

วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

The Journal of Health Promotion and Environmental Health
Regional Health Promotion Center 11 Nakhon Si Thammarat

ISSN 3027-611X

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – สิงหาคม 2568 (Vol.2 No.3, May – August 2025)



กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช



ส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

สารจากผู้บริหาร



นายแพทย์สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบอภิบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งผลักดันบุคลากรให้มีสมรรถนะและทักษะ ที่หลากหลาย ทั้งด้านการกิจหลัก และการพัฒนาผลงานทางวิชาการ รวมทั้งการพัฒนาและยกระดับให้ศูนย์อนามัยเป็นหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ภายใต้กลไกการขับเคลื่อนการพัฒนาผลงานวิชาการ และนวัตกรรม สร้างเครือข่ายนักวิจัย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานทางวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ

ดังนั้นศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช ภายใต้สังกัดกรมอนามัย โดยกลุ่มพัฒนานักวิจัย นวัตกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ดำเนินการจัดทำ “วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช” ขึ้น เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่บทความวิจัยบทความวิชาการ และเป็นแหล่งสารสนเทศทางการศึกษา วิจัย ค้นคว้า องค์ความรู้ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษา ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ให้นักวิจัยและผู้สนใจได้นำไปใช้ในการพัฒนางานให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนและภาคีเครือข่ายต่อไป

ทางเราหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสังคมและประเทศ รวมทั้งเป็นการจูงใจให้ท่าน ได้มีการพัฒนาผลงานวิจัยและผลงานวิชาการต่อไปในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิวารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

ที่ปรึกษา	
-----------	--

นพ.สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
พญ.วรลักษณ์ ศิริรินทร์นัท	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข)

ผู้ทรงคุณวุฒิ	
---------------	--

1. รศ.ดร.จรวัย สุวรรณบำรุง	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
2. รศ.ดร.สัณห์ชัย ไชยวงศ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3. รศ.ดร.จำนงค์ ณะภพ	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
4. รศ.ดร.ศศิธร ณะภพ	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
5. รศ.ดร.นิรชร ชูดีพัฒนา	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
6. ผศ.ดร.พิมาน อีระรัตนสุนทร	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
7. ผศ.ดร.จิรา คงปราม	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
8. ผศ.ดร.อุไรวรรณ หมัดอำดัม	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
9. ผศ.ดร.จันจิรา มหาบุญ	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
10. ผศ.ดร.จรัสภรณ์ นวนมุสิก	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
11. ดร.สิทธิพร เพชรทองขาว	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
12. ดร.วิเชียร ไทยเจริญ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
13. ดร.ไพสิฐ บุญยะกวี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
14. ดร.สุรชาติ โกยตุลย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
15. ดร.ภญ.ศรีสุดา ศิลาโชติ	โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
16. ดร.อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
17. พ.ต.หญิง ดร.เบญจมาภรณ์ ฮั่วเจียม	โรงพยาบาลค่ายชิวราวุธ นครศรีธรรมราช
18. ดร.ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
19. ดร.วันชัย เยี่ยงกุลเชาว์	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
20. ดร.เปรมยุดา นาครัตน์	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
21. ดร.อาริตา สมุห์นวล	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
22. ดร.เกษมศักดิ์ จันดี	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
23. ดร.แสงโสม ศิริพานิช	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ต่อ)	
---------------------	--

23. อ.ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
24. อ.นอรีนี ทะหาวา	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
25. อ.ธัญญ์นลิน ไกรนรา	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
26. อ.สีตา ฤทธิธำธรรม	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
27. อ.หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
28. อ.สุวรรณา แซ่ฮ่วย	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

บรรณาธิการ	
------------	--

ดร.ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
------------------------	---------------------------------

กองบรรณาธิการ	
---------------	--

ดร.ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
ดร.อารिता สมุห์นวล	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
ดร.เปรมยุดา นาครัตน์	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

คำแนะนำการเตรียมและหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับ (Author's Guidelines)

วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช เป็นวารสารเพื่อรองรับการเผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อนำผลงานวิชาการไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไข ปรับปรุง พัฒนาและโดยมุ่งหวังในการส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดี ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

การจัดทำต้นฉบับสำหรับเผยแพร่บทความ มีรายละเอียดดังนี้

1. บทความวิจัย (Research Article)

บทความควรพิมพ์ในโปรแกรม MS Word (ไม่รับบทความที่เป็นรูปแบบ pdf) ความยาวของบทความไม่เกิน 15 หน้ากระดาษขนาด A4 (ตั้งค่าขอบกระดาษ ด้านบนและด้านซ้ายกำหนดขอบที่ 3 ซม. ส่วนด้านขวาและด้านล่างกำหนดขอบที่ 2 ซม.) พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK เอกสารอ้างอิงจำนวน 10-15 รายการ และบทความต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือใดมาก่อน (ศึกษารายละเอียดตามที่แนบไว้)

1.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่) พิมพ์ด้วยตัวหนา ขนาดอักษร 18 Point วางไว้หน้าแรกตรงกลาง

1.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่) พิมพ์ด้วยตัวหนา ขนาดอักษร 16 Point วางไว้หน้าแรกตรงกลาง ได้ชื่อเรื่อง ระยะห่างระหว่างบรรทัด 16 Point ระบุเป็นดอกจันทน์

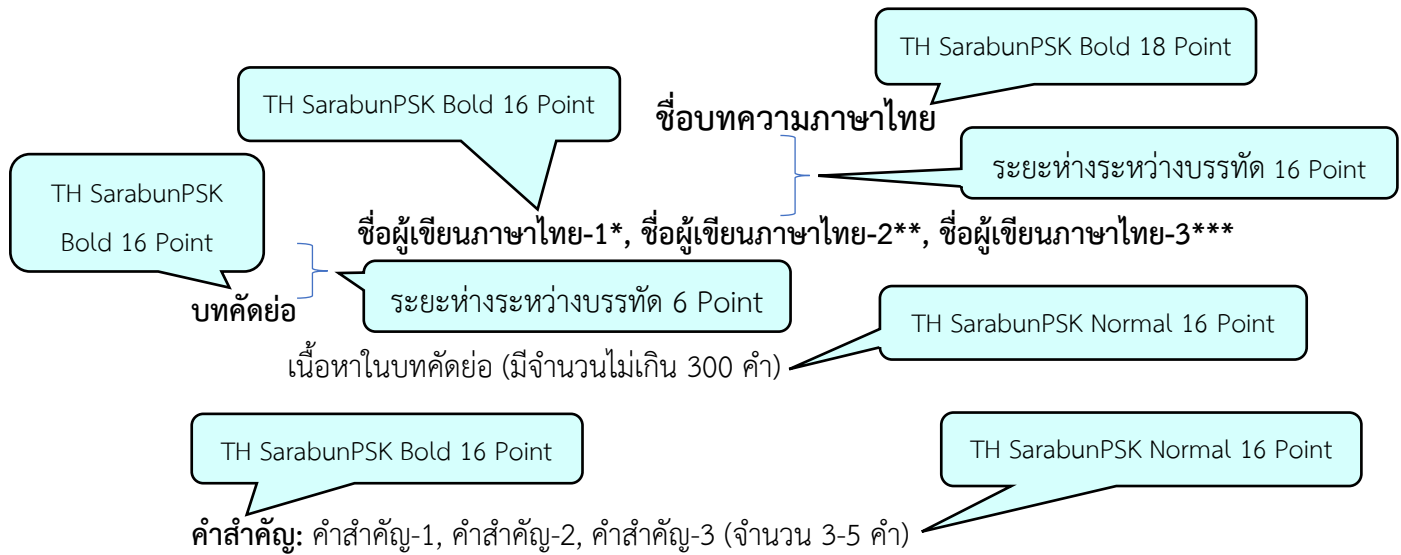
1.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 300 คำ ตอบบทคัดย่อ

1.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

1.5 การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้วางชิดขอบด้านซ้าย พิมพ์ด้วยตัวหนา ขนาดอักษร 16 Point

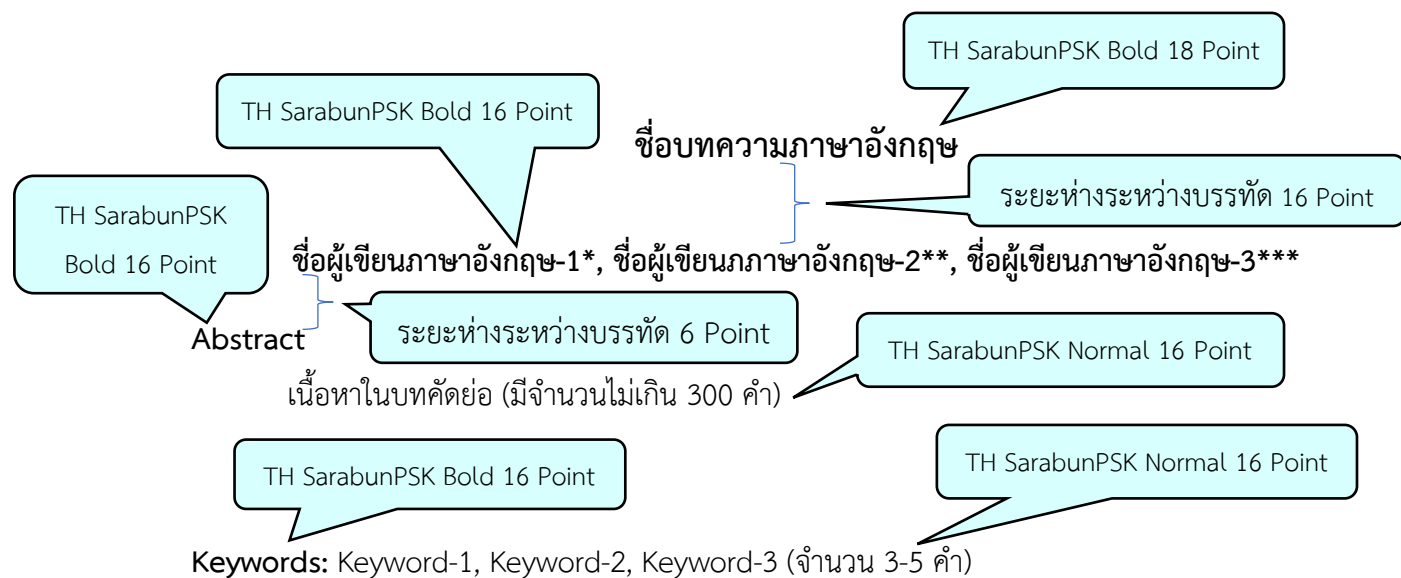
1.6 การใช้ตัวเลข คำย่อ และวงเล็บ กำหนดให้ใช้เลขอารบิก และใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น

บทความวิจัย ให้เรียงลำดับเนื้อหา ดังต่อไปนี้



- * ข้อมูลผู้เขียน-1 เช่น ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ฯลฯ ที่ต้องการให้แสดงในบทความ และ Email
** ข้อมูลผู้เขียน-2 เช่น ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ฯลฯ ที่ต้องการให้แสดงในบทความ และ Email
*** ข้อมูลผู้เขียน-3 เช่น ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ฯลฯ ที่ต้องการให้แสดงในบทความ และ Email

TH SarabunPSK
Normal 14 Point



- *Author-1's Profile
**Author-2's Profile
***Author-3's Profile

TH SarabunPSK Normal 14 Point

ตัวอย่างการเขียนบทความวิจัย

ชื่อบทความภาษาไทย

ชื่อผู้เขียนภาษาไทยคนที่ 1*, ชื่อผู้เขียนภาษาไทยคนที่ 2**, ชื่อผู้เขียนภาษาไทยคนที่ 3***

บทคัดย่อ

เนื้อหาในบทคัดย่อ (มีจำนวนไม่เกิน 300 คำ)

.....

.....

.....

.....

.....

คำสำคัญ: คำสำคัญที่ 1, คำสำคัญที่ 2, คำสำคัญที่ 3

*ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน อีเมล (ของผู้เขียนคนที่ 1)

**ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน อีเมล (ของผู้เขียนคนที่ 2)

***ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน อีเมล (ของผู้เขียนคนที่ 3)

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)

ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษคนที่ 1*, ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษคนที่ 2**, ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษคนที่ 3***

Abstract

เนื้อหาในบทคัดย่อ (มีจำนวนไม่เกิน 300 คำ)

.....

.....

.....

.....

.....

Keywords: คำสำคัญที่ 1, คำสำคัญที่ 2, คำสำคัญที่ 3

*Author-1's Profile

**Author-2's Profile

***Author-3's Profile

TH SarabunPSK Normal 14 Point

บทนำ

(ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา).....

วัตถุประสงค์วิจัย

1.

2.

คำถามการวิจัย (ถ้ามี)

สมมติฐาน (ถ้ามี)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมวิจัย

ผลการวิจัย (นำเสนอตามประเด็นวัตถุประสงค์การวิจัย หากนำเสนอด้วยตาราง/แผนภูมิ ต้องมีข้อความ

อธิบาย/บรรยายรายละเอียดด้วย)

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปและอภิปรายผล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย (ระบุเป็นข้อ)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ระบุเป็นข้อ)

เอกสารอ้างอิง (รูปแบบ APA Style จำนวน 10-15 รายการ)

2. บทความวิชาการ (Review/Academic Article)

บทความควรพิมพ์ในโปรแกรม MS Word (ไม่รับบทความที่เป็นรูปแบบ pdf) ความยาวของบทความไม่เกิน 12 หน้ากระดาษขนาด A4 (ตั้งค่าขอบกระดาษ ด้านบนและด้านซ้ายกำหนดขอบที่ 3 ซม. ส่วนด้านขวาและด้านล่างกำหนดขอบที่ 2 ซม.) พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK เอกสารอ้างอิง จำนวน 10-15 รายการ และบทความต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือใดมาก่อน (ศึกษารายละเอียดตามที่แนบไว้)

2.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่) พิมพ์ด้วยตัวหนา ขนาดอักษร 18 Point วางไว้หน้าแรกตรงกลาง

2.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่) พิมพ์ด้วยตัวหนา ขนาดอักษร 16 Point วางไว้หน้าแรกตรงกลาง ได้ชื่อเรื่อง ระยะห่างระหว่างบรรทัด 16 Point ระบุเป็นดอกจันทน์

2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 300 คำ ต่อบทคัดย่อ

2.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

2.5 การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้วางชิดขอบด้านซ้าย พิมพ์ด้วยตัวหนา ขนาดอักษร 16 Point

2.6 การใช้ตัวเลข คำย่อ และวงเล็บ กำหนดให้ใช้เลขอารบิก และใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น

บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับเนื้อหา ดังต่อไปนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)

บทคัดย่อ (Abstract)

บทนำ

เนื้อหา

บทสรุป

ข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง

3. คำแนะนำในการเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงของบทความวิจัยและบทความวิชาการ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้จัดเรียงตามลำดับอักษร ชื่อผู้แต่ง โดยใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association) จำนวน 10-15 รายการ รายละเอียดดังนี้

3.1 การเขียนรายการอ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อหนังสือ/ครั้งที่พิมพ์(กรณีพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

ชัยยศ ธรรมรงค์เรือง และ กาญจนา มากนิล. (2562). **คู่มือการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). **คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2558** (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารศึก.

นพรัตน์ เศรษฐกุล, เอกชัย เอกทัพพ์, พงศ์ธร บรรณโสภีชัย, ชยุตม์ สุขทิพย์, ปรีชา วิทย์พันธุ์, จีรศักดิ์ แสงศิริ, ...ดารินทร์ รุ่งกลิ่น. (2552). ระบบสารสนเทศทั้งภูมิศาสตร์ลุ่มน้ำปากพนัง: การจัดการพื้นที่ป่าต้นน้ำ
ในลุ่มน้ำปากพนังเพื่อรักษาสภาพแวดล้อมและระบบนิเวศ. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัย
วลัยลักษณ์.

ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช. (2565). รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2565 ศูนย์อนามัยที่ 11
นครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: โรงพิมพ์อักษรการพิมพ์.

Gazda, G. M., Balzer, F. J., Childers, W. C., Nealy, A. U., Phelps, R. E., & Walters, R. P. (2005).
Human relations development : A manual for educators (7th ed.). Boston, MA:
Pearson Educational.

3.2 การเขียนรายการอ้างอิงจากวารสาร

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./ปีที่(ฉบับที่)./เลขหน้าของบทความ.

ตัวอย่าง

ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์. (2566). ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่าย
บริการสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 17(3), 1062-1077.

Hamed, G. R. & W. Preechatiwong. (2003). Peel strength of uncrosslinked styrenebutadiene
rubber adhered to polyester film. The Journal of Adhesion, 79, 327-348.

3.3 การเขียนรายการอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์/การค้นคว้าอิสระ

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อวิทยานิพนธ์./ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ปริญญา
ดุษฎีบัณฑิต./ชื่อมหาวิทยาลัยหรือสถาบันการศึกษา).

ตัวอย่าง

วรวิทย์ ศรีทองเกิด. (2550). การเปิดรับสื่อและสารเพื่อการประชาสัมพันธ์ของนักศึกษา และบุคลากร
มหาวิทยาลัยเซนต์จอห์น. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช).

อรทัย หมั่นภิรมย์. (2556). พฤติกรรมการเปิดรับสื่อของผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวในเขตกรุงเทพมหานคร
และปริมณฑล. (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล).

พิจิตรา มงคลศรีพิพัฒน์. (2559). พฤติกรรมการเปิดรับ และความพึงพอใจต่อสื่อประชาสัมพันธ์
โครงการเที่ยวไทยเท่ากับพฤติกรรมการตลาดใจท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวไทย. (การค้นคว้าอิสระ
ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยกรุงเทพ).

