะเวลาในการป่วยที่ต่างกัน ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p > 0.5$

5. เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า การรับรู้ โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมที่ต่างกันมีพฤติกรรม ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ  $p < .0001$

6. เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าการรับรู้ ความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมที่ต่างกันมี พฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ  $p = 0.008$

7. เปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนกับ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนใน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ต่างกันมีพฤติกรรมในการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$

8. เปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างใน ภาพรวมที่ต่างกันมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.017$ )

### อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยเบาหวาน สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ จากการศึกษา พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการป่วยที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมในการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ไม่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างป่วย ด้วยโรคเดียวกัน มีการรับรู้ข่าวสารด้านการส่งเสริมดูแลสุขภาพ ได้รับการรักษาและให้คำปรึกษา แนะนำในเรื่องการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวที่เหมือนกัน ขนบธรรมเนียม ประเพณีวัฒนธรรมต่างๆ ความเชื่อที่เหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิไล แสงคำ, พูนสุข ช่วยทอง, สุปรียา ดันสกุล และ วงเดือน บันดี (2555) ศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะ แทรกซ้อนที่ ทำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดศรีสะเกษ

ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยเบาหวานภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.30 เมื่อ เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การรับรู้โอกาส

เสียงของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมที่ต่างกันมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ( $p < .001$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่แตกต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ น้อมจิตต์ นวลเนตร์ และ เตือนเพ็ญ ศรีชา (2555) พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนหนึ่งมีความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องไม่ทราบหรือไม่แน่ใจในอาการเตือนของโรค

ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยเบาหวานภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.36 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมที่ต่างกันมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ( $p = 0.008$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยเบาหวานที่แตกต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพิน ภูวงษ์ (2557) ศึกษา

ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 84.20 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ต่างกันมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ( $p < .001$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวานที่แตกต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนงค์ ชาญสกุล และ อมรรัตน์ ภิรมย์ชม (2555) ศึกษา การรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.30 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคต่างกันมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ( $p = 0.017$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระดับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคของผู้ป่วยเบาหวานที่แตกต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิธิษฐ์ เวชกามา, อติพร อิงศ์ลาธิต และคณะ (2557) ศึกษา รายงานฉบับสมบูรณ์ การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอื่น เมื่อเปรียบเทียบกับ A1 และแอลบูมินในปัสสาวะที่เพิ่มขึ้นทำให้อัตราการตายสูงขึ้น และผู้ป่วยกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอัตราการเสียชีวิตมากกว่ากองทุนอื่นๆ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังมีการดำเนินโรคไปสู่ไตวายเร็วกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.30 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมป้องกันโรคมากขึ้น ทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รื่นจิต เพชรชิต (2558) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 63.70 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลางพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\text{Exp. (B)} = 1.026, p = 0.026$ )

#### ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง มีการขาดยาเบาหวาน และไม่พบแพทย์ตามนัด ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง องค์การบริหาร

ส่วนตำบลหนองแสง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และประชาชน ควรจัดประชุมวางแผนร่วมกัน ประชาสัมพันธ์ และดำเนินการจัดทำโครงการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ

2. จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคของผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.30 และระดับมาก ร้อยละ 32.70 ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง ควรให้คำแนะนำในเรื่องของการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานตระหนัก และรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน นำไปสู่การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

### **ประโยชน์ที่ได้รับ**

เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในการส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสมเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อทราบถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค

## เอกสารอ้างอิง

- น้อมจิตต์ นวลเนตร์ และเดือนเพ็ญ ศรีชา (2555). ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 24 (3), 318– 326.
- พิสิษฐ์ เวชกามา, อติพร อิงค์สาธิต และคณะ. (2557). รายงานฉบับสมบูรณ์ การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. (คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- ยุพิน ภูวงษ์ และ สมเดช พิณจสุนทร. (2557). ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน รักษาในโรงพยาบาลชุมชนคัดสรรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพัฒนาศาสนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2 (3). กรกฎาคม-กันยายน, 311-319.
- รินจิต เพชรชิต. (2558). พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2 (2). พฤษภาคม-สิงหาคม, 15-27.
- โรงพยาบาลเวชนา. (2558). เบาหวานติดอันดับ 4 สาเหตุคร่าชีวิตคนทั่วโลก. ค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2559, จาก <http://www.komchadluek.net/news/unclecham/216709>
- วิไล แสงคำ. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดศรีสะเกษ. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- สำนักนโยบายและพัฒนาศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). ค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2559, จาก [http://www.bps.ops.moph.go.th/library\\_bps.htm](http://www.bps.ops.moph.go.th/library_bps.htm)
- สำนักนโยบายและพัฒนาศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). ค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2559, จาก [http://www.go.th/library\\_bps.htm](http://www.go.th/library_bps.htm)
- อนงค์ หาญสกุล และ อมรรัตน์ ภิรมย์ชม. (2555). การรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ)

# ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลสีซล อำเภอสีซล จังหวัดนครศรีธรรมราช

บุปผา เลิศวาสนา\*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกัน ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสีซลจังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนตุลาคม 2560 - มกราคม 2561 คัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบด้วยผู้ป่วยกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลและการดูแลตามรูปแบบปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติของโรงพยาบาล โปรแกรมการพยาบาลมี 4 ขั้นตอนใช้เวลาเรียนรู้ 16 สัปดาห์ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและการแลกเปลี่ยนข้อมูล การกำหนดเป้าหมายร่วมกันและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย และการประเมินผล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพทั้งภาพรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ช่วยให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างลดลง ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้นำโปรแกรมฯ มาใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อื่นๆ ของจังหวัดนครศรีธรรมราช

**คำสำคัญ:** โปรแกรมพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกัน, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

# The Effect of Goal Attainment Nursing Program on Health Behaviors among Hypertensive Patients in Sichon Subdistrict, Sichon District, Nakhon Si Thammarat Province

Buppha Lertwassana\*

## ABSTRACT

This quasi – experimental study was aimed to study the effect of goal attainment nursing program on health behaviors among hypertensive patients having admission at the Hypertension Clinic of Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province between October 2017 and January 2018. Samples were selected by the simple random sampling and divided into the experimental group and the control group, consisted of 30 patients in each group. The experimental group received the routine form of nursing and caring program and the control group received the Hospital's routine form of caring program. The nursing program consisted of 4 steps and took 16 weeks for learning, including 1) the establishment of relationship and exchange of information, 2) goal attainment and knowledge sharing, 3) the interaction with target and 4) the evaluation of the program. Statistics used in this study were percentage, mean, standard deviation, and independent t-test.

The results of study revealed that after the program participation, the mean score of health behaviors in experimental group both overall aspects and separate one was statistically significantly higher than the control group ( $p < 0.001$ ). Mean systolic and diastolic blood pressure of the experimental group after participating in this program was statistically significantly lower than the control group ( $p < 0.001$ ). This research showed that the program can improve the behavior health of hypertensive patients with lower systolic and diastolic blood pressure. Therefore, it should be applied to other hypertensive patients in other areas of Nakhon Si Thammarat Province.

**Keywords:** Goal attainment nursing program, health behavior, hypertensive patients

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป จำแนกตามเกณฑ์ JNC๗ (Seventh Joint National Committee on High Blood Pressure) กล่าวคือ ระดับความดันโลหิต  $\geq 140$  และ/หรือ  $\geq 90$  มิลลิเมตรปรอท (Whelton, ๒๐๑๕) องค์การอนามัยโลก คาดว่าใน พ.ศ. 2568 ประชาชนทั่วโลกกว่า 1.56 พันล้านคน จะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (Whelton, 2015) สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2556) พบว่าในปี พ.ศ.2556 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในกว่า 1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 5,165 คน ซึ่งสูงกว่าข้อมูลการตายปี 2555 จำนวน 3,684 คน โดยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค อัตราผู้ป่วยต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจาก 389.8 (จำนวน 218,218 ราย) เป็น 1,621.72 (จำนวน 1,047,979 ราย) ในปี 2546 และ 2556 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่า 4 เท่า ในระยะเวลาเพียง 10 ปี สำหรับสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของเครือข่ายสุขภาพอำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีอัตราป่วยคิดเป็นร้อยละ 16.10, 17.8 และ 18.9 ในปี พ.ศ. 2558 - 2560 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2560) โรคความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมถึงประเทศชาติ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งจากโรคเองและภาวะแทรกซ้อนของโรค จากการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยแบบไปข้างหน้า (prospective study) จำนวน 61 งานวิจัย พบว่า การที่ระดับความดันโลหิตตัวบนเพิ่มขึ้น 20 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตตัวล่างเพิ่มขึ้น 10 มิลลิเมตรปรอท จะส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงโรคหลอดเลือดอื่นๆ เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (Rapsomanikiet al., 2014) ในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 10 ล้านคน ซึ่งทำให้รัฐสูญเสียค่าใช้จ่าย 79,263 ล้านบาท/ปี โรคหัวใจประมาณ 4 ล้านคน ค่าใช้จ่าย 154,848 ล้านบาท/ปี

นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกประมาณ 500,000 คน ค่าใช้จ่าย 20,632 ล้านบาท/ปี (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

เป้าหมายการรักษาโรคความดันโลหิตสูงทั้งแบบการให้ยาและไม่ใช้ยา คือ การลดอัตราการตายจากโรคและภาวะแทรกซ้อน โดยการควบคุมให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติมากที่สุด คือ ค่าความดันซิสโตลิกเท่ากับหรือไม่เกิน 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับค่าความดันไดแอสโตลิกไม่ควรสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (ยูพเรศ แก้วประเสริฐ, 2559) ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลของเครือข่ายสุขภาพอำเภอสิชล พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้เพียงร้อยละ 30.10, 34.14 และ 35.36 ในปี 2558-2560 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2560) ดังนั้น ผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลชุมชน เห็นความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมาย เพื่อช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

## คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

## สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยและระดับของพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม



## กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (King's Goal Attainment Theory) (King, 1996) และการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองและการพยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุม ดังนี้

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35- 75 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึง เดือนมกราคม 2561

## รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35-75 ปี ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสิชลของตำบลสิชล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35-75 ปี ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสิชล ของ ตำบลสิชล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราชที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยการจับสลากอย่างง่าย กลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน ซึ่งผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสิชล จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มควบคุมและเขตเทศบาลตำบลสิชลจำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง

## เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

1. โปรแกรมการพยาบาลในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้

ดัดแปลงจากนงเยาว์ ไบยา (2556) โดยนำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (King, 1996) มาประยุกต์ใช้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพโดยผู้วิจัยและกลุ่มทดลอง สร้างปฏิสัมพันธ์กันตั้งแต่เริ่มพบกัน, การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน, กระบวนการปฏิสัมพันธ์ ผู้วิจัยและกลุ่มทดลองตกลงร่วมกันเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาค่าที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับและปฏิบัติตามกิจกรรม เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายตามบทบาทของตน ที่ได้ตกลงร่วมกันและการประเมินผล โดยใช้คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและแบบบันทึกการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิต และแบบบันทึกการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในด้านการกำหนดเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิต การรับประทาน อาหาร การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดผู้วิจัยใช้เวลาในการดำเนินการ 16 สัปดาห์โดยการลงเยี่ยมบ้านจำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1, 3, 6 และ 16 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 9 และสัปดาห์ที่ 13

2. กระบวนการพยาบาลตามปกติ ซึ่งประกอบไปด้วยการชั่งน้ำหนัก การวัดสัญญาณชีพ การซักถามอาการ การให้คำแนะนำและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตเป็นรายบุคคล ตามสภาพปัญหา และการนัดให้มาพบแพทย์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม รายละเอียด ดังนี้

