



Predictors of Self-Management Behavior in Pre-Dialysis Chronic Kidney Disease Patients

Ruedeerat Suebwongpat*, Oratai Tumtong**, Pannee Paisarntuksin^{1***},

Kanokchat Saidaungkaew**, Kruawan Santhuankaew ***

(Received August 30, 2021, Revised: October 28, 2021, Accepted: November 6, 2021)

Abstract

The purpose of this descriptive study was to identify predictors of personal factors, knowledge, and self-care behaviors on self-management in patients with chronic kidney disease before dialysis. 120 persons with chronic kidney disease were purposively selected from the NCDs department at Mae Tha Hospital in Lampang. Five assessment tools for patients with chronic kidney disease were used to collect data: 1) a demographic data form 2) a health status 3) knowledge and health behaviors 4) self-care behaviors, and 5) a self-management scale. Cronbach's Alpha coefficients for knowledge and self-care behaviors scale, self-care behaviors, and self-management scale were 0.70, 0.70, and 0.74, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Spearman's Rank correlation coefficient and Stepwise Multiple Regression.

As a result, knowledge and self-care behaviors significantly predicted self-management behavior variances among patients with chronic kidney disease before renal replacement therapy stage, 23.5% ($R^2 = 0.23$, $F = 17.97$, $p < .01$). The self-care behavior was the highest statistically significant influencing factor on the variance of self-management behavior and knowledge respectively ($\beta = 0.33$, $p < .01$, $\beta = 0.23$, $p < .05$). The disease stage had no effect on the variability of self-management behavior. ($\beta = -0.02$, $p < .05$). This study could serve as a guide for health care workers in terms of improving self-management's information for patients with chronic kidney disease patients in order to slow the progression of the the kidney replacement therapy phase.

Keywords: Chronic Kidney Disease; Pre-Dialysis Chronic Kidney Disease Patients; Self-Management Behavior

* Medical Doctor, Maetha Hospital, Lampang, ** Professional Nurse, Maetha Hospital, Lampang

*** Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, ¹Corresponding author: ppaisarntuksin@gmail.com



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

ฤติรัตน์ สืบวงศ์แพทย์*, ורתัย ทำทอง**, พรณิ ไพศาลทักษิณ***,
กนกฉัตร สายดวงแก้ว**, เครือวัลย์ สารเลื่อนแก้ว***

(วันรับบทความ : 30 สิงหาคม 2564, วันแก้ไขบทความ : 28 ตุลาคม 64, วันตอบรับบทความ: 6 พฤศจิกายน 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ จ. ลำปาง จำนวน 120 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลสุขภาพ 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ 5) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.70, 0.70 และ 0.74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนและการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตได้ คิดเป็นร้อยละ 23.50 ($R^2=0.23, F = 17.97, p<.01$) โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองมีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.33, p <.01$) รองลงมา คือความรู้ ($\beta=0.23, p <.05$) ส่วนระยะของโรคไม่มีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($\beta = -0.02, p >.05$) ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ข้อมูลการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใช้เป็นแนวทางในการจัดการข้อมูลและวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อช่วยชะลอการเข้าสู่ระยะบำบัดทดแทนไตให้ช้าลง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง; ระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต; พฤติกรรมการจัดการตนเอง

* นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง

*** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง, สถาบันพระบรมราชชนก

กระทรวงสาธารณสุข, ผู้ประสานงาน: ppaisarntuksin@gmail.com



บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย มีอัตราความชุกและเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปีค.ศ. 2016 พบอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกา วัยผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 15 หรือประมาณ 37 ล้านคน (EDC, 2019) โดย National Kidney Foundation ได้จำแนกความรุนแรงของการดำเนินโรคไตวายเรื้อรังเป็น 5 ระยะ ตามอัตราการกรองของไต (Estimated glomerular filtration rate, eGFR) (Rani, 2011) ได้แก่ ระยะที่ 1 ผู้ป่วยยังไม่มีอาการของโรคแต่ตรวจเลือดพบ Serum creatinine <1.2 mg/dl และตรวจปัสสาวะพบโปรตีนไข่ขาว (Microalbuminuria) ซึ่งประมาณค่า eGFR > 90 ml/mim/1.73 m² ระยะที่ 2 ผู้ป่วยยังไม่มีอาการแต่ไตจะเสื่อมเร็วขึ้น eGFR อยู่ระหว่าง 60-89 ml/mim/1.73 m² มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะเป็นครั้งคราว ระยะที่ 3 eGFR อยู่ระหว่าง 30-59 ml/mim/1.73 m² ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มมีอาการชืด เนื่องจากไตไม่สามารถสร้างฮอร์โมน erythropoietin ซึ่งเป็นสารที่ช่วยกระตุ้นให้ไขกระดูกผลิตเม็ดเลือดแดงจึงทำให้ผู้ป่วยชืดและไตขับของเสียที่มีไนโตรเจนจากการเผาผลาญของโปรตีนลดลงต่ำกว่าครึ่ง ระยะที่ 4 ผู้ป่วยเริ่มอ่อนเพลีย มีอาการชืดมากขึ้น และอัตราการกรองของไตลดลงมาก ค่า eGFR อยู่ระหว่าง 15 - 29 ml/mim/1.73 m² มีอาการบวมและภาวะเลือดเป็นกรด ระยะที่ 5 ค่า eGFR ลดลงต่ำกว่า 15 ml/mim/1.73 m² เป็นระยะที่ไตทำหน้าที่เสื่อมลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยจึงมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น มีอาการบวมเพราะไตขับน้ำและเกลือลดลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ชืด หอบเหนื่อย สับสน ชีพ อาการดังกล่าวเกิดจากภาวะยูรีเมียคั่ง ต้องทำการบำบัดทดแทนไตโดยวิธีล้างไต (dialysis)

ระยะแรกของโรคไตเรื้อรังมักไม่พบอาการผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบและมักตรวจพบเมื่อมีการดำเนินของโรคมากแล้ว เมื่อดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease; ESRD) (Thanakitjaru, 2015) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งไม่ว่าจะเป็นการรักษาโดยวิธีใดจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ Thai SEEK ปี ค.ศ.2010 พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.50 หรือประมาณ 8 ล้านคน และประชากรส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่าตัวเองป่วยโรคไตเรื้อรัง (Nephrol Dial Transplant, 2010) ทั้งนี้เป้าหมายที่สำคัญในการรักษาโรคไตเรื้อรังคือการป้องกันการเสื่อมของไต ไม่ให้เข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease; ESRD) ดังนั้นการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการดูแลรักษาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง (Jantarametakune, 2011)

จากสถิติของจังหวัดลำปาง ปีพ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยที่โรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 1-5 จำนวน 22,655 คน แบ่งเป็นระยะที่ 1 ร้อยละ 15.56 ระยะที่ 2 ร้อยละ 25.80 ระยะที่ 3 ร้อยละ 40.08 ระยะที่ 4 ร้อยละ 11.83 และระยะที่ 5 ร้อยละ 6.74 ทั้งนี้จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตอำเภอแม่ทะ ทั้งหมดจำนวน 1,386 คน แบ่งเป็นระยะที่ 1 ร้อยละ 10.60 ระยะที่ 2 ร้อยละ 19.19 ระยะที่ 3 ร้อยละ 43.29 ระยะที่ 4 ร้อยละ 17.32 และ



ระยะที่ 5 ร้อยละ 9.60 และการรายงานตัวชี้วัดการชะลอไตเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2562 ของอำเภอแม่ทะและจังหวัดลำปาง พบผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตลดลง (Glomerular Filtration Rate; GFR) $< 4 \text{ mL/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ ถึงร้อยละ 67.68 และ 57.39 ตามลำดับ (HDC Lampang, 2019) นอกจากนี้งานคลินิกโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลแม่ทะ ปี พ.ศ. 2562 (Out Patient custom search result: MaeTha Hospital, 2019) มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนโรคไตเรื้อรังและรับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 70.21 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3-5 ทั้งหมด 1,161 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยระยะที่ 3 จำนวน 547 คน ระยะที่ 4 จำนวน 338 คน และระยะที่ 5 จำนวน 276 คน ตามลำดับ โดยมีระบบการให้ความรู้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังไม่ได้แยกคลินิกที่ชัดเจน เน้นเฉพาะผู้ป่วยที่พบปัญหาของโรคที่ซับซ้อนและควบคุมโรคไม่ได้ รวมทั้งยังไม่มีแนวทางในการให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมในการจัดการตนเองที่เหมาะสม

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องรับรู้และทำความเข้าใจเพื่อให้ข้อมูลดังกล่าวเป็นส่วนประกอบในการแสดงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรค โดยความรู้เกี่ยวกับโรคในด้านต่างๆเป็นปัจจัยที่สำคัญส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการจัดการตนเองจะสำเร็จได้นั้น ผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค การปฏิบัติตัว และการรักษา เพื่อช่วยตัดสินใจในการดูแลตนเอง (Gage & Berliner, 1992) นอกจากนี้ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะได้รับการรักษาที่เน้นการดูแลตนเองเป็นสำคัญ สามารถจัดการตนเองเพื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีและชะลอการเกิดไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ (Ardkhithkarn, Pothiban, & Lasuka, 2013)

จากแนวคิดการจัดการตนเองมีพื้นฐานมาจากกระบวนการคิด การตัดสินใจ และการเรียนรู้ทางสังคม แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig และ Holman (2003) กล่าวถึงการทำบุคคลเลือกแนวทางในการปรับมุมมอง และทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ รวมถึงรักษาความมั่นคงทางอารมณ์ ประกอบด้วย การจัดการทางการแพทย์หรือปฏิบัติตามแผนการรักษา (medical management) การจัดการเกี่ยวกับบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน (role management) และการจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) ซึ่งบุคคลจะมีการจัดการตนเองที่ดีได้นอกจากจะต้องมีความรู้ที่ดีแล้วยังต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ดังนั้นการจัดการตนเอง (self-management) เป็นความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการจัดการกับโรคและการรักษาตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาพ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ โดยใช้ความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และความสามารถในการกำกับตนเอง (Seephom, 2013) ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การควบคุมอาหาร ควบคุมโรค และปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้เกิดการชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไต และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตให้ดีขึ้นและยาวนานที่สุด

จากการศึกษาที่ผ่านมาของ Chaiyasung & Meetong (2018) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพมีผลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ อายุ การออกกำลังกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

สามารถทำนายความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 45.90 สอดคล้องกับการศึกษาของ Maneesri (2010) พบว่า ระยะของโรค และ โรคร่วม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดูแลจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะแรกถึงระยะปานกลางจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมกับโรค เนื่องจากเป็นระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการผิดปกติที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญและไม่ตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จนส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต นอกจากนี้การมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพและมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองและแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังน้อยลง

จากความสำคัญของพฤติกรรมจัดการตนเองและปัจจัยที่มีอิทธิพลเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองต่อการวางแผนการปฏิบัติกรพยาบาลและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตและปัญหาการดำเนินงานในคลินิกโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลแม่ทะ ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตเป็นอย่างไร และต้องการศึกษาปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว พฤติกรรมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเอง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำมาพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนบำบัดทดแทนไต อันจะช่วยส่งเสริมการชะลอความเสื่อมของไต และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้นานที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมดูแลตนเองและพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมดูแลตนเองและพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมดูแลตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต



ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยการคำนวณค่า GFR ตั้งแต่ระยะ 3b ถึงระยะที่ 5 เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน - มิถุนายน 2564

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนาย (predictive study) พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยที่มาใช้บริการเป็นผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3b คือ eGFR ระยะ 4 eGFR และระยะ 5 eGFR ของโรงพยาบาลแม่ทะ ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 1,161 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3b-5 มีชื่ออยู่ในข้อมูลประวัติทะเบียน ผู้ป่วยโรงพยาบาลแม่ทะ ในโปรแกรม Hos xp เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2562 โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร Thorndike (Srititnarangune, 2010) สูตร $n = 10k + 50$ โดยที่ n คือ ขนาดตัวอย่าง และ k คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว พฤติกรรม การดูแลตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน คณะผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก 20% เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินการวิจัย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จำนวน 120 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

ผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมให้ข้อมูลวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

ขณะที่เข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคไตวายที่รุนแรงขึ้นที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการ หรือผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต หรือขอลอนตัวออกจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในวิจัยนี้ ประกอบด้วย 5 ตอน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อน



บำบัดทดแทนไต และส่วนที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล คณะผู้วิจัยสร้างเอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา และระดับการศึกษา

2. ข้อมูลด้านสุขภาพ คณะผู้วิจัยสร้างเอง ได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า serum BUN serum creatinine, อัตราการกรองของไต (GFR), ระดับโรคไตเรื้อรัง, โรคอื่นร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ, ประวัตินิ่วในไต, BMI, การใช้ยา NSAIDs, การได้รับยา ACEI/ARB, ผลการตรวจค่า CHO, LDL, albumin ในปัสสาวะ, ยาที่รับประทานในแต่ละวัน, การออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ได้แก่ albumin ในเลือดและ uric acid

3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต คณะผู้วิจัยได้พัฒนาจากทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และดัดแปลงในบางข้อคำถามจากคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (The Nephrology Society of Thailand, 2015) ร่วมกับประสบการณ์การทำงานทางคลินิกโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค จำนวน 5 ข้อ ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว แบ่งออกเป็น ด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ ด้านอารมณ์ จำนวน 2 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นการเลือกคำตอบ ใช่ กับ ไม่ใช่ ตามความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แบบสอบถามชุดนี้มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้ระหว่าง 0-15 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระดับต่ำ (0 - 5 คะแนน) ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระดับปานกลาง (6 - 10 คะแนน) ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระดับสูง (10 - 15 คะแนน)

4. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต คณะผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัยของภทรพรรณ อุณาภาค และ ขวัญชัย รัตนมณี ศึกษาการสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-5 ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม (Unaphak & Rattanamanee, 2558) ข้อคำถามประกอบด้วย การรับประทานยา การป้องกันโรค การออกกำลังกาย การตรวจวัดความดันโลหิต และพฤติกรรมเสี่ยง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตั้งแต่ 1-4 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเกี่ยวกับข้อความนั้นเลย จนถึง 4 คะแนน หมายถึง เคยปฏิบัติเกี่ยวกับข้อความนั้นเป็นประจำ คะแนนรวมที่เป็นไปได้ระหว่าง 0-66 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตในระดับต่ำ (0-22 คะแนน) ระดับปานกลาง (23-44 คะแนน) และระดับสูง (45-66 คะแนน)



5. แบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะก่อนบำบัดทดแทนไต คณะผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig และ Holman (2003) ซึ่งพัฒนาและดัดแปลงมาจากเครื่องมืองานวิจัยของ Ardkhithkarn, Pothiban, & Lasuka (2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการแพทย์ 17 ข้อ ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน 2 ข้อ ด้านอารมณ์ 3 ข้อ แบบสอบถามชุดนี้มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้ระหว่าง 0-88 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมจัดการตนเองระดับต่ำ (0-29 คะแนน) ระดับปานกลาง (30-60 คะแนน) ระดับสูง (61-88 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและนำไปคำนวณหาค่า IOC ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 0.93 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 0.88 และแบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 0.88

การหาความเชื่อมั่น (reliability) คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่หาความตรงตามเนื้อหาและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 21 (Kuder Richardson 21) ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองเท่ากับ 0.70 และแบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 0.74

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมดูแลตนเองและพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (spearman' rank coefficient of correlation)
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ E 2564-01 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อที่แท้จริง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถจะออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ร้อยละ 58.33 เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 24-95 ปี (Mean=70.68 ,S.D.=10.50) ส่วนใหญ่ อายุ 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.8 รองลงมา อายุระหว่าง 61-70 ปี คิดเป็น ร้อยละ 33.30 ส่วนน้อยที่อายุน้อยกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.50 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด 85 คน คิดเป็นร้อยละ 70.80 ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มากที่สุดร้อยละ 83.30 รองลงมาใช้สิทธิเบิกได้ คิดเป็นร้อยละ 12.50

1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา คือ ระยะที่ 4 และ 5 คิดเป็นร้อยละ 37.50 และ 12.50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 89.20, 65.80 และ 22.50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีจำนวนโรครวม 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 48.30 สำหรับภาวะสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระหว่าง 13.62 – 33.91 (Mean= 22.43,S.D.=4.20) ส่วนใหญ่ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ 47 คน คิดเป็นร้อยละ 39.20 ส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 79.20 นอกจากนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่สูบบุหรี่และดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 83.30 และ 80.80 ตามลำดับ

1.3 ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการตรวจค่า serum BUN ค่า serum creatinine และค่าอัตราการกรองของไต (GFR) โดยค่า serum BUN อยู่ระหว่าง 14.80–101.70 mg/dL (Mean=30.86 mg/dL) ค่า serum creatinine ระหว่าง 1.28–99.00 mg/dL (Mean=3.27 mg/dL) ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) ระหว่าง 2.71–51.27 mL/min/1.73m² (Mean=29.32 mL/min/1.73m²) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการตรวจระดับไขมันในเลือด ได้แก่ ค่า cholesterol, LDL ,HDL และการตรวจค่า albumin ในปัสสาวะ พบว่า cholesterol อยู่ระหว่าง 82-703 mg/dL (Mean=174.45 mg/dL) ค่า LDL อยู่ระหว่าง 18-226 mg/dL (Mean=93.48 mg/dL) ค่า HDL อยู่ระหว่าง 27-89 mg/dL (Mean= 46.61 mg/dL) และค่า albumin ในปัสสาวะ ร้อยละ 39.20 ไม่พบ albumin ในปัสสาวะ รองลงมาพบ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ผล trace คิดเป็นร้อยละ 17.50 ทั้งนี้ยังกลุ่มตัวอย่าง 17 คน ตรวจหาค่า albumin มีค่าระหว่าง 2.70–4.40 mg/dL และจำนวน 27 คน ได้รับการตรวจหาระดับ uric acid ในเลือด คิดเป็นร้อยละ 22.50 พบค่า uric acid ระหว่าง 1.46 – 11.00 mg/dL ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าพิสัยและค่าเฉลี่ย ของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3b–5

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เลือด)	Range	Mean
N = 120 serum BUN	14.80 – 101.70	30.86
serum creatinine	1.28 – 99.00	3.27
อัตราการกรองของไต (GFR)	2.71 – 51.27	29.32
cholesterol	82 – 703	174.45
LDL	18 – 226	93.48
HDL	27 – 89	46.61
N = 17 albumin	2.70 – 4.40	3.44
N = 27 uric acid	1.46 – 11.00	7.28

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการวัดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว ที่ 9–15 คะแนน เต็ม 15 คะแนน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.80 ได้ 13 คะแนนขึ้นไป (Mean=13.71, S.D.=1.42) แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับสูง สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ระหว่าง 39–65 คะแนน จาก 66 คะแนน (Mean=49.66, S.D.=4.81) แสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง และพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ระหว่าง 45–83 คะแนน จาก 88 คะแนน (Mean=64.13, S.D.=10.39) แสดงว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปรผลของ ความรู้ เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต (n = 120)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		Mean(S.D.)	การแปลผล
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
ความรู้	0 – 15	9 – 15	13.71 (1.42)	สูง
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	0 – 66	39 – 65	49.66 (4.81)	สูง
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	0 – 88	45 – 83	64.13 (10.39)	สูง

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเองต่อ พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต (n = 120)

ลำดับ	ตัวแปร	B	SE	β	t
1	ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว	1.70	0.67	0.23	2.56*
2	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	0.71	0.20	0.33	3.64**
	ค่าคงที่	5.24	9.87	-	0.53

$R^2 = .24$, SEE = 9.17, F = 17.97, Sig of F = .000, * p < .05, ** p < .01

การอภิปรายผล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน มีอายุเฉลี่ย (Mean=70.68, S.D.=10.50) พบว่าใกล้เคียงกับข้อมูลจากสถิติการเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรังของประเทศ พบว่า เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ไตจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างและการทำงานโดยรวม ไตจะมีขนาดเล็กลง น้ำหนักและปริมาตรจะลดลง ทำให้ไตสูญเสียการทำงานที่มากขึ้น (Leesmidt, V., et al., 2020) ในด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่ถึงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 70.8 และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ถึงร้อยละ 83.30 ในส่วนข้อมูลทั้งสองด้านสามารถอธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่ทะ ส่วนใหญ่เป็นประชากรในพื้นที่ บริบทสภาพสังคมยังเป็นการใช้ชีวิตตามวิถีชนบท โอกาสการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทั้งด้านการศึกษาและการรักษาจึงน้อยกว่าสังคมเมือง ทำให้ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมต้นและใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นสิทธิการรักษาที่อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพที่รัฐบาลจัดให้เป็นสวัสดิการพื้นฐานด้านสุขภาพสำหรับประชาชนชาวไทย

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง (Mean=13.71, S.D.=1.42, Mean=49.66, S.D.=4.81 และ Mean=64.13, S.D.=10.39 ตามลำดับ) อธิบายได้จากกระบวนการดำเนินการและให้บริการของคลินิกเฉพาะโรคของโรงพยาบาลแม่ทะ ซึ่งจัดให้ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ได้เข้ารับบริการตรวจรักษาในคลินิกเฉพาะโรค (NCD clinic) และมี case manager ของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีบทบาทในการให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคแบบรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาลและออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ใน รพ.สต. ครอบคลุมทั้งเขตอำเภอ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะ 3b-5 จัดเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการรักษาและรับบริการตรวจที่คลินิกเฉพาะโรคไตเรื้อรัง มี case manager CKD ดูแลรวมทั้งให้ความรู้ คำแนะนำใน



3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติตัว ($r = .39, p < .01$) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = .44, p < .01$) นอกจากนี้การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา รวมถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะของโรค จำนวนโรคร่วม ค่าดัชนีมวลกาย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman' Rank coefficient of correlation) พบว่า ระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.18, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต ($n = 120$)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ระยะของโรค	1.00			
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว	0.33**	1.00		
3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	0.19*	0.46**	1.00	
4. พฤติกรรมการจัดการตนเอง	-0.18*	0.39**	0.44**	1.00

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

3. ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็นร้อยละ 23.50 ของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($R^2 = 0.23, F = 17.97, p < .01$) โดยพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.33, p < .01$) รองลงมาคือความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ($\beta = 0.23, p < .05$) ส่วนระยะของโรคไม่มีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($\beta = -0.02, p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวแบบรายบุคคล ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่ของพฤติกรรมในการดูแลตนเองในทิศทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Ardkhithkarn, Pothiban, & Lasuka (2013) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองและปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง อย่างต่อเนื่องพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และสามารถร่วมทำนาย ร้อยละ 41 ของพฤติกรรมจัดการตนเอง ($p<.01$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.39, p<.01$ และ $r=.44, p<.01$ ตามลำดับ) แสดงถึงระดับของความรู้มีผลกับพฤติกรรมจัดการโรค สามารถอธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นถึง ร้อยละ 70.80 และส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป อยู่บ้านไม่ได้ทำงาน มีเวลาและสนใจในการดูแลตัวเอง ค่อนข้างให้ความเชื่อถือและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างดี ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

ระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.18, p<.05$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่า ตนเองมีโรคแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรัง แต่ไม่ทราบระยะการดำเนินโรคไตเรื้อรังว่าอยู่ในระยะใด เข้าใจว่าการดูแลตนเองในโรคไตเรื้อรังเหมือนกันทุกระยะ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่ผู้ป่วยไม่ทราบผลเลือดที่ผิดปกติของตนเองส่วนใหญ่แล้วจะแจ้งผล creatinine ให้ผู้ป่วยทราบเท่านั้น ทั้งจุดซักประวัติและห้องตรวจ หรือบางรายอาจจะทราบแต่ยังไม่เข้าใจเนื่องจากเป็นวัยสูงอายุ ทำให้การรับรู้ข้อมูลที่ลึกไปอาจทำให้เข้าใจบางส่วนหรือไม่เข้าใจ

4. ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็นร้อยละ 23.50 ของพฤติกรรมจัดการตนเอง ($R^2=0.23, F=17.97, p<.01$) โดยพฤติกรรมในการดูแลตนเองมีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของพฤติกรรมจัดการตนเองมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.33, p<.01$) รองลงมา คือ ความรู้ ($\beta=0.23, p<.05$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีโรคร่วม ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลสุขภาพระยะยาว การได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อโรคอย่างต่อเนื่อง จากบุคลากรทางการแพทย์ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตัวเองที่ดี

ส่วนระยะของโรคไม่มีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของพฤติกรรมจัดการตนเอง ($\beta=-0.02, p>.05$) แสดงว่า ถึงแม้ว่าระยะของโรคจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต แต่เมื่อนำเอาไปเป็นสมการถดถอยแล้วยังไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ตนเองได้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ค่าระหว่าง 2.71–51.27 แสดงถึงการทำงานของไตที่อยู่ในระยะที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างการดำเนินโรคอยู่ในระยะที่ 3b รวมถึงเป็นระยะแรกเริ่มที่เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยและการเข้ารับการรักษาจึงส่งผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมและการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการวินิจฉัยและการรักษาที่มากจึงได้รับการดูแลรักษาจากทีมแพทย์และพยาบาลในด้านการรักษา การให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคแบบรายบุคคลอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแรกเริ่ม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีระยะของการดำเนินโรคที่ใกล้เคียงกันมีผลให้ปัจจัยดังกล่าวไม่สามารถเพิ่มในสมการของปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคได้ สอดคล้องกับงานศึกษาของอภิญญา บ้านกลาง และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ระยะเวลาการดำเนินของโรคมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.028 แต่เมื่อนำปัจจัยดังกล่าวเข้าสู่การพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุลอยจึงสรุปได้ว่าระยะเวลาการดำเนินของโรคไม่สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพได้เนื่องจากความใกล้เคียงของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการข้อมูล และวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตลอดจนการเข้าสู่ระยะบำบัดทดแทนไตให้ช้าลง
2. ได้ข้อมูลการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเป็นโปรแกรมในการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากรเนื่องจากการเก็บข้อมูลจำนวนตัวอย่างค่อนข้างน้อย รวมทั้งเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง จึงควรมีการศึกษาในระยะยาว (longitudinal study) เพื่อศึกษาแบบแผนหรือติดตามการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองโดยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ละระยะ เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนหรือพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- Apinya B., Udomlak D., & Pritsana R. (2016). Factors affecting to health behavior among type 2 diabetes patients, in area of Sila health promoting hospital, Muang District, Khon Kaen Province. *Journal of the office ODPC 7 khon kaen*. 23(1), 85-95. (in Thai)
- Ardkhithkarn S., Pothiban L., & Lasuka D. (2013). Self-Management Behaviors and Predicting Factors in Elders with End Stage Renal Disease Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Nursing journal, Volume 40* Supplement December. (in Thai)
- Chaiyasung, P., & Meetong, P. (2018). Factors Predicting Chronic Kidney Disease of Patients with Chronic Disease in the Community. *The journal of prapokklao hospital clinical medical education center*, 35(2) Apr-Jun. (in Thai)
- EDC (2019). *Chronic Kidney Disease (CKD) Surveillance System*. (on line), Available: <https://nccd.cdc.gov/CKD/default.aspx>.
- Gage, N. L., & Berliner, D. C. (1992). *Educational psychology* (5th ed.). Houghton: Mifflin and Company.
- HDC Lampang (2019). (on line), Available: https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- Jantarametekune, S. (2011). Risk Factors Kidney complications in type 2 diabetes mellitus. (on line) Available: http://www.mukhos.go.th/site/data/research_1333503317_sutep.pdf.
- Leesmidt, V., et al. (2020). *Development of a Model for Prevention and Resolution of Chronic Kidney Disease*. Bangkok: Bhumirajanakarindra Kidney Institute Hospital.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcome, and mechanisms. *The society of behavioral medicine*, 26(1), 1-7.
- Maneesri, S. (2010). *Factors Influencing Self-Management Behavior of Patients with Chronic Kidney Disease*. Master of Nursing, Mahidol University. (in Thai)
- Nephrol Dial Transplant (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai Adult population: Thai SEEK study. (on line), Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20037182>
- Out Patient custom search result: MaeTha Hospital. (2019). *Patient information at the chronic kidney clinic*, maetha
- Rani, A. U. (2011). Nurse role in prevention of chronic kidney disease (CKD). *International journal of nursing education*, 3(2), 125-127 (in Thai)
- Seephom, S. (2013). Self-management in chronic kidney disease. *Thai red nursing journal*, 6(1): January - June. (in Thai)



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

Sristitnarangune, B. (2010). *The Maethadology of Nursing Research*. Bangkok: U&I Intermedia.