3.4 การเขียนรายการอ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต (Internet)

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่จัดทำ)./ชื่อเรื่องของเอกสาร./ คำนวณ/วัน/เดือน/ปี./ จาก/URL ของเว็บไซต์ที่เข้าถึง

ตัวอย่าง

สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2566). เด็กไทย รอบรู้ สุขภาพ. คำนวณ 15 ธันวาคม 2566,

จาก <https://hp.anamai.moph.go.th/th/teenager-emag>

มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. (2563). สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส

โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. คำนวณ 20 มกราคม 2565,

จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/index.asp>

3.5 การเขียนรายการอ้างอิงจากรายงานการประชุม/เอกสารการประชุม/สัมมนา

ชื่อผู้เขียนบทความ./ (ปีที่พิมพ์)./ ชื่อบทความ./ ใน ชื่อเอกสารหรือชื่อรายงานการประชุมหรือชื่อการสัมมนา
(เลขหน้าปรากฏ)./ สถานที่พิมพ์:/ สำนักพิมพ์หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบในการพิมพ์.

ตัวอย่าง

มยุเรศ ดนระวัฒนา และ กัญสุภาสินี แซ่ตัน. (2563). แนวโน้มการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ของประชาชนในเขต

เทศบาลเมืองกะทู้ จังหวัดภูเก็ต. ใน รายงานการประชุมนำเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติ

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ครั้งที่ 13 ประจำปีการศึกษา 2563 (น. 3840 - 3847). อุดรธานี:

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี.

สารบัญ

หน้า

สารจากผู้บริหาร	ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	ข
บรรณาธิการและกองบรรณาธิการ	ค
คำแนะนำการเตรียมและหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับ	ง

บทความวิจัย

Silent Pancoast Tumor Manifesting as Double Crush Syndrome เนื้องอกแพนโคสต์ที่แสดงอาการแบบกลุ่มอาการเส้นประสาทถูกกดทับซ้ำซ้อน Chanapong Lertpanyawattanakul	1
ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของเจ้าหน้าที่ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช รักษิต พิศสอาด	14
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช อัญชนิตร์ สุขแท้	31
การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองชะม่วง ตำบลพุดินนา อำเภอกลองท่อม จังหวัดกระบี่ ธีระยุทธ บุญมา	48

Silent Pancoast Tumor Manifesting as Double Crush Syndrome

Chanapong Lertpanyawattanakul*

Abstract

Pancoast tumors are rare neoplasms that typically present with shoulder or arm pain due to local invasion of neurovascular structures. This case describes a 74-year-old man with progressive distal left-hand weakness and numbness, initially diagnosed as ulnar neuropathy at the elbow. Despite surgical decompression, symptoms persisted and worsened. Repeat electrodiagnostic testing indicated more extensive nerve involvement, and subsequent imaging revealed a mass in the left apical lung encasing the brachial plexus, consistent with the diagnosis of a Pancoast tumor. This case highlights an atypical, painless presentation mimicking peripheral neuropathy and underscores the importance of considering coexisting neoplastic processes. The presence of both distal and proximal nerve involvement highlights a possible double crush syndrome, underscoring the diagnostic challenge in patients with persistent or unexplained neurologic symptoms.

Keywords Pancoast tumor, Double crush syndrome, Brachial plexopathy, Electrodiagnostic study

*Department of Rehabilitation Medicine, Chaophya Abhaibhubejhr Hospital, Prachin Buri

Email: chanapong.md@gmail.com

เนื้องอกแพนโคสต์ที่แสดงอาการแบบกลุ่มอาการเส้นประสาทถูกกดทับซ้ำซ้อน

ชนะพงศ์ เลิศปัญญาวัฒนากุล*

บทคัดย่อ

เนื้องอกปอดแพนโคสต์เป็นเนื้องอกที่พบได้ไม่บ่อย ซึ่งมักแสดงอาการด้วยอาการปวดที่ไหล่หรือแขน เนื่องจากการลุกลามไปยังระบบไหลเวียนโลหิตและระบบประสาท กรณีศึกษานี้กล่าวถึงชายไทยอายุ 74 ปี ที่มีอาการอ่อนแรงและชาบริเวณมือซ้าย ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยภาวะเส้นประสาทถูกกดทับที่ข้อศอก แม้จะได้รับการผ่าตัดเพื่อลดการกดทับเส้นประสาทแล้ว ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงเพิ่มมากขึ้น การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยซ้ำอีกครั้ง พบว่ามีความผิดปกติของเส้นประสาทในบริเวณร่าแหประสาทแขน และการตรวจด้วยภาพถ่ายรังสีในเวลาต่อมา พบก้อนที่ปอดส่วนบนด้านซ้ายและมีการกดทับร่าแหประสาทแขน สอดคล้องกับการวินิจฉัยเนื้องอกแพนโคสต์ กรณีศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงอาการแสดงที่มีเพียงอ่อนแรงและชา แต่ไม่มีอาการปวดร่วมด้วย ซึ่งพบได้น้อยในเนื้องอกแพนโคสต์และมักทำให้ได้รับการวินิจฉัยโรคที่ไม่ถูกต้องและล่าช้า นอกจากนี้ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของการพิจารณาถึงสาเหตุของโรคที่อาจเกิดร่วมกันและบดบังพยาธิสภาพที่แท้จริงในผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาทที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา โดยเฉพาะในบริบทของกลุ่มอาการเส้นประสาทถูกกดทับซ้ำซ้อน

คำสำคัญ เนื้องอกแพนโคสต์, กลุ่มอาการเส้นประสาทถูกกดทับซ้ำซ้อน, พยาธิสภาพที่ร่าแหประสาทแขน, ไฟฟ้าวินิจฉัย

*กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปรารจันบุรี Email: chanapong.md@gmail.com

Introduction

Pancoast tumors, also referred to as superior sulcus tumors, are neoplasms located in the apical pleuropulmonary groove, adjacent to the subclavian vessels and in close proximity to the brachial plexus. These tumors typically originate from bronchopulmonary tissue. The most common initial symptom is shoulder and arm pain (Arcasoy & Jett, 1997; C. Foroulis et al., 2013). This case study presents an unusual, painless manifestation of a Pancoast tumor, characterized by progressive distal weakness and numbness of the left hand.

Case study

A 74-year-old right-handed Thai male, with an occupational background as a farmer and a longstanding history of smoking, presented with a six-month history of distal left-hand weakness and numbness along the medial aspect of the hand, without any preceding trauma. Initial electrodiagnostic studies (EDX) confirmed left ulnar neuropathy at the elbow, evidenced by a positive ulnar inching test, abnormal sensory responses in the ulnar and dorsal ulnar cutaneous nerves, and electromyographic abnormalities confined to ulnar-innervated muscles. There was no electrophysiological evidence of lower trunk or medial cord involvement of the brachial plexus. The patient subsequently underwent surgical decompression of the cubital tunnel; however, his symptoms persisted without significant improvement three months postoperatively.

The symptoms continued to progress, characterized by worsening distal weakness and numbness. There was no associated neck or shoulder pain, nor were there any respiratory or constitutional symptoms. On physical examination, marked atrophy of the left intrinsic hand muscles was observed. Neurological examination revealed normal muscle strength (Medical Research Council [MRC] grade 5/5) in the left rhomboid, deltoid, biceps, and triceps. In contrast, muscle strength was reduced to MRC grade 2/5 in the flexor carpi radialis (FCR), flexor carpi ulnaris (FCU), flexor digitorum profundus (FDP), flexor digitorum superficialis (FDS), and flexor

pollicis longus (FPL); and to MRC grade 1/5 in the extensor indicis proprius (EIP), first dorsal interosseous (FDI), and abductor digiti minimi (ADM). Sensory examination revealed decreased sensation along the left C6–T1 dermatomes. Hyporeflexia was noted in the left arm. There was no evidence of scapular winging, no signs of Horner syndrome, and no palpable mass or enlarged lymph nodes detected in the supraclavicular fossa. Provocative tests for cervical radiculopathy, musculoskeletal shoulder pathology, and peripheral nerve entrapment were negative.

A repeat EDX was conducted. Nerve conduction studies (NCS) demonstrated absent motor and sensory responses in the left median and ulnar nerves (Table 1). Additionally, no response was obtained from the medial antebrachial cutaneous nerve. The left superficial radial sensory study revealed prolonged distal latencies and reduced amplitudes, consistent with axonal degeneration. Furthermore, the left median–FCR motor study showed markedly reduced amplitude compared to the contralateral side.

Needle electromyography (EMG) demonstrated abnormal spontaneous activity and increased insertional activity in the left triceps, FCR, FPL, EIP, FDI, and FCU muscles (Table 2). These muscles also exhibited polyphasic and complex motor unit action potentials (MUAPs) with reduced recruitment patterns. Notably, no MUAPs were observed in the FDI, while the EIP showed a single triphasic MUAP with reduced recruitment. EMG findings in the remaining examined muscles were within normal limits.

Following the abnormal electrodiagnostic findings, further imaging studies were pursued. Chest radiography revealed a focal opacity in the left apical lung (Figure 1A). Subsequent chest computed tomography (CT) demonstrated an inhomogeneous, enhancing, spiculated mass in the left apical lung, with encasement of the left subclavian artery (Figure 1B). Magnetic resonance imaging (MRI) of the cervical spine showed mild intervertebral disc degeneration without significant spinal cord or nerve root compression. MRI of the left brachial plexus revealed an ill-defined enhancing lesion in the left apical lung region, with superior extension into the left

paravertebral area, causing encasement of the roots and trunks of the posterior and medial cords of the left brachial plexus (Figure 2A-B).

Table 1. Nerve conduction study results

Nerve	Latency (ms)	Amplitude (μ V)	Velocity (m/s)
Sensory			
Left Median	NR	NR	NR
Right Median	4.27	42.40	41
Left Ulnar	NR	NR	NR
Right Ulnar	3.80	29.90	46
Left Superficial Radial	3.65	3.30	38
Right Superficial Radial	2.71	20.90	49
Left Medial antebrachial cutaneous	NR	NR	NR
Right Medial antebrachial cutaneous	2.45	62.90	47
Left Lateral antebrachial cutaneous	2.40	21.40	55
Right Lateral antebrachial cutaneous	2.60	27.00	52
Motor			
Left Median- APB			
Wrist	NR	NR	
Elbow	NR	NR	NR
Right Median-APB			
Wrist	4.17	6.10	
Elbow	9.54	5.90	46.50
Left Ulnar-ADM			
Wrist	NR	NR	
RCG	NR	NR	NR
Right Median-FCR			
ACF	2.44	9.00	
Left Median-FCR			
ACF	2.48	4.40	

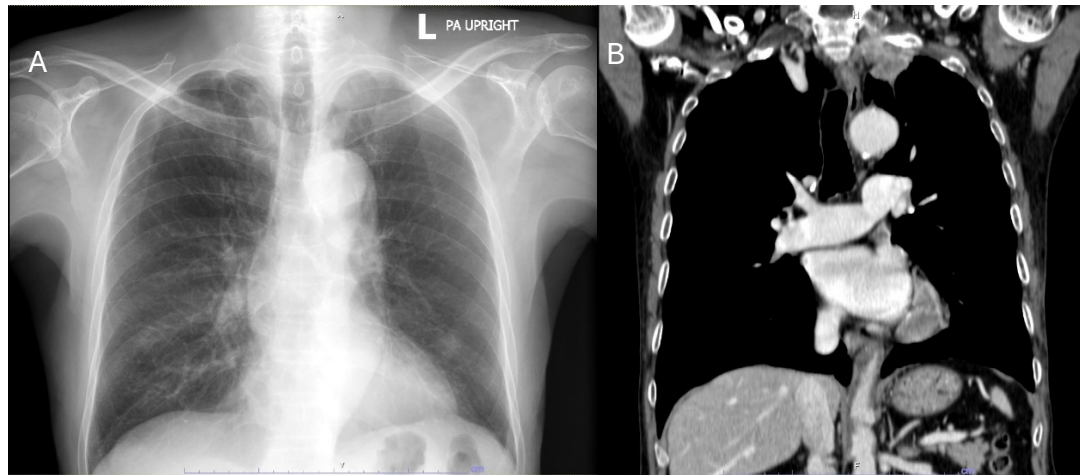
Abbreviations: APB, Abductor pollicis brevis muscle; ADM, Abductor digiti minimi muscle; RCG, Retrocondylar groove; FCR, Flexor carpi radialis; ACF, Antecubital fossa; NR, No response

Table 2. Needle electromyography (EMG) findings

Muscle	IA	Spontaneous			Motor unit action potential			Recruitment Pattern
		Fib	PSW	Fasc	Morphology	Amp (uV)	Duration	
Left Biceps brachii	Normal	None	None	None	Triphasic, Mildly complex	600-800	Normal	Normal
Left Deltoid	Normal	None	None	None	Triphasic, Mildly complex	800-1200	Normal	Normal
Left Infraspinatus	Normal	None	None	None	Triphasic	800-1200	Normal	Normal
Left Triceps brachii	Increased	2+*	2+*	None	Complex, Polyphasic	1000-2000	Increased	Reduced
Left Flexor carpi radialis	Increased	2+*	2+*	None	Complex, Polyphasic	2000-3000	Increased	Reduced
Left Flexor pollicis longus	Increased	2+*	2+*	None	Complex	800-1200	Increased	Reduced
Left Extensor indicis proprius	Increased	3+*	3+*	None	Single triphasic	2000	Increased	Reduced
Left First dorsal interosseous	Increased	3+*	3+*	None	No MUAP	No MUAP	No MUAP	No MUAP
Left Flexor carpi ulnaris	Increased	3+*	3+*	None	Complex	1000-3000	Increased	Reduced
Left Cervical paraspinals	Normal	None	None	None	Triphasic	600-800	Normal	NA

Abbreviations: IA, Insertional activity; Fib, Fibrillation; PSW, Positive sharp wave; Fasc, Fasciculation; Amp, Amplitude; NA, Not available

* Spontaneous size 100-400 μ V

**Figure 1**

(A) Posteroanterior (PA) chest radiograph showing a focal opacity in the left apical lung.

(B) Coronal view (soft tissue window) of chest CT demonstrating an inhomogeneous, enhancing, spiculated mass in the left apical region of the lung.

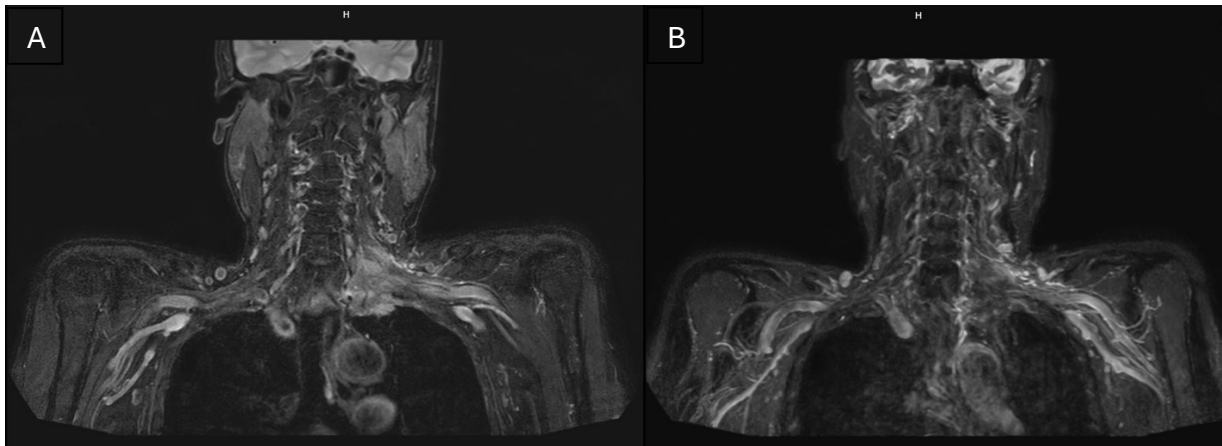


Figure 2. Coronal views of MRI: (A) T2-weighted image and (B) 3D nerve view demonstrating an ill-defined enhancing lesion in the left apical lung region, with superior extension into the left paravertebral area and brachial plexus.

The patient was ultimately diagnosed with left brachial plexopathy involving the middle and lower trunks. This diagnosis was supported by clinical examination, electrodiagnostic findings, and advanced imaging, all indicative of neoplastic infiltration from a lung carcinoma, consistent with a Pancoast tumor. Following the diagnosis, he was referred to a multidisciplinary oncology team for further management. The treatment plan included combined chemotherapy and radiation therapy.

Discussion

Pancoast tumors are neoplasms located at the apex of the lung, accounting for approximately 3–5% of all lung carcinomas. Unlike typical lung cancers, Pancoast tumors are distinguished by their tendency to invade adjacent neurovascular structures. The majority are non-small cell lung cancers (NSCLCs), with smoking being the most significant risk factor. These tumors typically present in men more often than women, with an average age of onset in the 60s (Arcasoy & Jett, 1997; Panagopoulos et al., 2014; Tohme et al., 2024).

While most Pancoast tumors are bronchogenic carcinomas, other etiologies include primary thoracic neoplasms, metastatic tumors, hematologic malignancies, infectious diseases, and pulmonary amyloid nodules. Infectious causes may involve various pathogens such as *Pseudomonas* spp., *Staphylococcus* spp., *Actinomyces*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Aspergillus*, *Cryptococcus*, and hydatid cysts (Arcasoy & Jett, 1997; Panagopoulos et al., 2014).

Respiratory symptoms such as cough, hemoptysis, and dyspnea are uncommon in the early stages of Pancoast tumors due to their peripheral location. Clinical manifestations typically arise from local invasion into neurovascular and bony structures. Shoulder pain is the most frequent symptom and may result from tumor involvement of the parietal pleura, upper ribs, brachial plexus, endothoracic fascia, or adjacent vertebral bodies. The pain often radiates to the neck, axilla, anterior chest wall, medial scapular border, and the ipsilateral medial aspect of the arm and forearm, extending as far as the wrist along the ulnar nerve distribution. Involvement of the brachial plexus or cervical nerve roots can lead to intrinsic hand muscle weakness. Arm edema may occur due to tumor invasion or compression of the subclavian vein. Horner's syndrome—characterized by ptosis, miosis, and anhidrosis—is observed in 14–50% of cases and results from tumor invasion of the sympathetic chain or stellate ganglion (C. N. Foroulis et al., 2013; Panagopoulos et al., 2014).