### 3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยและเป็นผู้ดูแลหลัก และข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1

### 3.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของนงเยาว์ ไบยา (2556) ซึ่งได้ค่า Reliability เท่ากับ 0.85 โดยแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 5 ด้าน คือ การควบคุมอาหาร (จำนวน 9 ข้อ) การรับประทานยา (จำนวน 6 ข้อ) การมาตรวจตามนัด (จำนวน 4 ข้อ) การออกกำลังกาย (จำนวน 7 ข้อ) และการจัดการ

ความเครียด (จำนวน 4 ข้อ) มีการให้เลือกตอบเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ เก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนได้รับโปรแกรม และ ภายหลังจากได้รับโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 16)

4. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติและเครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัล ซึ่งผ่านการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือมาไม่เกิน 1 ปี

### คุณภาพของเครื่องมือ

มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านมีค่า IOC เท่ากับ 0.9

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนมกราคม 2561

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for Social Science)

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของลักษณะประชากรใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างทางคุณลักษณะประชากรระหว่างกลุ่ม โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-square)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

### สรุปผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.30 อายุเฉลี่ย 57.70 ปี (S.D. = 8.85) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 86.70 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.7) ไม่ประกอบอาชีพเพียงร้อยละ 20 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 -15,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 70.00) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.60) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว  $\geq 4$  คน และอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา (ร้อยละ 70.00) เกือบทั้งหมดมีดัชนีมวลกายเกินหรืออ้วน (ร้อยละ 86.70) ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรค

ระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 76.70) ระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 162.87 และระดับความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 94.67

กลุ่มควบคุม เป็นเพศชายร้อยละ 56.70 อายุเฉลี่ย 60.70 ปี (S.D. = 9.07) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 80.00 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 43.30 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 -15,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 73.40) ร้อยละ 66.70 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว  $\leq 3$  คน และอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา ร้อยละ 63.30 กว่าครึ่งมีดัชนีมวลกายเกินหรืออ้วน (ร้อยละ 56.60) ระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 161.17 และระดับความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 93.33

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของระดับการศึกษา อาชีพและ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ( $p < 0.01$ )

#### 2. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มควบคุม มีระดับของพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการทดลอง เมื่อดูพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมมารับประทานยาและการมาตรวจตามนัด อยู่ในระดับสูง ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังทดลอง

กลุ่มทดลอง มีระดับของพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ในระดับปานกลาง หลังการได้รับโปรแกรม พบว่าอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อดูพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม พฤติกรรมมารับประทานยาและการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมอื่นๆ อยู่ในระดับสูง และหลังการได้รับโปรแกรม พฤติกรรมสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

สำหรับค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมรายด้าน และระดับพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ดังตารางที่ 1

#### 3. ข้อมูลระดับความดันโลหิต

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างลดลง หลังการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ 161.17 และ 147.53 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับในกลุ่มควบคุม และ 162.87 และ 139.10 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับในกลุ่มทดลอง ส่วนความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 93.33 และ 89.80 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุม และ 94.67 และ 86.07 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองสำหรับความแตกต่างของความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกัน โดยระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 147.53 และ 139.10 มิลลิเมตรปรอทในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ ( $p = 0.01$ ) ส่วนระดับความดันโลหิตตัวล่างมีค่าเฉลี่ย 89.80 และ 86.07 มิลลิเมตรปรอทในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ ( $p = 0.02$ ) ดังตารางที่ 2

#### อภิปรายผล

1. เพศ กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายมากกว่า คือ ร้อยละ 56.7 ในขณะที่กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงมากกว่า คือ ร้อยละ 63.3 ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิงแต่หลังจากที่เพศหญิงมีอายุมากกว่า 50 ปี และเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนจะพบอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงในเพศหญิงมากกว่าเพศชายจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

2. อายุ กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 60.70 ปี และ 57.70 ปี โดยพบว่าในผู้ที่มียุเพิ่มขึ้น กลไกของระบบหัวใจและหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลายมากขึ้น (เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2553)

3. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้าน และระดับของพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของรัตนชรีญาภรณ์ คำราพิศ, หทัยชนก บัวเจริญ, และทวีศักดิ์ กสิผล (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย ต่อพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ จะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

4. ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ รัตนชรีญาภรณ์ คำราพิศ, หทัยชนก บัวเจริญ, และทวีศักดิ์ กสิผล (2556) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มควบคุมมีค่าความดันโลหิตลดลงจากก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย ซึ่งอธิบายได้ว่าการพยาบาลตามปกติจะได้รับคำแนะนำและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตเป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหาซึ่งรวมถึงแนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ด้วย ซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงได้

#### ข้อเสนอแนะ

##### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการติดตามผลการใช้โปรแกรมฯ สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

2. ควรนำโปรแกรมการพยาบาลในการดูแลตนเองไปใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อื่น

##### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมฯ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองที่ยั่งยืน

2. การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 16 สัปดาห์ซึ่งทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรในเบื้องต้นเท่านั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการติดตามและประเมินผลลัพธ์ในระยะยาวของโปรแกรม เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อดูความคงทนของพฤติกรรม

## เอกสารอ้างอิง

- นงเยาว์ ไบยา. ปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 2556.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. (พิมพ์ครั้งที่ 8).ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา, 2554.
- ยุพเรศ แก้วประเสริฐ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวในการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรม  
สุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยจังหวัดสุโขทัย, 2559.
- รัตน์ศรีญาณภรณ์ คำราพิศ, หทัยชนก บัวเจริญ และทวีศักดิ์ กสิผล. ผลของโปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย ต่อพฤติกรรม  
การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ. 2556. 16 (32), 1-18.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556.นนทบุรี: สำนักนโยบายและ  
ยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2556.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานป่วย พ.ศ. 2555.นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2555
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. 2560 สืบค้นเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2560 จาก [http //www.nakhonsihealth.org](http://www.nakhonsihealth.org).
- King, I. M. The theory of goal attainment in research and practice. *Nursing Science Quarterly*, 1996.9 (2), 61-66.
- Rapsomaniki, E., Timmis, A., George, J., Pujades-Rodriguez, M., Shah, A.D., Denaxas, S.,...Hemingway, H. Blood pressure  
and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations  
in 1.25 million people. *Lancet.*, 2014. 1899-1911.
- Whelton, P.K. The elusiveness of population-wide high blood pressure control. *Annual Review of Public Health*. 2015.  
36, 109-30.

# ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในโครงการรักษาสภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

นางสาววรรณอาภรณ์ กสานติกุล  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโครงการรักษาสภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 49 วัดชัยพฤกษ์มาลา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ของ เอ.เจ. เซ็น (Ajzen, 2006) โดยศึกษาในกลุ่มบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 49 วัดชัยพฤกษ์มาลา ที่มีภาวะสุขภาพไม่เหมาะสม (ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 22.9 Kg/m<sup>2</sup> ระดับน้ำตาลเกิน 100 mg/dl คอเลสเตอรอลเกิน 200 mg/dl) และกลุ่มมีความเครียด (คะแนนประเมินความเครียดมากกว่า 8 คะแนน) จำนวน 50 ราย มีระยะเวลาการดำเนินการศึกษา 4 เดือน อยู่ในช่วงระหว่าง 1 มีนาคม - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2559 จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และ Paired t-test

ผลการศึกษารูปได้ว่า หลังการเข้าร่วมโครงการรักษาสภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุข 49 วัดชัยพฤกษ์มาลา มีเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ:** ประสิทธิผล, โปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

# The effectiveness of the health behavior modification promotion program in the health behavior modification program

By Miss Wanarporn Ksantikul

Professional Registered Nurse

## ABSTRACT

This study is designed to assess the effectiveness of the health behavior modification promotion program in the health behavior modification program, targeted medical personnel in Public Health Service Center 49 Wat Chaiyaphruekmala by applying the theory of Planned Behavior (TPB), A J Zen 2006. The targeted groups are medical personnel who has less concern about health promotion activity (has BMI more than 22.9, fasting blood sugar more than 100mg/dl, Total cholesterol more than 200 mg/dl) and has stressful lifestyle (has stress score more than 8 point). 50 people are included in this study. The study course is 4 months between 1<sup>st</sup> March 2016 - 30<sup>th</sup> June 2016. The result is analyzed by descriptive statistic and paired T-test.

Comparing to control group, the result is that the people who participate in health promotion program have more concern about controlling unhealthy lifestyle, taking health promotion behavior and improving their health (p-value < 0.05)

**KEYWORDS:** effectiveness, program, health behavior modification

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การใช้ชีวิตของผู้คนในยุคปัจจุบัน เปรียบเหมือนทางด่วนที่ก่อให้เกิดโรคร้ายได้อย่างง่ายดายและรวดเร็ว เพราะการดำเนินชีวิตประจำวันที่คุ้นเคยหลายอย่าง ล้วนส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ทั้งสิ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่สมดุล ทั้งเรื่องการกิน การนอน การออกกำลังกาย และการทำงาน ก่อให้เกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable diseases: CDs) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) เห็นว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถือเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากพบสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมดร้อยละ 63 เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและที่สำคัญกว่านั้นคือ กว่าร้อยละ 80 เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2559)

สำหรับปัญหาสุขภาพในประเทศไทยมีลักษณะสอดคล้องกับปัญหาของประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่สังคมเมืองและอุตสาหกรรมเติบโตอย่างรวดเร็วจนส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชากร (Ramachandran, Snehalatha & Ma, 2013 อ้างถึงในปิยะนันท์ สำเนาเงิน, 2556) คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคระบบหลอดเลือด อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง และความดันโลหิตสูง โดยในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาโรคหัวใจอย่างเดียวมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น 5 เท่า และอัตราเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 6 เท่า คนไทยจึงมีอัตราป่วย และเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลา 3 ปี ที่ผ่านมา (พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ, 2556) ทั้งนี้กลุ่มผู้หญิงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น (Buatee, Siriwatana methanon&Sindhu, 2012 อ้างถึงในปิยะนันท์ สำเนาเงิน, 2556:40)

แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร พ.ศ.2556-2559 ได้มุ่งเน้นการวางกรอบการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและมีความยั่งยืน และมีเป้าหมายในการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข ด้วยการพัฒนาองค์ความรู้ จริยธรรม และมีจิตสำนึกในการบริการ โดยมีการกำหนดมาตรฐานของงาน ซึ่งการพัฒนาด้านทรัพยากรมนุษย์หรือบุคลากรในองค์กร เป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งที่สามารถช่วยยกระดับการพัฒนาขององค์กรได้การมีสุขภาพดีถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานต่างๆ เป็นไปด้วยดี

หากบุคลากรมีสุขภาพทั้งร่างกาย และจิตใจสมบูรณ์ แข็งแรง จะส่งผลต่อการทำงาน ให้สามารถดำเนินงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ ให้หน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิภาพอย่างดีที่สุด รวมถึงจะสามารถนำพาให้ตนเอง และครอบครัวมีความสุข รวมไปถึงชุมชน และประเทศชาติให้มีความเจริญรุ่งเรืองอีกด้วย ศูนย์บริการสาธารณสุข 49 วัดชัยพฤกษ์มาลา ได้ทำการตรวจสุขภาพประจำปีแก่ข้าราชการและบุคลากรเป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นการดูแลรักษาสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันโรค คำนวณภาวะความเสี่ยง ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ผลการตรวจสุขภาพทั้งข้าราชการและบุคลากรจำนวน 72 ราย พบภาวะดัชนีมวลกายเกิน จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.9 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.9 โดยต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ซึ่งได้พิจารณาในการรักษาด้วยยาควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.8 และให้เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินผลในการรักษา เมื่อครบ 3 เดือน มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.7 โดยต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ซึ่งได้พิจารณาในการรักษาด้วยยา ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.1 และให้เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลในการรักษา เมื่อครบ 3 เดือน

จากข้อมูลการตรวจสุขภาพดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ข้าราชการ และบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 49 วัดชัยพฤกษ์มาลา ซึ่งพบว่า มีบุคลากรที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมถึง 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.4 จากบุคลากรทั้งสิ้น 72 ราย จึงได้จัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขึ้นมา ภายใต้โครงการรักษาสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเร่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมของข้าราชการ และบุคลากร สร้างความตระหนักในการใส่ใจสุขภาพทั้งร่างกาย และจิตใจ โดยการนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ของ เอเจเซน (Ajzen, 2006) มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้อิทธิพลของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นตัวเร่งให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ในระยะเวลาอันสั้น และมีความยั่งยืนต่อไป

## คำถามการศึกษา

โปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโครงการรณรงค์สุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุข 49 วัดชัยฤกษ์มาลา สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้หรือไม่

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุม พฤติกรรมสุขภาพภาวะสุขภาพ ของบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 49 วัดชัยฤกษ์มาลา ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการรณรงค์สุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโครงการรณรงค์สุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 49 วัดชัยฤกษ์มาลา

## สมมุติฐานการศึกษา

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโครงการรณรงค์สุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระดับคอเลสเตอรอล และระดับความเครียดต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการรณรงค์สุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

## กรอบแนวคิด

### ตัวแปรต้น

โปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในโครงการรณรงค์สุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ เอ เจ เซ็น (Ajzen , 2006)

ประกอบด้วยการจัดกิจกรรม

- เสริมสร้างเจตคติ
- การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง
- กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ.
  - อ.1 การออกกำลังกาย โดย kickboxing
  - อ.2 การควบคุมอาหารโดยธงโภชนาการ Food I Eat
  - อ.3 การจัดการความเครียดโดยหัวเราะบำบัด

### ตัวแปรตาม

#### ภาวะสุขภาพ

- ค่าดัชนีมวลกาย
- ระดับน้ำตาลในเลือด
- ระดับคอเลสเตอรอล
- ระดับความเครียด



## วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The one-group pretest posttest design) ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior:TPB) ของ เอ เจ เซ็น (Ajzen, 2006) มาประยุกต์ใช้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมรักษาสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 49 วัดชัยพฤกษ์มาลา ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ บุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุข49วัดชัยพฤกษ์มาลา

## รูปแบบการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการรักษาสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ บุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 49วัดชัยพฤกษ์มาลาจำนวน 72 คน

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 49วัดชัยพฤกษ์มาลา ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 50 คนมีคุณสมบัติต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งข้อ

- 1) มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 22.9 Kg/m<sup>2</sup>
- 2) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 100 mg/dl
- 3) มีค่าระดับคอเลสเตอรอลมากกว่า 200 mg/dl
- 4) ทำแบบประเมินความเครียด (ST 5) ได้ 8 คะแนนขึ้นไป

## เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยศึกษาจากเอกสารแบ่งเป็น 6ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลมีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพเป็นการตรวจประเมินสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยประเมินจาก

1) ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) คัดจากน้ำหนักหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูง หน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง (หน่วยเป็นกิโลกรัม/เมตรยกกำลังสอง (กม. /ม.2) เครื่องมือที่ใช้ตรวจ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักชนิดเท้าเหยียบ มีตัวเลขที่วัดส่วนสูงเป็นแท่นยื่นเหยียบเคลื่อนที่ได้ ซึ่งผ่านการตรวจรับรองมาตรฐานจากสำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (สมอ.) และสายวัดสำหรับวัดรอบเอวผ่านการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์

2) ระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องมือที่ใช้ คือ เครื่องเจาะวัดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งผ่านการตรวจรับรองมาตรฐานจากสำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (สมอ.)

3) ระดับคอเรสเตอรอล โดยการเจาะแล้วส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำนักงานชั้นสูตรสำนักอนามัย

4) แบบประเมินความเครียดนำมาจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 เจตคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลักษณะคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2544:75)

ส่วนที่ 4 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นำมาจาก (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2544:75)

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองนำมาจาก (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2544:75)

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมสุขภาพ นำมาจาก (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2544:75)

## คุณภาพของเครื่องมือ

1.ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2.เครื่องมือในการตรวจภาวะสุขภาพประกอบด้วยเครื่องวัดความดันโลหิต ระบบดิจิทัลแบบตั้งโต๊ะ เครื่องชั่ง

น้ำหนักและวัดส่วนสูง สายวัดสำหรับวัดรอบเอวผ่านการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์

3. นำข้อคำถามมาตรวจสอบเนื้อหาของแบบสอบถามว่าครอบคลุมวัตถุประสงค์หรือไม่ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) เท่ากับ 0.98

4. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) จำนวน 30 ชุด เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม (Reliability) แบบ Cronbach's Alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นของด้านเจตคติเท่ากับ 0.846 ด้านการคลายตามกลุ่มอ้างอิง เท่ากับ 0.916 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการควบคุมพฤติกรรมเท่ากับ 0.707 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.895 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือภาพรวมทั้งหมดเท่ากับ 0.841

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการโดยการตรวจสอบสุขภาพ และการทำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษากำหนดขึ้น
2. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ.

### การวิเคราะห์ข้อมูลโปรแกรมและสถิติที่ใช้

ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และตรวจสอบความถูกต้อง วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูปโดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ( $\alpha = 0.05$ ) ดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพ การศึกษารายได้ ลักษณะสายงานที่ปฏิบัติการออกกำลังกายการรับประทานอาหารวิธีการจัดการความเครียดใช้สถิติความถี่ ค่าร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดระดับคอเลสเตอรอล

และการจัดการความเครียดก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ Paired - test

3) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของเจตคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ Paired - test

4) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการคลายตามกลุ่มอ้างอิง ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ Paired - test

5) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการควบคุมพฤติกรรมก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ Paired - test

6) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ Paired - test

## สรุปผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำแนกตามก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n = 50)

เจตคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		T
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ด้านการออกกำลังกาย	3.67	0.76	4.44	0.51	-7.834*
ด้านการควบคุมอาหาร	3.58	0.63	3.77	0.43	-2.338*
ด้านการจัดการความเครียด	3.83	0.86	4.60	0.48	-8.669*
<b>รวม</b>	<b>3.70</b>	<b>0.61</b>	<b>4.32</b>	<b>0.39</b>	<b>-9.013*</b>

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่าเจตคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของข้าราชการและบุคลากร หลังเข้าร่วมโครงการมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของข้าราชการและบุคลากร จำแนกตามก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n = 50)

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		T
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ด้านการออกกำลังกาย	3.54	0.54	3.94	0.33	-7.312*
ด้านการควบคุมอาหาร	3.69	0.67	4.43	0.51	-8.475*
ด้านการจัดการความเครียด	3.83	0.79	4.56	0.49	-9.174*
<b>รวม</b>	<b>3.68</b>	<b>0.61</b>	<b>4.31</b>	<b>0.41</b>	<b>-9.872*</b>

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของข้าราชการและบุคลากรหลังเข้าร่วมโครงการมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพ ของข้าราชการและบุคลากรจำแนกตามก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n = 50)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		T
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ด้านการออกกำลังกาย	3.43	0.77	4.27	0.56	-8.291*
ด้านการควบคุมอาหาร	3.53	0.79	4.30	0.58	-7.839*
ด้านการจัดการความเครียด	3.79	0.79	4.46	0.48	-8.081*
<b>รวม</b>	<b>3.59</b>	<b>0.61</b>	<b>4.34</b>	<b>0.45</b>	<b>-11.248*</b>

จากตารางที่ 3 พบว่าพฤติกรรมสุขภาพ ของข้าราชการและบุคลากรหลังเข้าร่วมโครงการมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผล

ผลจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอ เจ เซ็น (Ajzen, 2006) สามารถนำมาใช้ในการศึกษากับกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพไม่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 49 วัดชัยฤกษ์มาลา ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญา และมีเจตคติอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  ก่อนเข้าร่วมโครงการเท่ากับ 3.70,  $\bar{X}$  หลังเข้าร่วมโครงการเท่ากับ 4.32, t เท่ากับ - 9.013) ทำให้ขาดการเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพทั้งในเรื่องของการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการจัดการกับอารมณ์ เมื่อนำรูปแบบหรือโปรแกรมที่มีประโยชน์มาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง สามารถที่จะประสบผลสำเร็จได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ยังพบว่ามีความสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอ เจ เซ็น (Ajzen, 2006) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ย่อมต้องมีสาเหตุ โดยพบว่ากรออกกำลังกายของข้าราชการและบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 49 วัดชัยฤกษ์มาลา มีจุดกำเนิด/สาเหตุ มาจากการที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมกรออกกำลังกาย เพราะทราบถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย แต่มักจะไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย เมื่อมีการจัดทำโครงการนี้ขึ้นทำให้ทุกหน่วยงานให้ความร่วมมือ โดยใช้เวลาก่อนเลิกงานของทุกวันพุธ มาออกกำลังกายร่วมกัน

นอกจากนี้ยังพบว่าได้รับอิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิง และเกิดการคล้ายตามกลุ่มอ้างอิง โดยกลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะออกกำลังกายแบบ Kickboxing ตามท่าทางเพื่อนๆ ในกลุ่มและตามที่ผู้นำการออกกำลังกายได้ตลอดจนแสดงถึงการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ผ่านการแสดงเจตจำนงที่จะมา ออกกำลังกายตามวัน และเวลาที่กำหนดไว้ จซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรออกกำลังกายอย่างยั่งยืน ในส่วนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหาร ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1977) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรม ให้บรรลุเป้าหมาย ที่กำหนดไว้นั้น บุคคลอาจแสดงออกมาในคุณภาพที่แตกต่างกัน ถ้ามีการรับรู้ความสามารถที่แตกต่างกัน ประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณ์นั้นๆ เนื่องจากคนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะไม่ทำถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด ทั้งนี้ในการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำเทคนิคการบันทึกรับประทานอาหารที่รับประทานในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชัน Food I Eat ของ Nectec เพื่อควบคุมการรับประทานอาหาร ส่งผลให้การ

ควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่างมีทิศทางที่ดีขึ้นในช่วงระยะเวลาการเข้าร่วมโครงการ โดยประเมินจากค่าดัชนีมวลกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และคอเลสเตอรอลลดลงอย่างเห็นได้ชัด และในส่วนของจัดการกับความเครียด ผู้ศึกษาได้ใช้การหัวเราะบำบัด เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการผ่อนคลาย ทั้งนี้ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของเขมิกา ปาหา (2557) พบว่า การคลายตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่จะนำไปสู่พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของข้าราชการตำรวจได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< 0.001$  และการศึกษาของ ไพจิต ประสานพันธ์ (2556) ที่ว่าการคลายตามกลุ่มมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ จิรวรรณ กุมขุนทด (2557) ได้ศึกษาถึงเจตคติ การคลายตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจำกัดเกลือโซเดียม แต่ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการคลายตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

### ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงาน ตระหนักใส่ใจสุขภาพที่ดีขึ้น เป็นแบบอย่างที่ดีของทีมสุขภาพให้กับผู้มารับบริการ และได้มีการพัฒนาระบบการให้บริการ ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานการให้บริการดูแลด้านสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนเกิดความศรัทธา เชื่อมั่นในบริการ ตามนโยบายของสำนักอนามัย ที่มุ่งหวังให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ประโยชน์ต่อประเทศชาติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือพิการได้ ดังนั้นการที่บุคลากรในฐานะประชาชนชาวไทย ตระหนักในการใส่ใจสุขภาพ จะส่งผลให้สภาวะโรคเรื้อรังน้อยลง ช่วยเหลือรัฐประหยัดงบประมาณในการดูแลรักษาพยาบาล