Thanakitjaru, P. (2015) Current situation of chronic kidney disease in Thailand. *Journal of the department of medical services*. 5, 5-17. (in Thai)

The Nephrology Society of Thailand. (2015). *Clinical Practice Recommendation for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease in Adults 2015*.

(on line), Available: http://doh.hpc.go.th/data/HL/CKD_2015.pdf

Unaphak, P., & Rattanamanee, K. (2015). The Correlation Factors of Self-Care Behaviors to Prevent Complications among Patients with Chronic Kidney Disease at Somdetphraphutthalertla Hospital in Samutsongkhram Province. *The public health journal of burapha university*. 10(2), July-December. (in Thai)



The Development of Caring Model to Promote Growth and Development of Preschool Children in the Preschool Development Center at Boromarajonani College of Nursing, Lampang

Nichakan Nakvirojana^{1*}, Siriwan Baitragua[†], Jittavee kreasuwan[‡], Jutathip Dakdacha^{4*}

(Received 10 September, 2021, Revised: 9 December, 2021, Accepted: 12 December, 2021)

Abstract

The action research aimed to study preschooler's situations and develop a caring model to promote growth and development for children in the pre-school development center at Boromarajonani College of Nursing, Lampang. Preschool children, families, the board of directors of the preschool development center, pediatric nursing instructors, caregivers, and also the Bachelor of Nursing students were all participants in this study. The research instruments were child development surveillance and promotion assessments, caregivers' knowledge and skill assessments, and in-depth interviews. Data was analyzed using frequency, percentage, and content analysis.

The research results were as follows:

1. Regarding child growth situations and the development aspect, underweight children were at 35% compared to the standard. The heights did not meet the standard and were measured at 15%. Disproportionate shapes were 28.7%. There were 37 children with delayed development (46.25%), of those, 32.5% or 26 children had only one skill delayed development. 13.75% or 11 children had more than one skill delayed development.

2. The development of caring model for promoting growth and development of preschool children had four components that consist of 1) administrative policy 2) information management system 3) human resource development and 4) family participation.

Therefore, the Preschool Development Center should apply this model for creating the administrative policy on child health care, making a plan on the information management system with the association that relates to the effective preschool growth and developmental promotion.

Keywords: Model development; Growth promotion; Child development; Preschool development center

[†] Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon lampang, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, ¹Corresponding author: nichakan.n@mail.bcnlp.ac.th



การพัฒนาแบบแผนการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

นิชกานต์ นาควโรจน์ *, ศิริวรรณ ไบตระกูล *, จิตตวีร์ เกียรติสุวรรณ์ *, จุฑาทิพย์ เดชเดช * *

(วันรับบทความ : 10 กันยายน 2564, วันแก้ไขบทความ : 2564, วันตอบรับบทความ : 12 ธันวาคม 2564)

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาแบบแผนการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กก่อนวัยเรียน ผู้ปกครองเด็ก คณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก อาจารย์พยาบาลเด็ก ครูผู้ดูแลเด็ก และนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก แบบวัดความรู้และทักษะของครูผู้ดูแลเด็ก และสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์การเจริญเติบโตและพัฒนาการ พบว่า เด็กน้ำหนักไม่ตามเกณฑ์ ร้อยละ 35 ส่วนสูงไม่ตามเกณฑ์ ร้อยละ 15.00 ไม่สมส่วน ร้อยละ 28.70 เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย จำนวน 37 คน (ร้อยละ 46.25) ด้านพัฒนาการ โดยพัฒนาการไม่สมวัยเพียง 1 ด้าน จำนวน 26 คน (ร้อยละ 32.50) และมีพัฒนาการไม่สมวัยมากกว่า 1 ด้าน จำนวน 11 คน (ร้อยละ 13.75)

2. รูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่พัฒนาขึ้น มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) นโยบายการบริหารจัดการ 2) ระบบการจัดการข้อมูล 3) การพัฒนาบุคลากร และ 4) การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

ดังนั้นศูนย์เด็กควรนำรูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการนี้ ไปกำหนดเป็นนโยบายบริหารการดูแลสุขภาพเด็ก เพื่อวางแผนการจัดการระบบข้อมูลกับภาคีที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบแผน; การส่งเสริมการเจริญเติบโต; พัฒนาการเด็ก; ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กระทรวงสาธารณสุข, ¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: nichakan.n@mail.bcnlp.ac.th

**บทนำ**

การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนากายมีความสำคัญต่อเด็กก่อนวัยเรียน จึงต้องมีแนวทางการพัฒนา ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยเจริญเติบโตอย่างเหมาะสมและเท่าเทียมกัน จึงเป็นเป้าหมายสำคัญของประเทศชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนให้เหมาะสมตามช่วงวัย โดยเด็กปฐมวัยควรได้รับการส่งเสริมและพัฒนาทักษะทางสมองและทักษะทางสังคมที่เหมาะสม (National Economic and Social Development Board, 2020) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยตามดัชนีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ได้แก่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก และดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ได้แก่ สถานภาพสมรสของผู้เลี้ยงดู และลักษณะครอบครัว สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 3-5 ปีตามดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ และตามดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการเด็กสมวัย ได้แก่ สถานภาพสมรสของผู้เลี้ยงดู การศึกษาของผู้เลี้ยงดู อายุของผู้เลี้ยงดู และรายได้ของครอบครัว (Tapruk et al. 2017) จึงเห็นได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครอง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนากายของเด็ก

ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จัดตั้งขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน แบ่งเบาภาระให้กับผู้ปกครอง แหล่งให้บริการวิชาการ สร้างองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน โดยเฉพาะด้านส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการ ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.2562 ในมาตรฐานที่ 3 คุณภาพของเด็กปฐมวัย ในตัวบ่งชี้ 3.1 ก และ ข คือ เด็กมีการเจริญเติบโตสมวัย โดยเด็กมีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ และส่วนสูงสมส่วนระดับดีมาก ร้อยละ 64 ขึ้นไป และในตัวบ่งชี้ 3.2 ก และ ข เด็กมีการพัฒนาการสมวัย โดยเด็กมีการพัฒนาการสมวัยโดยรวมระดับดีมาก ร้อยละ 85 ขึ้นไป (National Early Childhood Development Board, 2019) แต่จากการประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนากายในเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 พบว่า เด็กมีการเจริญเติบโตสมวัย โดยเด็กมีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ และส่วนสูงสมวัยระดับผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ ร้อยละ 54.25 ขึ้นไป ในด้านพัฒนาการ พบว่า เด็กมีการพัฒนาการสมวัย โดยเด็กมีการพัฒนาการสมวัยโดยรวมในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 67.45 ขึ้นไป (Preschool development center Boromarajonani College of Nursing Lampang, 2020) โดยที่ผ่านมาจากการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพเด็กในศูนย์เด็กพบว่า การดำเนินงานต่างๆ เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโต ภาวะโภชนาการ พัฒนาการยังไม่ชัดเจน และไม่มีแนวปฏิบัติการแก้ปัญหาการเจริญเติบโตและพัฒนากายของเด็กรายบุคคล รวมถึงยังขาดการวางแผนการพัฒนาศักยภาพของครูผู้ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง ระบบการบริการแบบมีส่วนร่วมระหว่างครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็กยังไม่ชัดเจน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการบริการสุขภาพเด็ก

การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนากายของเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำเป็นจะต้องอาศัยวิธีการรูปแบบ และมาตรฐานต่างๆ ที่ผสมผสานหลักวิชาการ สอดคล้องไปตามความต้องการ ความคาดหวัง และความร่วมมือจากทุกฝ่ายของศูนย์เด็ก ได้แก่ ผู้ปกครองเด็ก คณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก อาจารย์พยาบาลเด็ก ครูผู้ดูแลเด็ก และนักศึกษาศาสตร์บัณฑิต

วัดภูประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
2. เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

ขอบเขตด้านตัวแปร ประกอบด้วย ตัวแปร คือ รูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและ
พัฒนาการเด็ก

ขอบเขตด้านประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็น

ข้อมูลเชิงปริมาณจากเด็กก่อนวัยเรียนและผู้ปกครองเด็กจำนวน 80 ราย ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ปกครองเด็กจำนวน 15 คน ครูผู้ดูแลเด็กจำนวน 13 คน กรรมการบริหารศูนย์เด็กจำนวน 3 คน อาจารย์พยาบาลเด็กจำนวน 4 คน นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 15 คน รวม 50 คน

ขอบเขตด้านพื้นที่ที่ศึกษา ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ขอบเขตระยะเวลาการศึกษา เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 – มิถุนายน พ.ศ. 2564

กรอบแนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยใช้กระบวนการวิจัยที่ใช้การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก การวางแผนและกำหนดรูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ระหว่าง ผู้ปกครองเด็ก คณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก วิทยาลัยพยาบาลเด็ก ครูผู้ดูแลเด็ก และ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

นักศึกษายาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก และการนำรูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ร่วมปรึกษาหารือ เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กให้มีความเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริงในการจัดการบริการการดูแลสุขภาพเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยเก็บข้อมูลเชิงสำรวจ (survey research) และวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยมีการดำเนินการ 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิธีเชิงสำรวจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เด็กวัยก่อนเรียนทุกคน ผู้ปกครองทุกคน และครูผู้ดูแลเด็กทุกคนในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 – มิถุนายน พ.ศ. 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครอง เป็นแบบกรอกข้อมูล จำนวน 10 ข้อ โดยผู้ปกครองกรอกข้อมูล
2. แบบประเมินการเจริญเติบโต โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูงที่มีมาตรฐาน แปลผลโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2020) เป็นแบบพล็อตกราฟวิเคราะห์ตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต อาจารย์พยาบาลเด็กเป็นผู้ประเมิน
3. แบบประเมินพัฒนาการตามคู่มือเฝ้าระวังคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) (Ministry of Public Health, 2020) โดยใช้ชุดเครื่องมือประเมินพัฒนาการ ซึ่งอาจารย์พยาบาลเด็กเป็นผู้ประเมิน
4. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก ทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเลือกตอบด้านการส่งเสริมการเจริญเติบโตเด็กจำนวน 20 ข้อ และด้านพัฒนาการเด็ก ซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนาแบบวัดความรู้ขึ้นมา
5. แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วยรายการประเมินจำนวน 20 ข้อ ซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินทักษะนี้ขึ้นมา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้บริหารที่เชี่ยวชาญด้านการ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด 1 ท่าน อาจารย์มหาวิทยาลัยที่เชี่ยวชาญด้านการพัฒนามาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเด็กที่เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการโดยใช้เครื่องมือ DSPM 1 ท่าน โดยกำหนดค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์แต่ละข้อมากกว่า 0.5 ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่า IOC แยกตามรายองค์ประกอบ 2 องค์ประกอบ มีค่าระหว่าง 0.75-0.98 ค่า IOC แยกตามรายข้อมีค่ามากกว่า 0.50 และภาพรวมทั้ง 2 ฉบับ เท่ากับ 0.94 และ 0.98 ตามลำดับ

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วได้ นำไปทดลองใช้กับครูผู้ดูแลเด็ก จำนวน 10 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และ 0.86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลบุคคลของเด็กและผู้ปกครอง แบบประเมินระดับการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก วิเคราะห์โดยหาความถี่ และร้อยละ

2. แบบวัดความรู้และทักษะปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กของครูผู้ดูแลเด็ก วิเคราะห์โดยหาค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 วิธีเชิงปฏิบัติการ

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ ผู้ปกครองเด็กจำนวน 15 คน กรรมการบริหารศูนย์เด็กจำนวน 3 คน อาจารย์พยาบาลเด็กจำนวน 4 คน ครูผู้ดูแลเด็กจำนวน 13 คน และนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 15 คน รวม 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยที่มีความเฉพาะเจาะจงในรายละเอียดของการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโต จำนวน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินการเจริญเติบโต ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย และการนอนหลับ ดังตัวอย่างแนวคำถาม “ท่านมีวิธีการประเมินการเจริญเติบโตของเด็กอย่างไรบ้าง” “ในความคิดของท่าน ท่านจะช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตเด็กได้อย่างไรบ้าง” และการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จำนวน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินพัฒนาการ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการเล่น และแนวทางการอบรมเลี้ยงดูส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ดังตัวอย่างแนวคำถาม “ท่านทราบได้อย่างไรว่าเด็กมีปัญหาพัฒนาการ” “ท่านมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการส่งเสริมพัฒนาการร่วมกับผู้ปกครองเด็กอย่างไรบ้าง”



การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยไฟล์เสียงจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ จะถูกนำมาถอดเทปแบบคำต่อคำ และค้นหาประเด็นสำคัญโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบแบบอุปนัย (inductive coding) และการจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ (taxonomy) เชื่อมโยงข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) กับบันทึกการสังเกตในสนาม จากนั้นผู้วิจัยจะนำประเด็นหลักที่ได้จากกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการตรวจสอบความถูกต้อง และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความชัดเจนและนำมาปรับปรุงประเด็นหลักใหม่เพื่อหาข้อสรุปร่วมกันกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ตามเลขที่จริยธรรม E2563/067 รับรองตั้งแต่วันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 - 4 มิถุนายน พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การสำรวจสถานการณ์การเจริญเติบโตและการพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน

1. สถานการณ์การเจริญเติบโตและการพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.30 โดยมีอายุมากกว่า 2 ปี 6 เดือน - 4 ปี ร้อยละ 42.30 ผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 81.30) อายุมากกว่า 25 - 35 ปี (ร้อยละ 50.00) ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 85.00) อาชีพรับราชการ (ร้อยละ 40.0) การศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 67.50) และรายได้ส่วนใหญ่ของครอบครัว 30,001-45,000 บาท (ร้อยละ 52.50)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัญหาการเจริญเติบโตและการพัฒนาการเด็ก ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการเด็กจากการให้ข้อมูลของผู้ปกครอง (n = 80)

รายการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
การเจริญเติบโต		
- น้ำหนักไม่ตามเกณฑ์	28	35.00
- ส่วนสูงไม่ตามเกณฑ์	12	15.00
- ไม่สมส่วน	23	28.70
พัฒนาการ		
- สมวัยทุกด้าน	43	53.75
- ไม่สมวัย	37	46.25
- ไม่สมวัย 1 ด้าน	26	32.50
- ไม่สมวัยมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ด้าน	11	13.75



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัญหาการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กจากการให้ข้อมูลของผู้ปกครอง (n = 80) (ต่อ)

รายการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโต		
- พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมกับวัย	48	60.00
- พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เหมาะสมกับวัย	45	56.25
- พฤติกรรมการนอนหลับไม่เหมาะสมกับวัย	33	41.25
ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก		
- การส่งเสริมทักษะการช่วยเหลือตนเองไม่เพียงพอ	41	51.25
- การส่งเสริมทักษะด้านสังคม ปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นไม่เพียงพอ	32	40.00
- การส่งเสริมการใช้ภาษาจากการอ่านและเขียนไม่เพียงพอ	46	57.50
- การจัดกิจกรรมเรียนรู้ด้วยการเล่นไม่เหมาะสม	42	52.25

จากตารางที่ 1 แสดงปัญหาด้านการเจริญเติบโต พบว่า มีเด็กน้ำหนักไม่ตามเกณฑ์ ร้อยละ 35.00 ส่วนสูงไม่ตามเกณฑ์ ร้อยละ 15.00 ไม่สมส่วน ร้อยละ 28.70 ส่วนปัญหาด้านพัฒนาการ พบว่า เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย จำนวน 37 คน (ร้อยละ 46.25) โดยพัฒนาการไม่สมวัยเพียง 1 ด้าน จำนวน 26 คน (ร้อยละ 32.50) และมีพัฒนาการไม่สมวัยมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ด้าน จำนวน 11 คน (ร้อยละ 13.75) ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการเจริญเติบโต พบว่า เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมกับวัย ร้อยละ 60.00 พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เหมาะสมกับวัย ร้อยละ 56.25 พฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อนไม่เหมาะสม ร้อยละ 41.25 และในปัญหาการส่งเสริมการพัฒนาร่างกายของผู้ปกครอง พบว่า เด็กได้รับส่งเสริมการใช้ภาษาจากการอ่านและเขียนไม่เพียงพอ การจัดกิจกรรมเรียนรู้ด้วยการเล่นไม่เหมาะสม การส่งเสริมทักษะการช่วยเหลือตนเองไม่เพียงพอ และการส่งเสริมทักษะด้านสังคม ปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นไม่เพียงพอ ร้อยละ 57.50, 52.25, 51.25, และ 40.00 ตามลำดับ

2. ความรู้และทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กของครูผู้ดูแลเด็ก
ตารางที่ 2 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กของครู/ผู้ดูแลเด็ก (n = 13)

การประเมิน	Min	Max	Mean(S.D.)
ความรู้การส่งเสริมการเจริญเติบโต			
การส่งเสริมการเจริญเติบโต จำนวน 20 ข้อ	10	17	13.77(2.16)
ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการ			
การส่งเสริมพัฒนาการ จำนวน 20 ข้อ	9	15	11.77(1.77)
ทักษะปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโต			
การส่งเสริมการเจริญเติบโต จำนวน 10 รายการ	4	8	6.08(1.38)
ทักษะปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการ			
การส่งเสริมพัฒนาการ จำนวน 10 รายการ	3	7	5.00(1.00)



จากตารางที่ 2 พบว่า ครูผู้ดูแลเด็กมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการส่งเสริมการเจริญเติบโตมากกว่าการส่งเสริมพัฒนาการ ($\text{Mean}=13.77, \text{S.D.}=2.16, \text{Mean}=11.77, \text{S.D.}=1.77$) และ ครูผู้ดูแลเด็กมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตที่ถูกต้องมากกว่าการส่งเสริมพัฒนาการ ($\text{Mean}=6.08, \text{S.D.}=1.38, \text{Mean}=5.00, \text{S.D.}=1.00$)

ระยะที่ 2 วิธีเชิงปฏิบัติการ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม สถานการณ์การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน
ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก (Analyzing)

การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์การเจริญเติบโต

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตไม่ตามเกณฑ์ เด็กมีการใช้พลังงานและการบริโภคอาหารไม่สมดุล ส่งผลกระทบให้เด็กมีการเจริญเติบโตไม่เหมาะสมกับวัย ได้แก่ น้ำหนักตัวน้อย เตี้ย อ้วน รวมทั้งพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ไม่สมดุล เช่น รับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ กินจุจิก จะใช้พลังงานส่วนใหญ่กับการเล่น ดังตัวอย่างคำพูดจากครูผู้ดูแลเด็ก “ในศูนย์เด็ก จะมีเด็กที่มีปัญหาน้ำหนักผอม และเตี้ยเป็นส่วนใหญ่ เด็กอ้วนจะเจอตั้งแต่กลุ่มเด็กเล็กในบางราย และบางรายก็เจอในกลุ่มเด็กโต ส่วนเด็กตัวผอมและเตี้ยมากกว่ามักเริ่มเจอในกลุ่มหัดเดิน” “เด็กตัวเล็ก ๆ ผอม เตี้ย เพราะไม่ทานอาหารมื้อเช้า ทานข้าวได้ทีละน้อย ชอบกินจุจิกก่อนมื้ออาหาร และชอบทานนมรสหวาน ไม่ค่อยอยากทานอาหาร ทานได้สองสามคำ บอกว่าอิ่มแล้ว” และจากตัวอย่างคำพูดของผู้ปกครอง “แม่สังเกตว่า ช่วงลูกอายุน้อย จะทานอาหารได้มากกว่า แต่พอหลังอายุหนึ่งขวบจะทานได้น้อยลง มักชอบหว่านเล่น ไม่ยอมทานข้าว ชอบอมข้าว” “ตอนเล็ก ๆ ลูกอ้วนจ้ำม่ำ น่ารัก พอโตขึ้น วิ่งซุกซนไม่อยู่นิ่ง และไม่ค่อยทานอะไร ทานอาหารได้น้อยมาก”

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กไม่เหมาะสม ทั้งรูปแบบการรับประทานอาหาร และรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ปกครอง “ลูกเป็นเด็กอ้วน ชอบทานอาหารจานเดียว มักชอบทานไก่ทอดเป็นประจำทุกวัน ไม่ทานผักแต่ชอบทานผลไม้รสหวานมาก” “เด็กที่อ้วนจะชอบอาหารรสหวาน บางคนไม่ทานข้าว ทานแต่ข้าวเหนียว และแซนวิช” “เด็กจะเขี่ยผักทิ้ง ไม่ว่าผักอะไร ก่อนตักอาหารใส่ปาก ถ้าทานไปเจอเศษผักเล็กๆ จะคายทิ้ง” และครูผู้ดูแลเด็กให้ข้อมูล ดังตัวอย่างคำพูด “บางคนเตรียมอาหารเข้าไม่ทันให้ลูกแหวะร้านอาหารสะดวกซื้อมาทานที่ศูนย์เด็กเป็นประจำ” “เด็กจะนั่งตักแยกข้าวกับเนื้อ และเขี่ยผักออกนอกจาน ครูต้องซ่อนป้อนอาหารโดยแอบทำผักเล็กๆที่สุดไว้ใต้ข้าว แต่พอเด็กทานเข้าไปเจอผัก ก็คายผักทิ้ง”

3. ขาดการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดอาหารและโภชนาการตามเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้เด็กได้รับปริมาณอาหารไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ดังตัวอย่างคำพูดของครูผู้ดูแลเด็ก “การจัดเมนูอาหารในศูนย์เด็กจะใช้วิธีกะปริมาณตามจำนวนเด็ก และจัดสลับเปลี่ยนเมนูอาหารเดิรรายเดือนโดยผู้จัดการศูนย์เด็ก” “เมนูอาหารส่วนใหญ่ไม่ได้คุณภาพตามเกณฑ์ รสชาติไม่ถูกปากเด็ก ทานได้บางเมนู” โดยอาจารย์พยาบาลเด็กมีความคิดเห็นว่า ควรมีการสรรหาคำแนะนำนักโภชนาการหรือแม่ครัวเพื่อกำหนดรายการอาหารให้ได้เป็นไปตามมาตรฐาน ดังตัวอย่างคำพูด “ทางศูนย์เด็ก ไม่มีตำแหน่งแม่ครัว หรือนักโภชนาการ ส่งผลให้ต้องมีการควบคุม



สถานที่ปรุงอาหาร ประกอบอาหารทำได้ไม่ต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพอาหารส่วนใหญ่ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน” “อาหารของเด็กเล็ก ต้องมีผู้ดูแลเด็กในกลุ่มหมูนเวียนมาทำเองรายสัปดาห์ ทำให้ต้องทิ้งภาระการดูแลเด็กให้กับผู้ดูแลเด็กท่านอื่นในห้อง ประมาณวันละ 1-2 ชั่วโมงต่อวัน ส่งผลต่อการคุณภาพการบริการแก่เด็กกลุ่มเด็กเล็ก”

4. เด็กขาดการส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายตามวัย ทำให้ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและสุขภาพร่างกายแข็งแรง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ปกครอง “ที่บ้าน น้องจะออกกำลังกายวิ่งเล่นในบ้าน ไม่ค่อยได้ไปออกกำลังกายนอกบ้าน หรือสนาม เนื่องจากพ่อแม่ไม่มีเวลา ทำงานกลับบ้านค่ำ ส่วนใหญ่พาไปออกกำลังกายวันเสาร์อาทิตย์” ในศูนย์เด็กไม่ได้จัดกิจกรรมการออกกำลังกายเครื่องเล่นสนามและเครื่องเล่นสนามบางชิ้นชำรุด ดังตัวอย่างคำพูด “เด็กจะได้รับการออกกำลังกาย ในกิจกรรมการเคลื่อนไหวในศูนย์เด็ก แต่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายหรือเล่นเครื่องเล่นสนามนอกห้องเรียน” “เด็กในศูนย์เด็ก ได้ลงออกกำลังกายเล่นเครื่องเล่นสนามได้ไม่ครบทุกกลุ่ม บางครั้งสนามก็ไม่พร้อมใช้”

5. เด็กขาดการส่งเสริมให้เด็กได้นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ในบางครอบครัวเด็กได้รับการพักผ่อนไม่เหมาะสมกับอายุ ทำให้เด็กนอนดึกตื่นสาย ส่งผลต่อการเจริญเติบโตได้ ดังตัวอย่างคำพูดผู้ปกครอง “เด็กจะได้นอนพักผ่อนไม่ต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จะติดการ์ตูนในโทรศัพท์ งอแงไม่ยอม บางครั้งแม่ทำงานยุ่ง ไม่ได้พาเข้านอน ก็เลยต้องนอนพร้อมแม่ประมาณสี่ทุ่มหรือห้าทุ่ม” ทำให้เด็กบางคนมาพักผ่อนต่อที่ศูนย์เด็ก ซึ่งทางศูนย์เด็กได้จัดสิ่งแวดล้อมในการพักผ่อนกลางวัน เช่น การจัดบรรยากาศที่เงียบสงบและเปิดเพลงบรรเลงให้ฟังช่วยในการพักผ่อนนอนหลับ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลเด็ก “ทางศูนย์เด็ก จะจัดสิ่งแวดล้อมให้เด็กในศูนย์เด็กนอนพักผ่อนกลางวันอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง” “เด็กบางคน ไม่ยอมนอนกลางวัน บางคนก็นอนได้น้อยประมาณครึ่งชั่วโมง โดยเฉพาะกลุ่มเด็กเล็ก ถ้าช่วงอากาศร้อนเด็กจะนอนไม่ค่อยหลับ นอนได้ประมาณสิบนาทีกี่ต้น”

การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์พัฒนาการ

1. ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กไม่สมวัย และบางรายมีปัญหาพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ร่วมด้วย ดังตัวอย่างคำพูดของครูผู้ดูแลเด็ก “เด็กในศูนย์เด็กมีพัฒนาการช้าหลายคน บางคน 2 ขวบยังพูดเป็นคำๆ อยู่เลย แต่บางคน 3 ขวบยังไม่เข้าใจคำสั่ง และเล่นกับเพื่อนๆ ไม่ได้” “มีเด็กในศูนย์เด็ก ตอนนี้จำนวน 4 คน ที่ต้องให้ผู้ปกครองพาน้องไปพบผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับด้านพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก” ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากนักศึกษาพยาบาลที่พบว่าเมื่อน้องพัฒนาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ต้องมีผู้ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอันตราย ดังตัวอย่างคำพูด “มีน้องอายุ 3 ขวบกว่า ขอบออยู่ไม่นิ่ง ปีนป่ายที่สูง ขอบส่งเสียงเอะอะโวยวาย ไม่เข้าใจกฎกติกากลุ่ม ไม่มีสมาธิในการเรียนรู้ ทำให้ผู้ดูแลเด็กต้องมาดูแลน้องคนนี้พิเศษคนเดียว ส่งผลให้เด็กคนอื่นได้รับการดูแลได้ไม่ดีเท่าที่ควร”

2. ทาง 2 แพร่ง จากสื่อออนไลน์ ส่งผลให้พัฒนาการไม่สมวัยทุกด้าน ดังตัวอย่างคำพูดของอาจารย์พยาบาลเด็ก “ผู้ปกครองหลายท่านมักเข้าใจผิดคิดว่าสื่อออนไลน์ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ เครื่องคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต มือถือ จะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จึงมักเห็นเด็กใช้มือถือมากกว่าการใช้ของเล่น หรือหยิบหนังสืออ่าน” ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าด้านการใช้ภาษา ต้องส่งไปพบกุมารแพทย์ด้านพัฒนาการเพื่อกระตุ้น



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

พัฒนาการ ดังตัวอย่างคำพูดของครูผู้ดูแลเด็ก “เด็กที่มีพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาไม่สมวัย ส่วนใหญ่เกิดจากครอบครัวไม่ค่อยมีเวลาจัดกิจกรรมการเล่นกับลูก มักให้ลูกดูทีวี หรือดูการ์ตูน จะพูดช้า ไม่ชัด ต้องส่งไปพบแพทย์เพื่อกระตุ้นพัฒนาการ”

ขาดการเชื่อมโยงทางด้านโครงสร้างและกระบวนการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ

1. ศักยภาพที่ต้องการเติมเต็มของครูผู้ดูแลเด็ก

1.1 ด้านความรู้เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพัฒนาศักยภาพของครูผู้ดูแลเด็ก ดังตัวอย่างคำพูดของอาจารย์พยาบาลเด็ก “ครูยังขาดความรู้และทักษะในการประเมินพัฒนาการเด็ก ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนมาใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 2563” ซึ่งผู้ดูแลเด็กต้องการพัฒนาความรู้ในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ดังตัวอย่างคำพูด “อยากพัฒนาความรู้ในด้านโภชนาการ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ทั้งจากภายในหรือภายนอกวิทยาลัยพยาบาล”

1.2 ด้านทักษะปฏิบัติเป็นประเด็นสำคัญต่อเนื่องจากประเด็นความรู้ ซึ่งครูผู้ดูแลเด็กประเมินตนเอง ว่าไม่มั่นใจในการใช้เครื่องมือประเมินพัฒนาการ DSPM เนื่องจากยังไม่ได้รับการอบรม สอดคล้องกับความคิดเห็นของอาจารย์พยาบาลเด็ก ดังตัวอย่างคำพูด “ครูไม่มั่นใจในการประเมินพัฒนาการเด็ก เนื่องจากไม่ได้รับการอบรม ไม่เคยใช้เครื่องมือในการประเมินพัฒนาการเด็ก” “เวลาผู้ปกครองสอบถามแนวทางการส่งเสริมการเจริญเติบโต ก็จะตอบด้วยความไม่มั่นใจ”

1.3 รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่เป็นรายบุคคล ส่งผลให้คุณภาพการบริการด้านสุขภาพไม่ได้รับการจัดการและดูแลอย่างเป็นองค์รวม ดังตัวอย่างคำพูดของคณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก และอาจารย์พยาบาลเด็ก “การจัดแผนประสบการณ์การเรียนรู้ 6 หลักในแต่ละห้องที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน ไม่แตกต่างกัน จะเป็นแผนสอนเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ไม่หลากหลาย ไม่สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการแต่ละช่วงในแต่ละห้อง ไม่มีการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นรายบุคคล” “การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ยังไม่ได้มีการจัดการรายบุคคล ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็ก ไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลถึงผู้ปกครองเป็นระบบ”

2. ช่องว่างระหว่างนโยบายสู่การปฏิบัติ

2.1 ขาดการถ่ายทอดเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติสู่การปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีผู้รับผิดชอบถ่ายทอดตัวชี้วัดนี้สู่การกำหนดแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลเด็ก “ไม่มีใครมาถ่ายทอดตัวชี้วัดเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติสู่การปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาการเจริญเติบโตและพัฒนาการสู่การปฏิบัติในการแก้ปัญหาหรือส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ชัดเจน แม้จะมีการส่งบุคลากรไปอบรมเรื่องนี้มาแล้ว” “ขาดผู้รับผิดชอบถ่ายทอดตัวชี้วัดเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติสู่การปฏิบัติของบุคลากรทั้งหมดในศูนย์เด็กที่ชัดเจน”



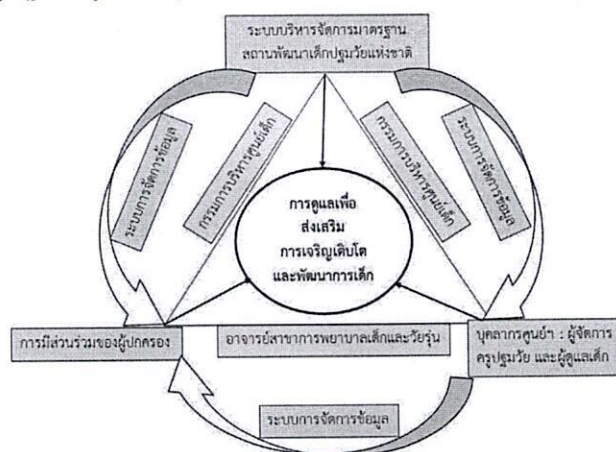
2.2 ขาดการนำข้อมูลปัญหาการเจริญเติบโตและพัฒนาการนำมาใช้ในการตัดสินใจเพื่อพัฒนาระบบคุณภาพการบริการสุขภาพเด็ก ดังตัวอย่างคำพูดของคณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก “ขาดการเชื่อมโยงกันในข้อมูลที่เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการรวมทั้งการแก้ไขพัฒนาการในเด็กที่มีปัญหาระหว่างครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง และยังขาดการส่งต่อปัญหาพัฒนาการอย่างเป็นระบบแก่อาจารย์พยาบาลเด็ก และคณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก”

2.3 ไม่มีฐานข้อมูลที่ประมวลผลในการตัดสินใจของผู้บริหารศูนย์เด็ก เพื่อแก้ปัญหาการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ไม่สมวัยเป็นรายบุคคล ทำให้ไม่มีข้อมูลในการแก้ปัญหาของเด็กรายบุคคล ดังตัวอย่างคำพูดของคณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก และอาจารย์พยาบาลเด็ก “ต้องจัดทำระบบฐานข้อมูลศูนย์เด็ก การติดตามประเมินซ้ำทุกเดือน ระบบการให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำผู้ปกครองในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก การจัดทำสมุดรายงานประจำตัวเด็ก ส่งต่อข้อมูลระหว่างศูนย์เด็กและที่บ้าน เป็นประจำทุกเดือน” “ไม่มีฐานข้อมูลของเด็กในศูนย์เด็ก ในทุกด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน มีแต่ข้อมูลดิบไม่ต่อเนื่อง ถูกจัดเก็บไม่เป็นระบบ ไม่ได้มีระบบการวิเคราะห์ให้เห็นระดับของปัญหา ที่นำมาสู่การจัดการปัญหาที่ชัดเจนได้”

2.4 ไม่มีระบบการส่งคืนข้อมูลแก่ผู้ปกครอง การส่งข้อมูลให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารด้วยวาจา ไม่ได้ระบบการรายงานเป็นระบบ ดังตัวอย่างคำพูดของอาจารย์พยาบาลเด็กและครูผู้ดูแลเด็ก “การรายงานข้อมูลให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะรายงานทางวาจา ในช่วงผู้ปกครองมารับเด็กตอนเย็น และมีการรายงานน้ำหนักส่วนสูงประจำเดือน แต่ไม่ได้ให้ข้อมูลในแนวทางที่ต้องแก้ไขหรือส่งเสริมการเจริญเติบโตหรือพัฒนาการที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร”

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนและกำหนดรูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน (planning)

นำประเด็นสถานการณ์การดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ข้อมูลการจัดการด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่สมวัย จากการสำรวจปัญหา การสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มมาร่วมระดมสมองสังเคราะห์ จัดทำเป็นรูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์เด็ก อย่างเป็นระบบสามารถสรุปได้ประเด็น และนำเสนอสรุปในภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 องค์ประกอบารดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาเด็ก

1. คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนต้องมีการกำหนดนโยบายการบริหารที่ชัดเจน ในการถ่ายทอด กำกับ ขับเคลื่อนตัวชี้วัดการประกันคุณภาพตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ โดยทำงานร่วมกันระหว่างผู้ปกครอง ร่วมกับคณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน อาจารย์พยาบาลเด็ก และครูผู้ดูแลเด็ก
2. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ในประเด็นการดูแลสุขภาพเด็ก โดยครูผู้ดูแลเด็กต้องได้รับการพัฒนาต่อเนื่องระหว่างประจำการ อย่างน้อยปีละ 20 ชั่วโมง ตามเกณฑ์คุณสมบัติของครูผู้ดูแลเด็กตามเกณฑ์ตัวชี้วัดการประกันคุณภาพตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ
3. ระบบการจัดการข้อมูล ต้องมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลสำคัญตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงข้อมูล ปัญหา และหาแนวทางการตัดสินใจร่วมกันในการจัดการข้อมูล
4. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมีความสำคัญในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาเด็ก โดยต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็กร่วมกันตั้งแต่แรกเข้า ขณะรับบริการ จนสำเร็จการบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

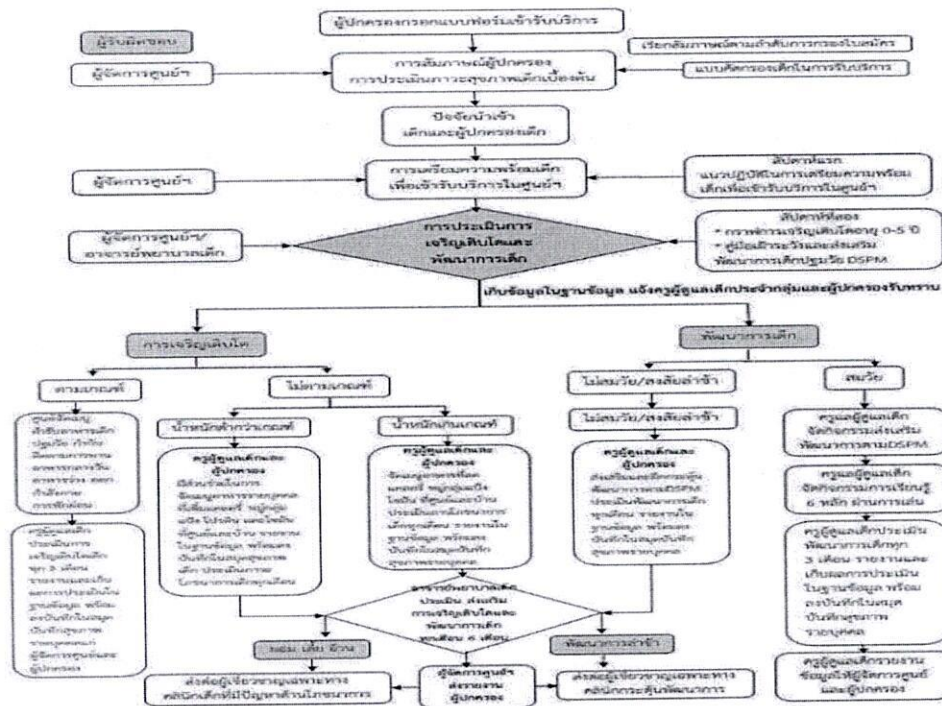
ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาเด็กไปปฏิบัติในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง (acting)

ตามที่คณะผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น เข้าร่วมประชุมเสวนากับผู้รับผิดชอบและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาเด็ก ได้แก่ ผู้ปกครองเด็ก กรรมการบริหารศูนย์เด็ก อาจารย์พยาบาลเด็ก ครูผู้ดูแลเด็ก และนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันถึงความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาเด็กไปปฏิบัติได้จริงในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลนครลำปาง โดยมีการกำหนดรูปแบบการดูแลเด็กเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาเด็กที่มีรายละเอียดขั้นตอนและมีผู้รับผิดชอบในการดูแลกำกับติดตามและรายงานผลเป็นระยะอย่างชัดเจนตลอดการรับบริการในศูนย์เด็ก ตั้งแต่การรับสมัครเด็กเข้ามารับบริการที่ศูนย์เด็ก เด็กและผู้ปกครองจะได้รับการ



ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

บริการเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการจากครูผู้ดูแลเด็ก โดยมีอาจารย์พยาบาลเด็กเป็นพี่ปรักษาควบคุมกำกับโดยผู้จัดการศูนย์เด็ก ร่วมกับคณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก เพื่อให้เด็กได้รับการส่งเสริมและพัฒนาการเหมาะสมกับวัยตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาปฐมวัยแห่งชาติ ตามรายละเอียดดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลเด็กเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก

อภิปรายผล

1. สถานการณ์การเจริญเติบโต พบว่า เด็กน้ำหนักไม่ตามเกณฑ์ ร้อยละ 35.00 ส่วนสูงไม่ตามเกณฑ์ ร้อยละ 7.50 รูปร่างไม่สมส่วน ร้อยละ 28.75 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Prommul, et al. (2018) ที่พบว่าเด็กมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 6.97 เริ่มอ้วน ร้อยละ 5.81 มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 1.16 ผอม ร้อยละ 1.16 สถานการณ์พัฒนาการเด็ก เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย ร้อยละ 46.25 ด้านพัฒนาการ พัฒนาการไม่สมวัยเพียง 1 ด้าน จำนวน 26 คน ร้อยละ 32.50 และมีพัฒนาการไม่สมวัยมากกว่ามากกว่า 1 ด้าน จำนวน 11 คน ร้อยละ 13.75 ซึ่งมีการศึกษาผลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็กวัย 2-5 ปี มีผลกระทบต่อการพัฒนาการ ในแต่ละด้าน คือ ด้านการเข้าใจภาษามากที่สุด (ร้อยละ 22.90) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (ร้อยละ 10.50) ด้านการเข้าใจภาษา (ร้อยละ 9.50) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (ร้อยละ 6.70) และด้านการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 3.80) ตามลำดับ (Chumprasert, Wiroonpanich, & Wattanasit, 2019)



2. รูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก มี 4 องค์ประกอบ

1. นโยบายการบริหารศูนย์เด็ก ต้องชัดเจน ในการถ่ายทอด กำกับ ขับเคลื่อนตัวชี้วัดการประกันคุณภาพตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ มีการทำงานระหว่างคณะกรรมการบริหารศูนย์เด็ก อาจารย์พยาบาลเด็ก ครูผู้ดูแลเด็ก ร่วมกับผู้ปกครอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jerajaturapornkul, Kosanpipat, & Srisurak, (2018) กล่าวว่า การบริหารจัดการศูนย์เด็ก ควรมีการบริหารงานให้เป็นระบบและชัดเจน สภาพแวดล้อมเอื้อต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ และมีกระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ส่งเสริมให้เด็กทุกคนได้รับการฝึกสุขนิสัยในการดูแลสุขภาพ และการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นอย่างสม่ำเสมอ

2. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรศูนย์เด็ก ในประเด็นการดูแลสุขภาพเด็ก ครูผู้ดูแลเด็กต้องได้รับการพัฒนาต่อเนื่องระหว่างประจำการ อย่างน้อยปีละ 20 ชั่วโมง ตามเกณฑ์ของครูผู้ดูแลเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pumpoo, (2019) กล่าวว่าศูนย์เด็กที่ทำให้เด็กเกิดคุณลักษณะระดับดีควรพัฒนาด้านการบริหาร ผู้บริหารควรจัดทำแผนงานและดำเนินงานอย่างเป็นระบบ กำหนดคุณสมบัติและอัตราส่วนของครูผู้ดูแลเด็กอย่างชัดเจน