Less common manifestations of Pancoast tumors include involvement of the phrenic nerve, recurrent laryngeal nerve palsy, and superior vena cava syndrome. Supraclavicular lymphadenopathy may also be present (Arcasoy & Jett, 1997). Notably, in this case, the patient did not exhibit typical symptoms such as shoulder or radiating pain. Instead, the presentation was limited to intrinsic hand muscle weakness and numbness along the C6–T1 dermatomes. This atypical and painless clinical picture is unusual and may lead to diagnostic delays or misattribution to more common peripheral neuropathies.

Radiographic findings of Pancoast tumors typically include a radiographic shadow in the lung apex on plain chest radiography, often presenting as apical thickening greater than 5 mm or a distinct mass (C. N. Foroulis et al., 2013). Additional views, such as lordotic chest radiographs or imaging of the upper thoracic and lower cervical spine, may aid in tumor detection (Panagopoulos et al., 2014). Chest CT provides detailed information regarding invasion of the first two ribs, vertebral bodies, thoracic inlet structures, and lymph node involvement. MRI is particularly valuable for accurately assessing tumor invasion of the brachial plexus, vertebral column, and adjacent vascular structures. (C. N. Foroulis et al., 2013). Ultrasonography has also been reported as a useful adjunct in cases where the tumor is not visualized on plain radiography (Ekiz et al., 2016).

EDX studies are valuable in the evaluation of brachial plexopathies, as demonstrated in this case. Findings in neoplastic plexopathy often reflect the extent, severity, and temporal evolution of plexus involvement. Typical features include reduced motor and sensory NCS amplitudes, along with abnormal spontaneous activity and long-duration, high-amplitude MUAPs with reduced recruitment on needle EMG. EDX can also aid in differentiating plexopathies from radiculopathies, thereby guiding appropriate and targeted imaging (Ko et al., 2011; Rubin, 2020).

The most common causes of neoplastic brachial plexopathy are lung and breast cancers, which typically invade the lower plexus first, affecting the inferior trunk and medial cord. In contrast, primary head and neck neoplasms may extend inferiorly to involve the upper portions of the brachial plexus. The most common sites of involvement in neoplastic brachial plexopathy are the lower trunk/medial cord or the entire plexus, rather than the upper trunk/lateral cord (Jaeckle, 2010). In this case study, electrodiagnostic findings reveal the involvement of the lower and middle trunks of the brachial plexus, correlating with the presence of a Pancoast tumor. Given the prior diagnosis of ulnar neuropathy at the elbow, combined with electrophysiologic evidence of lower and middle trunk brachial plexopathy, double crush syndrome is evident in

this case, with similar cases reported in the literature highlighting the coexistence of entrapment neuropathies and neoplastic brachial plexopathy (Kane et al., 2015; Worthley, 2022).

Current management of Pancoast tumors involves a trimodality treatment approach, which includes a combination of radiotherapy and chemotherapy followed by radical surgical resection, typically performed 3 to 5 weeks after induction therapy (Rusch, 2006; Tohme et al., 2024). This strategy has been shown to improve 5-year overall survival rates, ranging from 36% to 84% (Buderl et al., 2016). Immunotherapy and targeted therapies are emerging as promising adjuncts, with ongoing research needed to establish their definitive roles in the treatment of this disease (Moita et al., 2024; Tohme et al., 2024).

Rehabilitation in patients with Pancoast tumor involves both preoperative and postoperative phases, with the primary goal of preserving upper limb function to maintain quality of life. Preoperatively, interventions such as physiotherapy focus on maintaining joint mobility, muscle strength, and pulmonary function, especially when induction chemoradiotherapy is administered. Postoperative rehabilitation emphasizes recovery of shoulder, arm, and hand function, pain management, and prevention of complications such as adhesive capsulitis or lymphedema. Occupational therapy plays a critical role in facilitating independence in activities of daily living (ADLs) through functional training and the use of assistive devices. Early and individualized rehabilitation programs are essential to optimize outcomes and support return to daily life and, when possible, occupational roles (Dogruyol et al., 2022).

The prognosis of patients with Pancoast tumors is influenced by several key factors. Tumor characteristics such as T-status, invasion of the vertebral bodies, mediastinal lymph node involvement, extension into the base of the neck, and encroachment upon great vessels significantly worsen outcomes. The presence of Horner's syndrome and a prolonged duration of symptoms prior to diagnosis are also associated with a poorer prognosis. The response to induction therapy (particularly a complete response) is a strong predictor of survival, as is the

completeness of surgical resection, which remains the most critical determinant of long-term outcome. Additionally, clinical factors such as good performance status, minimal weight loss (less than 5% of total body weight), and the achievement of local disease control and effective pain relief following treatment are correlated with improved survival rates (Arcasoy & Jett, 1997; C. N. Foroulis et al., 2013).

Conclusion

This case underscores the importance of maintaining a high index of suspicion for coexisting proximal lesions, such as neoplastic brachial plexopathy, in patients presenting with refractory or atypical peripheral neuropathy. The coexistence of ulnar neuropathy at the elbow and lower to middle trunk brachial plexopathy in this patient exemplifies a double crush syndrome, with electrodiagnostic and imaging studies playing a pivotal role in accurate localization and diagnosis. Notably, the absence of typical symptoms such as shoulder pain or Horner's syndrome contributed to diagnostic delay. Early recognition of unusual presentations of Pancoast tumor is crucial, as timely diagnosis facilitates appropriate oncologic intervention, which can significantly impact prognosis and functional outcomes.

References

- Arcasoy, S. M., & Jett, J. R. (1997). Superior Pulmonary Sulcus Tumors and Pancoast's Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 337(19), 1370–1376.
<https://doi.org/10.1056/NEJM199711063371907>
- Buderi, S. I., Shackcloth, M., & Woolley, S. (2016). Does induction chemoradiotherapy increase survival in patients with Pancoast tumour? *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 23(5), 821–825. <https://doi.org/10.1093/icvts/iww216>

- Dogruyol, T., Barutcu, H. S., Kahraman, S., Ozlu, F. T., Ozdemir, A., Cimenoglu, B., Buz, M., Geyik, F. D., & Demirhan, R. (2022). Evaluation of Upper Extremity Function and Exercise Capacity after Pancoast Tumor Surgery/Pancoast Tumor Cerrahisi Sonrası Ust Ekstremitte Fonksiyonlari ve Egzersiz Kapasitesinin Degerlendirilmesi. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia (SCIE)*, 33(4), 341–346.
- Ekiz, T., Kermenli, T., Pazarlı, A. C., Akarsu, E., & Yalçınöz, K. (2016). Ultrasonographic Imaging of a Pancoast Tumor Presenting with Breakthrough Pain and Not Visualized by Plane Radiograph. *Pain Medicine*, 17(12), 2437–2438. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw094>
- Foroulis, C. N., Zarogoulidis, P., Darwiche, K., Katsikogiannis, N., Machairiotis, N., Karapantzos, I., Tsakiridis, K., Huang, H., & Zarogoulidis, K. (2013). Superior sulcus (Pancoast) tumors: Current evidence on diagnosis and radical treatment. *Journal of Thoracic Disease*, 5 Suppl 4(Suppl 4), S342–S358. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2013.04.08>
- Foroulis, C., Zarogoulidis, P., Darwiche, K., Katsikogiannis, N., Machairiotis, N., Karapantzos, I., Tsakiridis, K., Huang, H., & Zarogoulidis, K. (2013). Superior sulcus (Pancoast) tumors: Current evidence on diagnosis and radical treatment. *Journal of Thoracic Disease*, 5, S342–S358. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2013.04.08>
- Jaeckle, K. A. (2010). Neurologic manifestations of neoplastic and radiation-induced plexopathies. *Seminars in Neurology*, 30(3), 254–262. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1255219>
- Kane, P. M., Daniels, A. H., & Akelman, E. (2015). Double Crush Syndrome. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 23(9), 558–562. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-14-00176>
- Ko, K., Sung, D., Kang, M., Ko, M., Do, J., Sunwoo, H., Kwon, T., Hwang, J., & Park, Y. (2011). Clinical, Electrophysiological Findings in Adult Patients with Non-traumatic Plexopathies. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 35, 807–815. <https://doi.org/10.5535/arm.2011.35.6.807>
- Moita, C. P., Figueiredo, C., Cruz, Z., Costa, A. R., Maciel, J., Silva, J. S., Reis, J. E., & Calvinho, P. (2024). Pancoast Tumors: 11-Year Single-Centre Experience. *Portuguese Journal of Cardiac Thoracic and Vascular Surgery*, 31(3), Article 3. <https://doi.org/10.48729/pjctvs.438>

- Panagopoulos, N., Leivaditis, V., Koletsis, E., Prokakis, C., Alexopoulos, P., Baltayiannis, N., Hatzimichalis, A., Tsakiridis, K., Zarogoulidis, P., Zarogoulidis, K., Katsikogiannis, N., Kougioumtzi, I., Machairiotis, N., Tsiouda, T., Kesisis, G., Siminelakis, S., Madesis, A., & Dougenis, D. (2014). Pancoast tumors: Characteristics and preoperative assessment. *Journal of Thoracic Disease*, 6(Suppl 1), S108–S115. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2013.12.29>
- Rubin, D. I. (2020). Brachial and lumbosacral plexopathies: A review. *Clinical Neurophysiology Practice*, 5, 173–193. <https://doi.org/10.1016/j.cnp.2020.07.005>
- Rusch, V. W. (2006). Management of Pancoast tumours. *The Lancet. Oncology*, 7(12), 997–1005. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(06\)70974-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(06)70974-3)
- Tohme, S., Parikh, K., & Lee, P. C. (2024). Pancoast tumors: Current management and outcomes—a narrative review. *Current Challenges in Thoracic Surgery*, 6(0). <https://doi.org/10.21037/ccts-24-29>
- Worthley, E. (2022). Neuropathic upper extremity pain: A double-crush scenario. *JAAPA: Official Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 35(12), 28–31. <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000885148.23550.32>

ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของเจ้าหน้าที่ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

รักษิต พิศอาด*

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) กลุ่มเป้าหมายของงานวิจัยนี้ได้แก่ เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 99.3 ของจำนวนประชากรทั้งหมด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วยการเก็บข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ สมรรถภาพทางกาย ข้อมูลลักษณะงานและสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน ข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และข้อมูลทางจิตสังคม และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อด้วยวิธีการถดถอยโลจิสติกแบบแบบไบนารี (binary logistic regression)

ผลการวิจัย พบว่า ความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช มีจำนวน 141 คน จากทั้งหมด 162 คน คิดเป็นร้อยละ 87.0 และปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราชแตกต่างกันตามส่วนของร่างกาย โดยแยกเป็นปัจจัยส่วนบุคคล (น้ำหนัก เพศ ระยะเวลาการนอนหลับ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก แรงแบบบีบมือ มวลกล้ามเนื้อ) ปัจจัยเกี่ยวกับงานและสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน (ลักษณะงาน ท่าทางในการทำงานที่ไม่เหมาะสม อายุการทำงาน ความเหมาะสมของที่พัก) และปัจจัยทางจิตสังคม (ภาวะวิตกกังวล ความเครียด)

คำสำคัญ: ความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ, ปวด, บุคลากรทางการแพทย์

*นายแพทย์ชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช, raksit.phit@gmail.com

Prevalence and Factors Affecting Musculoskeletal Disorders Among Medical and Non-Medical Personnel at Regional Health Promotion Center 11 Nakhon Si Thammarat

Raksit Phitsa-ard*

Abstract

The objective of this study was to investigate the prevalence and factors affecting musculoskeletal disorders among personnel at Regional Health Promotion Center 11 Nakhon Si Thammarat. A cross-sectional descriptive research design was adopted for this study. The target population consisted of 163 people, representing 99.3% of the target population from the center. Data were collected using a questionnaire covering general demographic data, health status, physical fitness, work characteristics, environmental conditions, musculoskeletal disorders, and psychosocial factors. The data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression to identify factors affecting with musculoskeletal disorders.

The findings showed that the prevalence of musculoskeletal disorders among the staff was 141 out of 162 participants (87.0%). The factors influencing musculoskeletal disorders among the staff of the Regional Health Promotion Center 11 Nakhon Si Thammarat varied by body parts and were categorized into personal factors (weight, sex, sleep duration, aerobic exercise, grip strength, muscle mass), work-related and environmental factors (work characteristics, improper work posture, years of employment, adequacy of accommodations), and psychosocial factors (anxiety, stress).

Keywords: musculoskeletal disorders, pain, healthcare personnel

*Medical Physician, Professional Level, Regional Health Promotion Center 11 Nakhon Si Thammarat, raksit.phit@gmail.com

บทนำ

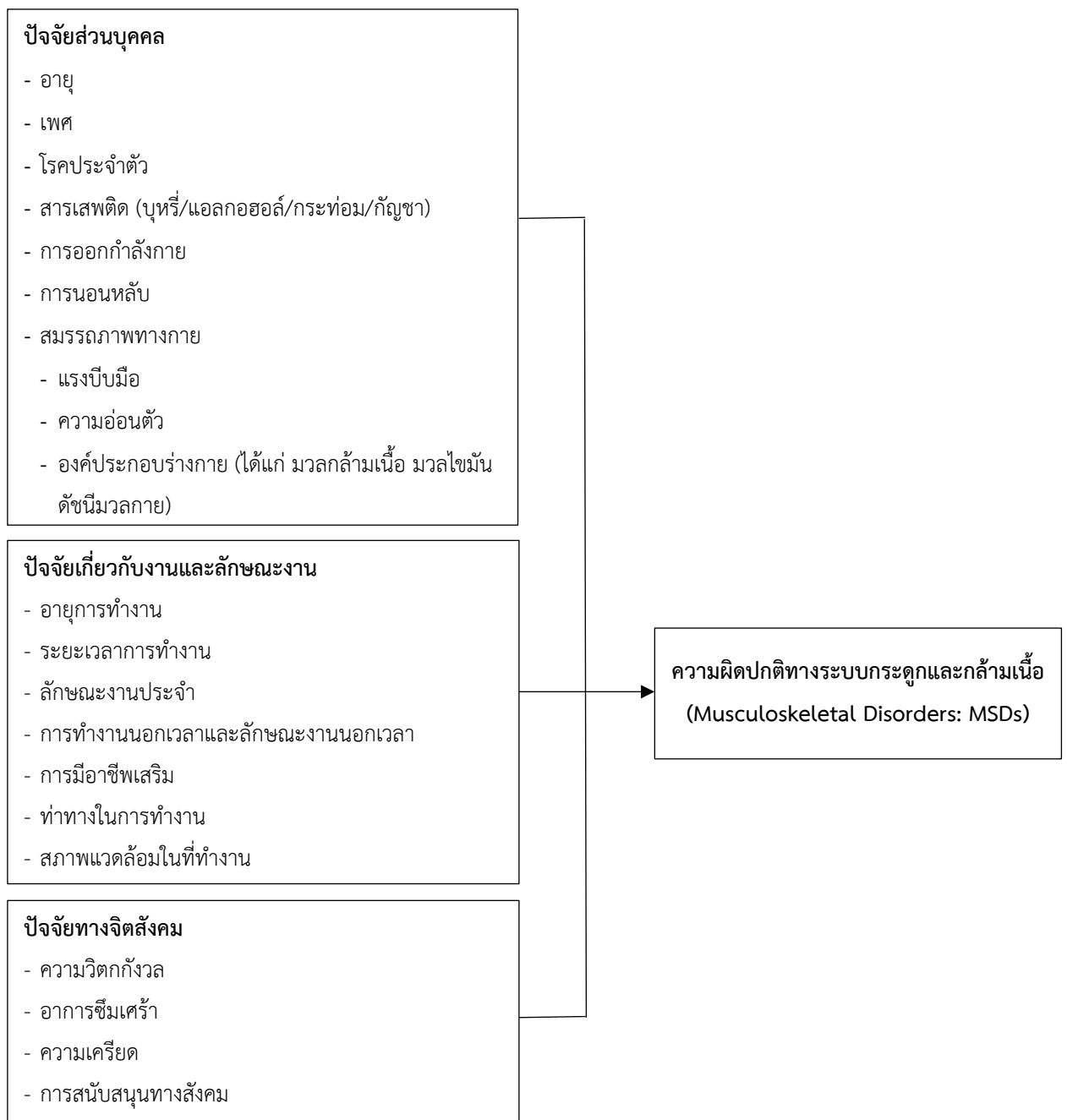
ในปัจจุบัน พบผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ความผิดปกติเหล่านี้มักแสดงด้วยอาการปวด ชา ตึง สามารถเกิดขึ้นได้ทั่วร่างกาย ตั้งแต่ คอ ไหล่ ข้อศอก หลัง สะโพก เข่า และเท้า อาการอาจเป็นได้ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง การศึกษาของ global burden disease ในปีค.ศ. 2019 พบว่ามีประชากรกว่า 1.71 พันล้าน จาก 204 ประเทศทั่วโลกมีความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อ (Cieza et al., 2020) ความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้ลำบาก ทำกิจกรรมประจำวันได้ยาก ทำให้ผู้ป่วยทำงานได้น้อยลงและจำกัดการเข้าสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดปัญหาทางจิตเวชและส่งผลกลับให้มีอาการปวดเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นวงจรอุบาทว์ ข้อมูลจากกรมอนามัยโลกพบว่าความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อยังเป็นสาเหตุอันดับ 5 ของปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability Adjusted Life Years, DALYs) และ สาเหตุอันดับ 1 ของ ปีที่สูญเสียจากความเจ็บป่วยหรือพิการ (Years Lost due to Disability, YLDs) ของประชากรทั่วโลก งานวิจัยหลายงานได้รายงานความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไว้ตั้งแต่ 26.7-73% และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำให้มีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อได้แก่ เพศหญิง และความอ้วน แต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอีกหลายส่วนที่สัมพันธ์กับความผิดปกติดังกล่าวเช่นกัน เช่น การทำงานในท่าแปลก ๆ เป็นเวลานานหรือซ้ำ ๆ การทำงานในท่าเดิมนาน ๆ การทำงานในระหว่างที่มีอาการเจ็บป่วย หรือการให้บริการผู้ป่วยจำนวนมากในหนึ่งวัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถปรับเปลี่ยนและป้องกันได้ (Jacquier-Bret & Gorce, 2023)