3. ประโยชน์ต่อวิชาชีพ สามารถนำความรู้ รวมทั้งทักษะไปปรับใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เป็นการเพิ่มศักยภาพตนเองและวิชาชีพ

### ข้อเสนอแนะ

1. ศูนย์บริการสาธารณสุข 49 วัดชัยฤกษ์มาลาควรจัดทำโครงการรณรงค์สุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ข้าราชการ และบุคลากรมีภาวะสุขภาพที่ดี และขยายผลไปยังประชาชนกลุ่มอื่นๆ

2. ติดตามการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน โดยใช้สถานที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 7 สาขา

3. ควรนำรูปแบบของโครงการรณรงค์สุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปใช้กับกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าอิทธิพลของการคลายตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นตัวบ่งชี้ความสำเร็จในการจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

## เอกสารอ้างอิง

- กองสุขศึกษา. (2558). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสำหรับวัยทำงาน. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. (2558). สมุดบันทึก กิน - ใช้ แคลอรี่รายวัน. กรุงเทพฯ. จีรศักดิ์ เจริญพันธ์, และเฉลิมพล ตันสกุล. (2550) พฤติกรรมสุขภาพ : Health Behavior (พิมพ์ครั้งที่ 6). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2544). การวิจัยเพื่อการเรียนรู้. กรุงเทพฯ : ทิปปลิเคชัน
- ทิพวัลย์ ชีรสิริโรจน์. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ปิยะนันท์ สำเภาเงิน. (2556). อิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพและแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชานิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ. (2556). การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ พ.ศ.2551-2555. รายงานการวิจัย: สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ไขบุญชัย ชาวสวนศรีเจริญ. (2543). โภชนศาสตร์.ยะลา: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นามมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์.
- ศุภชัยจันทร์คำ : (2548). โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยความหนักของงานแบบเบาและการออกกำลังกายด้วยความหนักของงานแบบหนักสลับเบาที่มีผลต่อเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายและน้ำหนักตัว. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. สำนักการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). การพยาบาลผู้ป่วย ที่บ้าน: พิมพ์ที่โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อมรรัตน์สุจิตชวาลกุล. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE Model. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, pp. 54-55
- .Ajzen, I. (1991). *The theory of planned Behavior*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50, pp. 179-211. (2006). *Construction a TPB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations*. Retrieved December 15, 2016, from <http://people.umass.edu/ajzen/pdf/tpb.Measurement.pdf>.
- Bloom, B.S. (1975). *Taxonomy of Education Objective Handbook Cognitive Domain*. New York: David Mackay Company Inc.
- Bandura, A. (1977). *Self – Efficiency : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*. *Psychological Review*. 84, pp. 191-210.
- Kasl, S.V., & Cobb, S. (1976). *Health behavior , illness behavior and sick role behavior*. *J Med Soc N.J.*, 73 (11), pp. 985-8.
- Orem, D., & Taylor, S. (1985). *Orem's : General Theory of Nursing in P. Winstead-Fry (ED) "*. *Case Studies in Nursing Theory*. National League for Nursing. World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossy*. Geneva: WHO.

# ประสิทธิผลของการพัฒนาอาหารสูตรครบถ้วนทดแทนมื้ออาหาร (Meal replacement) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์บริการสาธารณสุข 66 ตำหนักพระแม่กวนอิมโชคชัย 4

## บทคัดย่อ

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงควรควบคุมการรับประทานอาหารให้เหมาะสม แต่ในช่วงเวลาที่เร่งรีบอาจจำเป็นต้องเลือกรับประทานอาหารอย่างง่ายที่มักมีน้ำตาล โซเดียม ไขมัน และแคลอรีสูงซึ่งไม่เหมาะกับผู้ป่วยเบาหวาน เพราะอาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและต่ำลงอย่างรวดเร็ว ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ผู้ศึกษาจึงคิดค้นและผลิตสูตรอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหาร (Meal replacement) ที่ได้มาตรฐานโดยใช้ชื่อว่า อาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) เพื่อทดแทนอาหารหลักมื้อใดมื้อหนึ่ง และเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในราคาที่เข้าถึงได้ โดยใช้วัตถุดิบที่มีคุณสมบัติที่ดี ได้แก่ งามดำ ลูกเดือย ถั่วเหลือง และลูกเกดไร้เมล็ด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตสูตรอาหารที่แม่นยำและเป็นมาตรฐาน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานในการนำไปผลิตที่บ้านด้วยตนเอง รวมทั้งการเก็บรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างทั้งด้าน กลิ่น สี รสชาติ ราคา และภาพรวม มีการประยุกต์ทฤษฎีเพื่อเป็นแนวคิดในการดำเนินงาน คือ แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self-care) และบทบาทพยาบาลในการให้ความรู้เรื่องการเตรียมอาหารผลการศึกษา พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างระหว่างการรับประทานอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) กับการรับประทาน Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาดด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 1 ชั่วโมงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และหลังการทดลอง 3 ชั่วโมง ไม่มีความแตกต่างกัน และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ระดับมาก ส่วนผลการประเมินความสามารถในการเตรียมอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ได้ด้วยตนเอง และเก็บรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน ตอบคำถามด้านความสามารถในการเตรียมอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ได้ด้วยตนเองและเก็บรักษาได้ถูกต้อง ทั้ง 30 คน (ร้อยละ 100.00)

**คำสำคัญ:** ประสิทธิผล / อาหารสูตรครบถ้วนทดแทนมื้ออาหาร

# Effectiveness of Development Complete diet meal replacement for diabetes mellitus patients in Public Health Center 66 Guanyin Place Located at Chok Chai 4

## ABSTRACT

Diabetes is a disease that cannot be cured. The key to self-care of diabetes is the right food choice. But in a hurry life patients may need to eat simple foods that contains sugar, sodium, fat and high calories which is not suitable for diabetics. It can cause high blood sugar and drop down very quickly. Inconsistency blood sugar is life threatening. The researchers developed and produced a standard replacement meal for diabetes mellitus patients (Ready meal for DM), which is used to replace any meal. It is a food option for diabetics at affordable prices. Using good quality ingredients suitable for diabetic patients such as sesame seeds, soybeans, raisins without seeds to produce accurate and standard recipes for diabetics home-made meal.

To study the patients' satisfaction to Ready meal for DM researchers study aroma, color, flavor, price and overall of meal. The Objective is educate patients to be able to prepare meals by themselves and keep them properly. This program applied self-care theory such as Health Belief Model, Self-care approach, the role of nurses for educating how to prepare the Ready meal for DM, encouraging attitudes and preferences in eating choices, and promoting knowledge in correct behavior changes for appropriate food consumption through the process of group learning about food nutrients and the benefits of grains.

The program found that when compared the difference in blood glucose levels in patients during having Ready meal for DM versus one of meal replacement for diabetes mellitus (Meal replacement) in the market by using Repeated Measures ANOVA at 95% confidence level before and after the experiment. The difference was statistically significant ( $p < 0.001$ ). and after 3 hours of experiment, there was no difference.

The result of program shown the patients have highly satisfaction to Ready meal for DM. All 30 patients (100.00%) can answer the questions how to prepare Ready meal for DM ,

**KEYWORDS:** Efficacy / Complete meal replacement



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM, Diabetes) เป็นภาวะที่ร่างกายมีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากขาดฮอร์โมนอินซูลิน ส่งผลให้การดูดซึมน้ำตาลผิดปกติ จนเกิดน้ำตาลสะสมในเลือดมาก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2557 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานถึง 670,664 คน และในเขตกรุงเทพมหานครมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 57,588 คน (ร้อยละ 1.01) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม โดยพบว่าต้องสูญเสียงบประมาณของประเทศ 1 ใน 4 ต่อปี เพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานเหล่านี้ และเกือบครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายทั้งหมดเกิดจากการรักษาภาวะแทรกซ้อนในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (ชัชชาติ รัตตสาร, 2557: 22) หากผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และทักษะการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2557:39-45) ทีมวิจัยของศูนย์บริการสาธารณสุข 66 ตำบลพระแม่กวนอิมโชคชัย 4 จึงมีการคิดค้นและผลิตสูตรอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหาร (Meal replacement) ที่ได้มาตรฐาน โดยใช้ชื่อ Ready meal for DM การใช้สูตรอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหาร หรือ “meal replacement” ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่ให้สารอาหารครบถ้วน ใช้รับประทานเพื่อทดแทนหรือชดเชยอาหารหลักมื้อใดมื้อหนึ่ง ผลิตจากธัญพืชไม่ขัดสีที่อุดมไปด้วยกากใยอาหารและสารอาหาร ช่วยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่มีสารอาหารครบถ้วนมีปริมาณแคลอรี โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน และน้ำตาลเหมาะสมและสะดวกในการบริโภค แต่เนื่องจากอาหารสูตรครบถ้วนทดแทนมื้ออาหาร (Meal replacement) โดยทั่วไปที่ขายในท้องตลาดมีราคาที่สูงคือ มื้อละ 42-57 บาท ทำให้ยากต่อการเข้าถึงของผู้ป่วยเบาหวาน การใช้สูตรอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ซึ่งสามารถทำได้ด้วยตนเอง

จึงเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในราคาที่เข้าถึงได้ โดยใช้วัตถุดิบที่มีคุณสมบัติที่ดี เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน (ทัทยา อนุสร, 2555: 5-45) ได้แก่ งามาดำ ซึ่งมีวิตามินและแร่ธาตุ ช่วยในการบำรุงร่างกายทั้งผม ผิว กระดูก เล็บ ลูกเดือย ซึ่งมีคาร์โบไฮเดรต (ร้อยละ 58-62) ให้พลังงานสูง มีไฟเบอร์ (ร้อยละ 8.4) มีวิตามิน และแร่ธาตุที่จำเป็น มีกรดไขมันที่จำเป็นลูกเกดไร้เมล็ดมีฟอสฟอรัส แคลเซียม วิตามิน A และ C ธาตุเหล็กโปรแตสเซียม แมกนีเซียม ไนอาซินโฟลาซิน และไฟเบอร์สูงเป็นน้ำตาลเชิงเดี่ยวและถั่วเหลือง มีสารอาหารครบ 5 หมู่ มีกรดอะมิโนที่จำเป็นครบทั้ง 10 ชนิด แคลเซียมสูงช่วยให้ฮอร์โมนสมดุล ช่วยในการขับถ่าย ในการศึกษาได้มีการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งประโยชน์และอุปสรรคของการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ในการรับประทานอาหารการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานคงไว้ซึ่งการติดต่อกับเครือข่ายของสังคม ทั้งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้และการใช้บทบาทพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ให้ความรู้เรื่องการคิดค้นอาหารสูตรครบถ้วนทดแทนมื้ออาหาร (Meal replacement) โดยการเลือกวัตถุดิบที่มีคุณค่าทางโภชนาการในสัดส่วนที่เหมาะสม การส่งเสริมให้เกิดเจตคติและค่านิยมในการเลือกรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถวางแผนและเลือกรับประทานอาหารแต่ละมื้อได้อย่างเหมาะสม และการส่งเสริมให้เกิดความรู้ในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง โดยจัดกระบวนการกลุ่มเรียนรู้เรื่องคุณสมบัติของอาหาร และประโยชน์ของธัญพืชอันจะส่งผลให้เกิดการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และทำให้ผลการพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อผลิตสูตรอาหารที่แม่นยำและเป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในการนำไปผลิตที่บ้านด้วยตนเอง
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่ออาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ทั้งด้าน กลิ่น สี รสชาติ ราคา และภาพรวม
3. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเตรียมอาหารได้ด้วยตนเอง และเก็บรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