3. ระบบการจัดการข้อมูล ต้องมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลสำคัญตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบถึงข้อมูล ปัญหา และหาแนวทางการตัดสินใจร่วมกันในการจัดการข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพ โดยศึกษาต้นแบบการใช้แอปพลิเคชันคุณลูก ในคลินิกสุขภาพเด็กดีกับผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กของ Aremit et al. (2020) กล่าวว่า ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กมีระดับความรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน โดยผู้ปกครองสามารถประเมินการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการได้รับภูมิคุ้มกันของเด็กได้สอดคล้องกับที่แพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขประเมิน และมีความสอดคล้องมากกว่าผู้ปกครองที่ใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กประเมินเกือบทุกด้าน มีข้อดีที่ใช้งานง่าย พกพาสะดวก ข้อมูลทันสมัย สามารถคัดลอกข้อมูลเพื่อเก็บสำรองข้อมูลไว้ใช้ได้

4. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมีความสำคัญในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็กร่วมกันตั้งแต่แรกเข้า ขณะรับบริการ จนสำเร็จการบริการที่ศูนย์เด็ก สอดคล้องกับหลักการจัดการศึกษาปฐมวัย ที่กระตุ้นให้ชุมชนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาความพร้อมของเด็กก่อนเข้าเรียน โดยได้รับความร่วมมือระหว่างองค์กรกับชุมชน ในการร่วมกันวางแผน ดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย ในการพัฒนาความพร้อมสำหรับเด็กอย่างทั่วถึง และให้การบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ (Nisarohj, 2018)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. สามารถนำรูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กไปใช้ตามมาตรฐานสถานศึกษาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ 2562 ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางอย่างเป็นรูปธรรม
2. การศึกษานี้อยู่ในชุมชนเมือง ควรขยายผลการศึกษาในชุมชนบริบทอื่น เช่น ชุมชนกึ่งเมือง ชุมชนชนบท เพื่อเกิดการสร้างเครือข่ายต่างๆ ภายในชุมชนรวมทั้งทำให้เกิดการพัฒนาและความยั่งยืนของรูปแบบ



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. สถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กก่อนวัยเรียน สามารถนำรูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนไปประยุกต์ใช้ในการจัดการศึกษาได้
2. การพัฒนาเชิงนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำรูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์เด็ก ไปกำหนดเป็นมาตรฐานแนวทางปฏิบัติของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้ครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กอย่างมีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Aremit, R., Saengnipanthkul, S., Lumbiganon, P., Sutra, S., & Sripanidkulchai, K. (2020). *Implementation of KhunLook Application: a Model for Health Supervision at Well Child Clinic*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI). (in Thai)
- Chumprasert, T., Wiroonpanich, W., & Wattanasit, P. (2019). Relationships between the use of electronic media and the development of children Aged 2-5 Years in Public Child Development Centers in Songkhla Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(2), 91-104. (in Thai)
- Jerajaturapornkul, P., Kosanpipat, S., & Srisurak, C. (2018). Guidelines for education development in early childhood level of Child Development Center attach to Chiang Dao sub-district administration organization to the standards of The National Child Care Center. *Phikanate Journal*, 14(2), 17-29. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2020). *Developmental Surveillance and Promotion Manual (DPSM)*. Nonthaburi: WVO officer of Printing Mill Press. (in Thai)
- National standard for early childhood development centers. (2019). *National Standard for Early Childhood Care, Development and Education Thailand*. Bangkok: National Early Childhood Development Board. (in Thai)
- Nisarajh, C. (2018). The satisfaction of the children guardians towards the early childhood center administration. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 3(1), 14-26. (in Thai)
- Preschool Development Center at Boromarajonani College of Nursing, Lampang. (2020). *Child development and growth assessment report*. Lampang: Boromarajonani College of Nursing, Lampang. (in Thai)
- Pumpoo, P. (2019). Operation educational for early childhood in Visnupat Child Development Center. *Online Journal of Education*, 14(2), 1-11. (in Thai)
- Prommul, J., Klerlhee, T., Perngyai, C., & Suwanwaphatthana, W. (2018). Nutritional status of pre-school children with participation of families and communities in muang Songkhla. *Journal of the Southern College of Nursing and Public Health Network*, 5(3), 169-185. (in Thai)
- Tapruk, S., Mukdakaseam, P., Seubnuch, J., & Jaturapornpoem, J. (2017). The study of caregivers and community participation about childcare factors to promotion of child growth and development on the Regional Health Promotion Centers 4 and 5. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 11(25), 21-42. (in Thai)



Perception, Attitudes, and Knowledge of Social Distancing Policy and the Effect on Social Distancing Behaviors, Psychological Health and Quality of Life in Lampang Population During COVID-19 Pandemic

Nongluck Tobunluepop^{*}, Theerarat Boonkuna^{**}, Budsarin Padwang^{**}, Jittavee Kiartsuwan^{**}

(Received March 24, 2021, Revised: May 4, 2021, Accepted: May 17, 2021)

Abstract

Regarding to the situation of COVID-19 pandemic, people may need to adapt their daily lives to confront the situation by creating a new normal behavior. In the state of changes of the usual behaviors and adaptation to a new normal, the changes may affect on physical health, mental health and as well as quality of life. This cross-sectional research aimed to study perception, attitudes, and knowledge of social distancing policy and its effect on social distancing behaviors, mental health, including depression, anxiety and stress and quality of life among people living in Lampang province. The data was collected via electronic form questionnaires with 432 samples. The instruments were demographic data and questionnaires which consisted of; 1) perception of social distancing policy 2) attitudes towards social distancing policy 3) knowledge of Disease and social distancing policy 4) social distancing behaviors 5) depression assessment 6) stress assessment 7) anxiety assessment and 8) quality of life assessment. Descriptive statistics and multiple regression analysis were used in data analysis.

The results showed that perception and knowledge towards COVID-19 disease and the social distancing policy were at high level (Mean= 25.22, S.D.= 4.48 and Mean= 8.54, S.D.= 1.17, respectively) whereas attitudes and practices towards social distancing policy were at medium level (Mean= 17.86, S.D.= 2.51 and Mean= 34.83, S.D.= 4.92, respectively). 9.5% of the samples were at risk of depression. Anxiety and stress were at low level (Mean= 6.86, S.D.= 4.93 and Mean= 3.49, S.D.= 3.36, respectively) and quality of life was at a good level (Mean= 98.62, S.D.= 14.94). A combination of perception and attitudes were significant predictors of 34.1% increasing practices towards social distancing policy ($p < .001$). In addition, perception was found to be a significant predictor of 11.8 percent increased quality of life ($p < .001$). Attitudes towards social distancing policy was a significant predictor of 8.6% decreasing anxiety and of 6.5% decreasing stress ($p < .001$).

Fostering perception and building a positive attitude towards social distancing policy will encourage behaviors to reduce the likelihood of COVID-19 infection and decrease mental health problems; anxiety and stress. Moreover, it may also help to improve a quality of life.

Keywords: Social Distancing; Mental Health; Quality of Life; COVID-19 disease

^{*} Public health scholar, Lampang Provincial Public Health Office

^{**} Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromrajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

¹ Corresponding author: theera19@hotmail.com



การรับรู้ ทักษะ และความรู้ต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมและผลต่อการปฏิบัติตัวตาม มาตรการ สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ในจังหวัดลำปาง ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

นงลักษณ์ โตบัณฑิตภพ*, ธีรรัตน์ บุญกุนะ**, บุศรินทร์ ผัดวง **, จิตตวีร์ เกียรติสุวรรณ**

(วันรับบทความ : 24 มีนาคม 2563, วันแก้ไขบทความ : 4 พฤษภาคม 2564, วันตอบรับบทความ : 17 พฤษภาคม 2563)

บทคัดย่อ

วิกฤตการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด-19) ทำให้ประชาชนต้องมีการปรับตัวรับสถานการณ์ จึงเป็นความพยายามที่บุคคลจะสร้างความเคยชินในพฤติกรรมใหม่ แต่ในระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการปรับตัวเข้าสู่ความเคยชินในพฤติกรรมใหม่นั้น อาจส่งผลกระทบต่อ สุขภาพกาย สุขภาพจิต ทักษะการใช้ชีวิตในสังคม และคุณภาพชีวิตได้ การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้ ทักษะ และความรู้ต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม และ 2) ศึกษาผลกระทบต่อการปฏิบัติตัวตามมาตรการ สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนในจังหวัดลำปาง จำนวน 432 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามประกอบด้วย 1) การรับรู้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม 2) ทักษะต่อมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม 3) ความรู้เกี่ยวกับโรคและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม 4) การปฏิบัติตัวตามแนวปฏิบัติของมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 6) แบบประเมินความเครียด 7) แบบประเมินความวิตกกังวล และ 8) แบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ ความรู้ต่อโรคและมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมอยู่ในการรับรู้ระดับมาก (Mean=25.22, S.D.=4.47 และ Mean=8.54, S.D.=1.17 ตามลำดับ) ส่วนทักษะต่อมาตรการและการปฏิบัติตัวตามมาตรการอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=17.86, S.D.=2.51 และ Mean= 34.83, S.D.=4.92 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.50 มีภาวะวิตกกังวลในระดับน้อย (Mean= 6.86, S.D.=4.93) มีภาวะความเครียดอยู่ในระดับน้อย (Mean=3.49, S.D.=3.36) และคุณภาพชีวิตระดับดี (Mean=98.62, S.D.= 14.94) การรับรู้และทักษะที่ร่วมกันทำนายทางบวกการปฏิบัติตัวตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม ร้อยละ 34.1 ($p<.001$) การรับรู้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมทำนายทางบวกต่อระดับคุณภาพชีวิต ร้อยละ 11.8 และทักษะต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมทำนายทางลบต่อสุขภาพจิตด้าน ความวิตกกังวล และความเครียด ร้อยละ 8.60 และ 6.50 ตามลำดับ

การสร้างเสริมการรับรู้และสร้างทักษะที่ต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมจะกระตุ้นการปฏิบัติตัวตามมาตรการที่จะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังสามารถลดแนวโน้มของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความเครียดได้

คำสำคัญ: การเว้นระยะห่างทางสังคม; สุขภาพจิต; คุณภาพชีวิต; โรคโควิด-19

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง, ผู้ประสานงาน: theera19@hotmail.com



บทนำ

โรคระบาดที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) เป็นต้น ซึ่งโรคโควิด-19 เป็นโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจในคน การเริ่มต้นการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 จากการพบผู้ป่วยรายแรกที่เมืองหูเป่ย์ มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีนเมื่อประมาณปลายปี พ.ศ. 2562 และมีการยืนยันการติดเชื้อจากคนไปสู่คน (Department of Disease Control, 2020) ทำให้การระบาดขยายวงกว้างพบผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อทุกทวีปทั่วโลก จนเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลกที่มีจำนวนผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคประมาณร้อยละ 4.60 (World Health Organization, 2020) สำหรับสถานการณ์การระบาดโควิดในประเทศไทย พบผู้ป่วยยืนยันรายแรกในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 และหลังจากนั้นเริ่มมีผู้ป่วยติดเชื้อ และเสียชีวิตจำนวนมากขึ้น สถานการณ์ในประเทศไทย ณ วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน 2,700 คน รายใหม่ 28 คน และเสียชีวิตจำนวน 47 คน ผู้ป่วยยืนยันกลุ่มเดินทางมาจากต่างประเทศและกักกันในพื้นที่รัฐกำหนด สะสมจำนวน 63 คน และผู้ป่วยเข้าเกณฑ์เฝ้าระวังสะสม จำนวน 37,529 คน และรายใหม่จำนวน 67 ราย และพบผู้ป่วยติดเชื้อสะสมที่กรุงเทพมหานครมากที่สุด รองลงมาที่จังหวัดภูเก็ต นครบุรีรัมย์ สุราษฎร์ธานี และยะลา ตามลำดับ (Department of Disease Control, 2020) รัฐบาลได้ออกประกาศข้อกำหนดแห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) ใช้บังคับทั่วประเทศ ห้ามประชาชนเข้าไปในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 ร่วมกับการใช้ข้อบังคับจากพระราชบัญญัติการควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อเป็นการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย และมีการกระจายอำนาจการควบคุมโรคภายในจังหวัดโดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด สถานการณ์โรคโควิด-19 ในจังหวัดลำปาง ศูนย์อำนวยการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดลำปางแถลงถึงการพบผู้ป่วยยืนยันรายแรก เมื่อวันที่ 3 เมษายน พ.ศ.2563 รวมจำนวน 3 ราย รายแรกเป็นผู้หญิงอายุ 57 ปี จากการสอบสวนโรคพบว่าผู้ป่วยมีการสัมผัสผู้ติดเชื้อจากคนในครอบครัวซึ่งมีประวัติเสี่ยงการสัมผัสผู้ติดเชื้อและเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด คือ กรุงเทพมหานคร เมื่อประชาชนในจังหวัดลำปางทราบถึงการมีผู้ติดเชื้อในพื้นที่ ส่วนใหญ่เริ่มเกิดความวิตกกังวลถึงความเสี่ยงของตนเองจากการที่มีผู้ติดเชื้อในพื้นที่ จังหวัดลำปาง ได้ยกระดับมาตรการด้านการป้องกันโรคโควิด-19 จากประกาศจังหวัดลำปางหลายฉบับ (Center of COVID-19 Situation Administration Lamphang, 2020) และใช้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) ในเชิงป้องกันร่วมกับมาตรการ การป้องกันอื่น ๆ เช่น การสวมหน้ากากอนามัยและล้างมือด้วยสบู่/เจลแอลกอฮอล์ เป็นต้น ด้วยมาตรการดังกล่าวทำให้ประชาชนต้องมีการ