ในประเทศไทย มีการศึกษาความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในบุคลากรทางการแพทย์พบว่ามีค่าสูงเช่นกัน เช่น มีความชุกของอาการปวดหลังในพยาบาลที่ทำงานในประเทศไทย สูงถึงร้อยละ 91 (Lynch et al, 2016) ความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่ามีรายงานความชุกร้อยละ 84 (รุจิรัตน์ พงศ์ภัทรโกติน, 2566) และความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในนักศึกษาคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์สูงถึงร้อยละ 100 (เสมอจิต พิธพรชัยกุล และคณะ, 2566) จากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นในเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราชพบว่ามีเจ้าหน้าที่ร้อยละ 47.9 มีอาการปวดบริเวณต้นคอและบ่า และร้อยละ 27.6 เคยได้รับการรักษาโดยแพทย์หรือสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่บางคนมีอาการรุนแรงมากจนไม่สามารถทำงานได้เต็มศักยภาพของตนเอง ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช และศึกษาปัจจัยที่มีผลกับความผิดปกติดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การรักษาและป้องกันความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้ออย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ และสามารถเป็นตัวอย่างแก่ประชาชนและหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกันได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) วิจัยเรื่องความชุกของความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อและปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรที่ศึกษาได้แก่ เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช จำนวน 163 คน (ข้อมูลจากกลุ่มอำนวยการ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566) โดยวางแผนเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด โดยเลือกเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราชทั้งหมดที่สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี และยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัย และคัดผู้ที่มีคุณสมบัติเหล่านี้ออก ได้แก่ อยู่ในช่วงทดลองงานหรือลาศึกษาต่อ หญิงที่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์หรืออยู่ในภาวะหลังตั้งครรภ์ 12 เดือน เคยมีประวัติโรคหรืออุบัติเหตุซึ่งส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพหรือความพิการถาวรทางด้านกระดูกและกล้ามเนื้อ หรือไม่ยินดีจะเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ และสมรรถภาพทางกาย เก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ วุฒิการศึกษาสูงสุด และรายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว การออกกำลังกาย การนอนหลับ และประวัติสารเสพติด

2. ข้อมูลสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง มวลกล้ามเนื้อ เเปอร์เซ็นต์ไขมัน แรงบีบมือ และความอ่อนตัว โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนำข้อมูลที่ยรายงานจากการตรวจสุขภาพปีมาตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะงานและสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน เก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับงาน ได้แก่ กลุ่มงาน ประเภทการจ้างงาน อายุการทำงาน ระยะเวลาทำงานต่อสัปดาห์ ลักษณะงานประจำ/งานในเวลา ลักษณะงานนอกเวลา และอาชีพเสริม

2. ข้อมูลเกี่ยวกับท่าทางในการทำงาน โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินว่าตนเองมีท่าทางหรือลักษณะการทำงานที่อยู่น่าไม่เหมาะสมหรือไม่ จำนวน 10 ข้อ

3. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินว่าสภาพแวดล้อมในที่ทำงานมีความเหมาะสมกับการทำงานหรือไม่ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย ได้แก่

1. แบบประเมินความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นแบบสอบถามโดยดัดแปลงจาก Standardized Nordic Questionnaire (I. Kuorinka, 1987) เป็นภาษาไทย โดยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบคำถามว่ามีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อหรือไม่ในช่วง 7 วัน และ 12 เดือนที่ผ่านมาตามตำแหน่งของร่างกายทั้งหมด 9 ตำแหน่ง หากผู้เข้าร่วมวิจัยตอบว่า “มี” ในข้อใดข้อหนึ่งในแบบสอบถามนี้ ให้ทำแบบสอบถามในข้อถัดไปพร้อมด้วย

2. แบบสอบถามเพื่อประเมินความถี่ของอาการ และผลกระทบของความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ ความจำเป็นต้องไปบุคลากรทางการแพทย์หรืออาชีพอื่น ๆ เพื่อบรรเทาอาการปวด รบกวนการนอนหลับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง การลางาน ความคิดลาออกจากงาน และการเลิกทำงานอดิเรก

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทางจิตสังคม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วนย่อย ได้แก่

1. แบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) แบบสอบถามมี 14 ข้อประกอบด้วยคำถาม 2 ชุด ชุดละ 7 ข้อ คำถามข้อเลขี่จะเป็นชุดคำถามเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล และคำถามข้อเลขี่จะเป็นชุดคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า แต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยคะแนนจะแตกต่างกันในแต่ละข้อ เมื่อรวมคะแนนในแต่ละชุดแล้ว หากมีคะแนนเกินกว่า 11 คะแนนแสดงว่าอาจมีความผิดปกติทางจิตเวชในภาวะนั้น ๆ (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539)

2. แบบประเมินความเครียด ST-5 ของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความเครียดโดยให้รายงานอาการหรือความรู้สึกที่เกิดในช่วง 2-4 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 5 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดย 0 หมายถึงมีอาการน้อยหรือแทบไม่มี และ 3 หมายถึง มีอาการเป็นประจำ สามารถแบ่งกลุ่มตามคะแนนรวมได้ดังนี้ เครียดน้อย (0-4 คะแนน) เครียดปานกลาง (5-7 คะแนน) เครียดมาก (8-9 คะแนน) และเครียดมากที่สุด (10-15 คะแนน)

3. แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ ภาระงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน การเงินและรายได้ ปัญหาส่วนตัว และการมีการสนับสนุนทางสังคม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ไปการตรวจหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence, IOC) และปรับปรุงจนกว่าข้อคำถามทั้งหมดจะได้ค่า IOC ที่ยอมรับได้คือค่าตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งเจ้าหน้าที่ในศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราชเกี่ยวกับงานวิจัยและขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลกับผู้วิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช โดยมีการอธิบายรายละเอียดของงานวิจัยเพื่อขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยและมีการลงลายมือชื่อกำกับในเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจทุกราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะถูกนำไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาตามวิธีการดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลสมรรถภาพทางกาย ข้อมูลเกี่ยวกับท่าทางในการทำงาน ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด นำเสนอในรูปแบบความถี่

(frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) แล้วแต่ความเหมาะสมของข้อมูล

2. ความชุก ความถี่และผลกระทบของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ นำเสนอเป็นความถี่และร้อยละ

3. ระดับความเครียดจากแบบสอบถาม ST-5 นำเสนอเป็นความถี่และร้อยละ และข้อมูลภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจากแบบสอบถาม THAI-HADS นำเสนอเป็นความถี่และร้อยละ โดยใช้เกณฑ์ตัดอยู่ที่ 11 คะแนนของคะแนนรวมแต่ละภาวะ

4. ปัจจัยที่เป็นตัวแปรอิสระจะนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยวิธีการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกาย ทั้ง 9 ส่วน และนำเสนอในรูปแบบสมการทำนาย 9 สมการ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช รหัสโครงการวิจัย HPC11-15/2567 ลงวันที่ 5 เมษายน 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มประชากรมีอายุเฉลี่ย 43.2 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 83.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 34.6 ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย ร้อยละ 71.6 โดยออกกำลังกายแบบแอโรบิกมากที่สุด กลุ่มประชากรส่วนใหญ่นอนหลับ 5-7 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 64.2 มีน้ำหนักเฉลี่ย 62.8 ± 13.4 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.7 ± 4.7 กิโลกรัม/ตารางเมตร มวลกล้ามเนื้อเฉลี่ย 22.4 ± 4.8 กิโลกรัม เปอร์เซ็นต์ไขมันเฉลี่ย $33.1 \pm 8.4\%$ แรงบีบมือเฉลี่ย 27.2 ± 6.5 กิโลกรัม และความอ่อนตัวเฉลี่ย 5.5 ± 8.1 เซนติเมตร

กลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 66.0 อายุการทำงานเฉลี่ย 17.6 ± 9.2 ปี ระยะเวลาทำงานเฉลี่ย 46.8 ± 14.6 ชั่วโมง/สัปดาห์ ลักษณะงานในเวลาส่วนใหญ่เป็นงานตรวจรักษาหรือบริการผู้ป่วยที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย (เช่น การตรวจ รักษา ให้การพยาบาล จัดยา กายภาพบำบัด เจาะเลือด เอกซเรย์) ร้อยละ 40.1 ทำงานนอกเวลาร้อยละ 43.2 และมีที่ทำอาชีพเสริมที่ต้องยกหรือลากของหนัก หรืออยู่ในท่า นั่งหรือ ยืนหรือทำเดิมเป็นเวลานาน ร้อยละ 19.1

กลุ่มประชากรมีท่าทางที่ไม่เหมาะสมในการทำงานดังนี้ นั่งท่าเดิมเป็นเวลานาน ร้อยละ 68.5 ยืน/เดินโดยไม่ได้นั่งพักเป็นเวลานาน ร้อยละ 45.1 ลงน้ำหนักตัวไปข้างใดข้างหนึ่งหรืออยู่ในท่าที่ไม่สมดุลอยู่เสมอ ร้อยละ 35.2 ก้มหรือเงยต่อเนื่องซ้ำ ๆ ร้อยละ 53.7 ใช้คอมพิวเตอร์ติดต่อกันเป็นเวลานาน ร้อยละ 67.9 จับอุปกรณ์ขนาดเล็กซ้ำ ๆ หรือเป็นเวลานาน ร้อยละ 21 จับอุปกรณ์หรือเครื่องมือช่างที่มีแรงสั่นสะเทือนซ้ำ ๆ หรือเป็นเวลานาน ร้อยละ 6.8 ยกของหนัก/ผู้ป่วย ร้อยละ 29.6 และออกแรงบีบ/กด/ดัน/ผลักเป็นประจำ ร้อยละ 24.1 กลุ่มประชากรคิดว่าขนาด/ระดับ/วัสดุของอุปกรณ์หรือสถานที่ทำงานเหมาะสม ร้อยละ 84.0 แสงสว่างในที่ทำงานเพียงพอ ร้อยละ 71.0 อุณหภูมิของที่

ทำงานเหมาะสม ร้อยละ 81.5 ระดับเสียงในที่ทำงานเหมาะสม ร้อยละ 87.0 และที่พักในที่ทำงานมีความเหมาะสม ร้อยละ 79.0

ในกลุ่มประชากร มีผู้ที่มีอาการของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ 141 คน คิดเป็นร้อยละ 87.0 โดยส่วนของอวัยวะที่มีความผิดปกติมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ ไหล่ ร้อยละ 64.8 คอ (ร้อยละ 52.5 และ หลังส่วนบน ร้อยละ 40.1 มีผู้ที่มีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 78.4 โดยส่วนของร่างกายที่มีความผิดปกติมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ ไหล่ คอ และหลังส่วนล่าง ร้อยละ 46.9, 43.8 และ 32.1 ตามลำดับ) (ตารางที่ 1 และ 2)

กลุ่มประชากรมีอาการของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อห่างกว่า 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 33.3 และมีจำนวนผู้ที่มีอาการค่อนข้างบ่อย (1-3 วันต่อเดือน) และบ่อยมาก (1-3 วันต่อสัปดาห์) เท่ากัน ร้อยละ 26.2 มีอาการรุนแรงจนจำเป็นต้องพบบุคลากรทางการแพทย์หรืออาชีพอื่น ๆ เพื่อบรรเทาอาการ ร้อยละ 35.5 รบกวนการนอนหลับ ร้อยละ 30.5 ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานประจำลดลง ร้อยละ 22.7 จำเป็นต้องลางาน ร้อยละ 10.6 เคยคิดลาออกจากงาน ร้อยละ 6.4 และเลิกทำงานอดิเรก ร้อยละ 7.1 (ตารางที่ 3)

กลุ่มประชากรมีความเครียดน้อย ร้อยละ 74.1 เครียดปานกลาง 34 คน ร้อยละ 21.0 เครียดมาก ร้อยละ 1.2 และเครียดมากที่สุด ร้อยละ 3.7 โดยความเครียดส่วนใหญ่สัมพันธ์กับภาระงานหรือลักษณะงาน ร้อยละ 45.1 และรายได้หรือการเงิน ร้อยละ 37.7 มีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 3.1 และไม่มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัจจัยส่งผลกระทบต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อโดยแยกตามส่วนของร่างกาย ทั้ง 9 ส่วน โดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (กำหนด p-value ที่ ≤ 0.05 ได้ผลการวิเคราะห์ดังปรากฏในตารางที่ 4 โดยสามารถแจกแจงตามส่วนของร่างกายได้ดังนี้ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลความชุกความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช แยกตามกลุ่มงาน

ความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ	จำนวน (ร้อยละ)	
	ไม่มี	มี
กลุ่มอำนวยการ	3 (17.6)	14 (82.4)
กลุ่มงานพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก	1 (8.3)	11 (91.7)
กลุ่มงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน	1 (6.7)	14 (93.3)
กลุ่มงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น	4 (17.4)	19 (82.6)
กลุ่มงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน	4 (23.5)	13 (76.5)
กลุ่มงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	1 (11.1)	8 (88.9)
กลุ่มงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม	0 (0.0)	8 (100.0)
กลุ่มงานบริหารยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน	0 (0.0)	2 (100.0)
กลุ่มเทคนิคบริการและวิชาการ	2 (8.0)	23 (92.0)
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน	4 (23.5)	13 (76.5)
งานทันตสาธารณสุข	0 (0.0)	8 (100.0)
กลุ่มพัฒนาวิจัย นวัตกรรม และความรู้ด้านสุขภาพ	1 (11.1)	8 (88.9)
รวม	21 (13.0)	141 (87.0)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลความชุกความผิดปกติความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อในช่วง 7 วัน และ 12 เดือน แยกตามส่วนของร่างกาย

ส่วนของร่างกาย (ใน 1 คนมีความผิดปกติ ได้หลายส่วน)	จำนวน (ร้อยละ)	
	7 วัน	12 เดือน
คอ	71 (43.8)	85 (52.5)
ไหล่	76 (46.9)	105 (64.8)
ศอก	9 (5.6)	12 (7.4)
มือและข้อมือ	41 (25.3)	54 (33.3)
หลังส่วนบน	49 (30.2)	65 (40.1)
หลังส่วนล่าง	52 (32.1)	58 (35.8)
สะโพกและต้นขา	30 (18.5)	43 (26.5)
เข่า	32 (19.8)	49 (30.2)
เท้าและข้อเท้า	34 (21.0)	51 (31.5)

ตารางที่ 3 แสดงผลกระทบของความผิดปกติความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ

ผลกระทบของอาการ	จำนวน (ร้อยละ)
จำเป็นต้องพบบุคลากรทางการแพทย์หรืออาชีพอื่น ๆ เพื่อบรรเทาอาการปวด	50 (35.5)
รบกวนการนอนหลับ	43 (30.5)
ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานประจำลดลง	32 (22.7)
จำเป็นต้องลางานเพราะอาการ	15 (10.6)
คิดจะลาออกจากงาน	9 (6.4)
เลิกทำงานอดิเรกที่เคยทำ	10 (7.1)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนคอประกอบด้วย แรงบีบมือ (Grip) (Adjusted OR = 0.922, p-value = 0.008) ท่าทางก้ม/เงยต่อเนื่องซ้ำ ๆ (Flex) (Adjusted OR = 2.481, p-value = 0.010) ความเครียดจากภาระงานหรือลักษณะงาน (STWork) (Adjusted OR = 2.290, p-value = 0.020) ความเครียดจากปัญหาส่วนตัว (STPersonal) (Adjusted OR = 2.556, p-value = 0.030) และการนอนหลับน้อยกว่า 7 ชั่วโมง (Sleep7) (Adjusted OR = 2.556, p-value = 0.016) สามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้ $\text{logit}(p) = 0.572 - 0.081(\text{Grip}(\text{หน่วยกิโลกรัม})) + 0.909(\text{Flex}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0)) + 0.829(\text{STWork}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0)) + 0.939(\text{STPersonal}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0)) + 0.938(\text{Sleep7}(<7 \text{ ชม.} = 1, \geq 7 \text{ ชม.} = 0))$ ร้อยละการทำนายถูก 67.3%

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนไหล่ประกอบด้วย การนั่งท่าเดิมเป็นเวลานาน (Sit) (Adjusted OR = 2.960, p-value = 0.003) และการยืน/เดินโดยไม่ได้นั่งพักเป็นเวลานาน (Stand) (Adjusted OR = 2.947, p-value = 0.003) สามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้ $\text{logit}(p) = -0.549 + 1.085(\text{Sit}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0)) + 1.081(\text{Stand}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0))$ ร้อยละการทำนายถูก 69.1%

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนศอกประกอบด้วย การลงน้ำหนักตัวไปข้างใดข้างหนึ่งหรืออยู่ในท่าที่ไม่สมดุลอยู่เสมอ (Imbalance) (Adjusted OR = 7.432, p-value = 0.007) และการนอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่วโมง (Sleep5) (Adjusted OR = 12.843, p-value = 0.006) สามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้ $\text{logit}(p) = -3.906 + 2.006(\text{Imbalance}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0)) + 2.553(\text{Sleep5}(<5 \text{ ชม.} = 1, \geq 5 \text{ ชม.} = 0))$ ร้อยละการทำนายถูก 94.4%

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนมือและข้อมือประกอบด้วย การลงน้ำหนักตัวไปข้างใดข้างหนึ่งหรืออยู่ในท่าที่ไม่สมดุลอยู่เสมอ (Imbalance) (Adjusted OR = 2.542, p-value 0.011) และการบิดตัว/เอี้ยวหลังบ่อย ๆ (Twist) (Adjusted OR = 2.565, p-value = 0.010) สามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้ $\text{logit}(p) = -1.478 + 0.933(\text{Imbalance}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0)) + 0.942(\text{Twist}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0))$ ร้อยละการทำนายถูก 72.2%