## สมมุติฐานการวิจัย

ภายหลังการวิจัย เรื่อง “ประสิทธิผลของการพัฒนาอาหารสูตรครบถ้วนทดแทนมื้ออาหาร (Meal replacement) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์บริการสาธารณสุข 66 ตำบลพระแม่กวนอิมโชคชัย 4 “มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับ

1. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการเจาะปลายนิ้ว (DTX) หลังจากที่ได้รับประทานอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) 1 ชั่วโมง สูงขึ้นน้อยกว่าหลังจากรับประทาน Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาด
2. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการเจาะปลายนิ้ว (DTX) หลังจากรับประทานอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) 3 ชั่วโมง ลดลงน้อยกว่าหลังจากรับประทาน Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาด
3. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังจากรับประทานอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ในด้านกลิ่น สี รสชาติ และราคา ดีกว่าหลังจากรับประทาน Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาด
4. กลุ่มตัวอย่างสามารถเตรียมอาหารได้ด้วยตนเอง และเก็บรักษาได้ถูกต้อง

## กรอบแนวคิด

### ตัวแปรต้น

อาหาร 2 สูตร ได้แก่

1. Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาด

2. Ready meal for DM

### ตัวแปรตาม

1. ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการเจาะปลายนิ้ว (DTX) หลังจากรับประทานอาหารทั้ง 2 สูตร 1 ชั่วโมง และ 3 ชั่วโมง
2. ความสามารถในการเตรียมอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหาร ชื่อ Ready meal for DM ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ ส่วนประกอบ วิธีการเตรียม และวิธีการเก็บรักษา ของกลุ่มตัวอย่าง
3. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่ออาหารทั้ง 2 สูตร ในด้านกลิ่น สี รสชาติ และราคา

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง (Experiment Design) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน จำนวน 30 คน จัดการทดลองเป็น 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ตามเวลาที่กลุ่มตัวอย่างต้องมารับการติดตามการรักษาจากแพทย์ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลตาม

### ขั้นเตรียมการ

1. ศึกษาโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการในการเลือกชนิดอาหาร การชั่งน้ำหนักอาหาร การคำนวณแคลอรี
2. กำหนดกลุ่มเป้าหมายจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมเบาหวานของศูนย์บริการสาธารณสุข 66 ตำบลพระแม่กวนอิม โชคชัย 4 จำนวน 30 คน
3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอวิจัยในคน
4. เตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ กล่องแบ่งนมเป็นมือ เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัลที่มีมาตรฐาน ลูกเต๋อยอบแห้งป่น ถั่วเหลืองอบแห้งป่น งาดำอบแห้งป่น และลูกเกิดไร่เมล็ดเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีมาตรฐานการผลิต ระบุสถานที่ผลิต และวันหมดอายุที่ชัดเจน

5. ตวงอาหารให้คำนวณไว้

### ขั้นการดำเนินการวิจัย

1. กำหนดตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัยวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อให้ได้กรอบแนวคิดของการ

วิจัย และตัวแปรที่ต้องการศึกษา ปรีक्षाและนำเสนอโครงร่างวิจัยต่ออาจารย์ที่ปรึกษาจาก มหาวิทยาลัยมหิดลตามโครงการการพัฒนาคุณภาพงานบริการสู่งานวิจัย ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ปี 2557 ปรับแก้ตามคำแนะนำ และส่งโครงร่างวิจัยเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร แล้วทดลองใช้อาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) กับบุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุข 66 ตำบลพระแม่กวนอิม โชคชัย 4 จำนวน 15 คน เพื่อความมั่นใจต่อความปลอดภัยและรสชาติของอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM)

2. เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดย

2.1 เดือนที่ 1 เจาะปลายนิ้วผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 30 คน เพื่อหาระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ครั้งที่ 1 หลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมงแล้วให้รับประทานอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) เจาะปลายนิ้วเพื่อหาระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ครั้งที่ 2 หลังจากรับประทาน 1 ชั่วโมง และ 3 ชั่วโมง ระหว่างการทดลองกลุ่มตัวอย่างจะไม่ได้รับประทานอาหารอื่น

2.2 เดือนที่ 2 เจาะปลายนิ้วผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 30 คน กลุ่มเดิม เพื่อหาระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ครั้งที่ 1 หลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมงแล้วให้รับประทาน Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาดเจาะปลายนิ้วเพื่อหาระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ครั้งที่ 2 หลังจากรับประทาน 1 ชั่วโมง และ 3 ชั่วโมง ระหว่างการทดลองกลุ่มตัวอย่างจะไม่ได้รับประทานอาหารอื่น

2.3 เดือนที่ 3 เก็บข้อมูลความพึงพอใจของอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) กับ Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาดเรื่องกลิ่น สี รสชาติ และราคาและจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดพฤติกรรมกรการใช้อาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารที่ได้มาตรฐาน ทั้งด้านอุปกรณ์ที่ใช้ ส่วนประกอบ วิธีการเตรียม และวิธีการเก็บรักษา

## ขั้นประเมินผล

แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การเปรียบเทียบคุณลักษณะของตัวแปรต้น และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดที่เปลี่ยนแปลงระหว่างการรับประทานอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) กับ Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาด ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานภายในกลุ่มเมื่อรับประทาน อาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) และ Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาดด้วยสถิติ Paired sample t-test ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 การเปรียบเทียบความพึงพอใจหลังรับประทานอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารทั้ง 2 ชนิด ด้วยสถิติร้อยละ และการประเมินความสามารถในการเตรียมอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ได้ด้วยตนเองและการเก็บรักษาด้วยสถิติร้อยละ

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นสมาชิกชมรมเบาหวานของศูนย์บริการสาธารณสุข 66 ตำบลพระแม่กวนอิม โชคชัย 4 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นสมาชิกชมรมเบาหวานของศูนย์บริการสาธารณสุข 66 ตำบลพระแม่กวนอิม โชคชัย 4 ซึ่งใช้วิธีการรักษาเบาหวานทั้งแบบใช้ยารับประทาน ใช้ยาฉีด และใช้ยารับประทานร่วมกับยาฉีด มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมงไม่เกิน 200 mg/dL มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมเดือนละ 1 ครั้ง สม่ำเสมอ และยินดีเข้าร่วมโครงการ โดยผู้วิจัยมิได้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ไม่มีการบังคับหรือให้ผลประโยชน์ตอบแทนจำนวน 30 คน ส่วนเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นสมาชิกชมรมเบาหวานของศูนย์บริการสาธารณสุข 66 ตำบลพระแม่กวนอิม โชคชัย 4 ซึ่งไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมได้ทุกครั้ง หรือไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ

## เครื่องมือ

เครื่องมือวัดตัวแปรใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน และตารางเครื่องมือที่ใช้คำนวณสูตรอาหาร

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน วิธีการรักษา และภาวะแทรกซ้อน จำนวน 8 ข้อ

2. เป็นแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในเรื่อง กลิ่น สี รสชาติ และราคา คะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยใช้

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนคือ ร้อยละ 60 ลงมา หมายถึงระดับต่ำร้อยละ 60-80 หมายถึง ระดับปานกลางร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ระดับสูง

3. แบบวัดผลสัมฤทธิ์ของโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในเรื่องการเตรียมอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารที่ได้มาตรฐาน ชื่อ อาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ด้านอุปกรณ์ที่ใช้ ส่วนประกอบ วิธีการเตรียม และวิธีการเก็บรักษา

4. ตารางเครื่องมือที่ใช้คำนวณสูตรอาหารจากปริมาณ พลังงาน คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน และสารอาหารอื่นๆ ที่มีอยู่ในธัญพืชที่กำหนดไว้ จากปริมาณ 100 กรัม เพื่อเตรียมผลิตอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ได้แก่ ลูกเดือยอบแห้งป่น งาดำป่น ถั่วเหลืองอบแห้งป่น และลูกเกดไร้เมล็ดอบแห้ง แล้วนำมาคำนวณเปรียบเทียบกับ Meal replacement อีก 1 ชนิดที่ขายในท้องตลาด เพื่อให้ได้ปริมาณ พลังงาน คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันใกล้เคียงกันที่สุดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงปริมาณ พลังงาน และสารอาหารของอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ต่อ 1 มื้อ

อาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM)		ลูกเดือยอบแห้งป่น	งาดำป่น	ถั่วเหลืองอบแห้งป่น	ลูกเกดไร้เมล็ดอบแห้ง	รวม
ปริมาณ (กรัม)	คาร์โบไฮเดรต	12.0	4.22	1.20	3.96	21.45
	โปรตีน	2.04	3.19	3.04	0.46	8.73
	ไขมัน	0.85	8.94	1.44	0.03	11.26
	อื่นๆ	2.04	1.65	2.32	0.59	6.60
	ปริมาณทั้งหมด	17	18	8	5	48
พลังงาน (กิโลแคลอรี)	คาร์โบไฮเดรต	48	1.65	2.32	0.59	85.52
	โปรตีน	8.16	12.76	12.16	1.84	34.92
	ไขมัน	7.65	80.46	12.96	0.27	101.34
	พลังงานทั้งหมด	64.26	103.14	32.88	14.95	215.23

## คุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง และแบบประเมินความสามารถ ในการเตรียมอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ได้ด้วยตนเองและการเก็บรักษาของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างโดยให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นคณะอาจารย์จากมหาวิทยาลัยมหิดลตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือเรื่องการใช้ภาษาว่ามีความเหมาะสมหรือไม่

## วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดย

1. ครั้งที่ 1 หลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมงแล้วให้รับประทานอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ครั้งที่ 2 หลังจากรับประทาน 1 ชั่วโมง และครั้งที่ 3 หลังจากรับประทาน 3 ชั่วโมง

2. ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน กลุ่มเดิม หลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมงแล้วให้รับประทาน Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาด ครั้งที่ 2 หลังจากรับประทาน 1 ชั่วโมง และครั้งที่ 3 หลังจากรับประทาน 3 ชั่วโมง

3. เก็บข้อมูลความพึงพอใจของ อาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) กับ Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาด จากกลุ่มตัวอย่าง 30 คนในเรื่องกลิ่น สี รสชาติ และราคา

## การวิเคราะห์ข้อมูล

แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การเปรียบเทียบคุณลักษณะของตัวแปรต้น และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะ DTX ที่เปลี่ยนแปลงระหว่างการรับประทานอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) กับ Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาด ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานภายในกลุ่มเมื่อรับประทาน

อาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) และ Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาดด้วยสถิติ Paired sample t-test ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 การเปรียบเทียบความพึงพอใจหลังรับประทานอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารทั้ง 2 ชนิด ด้วยสถิติร้อยละ และการประเมินความสามารถในการเตรียมอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหาร (อาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ได้ด้วยตนเองและการเก็บรักษาด้วยสถิติร้อยละ

## สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป เป็นเพศหญิงสถานภาพสมรสคู่ มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท/เดือน จบการศึกษาระดับประถม/ ไม่ได้เรียน ป่วยเป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว เป็นเวลา 5-10 ปี ใช้ยารับประทานและยังไม่มีการฉีดยาอินซูลิน