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตท่ามกลางสถานการณ์วิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 แต่ยังไม่มียางานการศึกษาวิจัยในจังหวัดลำปางถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากการปรับตัวของประชาชนเพื่อรับกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change model/trans-theoretical model) ของโปรชาสกา เรดดิ้ง และเอฟเวอร์ส (Prochaska, Redding & Evers, 2015) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ใช้อธิบายหรือทำนายความสำเร็จและความล้มเหลวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ 1) ขั้นยังไม่พร้อมเปลี่ยนแปลง (pre-contemplation) เนื่องจากเห็นว่าพฤติกรรมนั้นยังไม่จำเป็นหรือยังไม่เห็นความสำคัญของปัญหา 2) ขั้นลังเลใจ (contemplation) รับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และคิดว่าน่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ยังคงไม่เริ่มปรับพฤติกรรมใดๆ เนื่องจากอาจจะยังกังวลกับผลลัพธ์ทางลบของการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น 3) ขั้นตัดสินใจเริ่มวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (preparation) เริ่มตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน เตรียมพร้อมสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (action) เริ่มปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะถือว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ก็ต่อเมื่อบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ 5) ขั้นกระทำอย่างต่อเนื่อง (maintenance) การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง จนเกิดพฤติกรรมใหม่ (new normal) และ 6) ขั้นการกลับไปทำพฤติกรรมเดิม (relapse) อาจเกิดหรือไม่เกิดก็ได้ แนวทางการนำแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปใช้ในการวิจัย โดยศึกษาว่าการรับรู้ต่อสถานการณ์ ความรู้ ทักษะและทักษะที่ใช้สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามมาตรการการเว้นระยะห่างหรือไม่ เมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ที่เป็นภัยคุกคามแก่ชีวิต และจะต้องพยายามปรับพฤติกรรมรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงดังเช่นสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ในความพยายามที่บุคคลจะสร้างความเคยชินในพฤติกรรมใหม่ หรือที่เรียกกันว่า New Normal ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกายในการคงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข แต่ในระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงตามทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการปรับตัวเข้าสู่ความเคยชินในพฤติกรรมใหม่นั้น อาจจะส่งผลกระทบต่อ สุขภาพกาย สุขภาพจิต วิถีคิด และทัศนคติต่อการใช้ชีวิตในสังคม และส่งผลกระทบโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในกลุ่มนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนกได้แก่ระดับการรับรู้และระดับของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 (Suwanaphant et al., 2020) การศึกษาของธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญและทักษิณี ชัชรรัตน์ (Glomjai, Kaewjiboon and Chachvarat, 2020) พบว่า ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 ประชาชนในเขตตำบลบ้านสา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

และความรู้ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอีกด้วย นอกจากนี้การศึกษาของธีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยภมร มหิวรรณ (Tossawat and Mahiwan, 2020) พบว่า การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนโดยภาพรวม ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะทำให้ประชาชนได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ให้น้อยที่สุด ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมประกอบด้วย 9 ด้านได้แก่ 1) ด้านสังคม 2) ด้านสาธารณสุข 3) ด้านเศรษฐกิจและสังคม 4) ด้านการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักและมาตรการเสริมสำหรับพื้นที่ ใช้มาตรการการควบคุมกิจกรรมดำเนินงานเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิต 5) ด้านมาตรการเชิงรุกในการเฝ้าระวังและป้องกันกลุ่มเสี่ยงสำคัญ 6) ด้านการกำกับติดตามมาตรการผ่อนปรนกิจการและกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 7) ด้านมาตรการการป้องกันผลกระทบโรคโควิด-19 8) ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงาน และ 9) ด้านพฤติกรรมมาตรฐานวิถีชีวิตใหม่ (new normal) ภายหลังการระบาดของโรค คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงการปฏิบัติตัวตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม “Social Distancing” และผลของการปฏิบัติตัวต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ในจังหวัดลำปาง ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนในการพัฒนาแนวทางและรูปแบบในการดูแลสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดลำปางที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และการที่จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม “Social Distancing” รวมถึงการเตรียมความพร้อมของประชาชนในการที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ต่อการระบาดของโรคที่จะเกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในระยะยาว

วัตถุประสงค์

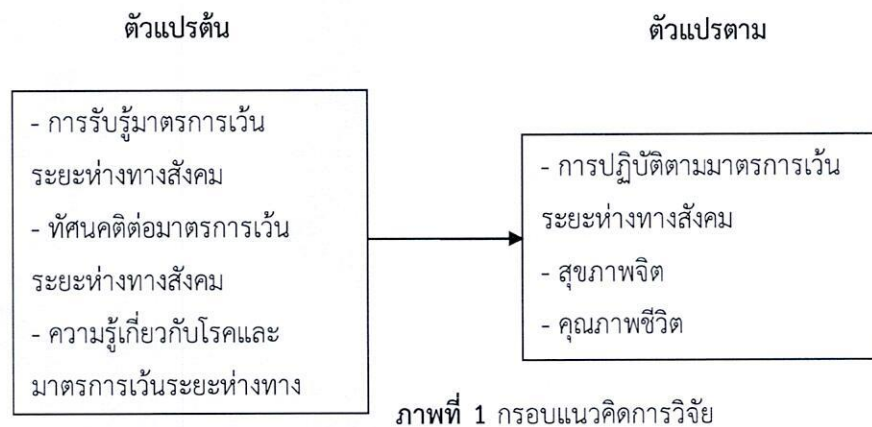
1. เพื่อศึกษาการรับรู้ทัศนคติและความรู้ต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) และปฏิบัติตามมาตรการของประชาชนในจังหวัดลำปางในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19
2. เพื่อศึกษาผลกระทบของการรับรู้ทัศนคติและความรู้ต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) ที่มีต่อการปฏิบัติตัวตามมาตรการ สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดลำปางในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

ขอบเขตการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytical research) แบบตัดขวาง (cross-sectional study) ศึกษาถึงการปฏิบัติตัวตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) และผลกระทบของการปฏิบัติตัวตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social Distancing) ต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนในช่วงการระบาดของ COVID-19 โดยศึกษาในกลุ่มประชากรในจังหวัดลำปางที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย เดือน เมษายน – กันยายน พ.ศ.2563



กรอบแนวคิดการวิจัย



นิยามศัพท์เฉพาะ

มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) หมายถึง นโยบายการรักษาระยะห่างเพื่อช่วยลดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อหรือการติดต่อของเชื้อโคโรนาไวรัส COVID-19 ที่แพร่กระจายเชื้อผ่านทางละอองฝอยจากการไอหรือจามจากผู้ที่เป็นพาหะ

การรับรู้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ การรู้จักมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม โดยการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ

ทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม อาจจะเป็นความคิดเห็นที่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย หรือเป็นกลาง

ความรู้เกี่ยวกับโรคและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ความรู้ ความเข้าใจที่สั่งสมมาจากการศึกษาข้อมูล ประสบการณ์และทักษะต่างๆเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม

การปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมการรักษาระยะห่างเพื่อช่วยลดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อหรือการติดต่อของเชื้อโคโรนาไวรัส COVID-19 ที่แพร่กระจายเชื้อผ่านทางละอองฝอยจากการไอหรือจามจากผู้ที่เป็นพาหะ

สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะทางจิตใจ อารมณ์ และความคิด ที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับช่วงที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติตัวมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม โดยในการวิจัยครั้งนี้ การ



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ประเมินสุขภาพจิตประกอบด้วย 3 ส่วนคือ การประเมินภาวะซึมเศร้า (depression) ความวิตกกังวล (anxiety) และ ภาวะความเครียด (stress)

คุณภาพชีวิต หมายถึง คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมในเวลานั้นๆ และมีความสัมพันธ์กับจุด มุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ตามความหมายที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย 4 มิติ ดังนี้ 1) มิติด้านสุขภาพกาย (physical) 2) มิติด้านสุขภาพจิต (psychological) 3) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และ 4) มิติด้านสภาพแวดล้อม (environmental)

สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 หมายถึง สถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจจากเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 ซึ่งต่อมามีการระบาดใหญ่ให้ชื่อว่า COVID-19 ซึ่งย่อมาจาก Corona virus Disease starting in 2019 เป็นสถานการณ์ที่อยู่ในช่วงระยะเวลาที่ประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการระบาด และมีการประกาศพระราชกำหนดทั่วประเทศ และประกาศมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมช่วงที่มีการระบาด ในการศึกษาครั้งนี้เป็นสถานการณ์การระบาดในช่วงเดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2563

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนในจังหวัดลำปางที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 737,493 คน (ข้อมูลประชากรกลางปี 1 กรกฎาคม 2562 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการของ Taro Yamane' (1973) ได้กลุ่มตัวอย่าง 400 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียจากการตอบแบบสอบถาม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคครั้งนี้เท่ากับ 440 คน และสุ่มเลือกตัวแทนกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ Multi-stage sampling เลือกสุ่มโดยการจับสลากตัวแทน 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต่อ 1 อำเภอ จากนั้นสุ่มเลือก 1 หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. และสุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนครัวเรือนของหมู่บ้านๆ ละประมาณ 30 - 35 คนจากทั้งหมด 13 อำเภอ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 7 ส่วนเป็นแบบประเมินที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์คือ (google form) มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเปลี่ยนแปลงของรายได้ช่วงการระบาดของโรค

2. แบบสอบถามการรับรู้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ rating scale 1 (รับรู้น้อยที่สุด) ถึง 5 (รับรู้มากที่สุด)

**การแปลผล**

ระดับการรับรู้มาก	24.00 - 30.00 คะแนน (80% ขึ้นไป)
ระดับการรับรู้ปานกลาง	21.00 - 23.99 คะแนน (70 - 79.99%)
ระดับการรับรู้ต่ำ	6.00 - 20.99 คะแนน (น้อยกว่า 70%)

3. แบบสอบถามทัศนคติต่อมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ rating scale 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด)

การแปลผล

ทัศนคติระดับมาก	20.00 - 25.00 คะแนน (80% ขึ้นไป)
ทัศนคติระดับปานกลาง	17.50 - 19.99 คะแนน (70 - 79.99%)
ทัศนคติระดับต่ำ	5.00 - 17.49 คะแนน (น้อยกว่า 70%)

4. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบถูก - ผิด ข้อละ 1 คะแนน

การแปลผล

ความรู้ระดับมาก	8.00 - 10.00 คะแนน (80% ขึ้นไป)
ความรู้ระดับปานกลาง	7.00 - 7.99 คะแนน (70 - 79.99%)
ความรู้ระดับต่ำ	0.00 - 6.99 คะแนน (น้อยกว่า 70%)

5. แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ rating scale 1 (ไม่ปฏิบัติตามเลย) ถึง 5 (ปฏิบัติตามทุกครั้ง)

การแปลผล

การปฏิบัติตามระดับมาก	36.00 - 45.00 คะแนน (80% ขึ้นไป)
การปฏิบัติตามระดับปานกลาง	31.50 - 35.99 คะแนน (70 - 79.99%)
การปฏิบัติตามระดับต่ำ	9.00 - 31.49 คะแนน (น้อยกว่า 70%)

การแปลผลค่าคะแนนของเครื่องมือลำดับที่ 2-5 ใช้เกณฑ์การอ้างอิงตามหลักการวัดและประเมินผลของบลูม (Bloom, 1971)

6. แบบประเมินสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินมาตรฐานจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

6.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มี (1) - ไม่มี (0)

การแปลผล

1. ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
2. ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q



6.2 แบบประเมินความเครียดจำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบ rating scale ตั้งแต่ 0 (ไม่มีเลย) ถึง 3 (เป็นประจำ)

การแปลผล

เครียดมากที่สุด	10-15 คะแนน
เครียดมาก	8-9 คะแนน
เครียดปานกลาง	5-7 คะแนน
เครียดน้อย	0-4 คะแนน

6.3 แบบประเมินความวิตกกังวล 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบ rating scale ตั้งแต่ 0 (ไม่มีเลย) ถึง 3 (เกือบทุกวัน) แบ่งความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลออกเป็น 3 ระดับ

การแปลผล

วิตกกังวลมาก	15-21 คะแนน
วิตกกังวลปานกลาง	8-14 คะแนน
วิตกกังวลน้อย	0-7 คะแนน

7. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL – BREF – THAI) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตภาษาไทยฉบับย่อของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 26 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบ rating scale ตั้งแต่ 0 (ไม่มีเลย) ถึง 5 (มากที่สุด)

การแปลผล

คุณภาพชีวิตที่ดี	96-130 คะแนน
คุณภาพชีวิตปานกลาง	61-95 คะแนน
คุณภาพชีวิตไม่ดี	26-60 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน โดยกำหนดความพ้องกันในทุกข้อคำถาม และแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence, IOC) โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเฉพาะ เครื่องมือลำดับที่ 1-4 เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือทั้ง 4 ส่วนได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ทุกข้อ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าคงที่ภายใน (internal consistency) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ในกลุ่มตัวแทนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลนครลำปางจำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.86 (การรับรู้), 0.92 (ทัศนคติ), 0.88 (การปฏิบัติ), 0.93 (สุขภาพจิตด้านความเครียด), 0.96 (สุขภาพจิตด้านความวิตกกังวล) และ 0.95 (คุณภาพชีวิต) และแบบสอบถามความรู้ใช้ค่าความเชื่อมั่นจาก KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.72



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยการคำนวณหาค่าสถิติเบื้องต้นด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติในการวิเคราะห์ผลกระทบของการปฏิบัติตัวตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) ต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (regression analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยเข้ารับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ E 2563-084 เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 เมื่อได้รับอนุญาตการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการสุ่มเป็นพื้นที่การเก็บข้อมูล และอธิบายวัตถุประสงค์และเอกสารการยินยอมเข้าร่วมวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจจะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อร่วมเข้าโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากโครงการวิจัย สามารถกระทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูล จะไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยวิเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่าง 432 คนคิดเป็น ร้อยละ 98.18 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ มีผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชายโดยเป็นเพศหญิง จำนวน 260 คน (ร้อยละ 60.19) และเพศชายจำนวน 172 คน (ร้อยละ 39.81) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 47.16 (S.D. 11.45) โดยที่ร้อยละ 58.57 ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 61.35 ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 45.38 มีอาชีพเกษตรกร รองลงมาคือ ประกอบอาชีพส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 15.28 ร้อยละ 53.93 มีรายได้ระหว่าง 5,000 - 15,000 บาท/เดือน และร้อยละ 66.43 มีรายได้ลดลงในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง (n = 432)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Mean	S.D.
1. เพศ				
ชาย	172	39.81		
หญิง	260	60.19		
2. อายุ (ปี)				
20 – 29	47	10.88	47.16	11.45
30 – 39	93	21.53		
40 – 49	133	30.79		
50 – 59	120	27.78		
60 ปีขึ้นไป	39	9.02		
3. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	97	22.45		
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	265	61.35		
ปริญญาตรี	69	15.97		
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.23		
4. รายได้ (ต่อเดือน)				
น้อยกว่า 5,000	155	35.88		
5,001 – 10,000	102	23.61		
10,001 – 15,000	131	30.32		
มากกว่า 15,000	44	10.19		
5. อาชีพ				
เกษตรกร	196	45.38		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	36	8.33		
พนักงานบริษัท/เอกชน	34	7.87		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	66	15.28		
รับจ้างทั่วไป	30	6.94		
อื่นๆ (เช่น แม่บ้าน,ว่างงาน)	70	16.20		