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนหลังส่วนบนประกอบด้วย การนั่งท่าเดิมเป็นเวลานาน (Sit) (Adjusted OR = 4.109, p-value = 0.001) การลงน้ำหนักตัวไปข้างใดข้างหนึ่งหรืออยู่ในท่าที่ไม่สมดุลอยู่เสมอ (Imbalance) (Adjusted OR = 2.085, p-value 0.046) และการออกแรงบีบ/กด/ดัน/ผลักเป็นประจำ (Push) (Adjusted OR = 3.729, p-value = 0.003) สามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้ $\text{logit}(p) = -2.024 + 1.413(\text{Sit}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0)) + 0.735(\text{Imbalance}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0)) + 1.316(\text{Push}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0))$ ร้อยละการทำนายถูก 67.9%

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนหลังส่วนล่างประกอบด้วย การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic) (Adjusted OR = 0.403, p-value = 0.013) การทำงานในเวลาในลักษณะการตรวจรักษา/บริการผู้ป่วยที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย (Mobile) (Adjusted OR = 2.414, p-value = 0.018) ความเครียดจากงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาระงาน (STNWork) (Adjusted OR = 2.668, p-value = 0.017) และการใช้คอมพิวเตอร์ติดต่อกันเป็นเวลานาน (Computer) (Adjusted OR = 3.161, p-value = 0.006) สามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้ $\text{logit}(p) = -1.501 - 0.910(\text{Aerobic}(\text{ออกกำลังกายแบบแอโรบิก} = 1, \text{ไม่ออกกำลังกายแบบแอโรบิก} = 0)) + 0.881(\text{Mobile}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0)) + 0.981(\text{STNWork}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0)) + 1.151(\text{Computer}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0))$ ร้อยละการทำนายถูก 68.5%

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนสะโพกและต้นขาประกอบด้วย เพศหญิง (Female) (Adjusted OR = 8.076, p-value = 0.011) มวลกล้ามเนื้อ (SMM) (Adjusted OR = 1.034, p-value = 0.016) และการลงน้ำหนักตัวไปข้างใดข้างหนึ่งหรืออยู่ในท่าที่ไม่สมดุลอยู่เสมอ (Imbalance) (Adjusted OR = 3.591, p-value = 0.001) สามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้ $\text{logit}(p)$

= -6.274 + 2.089(Female(เพศหญิง = 1, เพศชาย = 0)) + 0.130(SMM(หน่วยกิโลกรัม)) + 1.278(Imbalance(มี = 1, ไม่มี = 0)) ร้อยละการทำนายถูก 71.6%

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนเข้าประกอบด้วย การมีโรคประจำตัว (Comorbid) (Adjusted OR = 2.359, p-value = 0.037) น้ำหนัก (Weight) (Adjusted OR = 1.034, p-value = 0.027) อายุการทำงาน (มากกว่า 6 เดือนนับเป็น 1 ปี) (WorkYr) (Adjusted OR = 1.054, p-value = 0.027) การออกแรงบีบ/กด/ดัน/ผลักเป็นประจำ (Push) (Adjusted OR = 3.818, p-value = 0.002) ที่พักไม่เหมาะสม (Acc) (Adjusted OR = 2.611, p-value = 0.037) และภาวะวิตกกังวล (Anxiety) (Adjusted OR = 16.597, p-value = 0.018) สามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้ $\text{logit}(p) = -5.013 + 0.858(\text{Comorbid}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0)) + 0.033(\text{Weight}(\text{หน่วยกิโลกรัม})) + 0.053(\text{WorkYr}(\text{หน่วยปี})) + 1.340(\text{Push}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0)) + 0.960(\text{Acc}(\text{ไม่เหมาะสม} = 1, \text{เหมาะสม} = 0)) + 2.809(\text{Anxiety}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0))$ ร้อยละการทำนายถูก 77.2%

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนเท้าและข้อเท้าประกอบด้วย น้ำหนัก (Weight) (Adjusted OR = 1.038, p-value = 0.005) การยืน/เดินโดยไม่ได้นั่งพักเป็นเวลานาน (Stand) (Adjusted OR = 2.336, p-value = 0.019) และภาวะวิตกกังวล (Anxiety) (Adjusted OR = 10.182, p-value = 0.045) สามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้ $\text{logit}(p) = -3.635 + 0.037(\text{Weight}(\text{หน่วยกิโลกรัม})) + 0.849(\text{Stand}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0)) + 2.321(\text{Anxiety}(\text{มี} = 1, \text{ไม่มี} = 0))$ ร้อยละการทำนายถูก 71.0%

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อแยกตามส่วนของร่างกาย

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	Coefficient (B)	SE	Adjusted OR (Exp(B))	p-value
คอ				
แรงบีบมือ (Grip)	-0.081	0.030	0.922	0.008*
ท่าทางก้ม/เงยต่อเนื่องซ้ำ ๆ (Flex)	0.909	0.352	2.481	0.010*
ความเครียดจากภาระงานหรือลักษณะงาน (STWork)	0.829	0.357	2.290	0.020*
ความเครียดจากปัญหาส่วนตัว (STPersonal)	0.939	0.432	2.556	0.030*
การนอนหลับน้อยกว่า 7 ชั่วโมง (Sleep7)	0.938	0.390	2.556	0.016*
Constant	0.572	0.853	1.773	0.502
ไหล่				
การนั่งท่าเดิมเป็นเวลานาน (Sit)	1.085	0.367	2.960	0.003*
การยืน/เดินโดยไม่ได้นั่งพักเป็นเวลานาน (Stand)	1.081	0.364	2.947	0.003*
Constant	-0.549	0.337	0.577	0.103

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อแยกตามส่วนของร่างกาย (ต่อ)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	Coefficient (B)	SE	Adjusted OR (Exp(B))	p-value
ศอก				
การลงน้ำหนักตัวไปข้างใดข้างหนึ่งหรืออยู่ในท่าที่ไม่สมดุลอยู่เสมอ (Imbalance)	2.006	0.737	7.432	0.007*
การนอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่วโมง (Sleep5)	2.553	0.920	12.843	0.006*
Constant	-3.906	0.662	0.020	<0.001*
มือและข้อมือ				
การลงน้ำหนักตัวไปข้างใดข้างหนึ่งหรืออยู่ในท่าที่ไม่สมดุลอยู่เสมอ (Imbalance)	0.933	0.369	2.542	0.011*
การบิดตัว/เอี้ยวหลังบ่อย ๆ (Twist)	0.942	0.365	2.565	0.010*
Constant	-1.848	0.330	0.158	<0.001*
หลังส่วนบน				
การนั่งท่าเดิมเป็นเวลานาน (Sit)	1.413	0.442	4.109	0.001*
การลงน้ำหนักตัวไปข้างใดข้างหนึ่งหรืออยู่ในท่าที่ไม่สมดุลอยู่เสมอ (Imbalance)	0.735	0.369	2.085	0.046*
การออกแรงบีบ/กด/ดัน/ผลักเป็นประจำ (Push)	1.316	0.442	3.729	0.003*
Constant	-2.024	0.427	0.132	<0.001*
หลังส่วนล่าง				
การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic)	-0.910	0.367	0.403	0.013*
การทำงานในเวลาในลักษณะการตรวจรักษา/บริการผู้ป่วยที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย (Mobile)	0.881	0.372	2.414	0.018*
ความเครียดจากงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาระงาน (STNWork)	0.981	0.412	2.668	0.017*
การใช้คอมพิวเตอร์ติดต่อกันเป็นเวลานาน (Computer)	1.151	0.419	3.161	0.006*
Constant	-1.501	0.455	0.223	0.001*
สะโพกและต้นขา				
เพศหญิง (Female)	2.089	0.820	8.076	0.011*
มวลกล้ามเนื้อ (SMM)	0.130	0.054	1.138	0.016*
การลงน้ำหนักตัวไปข้างใดข้างหนึ่งหรืออยู่ในท่าที่ไม่สมดุลอยู่เสมอ (Imbalance)	1.278	0.383	3.591	0.001*
Constant	-6.274	1.826	0.002	0.001*

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อแยกตามส่วนของร่างกาย (ต่อ)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	Coefficient (B)	SE	Adjusted OR (Exp(B))	p-value
เข่า				
การมีโรคประจำตัว (Comorbid)	0.858	0.412	2.359	0.037*
น้ำหนัก (Weight)	0.033	0.015	1.034	0.027*
อายุการทำงาน (WorkYr)	0.053	0.024	1.054	0.027*
การออกแรงบีบ/กด/ดัน/ผลักเป็นประจำ (Push)	1.340	0.435	3.818	0.002*
ที่พักไม่เหมาะสม (Acc)	0.960	0.460	2.611	0.037*
ภาวะวิตกกังวล (Anxiety)	2.809	1.190	16.597	0.018*
Constant	-5.013	1.201	0.007	<0.001*
เท้าและข้อเท้า				
น้ำหนัก (Weight)	0.037	0.013	1.038	0.005*
การยืน/เดินโดยไม่ได้นั่งพักเป็นเวลานาน (Stand)	0.849	0.362	2.336	0.019*
ภาวะวิตกกังวล (Anxiety)	2.321	1.158	10.182	0.045*
Constant	-3.635	.903	0.026	<0.001*

*p-value ≤0.05

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในกลุ่มประชากรร้อยละ 87.0 ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ได้ทบทวนมา (Lynch et al, 2016; รุจจิรัตน์ พงศ์ภัทรโกติน, 2566) และเมื่อวิเคราะห์ทางสถิติเพิ่มเติม พบว่าความชุกและความถี่ของอาการในกลุ่มประชากรมีความใกล้เคียงกันในทุกลักษณะงาน ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราชแตกต่างกันตามส่วนของร่างกาย โดยแยกเป็นปัจจัยส่วนบุคคล (น้ำหนัก เพศ ระยะเวลาการนอนหลับ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก แรงบีบมือ มวลกล้ามเนื้อ) ปัจจัยเกี่ยวกับงานและสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน (ลักษณะงาน ท่าทางในการทำงานที่ไม่เหมาะสม อายุการทำงาน ความเหมาะสมของที่พัก) และปัจจัยทางจิตสังคม (ภาวะวิตกกังวล ความเครียด)

ท่าทางการก้มและเงยซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่องเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนคอ โดยท่าทางดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการใช้กล้ามเนื้อคอทั้งโดยตรงและทางอ้อม เพื่อให้การเคลื่อนไหวมีความมั่นคงและราบรื่น การทำงานซ้ำ ๆ ในท่าทางนี้ทำให้เกิดการใช้งานกล้ามเนื้อมากเกินไป และส่งผลให้เกิดอาการปวดได้ ในขณะที่แรงบีบมือมีผลเชิงลบต่อโอกาสการเกิดความผิดปกติส่วนคอ โดยเฉพาะในผู้ที่ต้องใช้มือในการจับสิ่งของบ่อย ๆ แรงบีบมือน้อยทำให้การจับสิ่งของไม่มั่นคง ทำให้กล้ามเนื้อใกล้ลำตัว

(proximal muscles) ต้องทำงานแทน ความเครียดและการนอนหลับน้อยกว่า 7 ชั่วโมงมีผลต่อความผิดปกติ ส่วนคอเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของคาเซมินาซาบและคณะ (Kazeminasab et al, 2022) และยัง สอดคล้องกับอีกงานวิจัยหนึ่งที่พบว่าการนอนหลับน้อยกว่า 7 ชั่วโมงส่งผลให้เกิดอาการปวดคอเรื้อรังมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ การนอนหลับที่มีระยะเวลา มากกว่า 7 ชั่วโมง (Li et al, 2024)

ความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของรยางค์ส่วนบนมักเกิดจากท่าทางการทำงาน พบว่าผู้ที่ ทำงานตรวจ/รักษาและเอกสารจะมีการของกล้ามเนื้อส่วนนี้มากกว่า เพราะผู้ทำงานเหล่านี้มักใช้กล้ามเนื้อ อย่างไม่สมดุลซ้ำ ๆ และอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสมติดต่อกันเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตามยังไม่พบงานวิจัยที่ สนับสนุนความสัมพันธ์ของความผิดปกติ ส่วนคอกับการนอนหลับโดยตรง

งานวิจัยนี้พบว่าความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนหลังส่วนบน เป็นผลจากการนั่งท่าเดิมเป็น เวลานาน และการลงน้ำหนักไปข้างใดข้างหนึ่งหรืออยู่ในท่าที่ไม่สมดุล ซึ่งเป็นการใช้งานกล้ามเนื้อต่อเนื่องซ้ำๆ และไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังเป็นผลจากการทำงานที่ต้องออกแรงบีบ กด หรือผลักเป็นประจำ ซึ่งเกี่ยวข้อง กับการใช้กล้ามเนื้อหลังส่วนบนโดยตรง สำหรับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนหลังส่วนล่าง มีหลายปัจจัย เช่น การทำงานในลักษณะการตรวจรักษาหรือบริการผู้ป่วยที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย โดยพบว่า งานวิจัยหลายชิ้นสนับสนุนข้อมูลนี้ เช่น งานวิจัยเสมอจิต พิธพรชัยกุล และคณะ (2566) ลินซ์และคณะ (Lynch et al, 2016) และรุจจิรัตน์ พงศ์ภัทรโกติน (2566) อีกปัจจัยหนึ่งคือการใช้คอมพิวเตอร์ติดต่อกันเป็น เวลานาน โดยอาจเป็นผลจากการนั่งในท่าที่ไม่เหมาะสมระหว่างการใช้งานคอมพิวเตอร์ ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของเสมอจิต พิธพรชัยกุล และคณะ (2566) เช่นกัน นอกจากนี้ลินซ์และคณะ (Lynch et al, 2016) ยังพบว่าความเครียดจากงานเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างเหมือนงานวิจัยนี้ ในขณะที่การ ออกกำลังกายแบบแอโรบิกช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของซานีและคณะ (Sany et al., 2023)

เพศหญิงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการปวดสะโพก (Tüchsen et al, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ นอกจากนั้นยังพบว่าการมีมวลกล้ามเนื้อที่มากขึ้นช่วยลดการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกส่วนสะโพก และต้นขา ซึ่งสัมพันธ์กับงานวิจัยของยูและคณะ (Yoo et al, 2014)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนเข้าและเท้าและข้อเท้ามีความ ไกล่เคียงกัน เนื่องจากเข้าและเท้าเป็นจุดรับน้ำหนักของร่างกาย การมีน้ำหนักที่มากขึ้นทำให้มีอาการปวดหลาย ตำแหน่งของรยางค์ส่วนล่าง (Vishal et al, 2020) และการยืน/เดินโดยไม่ได้นั่งพักเป็นเวลานานจึงส่งผล โดยตรงต่อจุดรับน้ำหนักของร่างกายคือเท้าได้โดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ การออกแรงที่ต้องใช้ความ มั่นคงของกล้ามเนื้อรยางค์ส่วนล่างเป็นสำคัญ ทำให้เกิดการใช้กล้ามเนื้อบริเวณต้นขาและน่องและนำไปสู่ อาการปวดได้เช่นกัน อายุการทำงานสัมพันธ์กับความเสื่อมของข้อตามอายุที่มากขึ้นซึ่งมีผลต่ออาการปวดข้อได้ โดยเฉพาะหากยังทำงานในลักษณะเดิมอย่างต่อเนื่อง สถานที่พักที่ไม่เอื้อต่อการยืดเหยียดกล้ามเนื้อหรือการจัด ท่าข้อเข้าให้อยู่ในท่าที่สบายก็อาจทำให้ปวดเข้าได้เช่นกัน ส่วนภาวะวิตกกังวลเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อ

อาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อได้ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมาร์ตินเนซ-คาลเดอรอน และคณะ (Martinez-Calderón et al, 2020)

งานวิจัยนี้พบว่าการมีโรคประจำตัวมีผลต่อการเกิดความผิดปกติส่วนเข้า เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติเพิ่มเติมพบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติดังกล่าวซึ่งข้อมูลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าโรคความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับอาการปวดเข่าที่รุนแรงกว่าในผู้ที่มีภาวะเข่าเสื่อม (Shi & Schlenk, 2023) โดยสาเหตุยังไม่ชัดเจนแต่อาจเกิดจากการหลั่งสารไซโตไคน์อักเสบ (proinflammatory cytokine) ที่เพิ่มขึ้นของผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการทำลายกระดูกอ่อนที่ข้อเข่ามากขึ้น

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

มีนโยบายระดับหน่วยงานเพื่อป้องกันการเกิดความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการทำงาน จัดเวลาให้เจ้าหน้าที่ได้เปลี่ยนอิริยาบถทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง หรือนำผลวิจัยไปต่อยอดหาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดของเจ้าหน้าที่และแก้ปัญหาให้ตรงจุด รวมทั้งให้มีการประเมินความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 เป็นประจำและเป็นกิจจะลักษณะ เพื่อให้สามารถตรวจพบและรักษาได้ก่อนจะกลายเป็นอาการเรื้อรังและทำให้กระทบกับการทำงานและสภาพจิตใจ และควรให้มีการประเมินด้านพฤติกรรมการทำงาน ทดสอบสมรรถภาพทางกายและองค์ประกอบร่างกาย ประเมินปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและจิตสังคมในศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราชอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