2. ก่อนรับประทาน Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาด กลุ่มตัวอย่างมีน้ำตาลเฉลี่ย ในเลือด 127.40 mg/dl หลังการทดลอง 1 ชั่วโมง มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือด 185.50.40 mg/dl (เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 58.10mg/dl) หลังการทดลอง 3 ชั่วโมง มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือด 134.03 mg/dl (ลดลงเฉลี่ย 51.47mg/dl) และกลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือดก่อนรับประทาน 126.23mg/dl หลังการทดลอง 1 ชั่วโมง น้ำตาลเฉลี่ยในเลือด 148.63mg/dl (เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 20.90mg/dl) หลังรับประทาน 3 ชั่วโมง น้ำตาลเฉลี่ยในเลือด 127.07mg/dl (ลดลงเฉลี่ย 21.33mg/dl)

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยระหว่างการรับประทานอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) กับ Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 ชั่วโมง และหลังการทดลอง 3 ชั่วโมง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างการรับประทานอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) กับ Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่ขายในตลาด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 ชั่วโมง และหลังการทดลอง 3 ชั่วโมง

	เมื่อรับประทาน	n	mean	Max-min	S.D.	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง	อาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหาร (Ready meal for DM)	30	126.23	192-97	22.21	.191	29	.850
	Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่ขายในตลาด	30	127.40	298-98	37.10			
หลังการทดลอง 1 ชั่วโมง	อาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหาร (Ready meal for DM)	30	148.63	245-112	29.10	5.654	29	<.001
	Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่ขายในตลาด	30	185.50	343-108	41.61			
หลังการทดลอง 3 ชั่วโมง	อาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหาร (Ready meal for DM)	30	127.07	222-92	25.94	1.408	29	.170
	Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่ขายในตลาด	30	134.03	193-79	28.16			

พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างการรับประทานอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) และ Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่ขายในตลาด ก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง 1 ชั่วโมง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และหลังการทดลอง 3 ชั่วโมง ไม่มีความแตกต่างกัน

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยภายในกลุ่มเมื่อรับประทานอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) และ Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่ขายในตลาด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ภายในกลุ่มเมื่อรับประทานอาหารเช้าครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) และภายในกลุ่มเมื่อรับประทาน Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 ชั่วโมง และหลังการทดลอง 3 ชั่วโมง

เมื่อรับประทานอาหารเช้าครบถ้วนทดแทน						
มื้ออาหารสำหรับผู้ป่วย	n	mean	max-min	S.D.	p-value	
เบาหวาน (Ready meal for DM)						
ก่อนการทดลอง	30	126.23	192-97	22.21	<0.001	
หลังการทดลอง 1 ชั่วโมง	30	148.63	245-112	29.10		
หลังการทดลอง 1 ชั่วโมง	30	148.63	245-112	29.10	<0.001	
หลังการทดลอง 3 ชั่วโมง	30	127.07	222-92	25.94		
ก่อนการทดลอง	30	126.23	192-97	22.21	.757	
หลังการทดลอง 3 ชั่วโมง	30	127.07	222-92	25.94		

ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 ชั่วโมง และ 3 ชั่วโมง เมื่อรับประทานอาหารเช้าครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 ชั่วโมง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ส่วนการเปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังการรับประทาน 1 ชั่วโมงกับ 3 ชั่วโมง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และการเปรียบเทียบก่อนรับประทานกับภายในกลุ่มหลังรับประทาน 3 ชั่วโมง ไม่แตกต่างกันและเมื่อรับประทาน Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาดพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเมื่อรับประทาน Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาด ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 ชั่วโมง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ส่วนการเปรียบเทียบหลังรับประทาน 1 ชั่วโมง กับ 3 ชั่วโมง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และการเปรียบเทียบก่อนรับประทาน กับหลังรับประทาน 3 ชั่วโมง พบว่า ไม่แตกต่างกัน

5. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือกระหว่างผู้ป่วยที่มีค่า HbA1C  $< 7$  กับ  $\geq 7$  ภายในกลุ่มรับประทานอาหารเช้าครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready

meal for DM) 1 ชั่วโมง และ 3 ชั่วโมง และหลังรับประทาน Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาด 1 ชั่วโมง และ 3 ชั่วโมง พบว่าหลังรับประทานอาหารเช้าครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) 1 ชั่วโมงและ 3 ชั่วโมง มีผลการทดลองเหมือนกัน คือ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีค่า HbA1C  $< 7$  กับกลุ่มตัวอย่างที่มีค่า HbA1C  $\geq 7$  แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ส่วนหลังรับประทาน Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาด 1 ชั่วโมงและ 3 ชั่วโมง มีผลการทดลองเหมือนกัน คือ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่า HbA1C  $< 7$  กับกลุ่มตัวอย่างที่มีค่า HbA1C  $\geq 7$  ไม่แตกต่างกัน

6. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือกระหว่างผู้ป่วยที่มีค่า HbA1C  $< 7$  พบว่า ก่อนรับประทานอาหารเช้าครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) กับก่อนรับประทาน Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาดไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังทดลอง 1 ชั่วโมง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และหลังทดลอง 3 ชั่วโมงไม่แตกต่างกัน

7.เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่มีค่าHbA1C  $\geq 7$  ก่อนรับประทานอาหารเช้าครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) กับ Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาดพบว่าไม่แตกต่างกันหลังการทดลอง 1 ชั่วโมง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และหลังการทดลอง 3 ชั่วโมง พบว่าไม่แตกต่างกัน

8.กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอาหารเช้าครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ระดับมาก และมีความพึงพอใจ Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาด ระดับปานกลาง

9.ประเมินความสามารถในการเตรียมอาหารเช้าครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ได้ด้วยตนเอง และเก็บรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน ตอบคำถามด้านความสามารถในการเตรียมอาหารเช้าครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ได้ด้วยตนเองและเก็บรักษาได้ถูกต้อง ทั้ง 30 คน (ร้อยละ 100.00) ส่วนเรื่องประกอบของอาหาร วิธีการเตรียมและสามารถบอกวิธีเก็บรักษาได้ถูกต้อง 28 คน (ร้อยละ 93.33) และสามารถบอกวิธีการรวมทั้งการชั่งตวงได้ถูกต้อง 26 คน (ร้อยละ 86.67)

### อภิปรายผล

สมมุติฐาน ข้อที่ 1 ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยด้วยการเจาะปลายนิ้ว (DTX) ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารเช้าครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) 1 ชั่วโมง สูงขึ้นน้อยกว่าการรับประทาน Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาด หลังการทดลอง 1 ชั่วโมง แสดงว่าหลังรับประทานอาหารเช้าครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ซึ่งประกอบด้วยธัญพืช 4 ชนิด ได้แก่ ลูกเดือยอบแห้งป่น 17 กรัม งาดำป่น 18 กรัม ถั่วเหลืองอบแห้งป่น 8 กรัม และลูกเกดไร้เมล็ดอบแห้ง 5 กรัม ซึ่งไม่ผ่านกระบวนการขัดสีต่างๆ อุดมด้วยกากใยอาหารและสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ที่ร่างกายดูดซึมได้ช้าจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างยิ่ง เพราะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงขึ้นเมื่อเรารับประทานเข้าไป เนื่องจาก

ใยอาหารที่ละลายน้ำได้จะจับตัวกับน้ำและน้ำตาลเป็นเจล ทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลงและเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จึงช่วยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้ดีกว่า และอาหารเช้าครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้คงที่และมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีมากกว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานน้อยกว่า เช่น จอประสาทตาเสื่อม ไตเสื่อม มีปัญหาระบบหลอดเลือด มีปัญหาระบบประสาท เป็นต้น ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพและให้ได้ผลดี ค่าน้ำตาลในเลือด (fasting plasma glucose) ควรน้อยกว่า 126 mg/dL และค่าน้ำตาลสะสม (Hb A1c) ควรน้อยกว่า 6.5

สมมุติฐานข้อที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยด้วยการเจาะปลายนิ้ว (DTX) หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารเช้าครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) 3 ชั่วโมง ลดลงน้อยกว่าเมื่อรับประทาน Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาด หลังการทดลอง 3 ชั่วโมง จากการพิจารณา ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ค่อนข้างสูง คือ 9.48, 7.21, 6.70, 8.40, 6.38, 5.50, 8.30, 7.95 และ 6.20 ซึ่งระดับน้ำตาลที่วัด ณ เวลาต่างๆ มีขนาดความสัมพันธ์กับค่า HbA1C ที่แตกต่างกันตั้งแต่ขนาดปานกลางถึงสูง ผู้ป่วยบางประเภทจะมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยต่ำกว่ามาตรฐานโดยเฉพาะผู้ที่ เป็นโรคโลหิตจางโรคไตเสื่อม การตั้งครมค่าน้ำตาลเฉลี่ยที่สูงจะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนสูงแต่โดยทั่วไปจากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่าหลังรับประทาน Meal replacement ทั้ง 2 ชนิด 3 ชั่วโมง ซึ่งเป็นเวลาที่ระดับน้ำตาลในเลือดจะลดลงต่ำสุด กลุ่มตัวอย่างเมื่อรับประทานอาหารเช้าครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือดลดลงน้อยกว่าเมื่อรับประทาน Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาดซึ่งแสดงว่า อาหารเช้าครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) มีการดูดซึมน้ำตาลช้า แบบค่อยเป็นค่อยไป จึงช่วยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้ดีกว่า



สมมุติฐานข้อที่ 3 ความพึงพอใจของการรับประทาน อาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ในด้านกลิ่น สี รสชาติ และราคา อาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าในด้านกลิ่น รสชาติ และราคา ส่วน Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาดมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าในด้านสี โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่ากลิ่นของ อาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) หอมกว่ารสชาติ ดีกว่าเนื่องจากไม่หวาน มีความมัน และสามารถเคี้ยวลูกเกตได้ด้วย ราคาถูกกว่ามาก และสามารถเตรียมได้ด้วยตนเอง ส่วนด้านสีของอาหาร กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า Meal replacement ยี่ห้อหนึ่งที่มีขายในท้องตลาดมีสีชาวล้ำยามจึงดูน่ารับประทานกว่า

สมมุติฐานข้อที่ 4 กลุ่มตัวอย่างสามารถเตรียมอาหารได้ด้วยตนเอง และเก็บรักษาได้ถูกต้องเนื่องจากอุปกรณ์ในการเตรียมไม่ยุ่งยาก และขั้นตอนมีไม่มาก หากผู้ป่วยเบาหวานได้เตรียมอาหารครบถ้วนทดแทนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ป่วยจะทำได้คล่องมากยิ่งขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ผลจากการทดลอง พบว่า อาหารครบถ้วนทดแทน มื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน กล่าวคือ ได้บริโภค Meal replacement ที่สะดวกในการบริโภคช่วยฝึกให้มีนิสัยการบริโภค ที่ดีขึ้น ควบคุมการรับประทานจุกจิก ช่วยให้อดน้ำหนักรได้ในระยะยาวสามารถเตรียมได้เอง ราคาต่อมื้อไม่แพง ถ้าใช้ตามหลักโภชนาการที่ถูกต้องร่วมกับการออกกำลังกาย และรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งจะทำให้ผู้ป่วยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะ สุขภาพกายที่ดี ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลดีต่อ สุขภาพจิตของผู้ป่วย ลดภาระการพึ่งพาครอบครัวเข้มแข็ง ลด การสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการบริโภคอาหารครบถ้วนทดแทนมื้อ อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Ready meal for DM) ในระยะ ยาวว่าความถี่ในการรับประทานเท่าใดบ้าง ที่มีผลต่อระดับ น้ำตาลในเลือด (DTX) หรือระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เพื่อให้การวิจัยมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

## ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้ป่วยเบาหวานได้บริโภค Meal replacement ที่ สะดวกลดขั้นตอนการปรุงอาหาร เตรียมเองได้เร็วมาจากแหล่ง ผลิตที่มีคุณภาพและปลอดภัย รับประทานง่ายเพียงชงกับน้ำร้อน
2. เป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยหรือ ผู้สูงอายุที่ ต้องการเพิ่มสารอาหารให้เพียงพอและเหมาะสมกับความ ต้องการของร่างกาย ร่วมกับการรับประทานอาหารหลัก
3. สามารถปรับสูตรการผลิต Meal replacement เพื่อให้มีลักษณะที่เฉพาะตรงตามความต้องการร่างกายของ คนแต่ละช่วงอายุหรือร่างกายของผู้ป่วยแต่ละโรค ซึ่งต้องการ สารอาหารแตกต่างกันกลืนง่ายรสชาติดีพกพาง่ายราคาต่อมื้อ ไม่แพงวัตถุดิบหาง่าย ผ่านการปรุงแต่งน้อย คงความเป็น ธรรมชาติไม่มีการเติมน้ำตาลโซเดียม สารกันบูด หรือสารอาหาร ที่เกิดจากการสังเคราะห์อื่น

## เอกสารอ้างอิง

- ทัทยา อนุสสร. (2555). ถั่วและธัญพืช เมล็ดพันธุ์แห่งสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: มติชน.
- เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2554). ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์.
- ธีรวิทย์ ไร่บุญรอด. (2558). พฤติกรรมการบริโภค:อาหารนิยมบริโภคกับอาหารเพื่อสุขภาพ. วารสารปัญญาภิวัฒน์. 5 (2), 255-264.
- วรรณรา ชื่นวัฒนา และณิชานาฏ สอนนั๊กดี. (2537). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่ปาง อำเภอ บางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี. 6 (3), 1-8
- วาสนา ธรรมวงศา และเบญจมา มุกตพันธุ์. (2556). การบริโภคอาหารและโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลมโหสถ นครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. ศรีนครินทร์เวช. 28 (1), 30-38
- วิชัย เอกพลากร. (2552). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (2551-2554). นนทบุรี : สำนักงานสำรวจ.
- ทัทยา อนุสสร. (2555). ถั่วและธัญพืช เมล็ดพันธุ์แห่งสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: มติชน.
- เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2554). ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร : วิทยพัฒน์.
- ธีรวิทย์ ไร่บุญรอด. (2558). พฤติกรรมการบริโภค:อาหารนิยมบริโภคกับอาหารเพื่อสุขภาพ. วารสารปัญญาภิวัฒน์. 5 (2), 255-264.
- วรรณรา ชื่นวัฒนา และณิชานาฏ สอนนั๊กดี. (2537). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่ปางอำเภอ บางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี. 6 (3), 1-8
- วาสนา ธรรมวงศา และเบญจมา มุกตพันธุ์. (2556). การบริโภคอาหารและโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลมโหสถ นครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. ศรีนครินทร์เวช. 28 (1), 30-38
- วิชัย เอกพลากร. (2552). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (2551-2554). นนทบุรี : สำนักงานสำรวจ.
- ศรัญญา ดวงเจริญ และศันสนีย์ อรุณศิริ. (2550). การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนตำบลห้วยเหนือ อำเภอกา มาะกา จังหวัดกาญจนบุรี. โปรแกรมวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- สง่า ดามาพงษ์. (2556). กินถูก สุขสง กรุงเทพมหานคร: พีเพิลมีเดีย บุ๊คส์.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2553). สุขภาพประชาชนไทย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ : สสส.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ โรคเบาหวาน . กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- สุพัชญา วิไลวัฒน์. (2551). ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคเบาหวานในญาติสาย ตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิทย์ชัย ทองกุล. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 3 (2), 70-87
- Cobb, Sidney. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine.*, 38 ,300-313.
- House, J.C. (1981). *Work stress and social support.* Reading, Mass :Addison-Wesley.
- Kaplan, B.H., Cassel, J.C. and Gore, S. (1977). *Social support and health.* Medical care: 15.
- Orem, D. E. (1980). *Nursing: concepts of practice and (ed.)* New York. Mc Graw Hill Co.
- Rosen stock IM. (1974). *Historical origins of HealthBelief Model.* Health education monographs.

## คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีความยินดีที่จะรับบทความ และรายงานการวิจัย จาก **ทุกท่านที่เป็นสมาชิกวารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพฯ** เพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ในวารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพฯ ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน และแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาเรื่องที่จัดพิมพ์เพื่อความสะดวกรวดเร็วกว่าพิจารณา จึงขอแนะนำ การเขียนและ เตรียมต้นฉบับ ดังนี้

### ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความ ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัย ด้านการพยาบาลและการพยาบาลสาธารณสุข รวมถึง การแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

2. บทความปริทัศน์ รวบรวมหรือเรียบเรียง จากเอกสารหรือหนังสือต่างๆ เพื่อเผยแพร่และฟื้นฟู งานด้านวิชาการ

3. บทความ ข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในด้านวิชาการ เรื่องแปล ข่าววิชาการ ย่อความ จากงาน วิจัยค้นคว้า หรือสิ่งที่น่าสนใจ

4. ความเคลื่อนไหวในวงการพยาบาลและการพยาบาลสาธารณสุข

เรื่องที่จะตีพิมพ์จะต้องเป็นเรื่องที่ **ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน** หรือ **ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น** บทความหรือบทความวิจัยที่ได้รับตีพิมพ์ในวารสาร กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์ให้ผู้เขียนจำนวน 1 ฉบับ และ reprint ตามจำนวนของผู้เขียนที่มีชื่อปรากฏอยู่ในบทความหรือบทความวิจัยนั้น รูปแบบของการเขียนและการเตรียมต้นฉบับบทความและบทความวิจัย

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยอักษร Cordia New ขนาด 14 Pt. พิมพ์หน้าเดียว โดยใช้กระดาษพิมพ์ ขนาด A4 **จำนวนไม่เกิน 12 หน้า** (รวมชื่อเรื่อง, บทคัดย่อไทย/อังกฤษ, เอกสารอ้างอิง) ส่งต้นฉบับจำนวน 3 ชุด **พร้อมบันทึกข้อมูลลงแผ่น CD ระบุ ชื่อผู้เขียน E-mail และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อ ได้สะดวกมายังบรรณาธิการวารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพฯ**

2. ผู้เขียนต้องแก้ไขปรับปรุงบทความวิชาการ/บทความวิจัย ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมสนับสนุนการตีพิมพ์วารสาร เรื่องละ 1,000 บาท

### 3. การเตรียมต้นฉบับ

#### 3.1 บทความวิชาการ

3.1.1 ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.1.2 ชื่อและนามสกุลผู้เขียน และคณะตามลำดับ และ E-mail อยู่ในชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือ โดยตำแหน่งและสถานที่ทำงานใส่ไว้ในเชิงอรรถ

3.1.3 บทคัดย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และกำหนดคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.1.4 การเรียงหัวข้อเริ่มจาก บทนำ เนื้อหา บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

#### 3.2 บทความวิจัย

3.2.1 ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2.2 ชื่อและนามสกุลผู้วิจัย และ คณะตามลำดับ และ E-mail อยู่ในชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือ โดยตำแหน่งและสถานที่ทำงานใส่ไว้ในเชิงอรรถ

3.2.3 บทคัดย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ความสำคัญของปัญหาสั้น ๆ ไม่เกิน 2-3 บรรทัด ชนิดของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สถานที่ศึกษา ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ สรุปวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูล

**ส่วนที่ 2** สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

**ส่วนที่ 3** ให้เขียน “คำสำคัญ (keywords)” ของงานวิจัยครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2.4. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในภาควิจัย

3.2.5 วัตถุประสงค์การวิจัย และคำถาม/  
สมมุติฐานการวิจัย

3.2.6 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

3.2.7 วิธีดำเนินการวิจัย เขียนเป็นความ  
เรียง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 รูปแบบของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย  
ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำนวนและวิธีการได้มา  
ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีกี่ส่วนอะไรบ้างสรุปลักษณะ  
เครื่องมือแต่ละส่วนและเกณฑ์ การแปลผล และการ  
ตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (validity) และความเชื่อมั่น  
(Reliability) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (ถ้ามี) และการหา  
ค่าความเชื่อมั่น ทำกับใคร จำนวนเท่าใด ใช้สูตรอะไรและได้  
ค่าเท่าใด

ส่วนที่ 3 การเก็บข้อมูล ทำอย่างไร จำนวนเท่าใด  
ได้กลับมาเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้  
โปรแกรมและสถิติอะไร

3.2.8 ผลการวิจัย ตารางนำเสนอ การ  
วิเคราะห์ข้อมูล ไม่เกิน 3 ตาราง

3.2.9 อภิปรายผลการวิจัย

3.2.10 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

3.2.11 ข้อเสนอแนะในการนำผล  
การวิจัยไปใช้

3.2.12 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย  
ครั้งต่อไป

3.2.13 เอกสารอ้างอิง

4. การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ  
Publication Manual of the American Psychological  
Association (APA 6th edition) (คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ  
การสัมมนา PULINET วิชาการ ครั้งที่ 3) ดังนี้

หนังสือทั่วไป	
รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง./ชื่อเรื่อง-ครั้งที่พิมพ์ (พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป)./สถานที่พิมพ์/ //////// สำนักพิมพ์
ผู้แต่ง 1 คน	ธรรณิ ภำรงนาวาสวัสดิ์. (2548). <i>ใต้ทะเลมีความรัก ภาคสนาม: หลังคลื่นอันดามัน</i> . กรุงเทพฯ: บ้านพระอาทิตย์.
ผู้แต่ง 2 คน	นิพนธ์ วิสารทานนท์ และ จักรพงษ์ เจิมศิริ. (2541). <i>โรคผลไม้</i> . กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยและพัฒนาการเกษตร เขตที่ 6.
ผู้แต่ง 3-7 คน	หิรัญ ประดิษฐ์, สุขวัฒน์ จันทร์ปรอดิก และ เสริมสุข สลักเพชร. (2540). <i>เทคโนโลยีการผลิตทุเรียน</i> . กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ผู้แต่ง 8 คนขึ้นไป	นพรัตน์ เศรษฐกุล, เอกชัย เอกทัพนธ์, พงศ์ธร บรรดิษฐ์, ชยุตม์ สุขทิพย์, ปรีชา วิทย์พันธุ์, จีระศักดิ์ แสงศิริ, ดาริน รุ่งกลิ่น. (2552). <i>ระบบสารสนเทศทั้งภูมิศาสตร์ลุ่มน้ำปากพนัง: การจัดการพื้นที่ป่าต้นน้ำในลุ่มน้ำปากพนังเพื่อรักษาสภาพแวดล้อมและระบบนิเวศ</i> . นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
ผู้แต่งเป็นสถาบัน	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สถาบันวิจัยและพัฒนา. (2552). <i>บทคัดย่อชุดโครงการวิจัยและพัฒนาพื้นที่ลุ่มน้ำปากพนัง</i> . นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
หนังสือแปล	สตีเวนสัน, วิลเลียม. (2536). นายอินทร์ผู้ปิดทองหลังพระ. แปลจาก A Man Called Intrepid. ทรงแปลโดยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
ผู้รวบรวมหรือบรรณาธิการ	พิทยา วิองกุล. (บรรณาธิการ). (2541). <i>ไทยยุควัฒนธรรมทาส</i> . กรุงเทพฯ: โครงการวิถีทรรศน์.
ไม่ปรากฏนามผู้แต่ง	<i>แผนการศึกษาแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ.2540-2544</i> . (2542). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
ไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์/สำนักพิมพ์ หรือ ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์	ให้ใส่ (ม.ป.ท) สำหรับเอกสารภาษาไทย และ (n.d.) สำหรับเอกสารภาษาต่างประเทศ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) สำหรับเอกสารภาษาไทย และ (n.d.) สำหรับเอกสารภาษาต่างประเทศ
บทความในหนังสือ	
รูปแบบ	ชื่อผู้เขียนในบทความ./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ในชื่อผู้แต่ง (บรรณาธิการ),/ชื่อหนังสือ //////// (ครั้งที่พิมพ์), เลขหน้าที่ปรากฏบทความจากหน้าใดถึงหน้าใด./สถานที่พิมพ์: /สำนักพิมพ์
	เสาวนีย์ จำเดิมแผด็จศึก. (2534). การรักษาภาวะจับืดเฉียบพลันในเด็ก. ในสมศักดิ์ โล่เลขา, ชลรัตน์. ดิเรกวัฒน์ชัย และ มนตรี ตูจินดา (บรรณาธิการ), <i>อิมมูโนวิทยาทางคลินิกและโรคภูมิแพ้</i> . (น.99- 103). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.