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง (n = 432) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Mean	S.D.
6. การเปลี่ยนแปลงของ				
รายได้ช่วงการระบาดของโรค				
รายได้ตามปกติ	72	16.67		
รายได้มากขึ้น	5	1.16		
รายได้ลดลง	287	66.43		
ไม่มีรายได้เลย	68	15.74		

2. ระดับการรับรู้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ทักษะคิดต่อมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับมากได้แก่ การรับรู้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Mean=25.22, S.D. =4.47) และความรู้เกี่ยวกับโรคและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Mean=8.54, S.D.= 1.17) ส่วนทักษะคิดต่อมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=17.86, S.D.=2.51) และ (Mean=34.83, S.D.=4.92) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการรับรู้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ทักษะคิดต่อมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (n = 432)

หัวข้อ	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	Mean	S.D.	ระดับ
1. การรับรู้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม	6	30	25.22	4.47	มาก
2. ทักษะคิดต่อมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม	9	25	17.86	2.51	ปานกลาง
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม	4	10	8.54	1.17	มาก
4. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม	13	44	34.83	4.92	ปานกลาง



3. การประเมินด้านสุขภาพจิต 3 ด้านได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล และการประเมินคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) ร้อยละ 97.91 และมีกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.08 2) ผลการประเมินด้านความเครียด พบว่า ประเมินครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 51.85) มีภาวะเครียดอยู่ในระดับน้อย และรองลงมาคือภาวะเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 32.18 และภาพรวมของภาวะเครียดอยู่ในระดับน้อย (Mean=3.49, S.D.= 3.36) 3) ผลการประเมินด้านความวิตกกังวล พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.06 มีภาวะความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย เช่นเดียวกับ ภาพรวมของภาวะความวิตกกังวลที่อยู่ในระดับน้อย (Mean= 6.86, S.D.= 4.93) และ 4) การประเมินด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50.00 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับ ภาพรวมของคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (Mean=89.62, S.D.=14.94) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การประเมินด้านสุขภาพจิต 3 ด้านได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล และการประเมินคุณภาพชีวิต (n = 432)

หัวข้อ	จำนวน (ร้อยละ)				Mean	S.D.	ระดับ (ภาพรวม)
ด้านสุขภาพจิต							
	ปกติ		มีภาวะเสี่ยง				
1.ภาวะซึมเศร้า	423(97.91)		9 (2.08)				
	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
2.ความเครียด	224(51.85)	139(32.18)	28(6.48)	41(9.49)	3.49	3.36	น้อย
	น้อย	ปานกลาง	มาก				
3.ภาวะความวิตกกังวล	307(71.06)	75(17.36)	50 (11.57)		6.86	4.93	น้อย

ตารางที่ 3 การประเมินด้านสุขภาพจิต 3 ด้านได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล และการประเมินคุณภาพชีวิต (n = 432) (ต่อ)

หัวข้อ	จำนวน (ร้อยละ)			Mean	S.D.	ระดับ (ภาพรวม)
ด้านคุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
	22 (5.09)	194 (44.91)	216 (50.00)	98.62	14.94	ดี



4. ผลของการรับรู้ ทักษะและความรู้ต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ที่มีต่อการปฏิบัติตัวตามมาตรการ สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้และทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมร่วมกันทำนายการปฏิบัติตัวตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมร้อยละ 34.10 ($r^2 = .341, P < .001$) 2) ทักษะต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม ทำนายทางลบต่อสุขภาพจิตด้านความวิตกกังวล ร้อยละ 8.60 ($r^2 = .086, P < .001$) หมายถึงค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นของทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้ทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมยังทำนายทางลบต่อสุขภาพจิตด้านความเครียด ร้อยละ 6.50 ($r^2 = .065, P < .001$) หมายถึงค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นของทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้ระดับความเครียดลดลง และ 3) การรับรู้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมทำนายคุณภาพชีวิต ร้อยละ 11.80 ($r^2 = .118, P < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4 - 7

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายผลของการรับรู้ และทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวตามมาตรการ (n = 432)

ตัวแปร	B	SEb	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	12.55	1.74		7.21	<.001***
การรับรู้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม	.378	.053	.344	7.18	<.001***
ทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม	.713	.094	.364	7.59	<.001***

$$F_{(2,429)} = 85.27, r^2 = .341, ***p < .001$$

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายผลของทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมต่อสุขภาพจิตด้านความวิตกกังวล (n = 432)

ตัวแปร	B	SEb	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	14.197	1.867		7.606	<.001***
ทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม	-.578	.103	-.294	-5.589	<.001***

$$F_{(1,430)} = 31.24, r^2 = .086, ***p < .001$$



ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายผลของทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมต่อสุขภาพจิตด้านความเครียด ($n = 432$)

ตัวแปร	B	SEb	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	9.585	1.284		7.466	<.001***
ทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม	-.341	.071	-.255	-4.797	<.001***

$$F_{(1,430)} = 23.011, r^2 = .065, ***p < .001$$

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายผลของการรับรู้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมต่อคุณภาพชีวิต ($n = 432$)

ตัวแปร	B	SEb	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	62.664	4.411		14.207	<.001***
การรับรู้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม	1.148	.172	.334	6.667	<.001***

$$F_{(1,430)} = 44.447, r^2 = .118, ***p < .001$$

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้และทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมมีผลทางบวกกับการปฏิบัติตัวตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม ได้แก่ การไม่อยู่ใกล้ชิดกันหรือการเว้นระยะห่างทางกายภาพอย่างน้อย 1-2 เมตร ไม่รวมตัวกันในสถานที่ชุมชนแออัด หลีกเลี่ยงการใช้ภาชนะและอุปกรณ์รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น หลีกเลี่ยงการเดินทางด้วยขนส่งที่มีคนแออัด ใช้การติดต่อสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์หรือโทรศัพท์เคลื่อนที่ การงานจากที่บ้าน เป็นต้น หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้และทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมที่เพิ่มขึ้นจะเป็นผลทำให้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) ของ โรเซนสต็อกและคณะ (Rosenstock et al. 1988) ที่ได้กล่าวถึงปัจจัยทางด้านการรับรู้และปัจจัยร่วมไว้ 7 ปัจจัยดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกิดโรค (perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับและค่าใช้จ่าย และรับรู้อุปสรรค (perceived benefits and costs, barriers) 4) การรับรู้ภาวะคุกคาม (perceived threat) 5) สิ่งจูงใจกระตุ้นให้ปฏิบัติ (cues to action or health motivation) 6) ปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้อง (modifying factors) และ 7) การรับรู้



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลมักจะแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันผลกระทบอันที่จะเกิดกับสุขภาพของตนเอง ดังนั้นการรับรู้และความเชื่อของบุคคลต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม รับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ จะส่งผลจูงใจทำให้บุคคลตัดสินใจแสดงพฤติกรรมปฏิบัติตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมเพื่อป้องกันไม่让自己ตนเองได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของภวัญญ์ ลิ้มตระกูล (Limtrakoon, 2020) ที่ศึกษากรณีศึกษาการระบาดของโรคโควิด-19 จากจีนแผ่นดินใหญ่สู่ประเทศไทยที่ผลการวิจัยระบุว่าผลกระทบของการแพร่กระจายโรคโควิด-19 เกี่ยวข้องกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารถึงภาวะเสี่ยงของประชาชนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในสังคม โดยเฉพาะการสร้างมาตรการการดำเนินวิถีชีวิตใหม่ที่ถือปฏิบัติกันทั่วโลกคือการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing)

นอกจากนี้ทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างสังคมมีผลทางลบกับสุขภาพจิต 2 ด้าน ได้แก่ ความเครียดและความวิตกกังวล หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างสังคมที่ดีขึ้นจะเป็นผลให้สุขภาพจิตด้านความเครียดและความวิตกกังวลลดลง กรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2021) ข้อมูลสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่นการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นธรรมดาที่บุคคลมักจะเกิดความเครียด ความวิตกกังวลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากภาวะความเครียดเป็นกลไกโดยธรรมชาติที่จะช่วยให้บุคคลมีการวางแผนเตรียมรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ความเครียดและความวิตกกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อาจเกิดได้จากกลไกการติดเชื้อ กังวลกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ในแต่ละวัน ความเครียดจากการที่ไม่รู้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดจะยาวนานแค่ไหน เป็นต้น ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างสังคมระดับปานกลาง และระดับความเครียดและความวิตกกังวลก็อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ อาจจะเป็นผลมาจากความเชื่อมั่นต่อมาตรการการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ของจังหวัดลำปางที่สามารถควบคุมให้ผู้ติดเชื้ออยู่ในระดับสีเหลือง (มีผู้ติดเชื้อน้อยกว่า 10 ราย) ได้ ทำให้สถานการณ์การแพร่ระบาดในจังหวัดไม่อยู่ในระยะรุนแรงที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ และทัศนคติที่มองว่ามาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมที่หมายถึง การปฏิบัติตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม เช่น การล้างมือ กินร้อน ช้อนกลาง อยู่ห่างกัน 1-2 เมตร การสวมหน้ากากอนามัยไม่ได้เป็นเรื่องยุ่งยากต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และยังสามารถช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ได้อีกทาง เมื่อบุคคลเกิดความเชื่อมั่น มีการรับรู้ติดตามข่าวสารอย่างสม่ำเสมอส่งผลทำให้ระดับของปัญหาสุขภาพจิตด้านความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับที่ต่ำ

การรับรู้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมยังเป็นปัจจัยทำนายเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิต ถึงแม้ว่าโดยภาพรวมวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จะส่งผลกระทบต่อประชาชนเป็นจำนวนมากไม่ว่าจะเป็นผลกระทบจากความรุนแรงของโรคโดยตรงหรือผลจากมาตรการในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ทำให้เกิดการ



เปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต และก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาด้านสุขภาพจิต ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมยังเป็นปัจจัยทำนายต่อคุณภาพชีวิต หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ การแสดงออกถึงความรู้ การรู้จักมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม โดยการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ นำไปสู่การปฏิบัติตามมาตรการมากขึ้นเป็นผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้คุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับดี อาจจะเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้รับการสนับสนุน การช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน จนถึงความร่วมมือจากภาคส่วนราชการในการเยียวยา และบรรเทาความเดือดร้อนด้วยมาตรการต่างๆ เช่น การจ่ายเงินเยียวยาช่วยเหลือในการดำรงชีวิตผ่านโครงการต่างๆ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการช่วยเหลือผู้เดือดร้อนผ่านโครงการ “ตู้ปันสุข” และการออกมาตรการที่เข้มงวดตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงการปฏิบัติในระดับชุมชน ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคทำให้ประชาชนมีความมั่นใจในการดำรงชีวิตที่ปลอดภัยจากการแพร่กระจายของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยภรณ์หิวรรณ (Tossawat and Mahiwan, 2020)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า การรับรู้และทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม จะเป็นตัวแปรหลักที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม และยังลดปัญหาสุขภาพจิตด้านความเครียดและความวิตกกังวลและยังส่งผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอีกด้วย ดังนั้นผู้วิจัย มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. การให้คำปรึกษาของบุคลากรทางสุขภาพโดยเน้นการสร้างแนวทางหรือกระบวนการการรับรู้และมีทัศนคติที่ดีเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่างๆที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตจะช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น รวมถึงการปรับตัวเพื่อรับผลกระทบในระยะยาวของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19
2. การสร้างนโยบายที่อาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆและภาคประชาชนในการช่วยเหลือดูแล และเปิดช่องทางการสื่อสารให้ประชาชนได้รับรู้ และสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงสู่การดำเนินวิถีชีวิตใหม่จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตรวมถึงการร่วมกันในการปฏิบัติตามวิถีชีวิตใหม่เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
3. ด้านนโยบาย ควรมีการกำหนดมาตรการและแนวปฏิบัติในการลดแนวโน้มของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความเครียด



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางที่ได้ให้การสนับสนุนทุนวิจัยและประสานงานพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- Bloom B, S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw - Hill.
- Center of COVID- 19 Situation Administration, Lampang. (2020) . *Center of COVID- 19 situation administration, Lampang*. (online) Retrieved 1 April, 2020 from <http://www.lampang.go.th/covid19/>
- Department of Disease Control. (2020). *Coronavirus disease 2019*. (online) Retrieved 17 April, 2020 from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- Department of Mental Health. (2021). *Stress management and preparation for COVID-19*. (online) Retrieved on 26 February, 2021 from <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30561>
- Glomjai, T., Kaewjiboon, J., & Chachvarat, T. (2020). Knowledge and behavior of people regarding self-care prevention from novel coronavirus 2019 (COVID-19). *Journal of nursing, public health, and education*, 21(2): 29 – 39. (in Thai)
- Limtrakoon, P. (2020). Rethinking Connectivity: A case study of COVID-19 outbreak from China to Thailand. *Thai journal of east asian studies*, 24(2): 74 – 93. (in Thai)
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2015). The transtheoretical model and stage of changes. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds). *Health behavior theory, research and practice* (pp. 125 – 148). Jossey-Bass.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., & Becker, M.H. (1988). Social learning theory and health belief Model. *Health education quarterly*, 15(2): 175 – 183.
- Suwanaphant, K., Seedaket, S., Vonok, L., et al. (2020). Factors associated with stress due to corona virus disease 2019 (COVID-19) pandemic among students of the Faculty of Public Health



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute. *Journal of health science research*, 14(2): 138 – 148. (in Thai)

Tossawat, P. & Mahiwan, P. (2020). The development of social quality of life of people and the prevention of the spreading of coronavirus infectious disease (COVID – 19). *Journal of MCU Nakhondhat*, 7(9): 40 – 55. (in Thai)

World Health Organization. (2020). *WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard*. (online) Retrieved 6 May, 2020 from <https://covid19.who.int/table>

Yamane, T. (1973). *Statistic: An Introductory Analysis*. 3rd Eds. New York: Harper & row.