จัดทำแนวทางการรักษาแบบส่วนบุคคลหรือแบบกลุ่มเพื่อรักษาและป้องกันความผิดปกติทางระบบและกล้ามเนื้ออย่างยั่งยืน โดยเชิญบุคลากรทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด และสหวิชาชีพ เช่น นักวิทยาศาสตร์การกีฬา พยาบาลให้คำปรึกษา นักโภชนาการ ทั้งในและนอกศูนย์อนามัย จัดเป็นลักษณะโครงการหรือโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูที่ชัดเจน เช่น โปรแกรมออกกำลังกายเพื่อสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการปวดสะโพกและต้นขา โปรแกรมลดน้ำหนักเพื่อลดอาการปวดเข่าและทำการฝึกสมาธิเพื่อลดความเครียดโดยหวังผลเพื่อลดอาการปวดคอ หรือโครงการปรับสิ่งแวดล้อมตามหลักการยศาสตร์ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากศูนย์อนามัยหรือหน่วยงานอื่นในกรมอนามัยเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการวิเคราะห์ทางสถิติ และยังเป็นทางเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหลายภาคของประเทศที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมและการใช้ชีวิต ทำให้งานวิจัยมีจุดแข็งมากขึ้น

2. ควรศึกษาความผิดปกติของส่วนหนึ่งของร่างกายให้จำเพาะ และใช้เครื่องมือระดับความปวด เช่น Visual analogue scale (VAS) หรือ Numeric rating scale (NRS) หรือใช้เครื่องมืออื่นที่มีจำเพาะต่อส่วนของร่างกาย

3. อาจพิจารณาศึกษาปัจจัยทางการยศาสตร์ให้ละเอียดมากขึ้น เช่น การวัดระดับความสูงของจุดทำงาน วัดแสง/อุณหภูมิ/ระดับเสียงของที่ทำงาน หรือเก็บข้อมูลระยะเวลาของการทำท่าทางที่ไม่เหมาะสมระหว่างการ ทำงาน

เอกสารอ้างอิง

- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(1), 18-30.
<https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/v4112.html>
- รุจิรัตน์ พงศ์ภัทรโกติน. (2566). การศึกษาความชุกของความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อและการประเมิน ความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยแรงกายของพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, ร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์]. PSU Knowledge Bank.
<https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/18239/1/6310320003.pdf>.
- เสมอจิต พิพรชัยกุล, วรธนะ พิพรชัยกุล, ธนวิญญู ปานศรี, ณิชนันท์ อยู่ยงชื่น, สโรชา ฐปหอม, ศศลักษณ์ กุกุดเรือ. (2566). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างจากการทำงาน ในนักศึกษาทันตแพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 10(3), 1-12.
<https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/18239/1/6310320003.pdf>.
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* (London, England), 396(10267), 2006–2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)
- I. Kuorinka et al. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics*, 18(3), 233-237.
[https://doi.org/10.1016/0003-6870\(87\)90010-X](https://doi.org/10.1016/0003-6870(87)90010-X)
- Jacquier-Bret, J., & Gorce, P. (2023). Prevalence of Body Area Work-Related Musculoskeletal Disorders among Healthcare Professionals: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 841. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010841>
- Jong Jin Yoo, Nam Han Cho, Seung Hun Lim, Hyun Ah Kim. (2014). Relationships between body mass index, fat mass, muscle mass, and musculoskeletal pain in community residents. *Arthritis & Rheumatology*. 66(12). 3511-3520.
<https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/art.38861>

- Li, C., Huang, H., Xia, Q., & Zhang, L. (2024). Association between sleep duration and chronic musculoskeletal pain in US adults: A cross-sectional study. *Frontiers in Medicine*, 11, 1461785. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1461785>
- Martínez-Calderón, J., Flores-Cortes, M. A., & Cortés-Barrón, S. (2020). Which psychological factors are involved in the onset and/or persistence of musculoskeletal pain? *Semantics Scholar*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Which-Psychological-Factors-Are-Involved-in-the-and-Mart%C3%ADnez-Calderon-Flores-Cortes/8606ce10ec3d150fa3a5b09133daa1bac543ac87>
- Sany, S. A., Mitsi, M., Tanjim, T., & Rahman, M. (2023). The effectiveness of different aerobic exercises to improve pain intensity and disability in chronic low back pain patients: A systematic review. *F1000Research*, 11, 136. <https://doi.org/10.12688/f1000research.75440.2>
- Shi, X., & Schlenk, E. (2023). Association of Hypertension with Knee Pain Severity Among People with Knee Osteoarthritis. *Pain Management Nursing*, 23(2), 135-141. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8882701/>
- Somaye Kazeminasab, Seyed Aria Nejadghaderi, Parastoo Amiri, Hojjat Pourfathi, Mostafa Araj-Khodaei, Mark J M Sullman, Ali-Asghar Kolahi, Saeid Safiri. (2022). Neck pain: global epidemiology, trends and risk factors, *BMC Musculoskeletal Disorders*, 23(26), 1-13. <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-021-04957-4>.
- Tüchsen, F., Hannerz, H., Burr, H., Lund, T., & Krause, N. (2003). Risk factors predicting hip pain in a 5-year prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 29(1), 35–39. <https://doi.org/10.5271/sjweh.702>
- Vishal, K., Alghadir, A. H., Anwer, S., & Sarkar, B. (2020). Obesity and multisite pain in the lower limbs: Data from the Osteoarthritis Initiative. *Pain Research and Management*, 2020, 6263505. <https://doi.org/10.1155/2020/6263505>
- Zena Lynch, Chayaphorn Vudhironarit, Suwanna Vudhironarit. (2016). The Prevalence of Self-Reported Work-Related Low Back Pain Problems among Nurses in Thailand, *Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 22(1), 52-64. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/63719>.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

อัญชนิตร์ สุขแท้*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 293 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ภาพรวม ในระดับสูง (Mean=3.09 , SD = 0.24) ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ภาพรวม อยู่ในระดับสูง (Mean=3.03 , SD = 0.47) ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่ามีตัวแปร 8 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) อายุ อาชีพ แม่บ้าน/ไม่มีอาชีพ มีรายได้ 10,000 – 15,000 บาท/เดือน ระดับการศึกษา อนุปริญญาหรือเทียบเท่า แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เว็บไซต์ อินเทอร์เน็ต ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุคคลในครอบครัว ไม่เคยป่วย ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการทำนายได้ร้อยละ 22.8 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ นำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนโยบาย แนวทางในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล,oanchanit9161@gmail.com

Factors predicting dengue fever prevention and control behavior of the people in the area under the responsibility of Ban Yuan Lae Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Nakhon Si Thammarat Province

Oanchanit Sukthae *

Abstract

This descriptive research aimed to study the level of awareness of dengue fever according to the Health Belief Model theory, dengue fever prevention and control behaviors, and factors predicting dengue fever prevention and control behaviors. The sample consisted of 293 people in the area under the responsibility of Ban Yuan Lae Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Nakhon Si Thammarat Province. The data were analyzed using descriptive statistics, including numbers, percentages, means, and standard deviations, and inferential statistics, including stepwise multiple regression analysis.

The research results found that the sample group had a high level of awareness of dengue fever according to the Health Belief Model (Mean=3.09 , SD = 0.24). The level of dengue fever prevention and control behavior was high (Mean=3.03, SD = 0.47). Factors predicting dengue fever prevention and control behavior found that there were 8 variables: awareness of dengue fever according to the Health Belief Model, age, occupation as a housewife/no occupation, income of 10,000-15,000 baht/month, education level as an associate degree or equivalent, information sources about dengue fever prevention and control from village health volunteers, website, internet, history of dengue fever in family members, never been sick, jointly predicting dengue fever prevention and control behavior of the people in the area under the responsibility of Ban Yuan Lae Subdistrict Health Promoting Hospital. Pho Sadet Subdistrict, Mueang District, Nakhon Si Thammarat Province, The prediction result was 22.8 percent, which was statistically significant at the 0.05 level.

The recommendations from this research will be used as basic information for relevant agencies to determine policies and guidelines for dengue fever prevention and control.

คำสำคัญ: Behavior for prevention and control of dengue fever

*Registered Nurse, Ban Yuan Lae Subdistrict Health Promoting Hospital Email : oanchanit9161@gmail.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่มีอยู่กลายเป็นพาหะมีการระบาดอยู่ในเขตร้อนของทวีปเอเชียมา ยาวนานจนกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับประเทศ และมีความสำคัญมากโรคหนึ่ง ซึ่งในแต่ละปี พบจำนวนประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทางกรมแพทย ระบุว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกที่มีอาการรุนแรง อาจส่งผลกระทบต่อภาวะช็อกจากภาวะการรั่วของ พลาสมา จนกระทั่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว หากไม่ได้รับการรักษาและวินิจฉัยอย่างถูกต้อง เชื่อ ไวรัสเดงกีจะสามารถแพร่จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรคถึงแม้จะมียุงลายหลาย ชนิดที่สามารถแพร่เชื้อได้แต่ที่มีความสำคัญทางด้านระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออกคือยุงลายสายพันธุ์ดีอี อียิปต์ (Aedes aegypti) ซึ่งเป็นยุงที่มีความใกล้ชิดกับคนมาก (Highly anthropophilic) นอกจากนี้ การ เจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมีผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจการประกอบอาชีพของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายภาครัฐ ในด้านการรักษาพยาบาล ทั้งๆ ที่โรคนี้เป็นโรคที่ประชาชนโดยเฉพาะใน ระดับชุมชน หมู่บ้าน ต้องมีความรู้ ความตระหนักและร่วมมือกันช่วยลดพาหะนำโรคไข้เลือดออก โดยการ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างจริงจัง สม่ำเสมอและต่อเนื่อง การร่วมมือกันทำกิจกรรมดังกล่าวได้นั้นจำเป็น อย่างยิ่งที่หน่วยงานที่รับผิดชอบและประชาชนต้องมีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอย่างถูกต้อง (สำนักโรคติดต่อ, 2560)

ข้อมูลและสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) ในเขตสุขภาพที่ 11 ใน ปี 2565 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2565 โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัด นครศรีธรรมราช ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวนทั้งสิ้น 1,873 ราย อัตราป่วย 41.70 ต่อประชากร แสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 2 ราย เมื่อพิจารณาข้อมูลย้อนหลัง 10 ปีที่ผ่านมา พบอัตราป่วย ต่อประชากร แสนคนสูงสุด ปี พ.ศ. 2556 (691.12) และต่ำสุดในปี พ.ศ. 2564 (1.78) กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยต่อประชากร แสนคนสูงสุด 5 อันดับแรก คือ กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี 15 - 24 ปี 0 - 4 ปี และ 25 - 34 ปี ตามลำดับ อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือ นักเรียน 783 ราย (ร้อยละ 41.80) รองลงมาคือ รับจ้าง 385 ราย (ร้อยละ 20.56) ในปกครอง 345 ราย (ร้อยละ 18.42) อื่น ๆ 103 ราย (ร้อยละ 5.50) เกษตร 93 ราย (ร้อยละ 4.97) และงานบ้าน 53 ราย (ร้อยละ 2.83) ตามลำดับ จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสน คนสูงสุดคือ พังงา รองลงมาคือ ภูเก็ต ระนอง กระบี่ ชุมพร สุราษฎร์ธานีและนครศรีธรรมราช ตามลำดับ ซึ่งในปี 2566 นี้สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกมากขึ้นในเขตสุขภาพที่ 11 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 9 กันยายน 2566 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม จำนวน 6,046 ราย เพศชาย 2,958 ราย เพศ หญิง 3,088 ราย เสียชีวิต 16 ราย ซึ่งผู้เสียชีวิตอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 5 ราย จังหวัดสุราษฎร์ ธานี จำนวน 4 ราย จังหวัดกระบี่ จำนวน 3 ราย จังหวัดชุมพร จำนวน 2 ราย และจังหวัดภูเก็ต จำนวน 2 ราย โดยปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต ได้แก่ น้ำหนักเกิน/ โรคอ้วน ซ้ำมาารับประทานเอง มีโรคประจำตัว

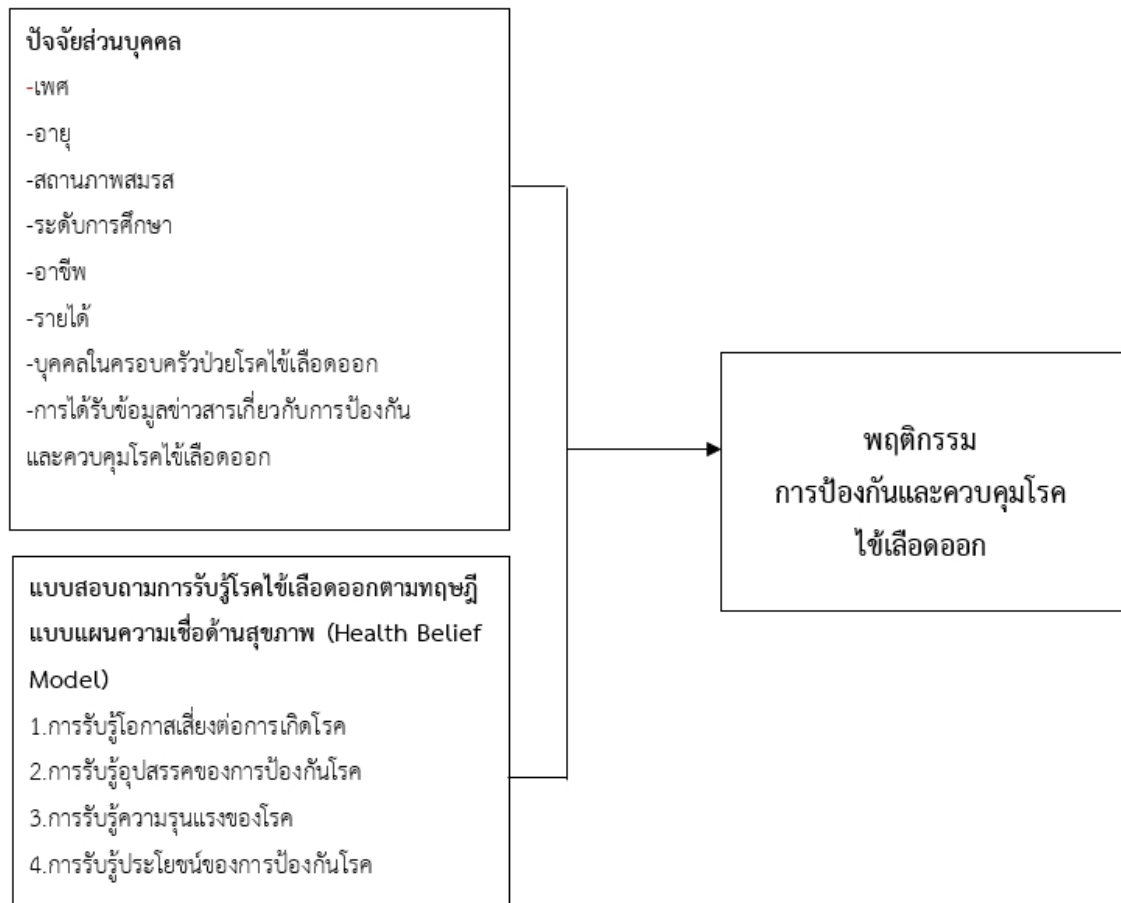
และไปรักษาที่โรงพยาบาลล่าช้า โดยเฉพาะการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราชในปี 2565 และ ปี 2566 พบว่า อำเภอที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช อำเภอพรหมคีรี และอำเภอลานสกา อำเภอทุ่งสง เป็นต้น ในปี 2566 อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช รวมผู้ป่วยไข้เลือดออก อำเภอเมืองนครศรีฯ จำนวน 1,209 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 447.42 ต่อแสนประชากร มีรายงานเสียชีวิต 5 ราย คิดอัตราต่อแสนประชากร เท่ากับ 1.85 อัตราผู้ป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.41 (ข้อมูลจากศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอเมือง กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Health Belief Model ในดำเนินการศึกษา เพื่อจะนำผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ในการกำหนดแนวทางการส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) ลักษณะการศึกษา ณ จุดเวลา (Cross sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยศึกษาในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2567 – เดือนพฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ตัวแทนในครัวเรือนละ 1 คน จำนวน 1,546 ครัวเรือน (ข้อมูลจากฐานข้อมูล JHCIS โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ณ 1 มกราคม 2567)

กลุ่มตัวอย่าง (sample size) และการสุ่ม (sampling)

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยในครั้งนี้ คือ ตัวแทนในครัวเรือนละ 1 คน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยผู้วิจัยใช้วิธีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบทราบขนาดของประชากร โดยใช้สูตรการหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างประชากรของ Daniel (2010) มีดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{Nz_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{z_{\alpha/2}^2 P(1-P) + (N-1)d^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณ

N = ขนาดประชากรในการศึกษาที่ทราบค่าที่แน่ชัด (1,546 ครัวเรือน)

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติมาตรฐาน จากตาราง Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนตัวแทนเท่ากับ 0.30 หรือร้อยละ 30 (มานิตย์ ผิวขาว, 2552)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ผู้วิจัยยอมให้เกิดได้สูงสุดเท่ากับ 0.05 เมื่อแทนค่าได้ กลุ่มตัวอย่าง 266.88 ครัวเรือน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย และความไม่สมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถาม เป็น 293 ครัวเรือน

จากการคำนวณ พบว่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 293 คน เลือกใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คำนวณหาจำนวนครัวเรือนในตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

โดยใช้สูตร จำนวนตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน = $\frac{\text{จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ } \times \text{จำนวนครัวเรือนในหมู่บ้าน}}{\text{ประชากรครัวเรือนทั้งหมด}}$

ตารางที่ 1 จำนวนครัวเรือนในแต่ละหมู่บ้านที่คำนวณได้ มีดังนี้

หมู่บ้านตัวอย่าง	จำนวนครัวเรือน	จำนวนตัวอย่าง
บ้านพระมงกุฎ	337	64
บ้านนอกไร่	55	10
บ้านไสขันธ์	389	74
บ้านยวนแหล	507	96
บ้านโพธิ์ทอง	258	49
รวม	1,546	293

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยขอรายชื่อครัวเรือน และที่อยู่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหลมตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อครัวเรือนเลือกบ้านโดยวิธี Simple random sampling ให้ได้เท่ากับ จำนวนตามสัดส่วนของจำนวนครัวเรือนในหมู่บ้านนั้นๆ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เมื่อสร้างข้อคำถามเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้น โดยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาความสอดคล้องของแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.5 ขึ้นไป โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าแบบสอบถามมีค่าดัชนี IOC ระหว่าง 0.67-1.00