<b>วารสาร</b>	
<b>รูปแบบ</b>	ชื่อผู้เขียนบทความ./ (ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/ปีที่ (ฉบับที่),/เลขหน้าที่ปรากฏ.
	กุลธิดา ท้วมสุข. (2538). แหล่งสารนิเทศบนอินเทอร์เน็ต.มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 13 (2),1-13.
<b>นิตยสาร</b>	
<b>รูปแบบ</b>	ชื่อผู้เขียนบทความ./ (ปี,เดือนที่พิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อนิตยสาร,/ปีที่ (ฉบับที่),/ //////// เลขหน้าที่ปรากฏ.
	ส้มโอมือ. (มีนาคม 2545). อาหารบำรุงสมอง.Update,20 (210),37-40.
<b>หนังสือพิมพ์</b>	
<b>รูปแบบ</b>	ชื่อผู้เขียนบทความ./ (ปี,เดือนที่พิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อหนังสือพิมพ์,/ปีที่ (ฉบับที่),/ //////// เลขหน้าที่ปรากฏ.
	ไทรรัตน์ สุนทรประภัสสร. (2540),8 พฤศจิกายน.อนาคตจีน-อเมริกา.เดลินิวส์,น.6
<b>วิทยานิพนธ์</b>	
<b>รูปแบบ</b>	ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์./ (ปีพิมพ์)/ชื่อวิทยานิพนธ์./ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต //////// หรือวิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต,ชื่อมหาวิทยาลัย/สถาบันการศึกษา).
	ช่อเพ็ญ นวลขาว. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงระบบนิเวศกับแบบแผนการผลิตและ วัฒนธรรมการบริโภคอาหาร ศึกษากรณีชุมชนชนนาบนาก จังหวัดนครศรีธรรมราช. (วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต,มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์).
<b>สื่อโสตทัศนและสื่ออื่นๆ</b>	
<b>รูปแบบ</b>	ชื่อผู้จัดทำ (หน้าที่)/ (ปีที่ผลิต)/ชื่อเรื่อง./ (ลักษณะของสื่อ)/สถานที่ผลิต: หน่วยงานที่เผยแพร่.
	อยุธยา:สมเด็จพระนารายณ์มหาราช. (2540). (วีดิทัศน์).กรุงเทพฯ:ทิวซิ่งทอยส์.
<b>สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์</b>	
<b>บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารที่เผยแพร่ทั้งฉบับพิมพ์และรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์</b>	
<b>รูปแบบ</b>	ชื่อผู้เขียนบทความ./ (ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์)/ชื่อวารสาร,/ปีที่ //////// (ฉบับที่),/เลขหน้าที่ปรากฏ. (ใช้คำว่า (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์) ) สำหรับเอกสารภาษาไทย และคำว่า (Electronic version) สำหรับเอกสารภาษาต่างประเทศ
	เจษฎา นกน้อย และ วรรณภรณ์ บริพันธ์. (2552). การตลาดทางอินเทอร์เน็ต: โอกาสทางเลือกและ ความท้าทาย (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์).วารสารบริหารธุรกิจ,32 (121),34-52

<b>บทความในวารสารอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งไม่มีการจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม</b>	
<b>รูปแบบ</b>	ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/ปีที่/ (ฉบับที่),/เลขหน้า-เลขหน้า. ////////doi:xxxx
	Roger L.C.&Richard,L.H. (2010).Calcium-Permeable AMPA receptor Dynamics mediate fear ,memoryasure.Scienc,330 (6007), 1108-1112. doi:10.1126/sciene.1195298
<b>บทความที่สืบค้นได้จากวารสารอิเล็กทรอนิกส์</b>	
<b>รูปแบบ</b>	ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/ปีที่/ (ฉบับที่),/เลขที่หน้า-เลขที่หน้า./URL ////////ของวารสาร
	Cadigan,J., Schmitt,P.,Shupp,R.,&Swope,K. (2011,January). The holdout probiem and urban sprawl: Experimental evidence. Journal of Urban Economics.69 (1), 72. Retrieved from <a href="http://journals.elsevier.com/00941190/journal-of-urban-economics/">http://journals.elsevier.com/00941190/journal-of-urban-economics/</a>
<b>สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ประเภทอื่นๆ</b>	
<b>สารสนเทศประเภทสารานุกรม พจนานุกรม หนังสือคู่มือ</b>	
<b>รูปแบบ</b>	ชื่อผู้เขียนบทความ./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ใน/ชื่อผู้แต่ง (บรรณาธิการ),/ชื่อหนังสือ //////// (ครั้งที่พิมพ์),เลขหน้าที่ปรากฏบทความจากหน้าใดถึงหน้าใด)./สถานที่พิมพ์:/ ////////สำนักพิมพ์.
	Hanegraaff, W. (2005). New Age movement. In L. Jones (Ed.), Encyclopedia of religion. Retrieved from <a href="http://find.galegroup.com/gvrl/">http://find.galegroup.com/gvrl/</a>
<b>วิกิ (WIKI)</b>	
	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2553, จากวิกิพีเดีย <a href="http://th.wikipedia.org/wiki/มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์">http://th.wikipedia.org/wiki/มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์</a>
	สารสนเทศประเภท Press Release รายงานประจำปีไฟล์ประเภท PowerPoint, Blog post, Online Video, Audio Podcast, facebook post, Twiterr post เป็นต้น
<b>รูปแบบ</b>	ชื่อผู้เขียน/ (ปี,เดือน วันที่)./ชื่อเนื้อหา./[รูปแบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์]. /Retrieved //////// from URL หรือเว็บไซต์ของข้อมูล
	ชาญณรงค์ ราชบัวน้อย. ศัพท์บัญญัติการศึกษา. [เว็บบล็อก]. สืบค้นจาก <a href="http://www.sornor.org/">http://www.sornor.org/</a>

**หมายเหตุ :** 1. ผู้แต่งชาวไทยให้ใส่ชื่อและนามสกุลโดยไม่ต้องใส่คำนำหน้าชื่อ ยกเว้นราชทินนาม หรือนามสกุลที่ดีให้นำไปใส่ท้ายชื่อโดยใช้เครื่องหมายจุลภาคคั่นระหว่างชื่อกับราชทินนามและนามสกุล ส่วนนามสกุลที่ดีให้คงรูปตามเดิม

2. กรณีผู้แต่ง 2 คน ให้ใส่ชื่อทั้งสองคนตามลำดับที่ปรากฏ เชื่อมด้วยคำว่า “และ” “สำหรับเอกสารภาษาไทย และใช้เครื่องหมาย “&” “สำหรับเอกสารภาษาต่างประเทศ ระหว่างคนที่ 1 และคนที่ 2 โดยเว้น 1 ระยะก่อนและหลัง

3. ผู้แต่งชาวต่างประเทศ ให้ขึ้นต้นด้วยชื่อสกุล ตามด้วยตัวอักษรย่อชื่อต้นโดย เว้น 1 ระยะ และอักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี) ทั้งนี้การกลับชื่อสกุลให้ใช้ตามความนิยมของคนในชาตินั้น โดยใช้เครื่องหมายจุลภาคคั่นระหว่างชื่อสกุลและอักษรย่อชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง หากกรณีนี้ผู้แต่งมีคำต่อท้าย เช่น Jr. หรือคำอื่นๆ ให้ใส่คำดังกล่าวต่อท้ายอักษรย่อชื่อต้นหรืออักษรย่อชื่อต้น (ถ้ามี) โดยคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค

4. ผู้แต่งที่เป็นสถาบัน ให้ลงรายการโดยเรียงลำดับจากหน่วยงานใหญ่ไปหาหน่วยงานย่อย และเว้นวรรคจากชื่อหน่วยใหญ่ไปหาชื่อหน่วยงานย่อย

สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้จากแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับ APA Style 6 th edition เช่น APA Formatting and Style Guide. from [http://owl.english.purdue.edu/owl/resource/560/01/AmericanPsychological Association \(APA\) 6th edition style Examples](http://owl.english.purdue.edu/owl/resource/560/01/AmericanPsychological Association (APA) 6th edition style Examples). From [www.lib.monash.edu.au/tutorials/citing/apa-a4.pdf](http://www.lib.monash.edu.au/tutorials/citing/apa-a4.pdf)

วิธีเรียงบรรณานุกรม การเรียงบรรณานุกรมให้หลักการเดียวกับการเรียงคำในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน หรือ Dictionary ที่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป โดยคำที่มีตัวสะกดจัดเรียงไว้ก่อนคำที่มีรูปสระตามลำดับตั้งแต่ ก - กย ดังนี้

ก ข ค ศ พ ง จ ฉ ช ซ ฌ ญ ฎ ฏ ฐ ฑ ฒ ด ต ถ ท ธ น บ ป ผ ฝ พ ฟ ภ ม ย ร ฤ ฤ ฎ ฤ ฎ

ฎ ฎ ฐ ฐ ฑ ฒ ด ต ถ ท ธ น บ ป ผ ฝ พ ฟ ภ ม ย ร ฤ ฤ ฎ ฤ ฎ

ส่วนคำที่ขึ้นต้นด้วยพยัญชนะตัวเดียวกัน เรียงลำดับตามรูปสระ ดังนี้

อะ อัวะ อา อ่า อีอี อูอูเอะ เอ เอาะ เอา เอ็น เอีย เอียะ เอือ เอือะ แอ แอะ ไอ ไอะ ไอ ใ

### การส่งต้นฉบับ

ส่งถึง บรรณาธิการวารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพฯ  
กองการพยาบาลสาธารณสุข  
เลขที่ 2 อาคารสำนักงานเขตห้วยขวางชั้น 6  
เขตห้วยขวาง แขวงห้วยขวาง กทม. 10310

โดยเขียนที่อยู่พร้อมรหัสไปรษณีย์, เบอร์โทรศัพท์ และ (E-mail) ที่สะดวกในการติดต่อกลับ



## ผู้ให้การสนับสนุน

วารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพ ปีที่ 4

นางอานิสชา ชลายนเดชะ	3,220 บาท
นางสุวิภา ปรัชญาวงศ์ปรีชา	3,000บาท
นางสาววรรณภา งามประเสริฐ	3,000บาท
นางสาวจารุณี อรัญภูมิ	3,000บาท
นางอุบล กาญจนพั่ง	2,000บาท
นางเบญจวรรณ ชาญปรีชา	1,000บาท
นางนันทนา เขียวชาญ	1,000 บาท
นางฉัจฉนี รุ่งจิรโรจน์	1,000บาท
นางเสาวนีย์ อุ่นเสมอธรรม	1,000บาท
นางอนิสรา ชูเดช	1,000บาท
นางอำไพ พิพัฒน์สมพร	1,000 บาท
นางพรลภัส ขำวิสัย	1,000 บาท
นางอรวรรณ ปีกขาว	1,000 บาท
นางสมใจ เตชะหงษา	1,000 บาท
นางบรรจง นุกุลกิจ	500บาท
นางศรีวรรณ ตันศิริ	500บาท