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น และได้รับการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) ใช้กับกลุ่มมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ของแบบสอบถามแต่ละส่วน โดยแบบสอบถามแต่ละส่วนมีค่าความเชื่อมั่น คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เท่ากับ 0.90 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค เท่ากับ 0.80 การรับรู้ความรุนแรงของโรค เท่ากับ 0.80 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค เท่ากับ 0.80 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มี 3 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บุคคลในครอบครัวป่วยโรคไข้เลือดออก การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โรคไข้เลือดออกตามทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) จำนวน 35 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก ที่สุด เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยมากที่สุด โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 10 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค จำนวน 9 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 7 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค จำนวน 9 ข้อ กำหนดระดับความคิดเห็นออกเป็น 3 ช่วง ตามเกณฑ์การแปรผลโดย ใช้สูตรอันตรภาคชั้น (Best, 1970) ดังนี้

การกำหนดคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพโดยนำคะแนนมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยทางเลขคณิตและนำมาแบ่งเป็นอันตรภาคชั้น 3 อันตรภาคชั้น (Best, 1970) คือ

คะแนนเฉลี่ย 3.00 – 4.00 หมายถึง มีการรับรู้สูง

คะแนนเฉลี่ย 2.00 – 2.99 หมายถึง มีการรับรู้ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.99 หมายถึง มีการรับรู้ต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 14 ข้อลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งและไม่เคยปฏิบัติเลย กำหนดระดับความคิดเห็นออกเป็น 3 ช่วงตามเกณฑ์การแปรผลโดยใช้สูตรอันตรภาคชั้น (Best, 1970) ดังนี้

การกำหนดคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกโดยนำคะแนนมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยทางเลขคณิตและนำมาแบ่งเป็นอันตรภาคชั้น 3 อันตรภาคชั้น คือ

คะแนนเฉลี่ย 3.00 – 4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.00 – 2.99 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.99 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคในต่ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูป หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้ว นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล ตรวจสอบให้คะแนน และลงรหัสเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปคำนวณและวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่

1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บุคคลในครอบครัวป่วยโรคไข้เลือดออก การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 8 ข้อ ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) และคำนวณค่าร้อยละ (Percentage)

1.2 วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎี แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

1.3 วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกใช้สถิติ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

1.4 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บุคคลในครอบครัวป่วยโรคไข้เลือดออก การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก) ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับ โรคไข้เลือดออกตามทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค โดยใช้สถิติ ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

จริยธรรมวิจัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 191/2567 เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

(Health Belief Model)

ผลการศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ภาพรวม ในระดับสูง (Mean=3.09, SD = 0.24) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

(Health Belief Model) ภาพรวม (n=293)

ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตาม ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)	Mean	SD	ระดับการรับรู้
ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตาม ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ภาพรวม	3.09	0.24	สูง

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยรวม อยู่ใน
ระดับสูง (Mean=3.10 , SD = 0.26) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ โรคไข้เลือดออกมีโอกาสเกิดขึ้นได้ตลอด
ทั้งปีและจะแพร่ระบาดมากขึ้นในฤดูฝน (Mean=3.33 , SD = 0.55) รองลงมา ทุกคนในครอบครัวและชุมชน
มีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก (Mean=3.28 , SD = 0.50) การที่มีภาชนะที่ขังน้ำได้และไม่มีฝาปิดมิดชิด
จะทำให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (Mean=3.27 , SD = 0.56) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ เป็นข้อคำถาม
เชิงลบ ถ้ายุงลายกัดจะเป็นโรคไข้เลือดออกทุกคน (Mean=2.96 , SD = 0.53) และคนที่เคยป่วยเป็น
ไข้เลือดออกแล้วจะเป็นซ้ำได้อีกถ้าถูกยุงลายกัด (Mean=2.97 , SD = 0.53)

ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดย
ภาพรวม อยู่ในระดับสูง (Mean=3.03 , SD = 0.47) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคของ

ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล อำเภอมือง จังหวัด นครศรีธรรมราช อยู่ในระดับสูง จำนวน 8 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง 6 ข้อ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ฉัน จัดบ้านเรือนให้มีแสงสว่าง ที่เพียงพอไม่มีมืดทึบ (Mean=3.54 , SD = 0.59) ฉันปิดฝาโอ่งให้สนิททุกครั้ง หลังจากใช้น้ำ (Mean=3.51 , SD = 0.67) ถ้าฉันพบแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เช่น กะลา กระจับปริงบริเวณบ้าน จะทำลายทันที (Mean=3.50 , SD = 0.63) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ ฉันจุกด้ายกันยุงเพื่อเป็นการไล่นก ในบ้าน (Mean=2.35 , SD = 0.88) ฉันใช้ยาทากันยุงตามร่างกายเพื่อเป็น การป้องกันยุงกัด (Mean=2.44 , SD = 0.83) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลระดับพฤติกรรมป้องกันการโรค จำแนกตาม ภาพรวมและรายข้อ (n=293)

พฤติกรรมป้องกัน	Mean	SD	ระดับพฤติกรรม
ระดับพฤติกรรมป้องกันการโรค	3.03	0.47	สูง
1. บุคคลในครอบครัวของฉันนอนหลับในเวลากลางวัน โดย ใช้มุ้งกางหรือนอนในที่ มีมุ้งลวด	2.60	1.04	ปานกลาง
2. ฉันจัดบ้านเรือนให้มีแสงสว่างที่เพียงพอไม่มีมืดทึบ	3.54	0.59	สูง
3. ฉันจุกด้ายกันยุงเพื่อเป็นการไล่นกในบ้าน	2.35	0.88	ปานกลาง
4. ฉันใช้ยาทากันยุงตามร่างกายเพื่อเป็น การป้องกันยุงกัด	2.44	0.83	ปานกลาง
5. ฉันปิดฝาโอ่งให้สนิททุกครั้งหลังจากใช้น้ำ	3.51	0.67	สูง
6. ฉันเปลี่ยนน้ำในแจกัน จานรองขาตู้กับ ข้าว หรือจานรอง ต้นไม้ทุกสัปดาห์	3.33	0.79	สูง
7. ถ้าฉันพบแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เช่น กะลา กระจับปริงบริเวณบ้าน จะทำลายทันที	3.50	0.63	สูง
9. ฉันใช้เกลือ น้ำส้มสายชู ทราโยอะเบทไสในจานรองขาตู้ กับข้าวเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย	3.18	0.90	สูง
11. ฉันสำรวจภาชนะเก็บน้ำเพื่อหาลูกน้ำ ทุกสัปดาห์	3.47	0.69	สูง
12. ฉันใช้ยาฉีดยุงเมื่อมียุงจำนวนมาก ๆ ในบริเวณบ้าน	2.58	0.93	ปานกลาง
13. ฉันร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการพ่นสารเคมี กำจัดยุงตัวเต็มวัย	2.64	0.87	ปานกลาง
14. ฉันขัดภาชนะทุกครั้งที่เปลี่ยนน้ำเพื่อทำลายไข่ยุงลาย	3.48	0.66	สูง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตรับผิดชอบ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) อายุ อาชีพ แม่บ้าน/ไม่มีอาชีพ มีรายได้ 10,000 – 15,000 บาท/เดือน ระดับการศึกษา อนุปริญญาหรือเทียบเท่า แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เว็บไซต์ อินเทอร์เน็ต ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุคคลในครอบครัว ไม่เคยป่วย ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการทำนายได้ร้อยละ 22.8 รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวแปร	B	Beta	t	P- Value
การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)	.404	.205	3.825	0.000
แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	.162	.168	3.148	0.002
รายได้ 10,000 – 15,000 บาท/เดือน	.203	.203	3.748	0.000
อายุ	.004	.122	2.263	0.024
ระดับการศึกษา อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	-.245	-.163	-3.067	0.002
แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ-เว็บไซต์ อินเทอร์เน็ต	-.859	-.149	-2.806	0.005
ประวัติการป่วย- ไม่เคยป่วย	.175	.155	2.854	0.005
อาชีพ -แม่บ้าน/ไม่มีอาชีพ	.178	.110	2.051	0.041
ค่าคงที่	1.299		3.804	

*แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 , $R^2 = 0.228$

อภิปรายผลข้อเสนอแนะ

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของประชาชนอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ภาพรวม ในระดับสูง (Mean=3.09, SD = 0.24) ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณัฐยา สุนด์ิ (2564:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราดและงานวิจัย ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (นภารัตน์ อุเงิน, 2564:บทคัดย่อ: วิโรจน์ บุญ สุวรรณ, 2566) เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพภาพรวมในแต่ละด้าน อยู่ในระดับสูง ยกเว้น ระดับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคอยู่ในระดับ ปานกลางสอดคล้องกับผลการศึกษาของกรรณิการ์ จาริ (2559) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาพฤติกรรมการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง อาจเป็น เพราะพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกทุกปี ทำให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ทั้งจากทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข หน่วยงานจัดทำโครงการป้องกันและ ควบคุมโรค ตลอดจนสื่อประชาสัมพันธ์ข่าวสารออนไลน์ ทำให้ประชาชนมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูง แต่ เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้าน พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐยา สุนด์ิ (2564: 54) มีดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ถ้ายุ่งลายกั๊ดจะเป็นโรค ไข้เลือดออกทุกคนและคนที่เคยป่วยเป็นไข้เลือดออกแล้วจะเป็นซ้ำได้อีกถ้าถูกยุงลายกั๊ดอาจเป็นเพราะว่า ประชาชนยังขาด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการติดต่อของโรคไข้เลือดออกเนื่องจากกิจกรรมที่ทาง สาธารณสุขจัด ขึ้นเป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเป็นส่วนมาก

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด การสำรวจแหล่งน้ำขังในบ้านและ ชุมชนต้องใช้เวลามาก อาจเป็นเพราะว่าประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านยวนแหล อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันก่อนการเกิดโรค

การรับรู้ความรุนแรงของโรค ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกอาจเกิดโรค แทรก ซ้อน เช่น ปอดบวม ตับและไตวายและ หากรับประทานยาแอสไพรินอาจทำให้เลือด ออกง่ายและมาก ขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ในการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ มุ่งเน้นแต่กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกไม่ได้เสริมในส่วนของการรู้ อาการ อาการแสดงของโรค ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ หากเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ทำให้ประชาชนขาดความรู้ในส่วนนี้ไป

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การป้องกันไม่ให้ยุงลายกั๊ดเป็น การป้องกันการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกที่ดีกว่าการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นข้อคำถามเชิงลบและ การ

ใส่ผงซักฟอกในน้ำหล่อขาตู้กับข้าวทุกเดือน จะป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลาย สอดคล้องกับการรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดโรคเนื่องจากในการรับรู้อุปสรรค ต่อการเกิดโรคประชาชนส่วนใหญ่ ยังมีความเห็นว่าการพนสารเคมีกำจัดยุงเป็นวิธีที่สิ้นเปลืองน้อย กว่า การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ประชาชนยังไม่เห็นถึงประโยชน์ของการป้องกันก่อนเกิดโรค

2. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean=3.03 , SD = 0.47) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิทยา ศรแก้ว (2563) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช และงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลป่าแฝก อำเภอมือเฒ่า จังหวัดพะเยา ดอกแก้ว ตามเดช , ภูวนารถ ลิ้มประเสริฐ และ ณรงค์ ใจเที่ยง (2563) และสอดคล้องกับการศึกษาของวิโรจน์ บุญสุวรรณ (2566) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังน้ำหยาด ตำบล แม่สอย อำเภอมือง จังหวัดเชียงใหม่ แสดงให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในระดับสูงจึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นภารัตน์ อุเงิน (2564)

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Beta=0.205) สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล เนื่องจากบุคคลที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะมีแนวโน้มที่แสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคมามากกว่า และการที่แต่ละบุคคลจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือมีการป้องกันไม่เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่มีประโยชน์เหมาะสมที่จะทำให้โรคนั้นหายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐยา สุนันติ (2564: 55) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอมือเฒ่า จังหวัดตราด และสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ จาริ (2559) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอมืองเหนือ จังหวัดลำปาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประยม ศิริมา (2566) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ

ประชาชนตำบลละลาย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จาก ผลการวิจัยพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประวัติการป่วยเป็นไข้เลือดออก สถานภาพสมรส และความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลละลาย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

อายุ ($\text{Beta}=0.122$) สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยอายุมีระดับเพิ่มขึ้น จะมีคะแนนพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ช่วงอายุที่แตกต่างกันของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล่ ทำให้พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเปลี่ยนไป ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าช่วงอายุที่แตกต่างกัน มีความสามารถในการแสวงหาความรู้ที่ต่างกัน การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพต่างกัน และมีความใส่ใจในเรื่องการดูแลใส่ใจสุขภาพต่างกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐยา สุนด์ิ (2564:55) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอกะชัง จังหวัดตราด และสอดคล้องกับการศึกษาของ นภารัตน์ อุ่เงิน (2564:87) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ ตำบลปากกลาง อำเภอบัว จังหวัดน่าน

แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับข้อมูลข่าวสารอื่นๆได้แก่จากเว็บไซต์ อินเทอร์เน็ต ($\text{Beta}=-0.149$) มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในทางลบ กลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($\text{Beta}=0.168$) ในทางบวก ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล่ได้รับคำแนะนำและความรู้การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ มีการรณรงค์ประชาชนได้ปฏิบัติจริงส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของรัชฎาภรณ์ มีคุณ, กรรณิกา สาลีอาจ และ ชลการ ทรงศรี (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านหนองอีเป่า ตำบลขนอม อำเภอกุฉินชัย จังหวัดอุดรธานี

ระดับการศึกษา พบว่า การศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐยา สุนด์ิ (2564: 55) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอกะชัง จังหวัดตราด พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าระดับปริญญาตรีมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ต่ำกว่ากลุ่มที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ระดับมัธยมศึกษา และระดับประถมศึกษา

อาชีพ กลุ่มเป้าหมาย ที่เป็นแม่บ้าน หรือไม่มีอาชีพ สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล่ อาจเป็น

เพราะว่ากลุ่มเป้าหมายที่เป็นแม่บ้านหรือกลุ่มที่ไม่มีอาชีพ มีเวลาหรือแม่บ้านมีหน้าที่ในการดูแลรักษาความสะอาดความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้าน ที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมป้องกัน ควบคุมโรค ไข้เลือดออก ซึ่งไม่สอดคล้องกับศึกษาของ ดอกแก้ว ตามเดช , ภูวนารถ ลีประเสริฐ และ ณรงค์ ใจเที่ยง (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลป่าแฝก อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา พบว่า คุณลักษณะด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการป่วยเป็น ไข้เลือดออก เคยป่วยไปรับการรักษา ไม่มี ความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

รายได้ กลุ่มเป้าหมายที่มีรายได้ 10,000 – 15,000 บาท/เดือน สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหลใน ทางบก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิทยา ศรีแก้ว (2563) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอนางรอง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ควบคุมและป้องกันโรค ไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ ระดับการศึกษา ($P = 0.041$) อายุ ($P = 0.002$) และรายได้ต่อเดือน ($P = 0.012$)

ประวัติการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุคคลในครอบครัว กลุ่มเป้าหมายที่ไม่เคยมีบุคคลใน ครอบครัวป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมีพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเป้าหมายที่มี บุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก อาจเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายของประชาชนในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล มีพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดอกแก้ว ตามเดช , ภูวนารถ ลีประเสริฐ และ ณรงค์ ใจเที่ยง (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลป่าแฝก อำเภอมะนัง จังหวัด ยะลา พบว่า คุณลักษณะด้านประวัติการป่วยเป็นไข้เลือดออกเคยป่วยไปรับการรักษา ไม่มี ความสัมพันธ์ กับ พฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และสอดคล้องกับการศึกษาของนภารัตน์ อุเงิน (2564:87) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่ม ชาดิพันธุ์ ตำบลปากกลาง อำเภอบัว จังหวัดน่าน การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว/ชุมชน ไม่มีผลต่อ พฤติกรรมป้องกันโรค ไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ควรจัดการอบรมเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง การป้องกันโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านสื่อออนไลน์ อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชน เกิดความตระหนักและมีทักษะปฏิบัติ ที่ถูกต้องนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสม
2. บุคลากรสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการกระตุ้นเตือนและสร้างแรงจูงใจ ให้กับประชาชนในเรื่องการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชน เกิดการแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสม เช่น ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมในการ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลมาประยุกต์ใช้

1. เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) จากผลการวิจัย พบว่าระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แต่ละด้านอยู่ในระดับสูงแต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ในแต่ละด้าน ยังพบว่ามียังข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำจึงควรมุ่งเน้นการจัดกิจกรรม โครงการรณรงค์ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริม ในส่วนของคะแนนเฉลี่ยแต่ละ ด้านที่ได้ผลคะแนนเฉลี่ยต่ำๆ เช่นการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ครอบคลุมเรื่องโรค ความรุนแรงของโรค การติดต่อ การป้องกันก่อนเกิดโรค การป้องกันระยะเกิดโรค และระยะหลังเกิดโรค

2. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้มากที่สุด ควรมุ่งเน้นจัดกิจกรรมโครงการที่ประชาชนทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาชีพให้เห็นความสำคัญและตระหนักว่าตนสามารถปฏิบัติได้ไม่เสียเวลาและเกิดประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว

3. จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุดจึงควรจัดโปรแกรมส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในวิจัยเชิงทดลอง เพื่อจัดโปรแกรมส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการสร้างมาตรการของชุมชนเพื่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2558). คู่มือวิชาการโรคติดเชื้อเด็งกีและโรคไข้เลือดออกเด็งกี ด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนนดต์ไซน์.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). การ คัดการณ์สถานการณ์โรคไข้เลือด พ.ศ. 2566. นทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรรณิการ์ จารี. (2559) การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา.
- ดอกแก้ว ตามเดช , ภูวนารถ ลิ้มประเสริฐ และ ณรงค์ ใจเที่ยง. (2563) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลป่าแฝก อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. ปีที่10 (ฉบับที่ 2). 97-107.
- ธันนยา เล่งคู่ย.(2563).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนตำบล ท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา.วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ.

- ณัฐยา สุนันติ(2564).ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด.วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นภารัตน์ อู่เงิน(2564).ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่ม ชชาติพันธุ์ ตำบลปากกลาง อำเภอปัว จังหวัดน่าน .วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.สาธารณสุขศาสตร์.มหาวิทยาลัยนเรศวร
- บุญประจักษ์ จันทรวิน. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราการป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช.วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.ปีที่8 (ฉบับที่4). 141-156.
- ประทุมรัตน์ สิทธิชัย (2563) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนนายสิบตำรวจ ศูนย์ฝึกอบรมตำรวจภูธรภาค 9. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ.ปีที่3 (ฉบับที่ 2). 110-123.
- ประยม ศิริมา. (2566) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลละลาย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ.ปีที่ 2 (ฉบับที่ 2).112-124.
- วิภาวดี วุฒิเดช.(2564).ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ระบาดซ้ำซาก อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิษฐ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.สาธารณสุขศาสตร์.มหาวิทยาลัยนเรศวร

การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองชะม่วง ตำบลพรุดินนา อำเภอกลองท่อม จังหวัดกระบี่

ธีระยุทธ บุญมา*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองชะม่วง จังหวัดกระบี่

วิธีการ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาจำนวน 97 คน ใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 0.91) และความเที่ยง (Cronbach's alpha = 0.91) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (62.89%) อายุ 50-70 ปี (63.92%) การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.35, S.D. = 0.65) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมียค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.60) และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 3.70) พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.35, S.D. = 0.44) โดยการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการทานยามีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.63) ส่วนการจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 3.70) การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ($r = 0.409, p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงแรงที่สุดกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($r = 0.534, p < 0.001$)

สรุป ผลการวิจัยสนับสนุนการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการอธิบายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเน้นการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ การจัดการอุปสรรค และการพัฒนาทักษะการจัดการความเครียด

คำสำคัญ : โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง คลินิกหมอครอบครัว

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.บ้านคลองชะม่วง ต.พรุดินนา อ.คลองท่อม จ.กระบี่

Email teerayootboonma@gmail.com

"Health Perception Related to Self-Care Behaviors Among Hypertensive Patients Receiving Services at the Family Doctor Clinic, Ban Khlong Chamuang Health Promotion Hospital, Phru Din Na Subdistrict, Khlong Thom District, Krabi Province"

Teerayoot Boonma*

ABSTRACT

Objective: To examine the levels of health perception and self-care behaviors, and investigate the relationship between health perception and self-care behaviors among hypertensive patients receiving care at the Family Medicine Clinic, Ban Khlong Chamuang Health Promoting Hospital, Krabi Province, Thailand.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted among 97 registered hypertensive patients. Data were collected using a validated questionnaire with content validity index (CVI = 0.91) and reliability (Cronbach's alpha = 0.91). Data analysis employed descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

Results: Most participants were female (62.89%) aged 50-70 years (63.92%). Overall health perception was at the highest level (Mean = 4.35, S.D. = 0.65), with perceived disease risk having the highest mean score (Mean = 4.60) and perceived healthcare barriers having the lowest (Mean = 3.70). Overall self-care behaviors were at the highest level (Mean = 4.35, S.D. = 0.44), with complication prevention and medication adherence scoring highest (Mean = 4.63) and stress management scoring lowest (Mean = 3.70). Overall health perception showed a moderate positive correlation with overall self-care behaviors ($r = 0.409$, $p < 0.001$). The strongest correlation was found between perceived barriers and dietary behaviors ($r = 0.534$, $p < 0.001$).

Conclusion: The findings support the application of the Health Belief Model in explaining self-care behaviors among hypertensive patients. Results can inform the development of self-care promotion programs focusing on enhancing health perception, managing healthcare barriers, and developing stress management skills.

Keywords: Hypertension, Health Perception, Self-Care Behaviors, Family Medicine Clinic

*Public Health Technical Officer, Professional Level, Ban Khlong Chamuang Health Promotion Hospital, Phru Din Na Subdistrict, Khlong Thom District, Krabi Province Email teerayootboonma@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเรื้อรังที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วโลกและเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2021) รายงานว่า ผู้ใหญ่ทั่วโลกราว 1 ใน 3 มีความดันโลหิตสูง โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนมากกว่า 10 ล้านรายต่อปี ในประเทศไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (Poolperm et al., 2022) ระบุว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 14 ล้านคน และเกินครึ่งหนึ่งไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ส่งผลให้โรคดังกล่าวยังคงเป็นภาระทางสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ

ในบริบทของจังหวัดกระบี่ ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อพบว่าอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนมีความผันผวน โดยในปี 2561 อัตราตาย 6.39 ต่อแสนประชากร ปี 2562 อัตราตาย 8.45 ต่อแสนประชากร ปี 2563 อัตราตาย 10.52 ต่อแสนประชากร ปี 2564 อัตราตาย 6.30 ต่อแสนประชากร และในปี 2565 อัตราตาย 6.91 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2566) ซึ่งแม้จะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ แต่ก็ยังแสดงถึงปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่

สำหรับคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองชะม่วง ตำบลพรุดินนา อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้การดูแลประชาชนในพื้นที่ครอบคลุม 5 หมู่บ้าน มีประชากรในความรับผิดชอบทั้งสิ้น 4,048 คน พบปัญหาที่สะท้อนถึงความท้าทายในการจัดการโรคความดันโลหิตสูงระดับชุมชน จากข้อมูลในปี 2567 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาจำนวน 123 คน คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 3.04 ของประชากรในเขตรับผิดชอบ โดยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี (ระดับความดันโลหิต <140/90 มม.ปรอท) คิดเป็นร้อยละ 74.27 ซึ่งแม้จะมีแนวโน้มการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า แต่ยังมีผู้ป่วยอีกร้อยละ 25.73 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (รายงานประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองชะม่วง, 2567)

จากความสำคัญดังกล่าว จึงมีความจำเป็นในการศึกษาระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระดับนโยบายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

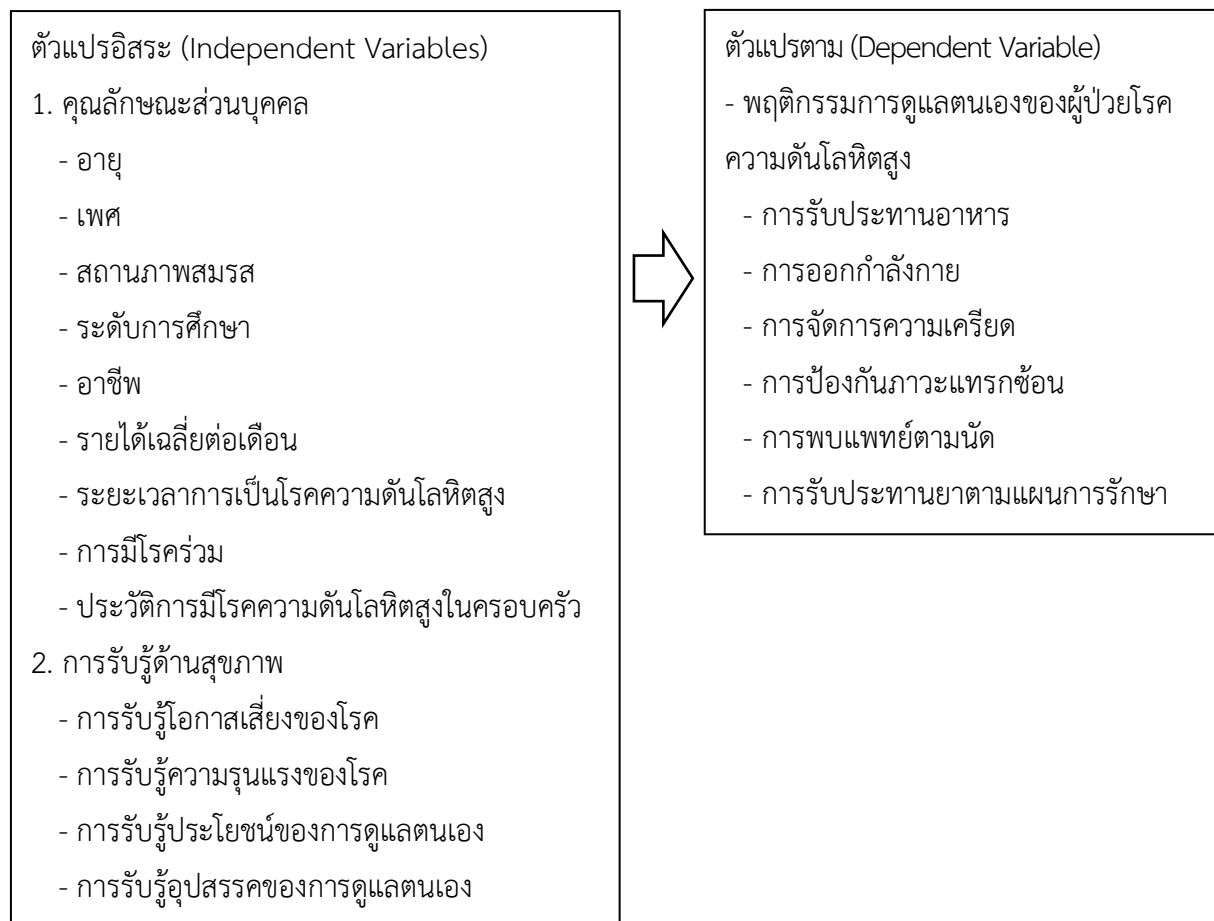
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองชะม่วง ตำบลพรุดินนา อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองชะม่วง ตำบลพรุดินนา อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองชะม่วง ตำบลพรุดินนา อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock, Strecher และ Becker (1988), Self-Efficacy Theory ของ Bandura (1997), Ecological Model (Social-Ecological Model) และ Chronic Care Model (CCM) ชุมชน (Wagner et al., 2001; Bandura, 1997; Wang et al., 2014; Stellefson et al., 2013) ซึ่งสามารถแสดงเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคลองชะม่วง ตำบลพุดินนา อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยศึกษาในประชากรทั้งหมด (Census) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนรับการรักษาในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองชะม่วง ตำบลพุดินนา อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ จำนวนทั้งสิ้น 123 คน (ข้อมูล ณ เดือนมกราคม 2568) ในการเก็บข้อมูลสามารถเก็บข้อมูลได้ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ทั้งสิ้นจำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 78.86 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งถือว่าเป็นอัตราการตอบกลับ (Response Rate) ที่สูงและเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ผล

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและขึ้นทะเบียนรับการรักษาในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองชะม่วง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีประวัติการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 6 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

เป็นผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือ ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ หรือช่วงที่กำลังศึกษาไม่อยู่ในพื้นที่ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมองที่มีผลต่อการสื่อสาร หรือ มีความผิดปกติทางจิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาดังนี้

แบบสอบถามส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นโรค การมีโรคร่วม ประวัติการมีโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว และระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมค่าลงในช่องว่าง

แบบสอบถามส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง (6 ข้อ)
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง (5 ข้อ)
3. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง (7 ข้อ)
4. การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง (6 ข้อ)

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ถึง "ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง" สร้างข้อคำถามทั้งในเชิงบวกและเชิงลบเพื่อป้องกันการตอบแบบแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (Central tendency)

แบบสอบถามส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง 6 ด้านหลัก ได้แก่

1. การรับประทานยา (8 ข้อ)

2. การออกกำลังกาย (6 ข้อ)
3. การจัดการความเครียด (6 ข้อ)
4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (1 ข้อ)
5. การพบแพทย์ (2 ข้อ)
6. การรับประทานยาตามแผน (3 ข้อ)

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามความถี่ของการปฏิบัติ ตั้งแต่ "ปฏิบัติมากที่สุด" (6-7 วันต่อสัปดาห์) ถึง "ไม่เคยปฏิบัติ" (0 วันต่อสัปดาห์) สร้างข้อคำถามทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน และด้านพฤติกรรมสุขภาพ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยโดยใช้แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และให้คะแนนความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อตามเกณฑ์ ดังนี้

- ให้คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
- ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
- ให้คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence IOC) และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index CVI) ผลการประเมินพบว่า แบบสอบถามทั้งชุดมีค่า CVI เท่ากับ 0.91 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก แสดงว่าแบบสอบถามมีความตรงเชิงเนื้อหาสูง

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ คลองพน ตำบลคลองพน อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีเกณฑ์การพิจารณาค่าความเที่ยง ดังนี้ (George & Mallery, 2003)

- ค่าความเที่ยง 0.90 - 1.00 หมายถึง ความเที่ยงอยู่ในระดับดีมาก
- ค่าความเที่ยง 0.80 - 0.89 หมายถึง ความเที่ยงอยู่ในระดับดี
- ค่าความเที่ยง 0.70 - 0.79 หมายถึง ความเที่ยงอยู่ในระดับยอมรับได้
- ค่าความเที่ยง 0.60 - 0.69 หมายถึง ความเที่ยงอยู่ในระดับพอใช้
- ค่าความเที่ยง <0.60 หมายถึง ความเที่ยงอยู่ในระดับไม่ดี ต้องปรับปรุง

ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม มีดังนี้

1. แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ
 - ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 0.91 (ระดับดีมาก)
 - ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค เท่ากับ 0.91 (ระดับดีมาก)
 - ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.91 (ระดับดีมาก)

- ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.90 (ระดับดีมาก)

- โดยรวม การรับรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.91 (ระดับดีมาก)

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

- ด้านการรับประทานอาหาร เท่ากับ 0.91 (ระดับดีมาก)

- ด้านการออกกำลังกาย เท่ากับ 0.91 (ระดับดีมาก)

- ด้านการจัดการความเครียด เท่ากับ 0.91 (ระดับดีมาก)

- ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพบแพทย์ และการทานยา เท่ากับ 0.91 (ระดับดีมาก)

- โดยรวม พฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.91 (ระดับดีมาก)

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ มีความเที่ยงเท่ากับ 0.91 (ระดับดีมาก) ซึ่งเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองชะม่วง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประสานงานกับพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อขอรายชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษา

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองชะม่วง ซึ่งปกติจัดบริการทุกวันพุธของสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน

4. สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับบริการในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลโดยการเยี่ยมบ้าน

5. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

7. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แต่หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ฟังและบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างตอบ

8. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามทันทีที่ได้รับกลับคืนมา หากพบว่าไม่ครบถ้วนจะขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมให้ครบถ้วน

9. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2568

10. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติตามวิธีการที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การมีโรคร่วม ประวัติการมีโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว และระดับความดัน

โลหิตครั้งล่าสุด โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การแปลผลคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพ และการแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวม โดยใช้เกณฑ์การแปลผลของ Best (1977) ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย
- คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก
- คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

3. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากข้อมูลไม่ได้กระจายแบบปกติ จึงใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีเกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (Hinkle, Wiersma, & Jurs, 2003)

- $r = 0.90 - 1.00$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก
- $r = 0.70 - 0.90$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
- $r = 0.50 - 0.70$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
- $r = 0.30 - 0.50$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
- $r = 0.00 - 0.30$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดกระบี่ ของ ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดกระบี่ เมื่อวันที่ 19 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567 เอกสารรับรองเลขที่ KBO-IRB 2024/30.1912 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม

2. แจ้งให้ทราบว่า การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้ตอบแบบสอบถามมีสิทธิ์ที่จะตอบหรือไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่ง และมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ

3. ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวที่จะนำไปสู่การระบุตัวบุคคลได้

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.89 มีอายุอยู่ในช่วง 50-70 ปี ร้อยละ 63.92 ซึ่งสะท้อนว่าโรคความดันโลหิตสูงมักพบในผู้สูงอายุ ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรสแล้ว ร้อยละ 71.13 แสดงถึงโอกาสที่จะมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการจัดการโรค ด้านการศึกษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 87.63 แสดงถึงระดับการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.32 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 3,000-15,000 บาท ร้อยละ 59.79 สะท้อนถึงสถานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ ซึ่งอาจมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและทรัพยากรในการดูแลตนเอง ด้านระยะเวลาการเป็นโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 3-10 ปี ร้อยละ 51.55 ซึ่งถือว่าเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีประสบการณ์ในการจัดการโรคมามากพอสมควร

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวม (n = 97)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	Mean	S.D.	แปล ผล
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของโรค	78 (80.41)	18 (18.56)	1 (1.03)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.60	0.74	มากที่สุด
2.การรับรู้ความรุนแรง ของโรค	67 (69.07)	27 (27.84)	3 (3.09)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.55	0.79	มากที่สุด
3.การรับรู้ประโยชน์ ของการควบคุมโรค	76 (78.35)	20 (20.62)	1 (1.03)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.56	0.68	มากที่สุด
4.การรับรู้อุปสรรคใน การดูแลสุขภาพ	33 (34.02)	34 (35.05)	15 (15.46)	9 (9.28)	6 (6.19)	3.70	1.33	มาก
การรับรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม	68 (70.10)	25 (25.77)	4 (4.12)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.35	0.65	มากที่สุด

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด Mean = 4.35, S.D. = 0.65 โดยส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 68 คน ร้อยละ 70.10 รองลงมาคือระดับเห็นด้วย จำนวน 25 คน ร้อยละ 25.77 และระดับไม่แน่ใจ จำนวน 4 คน ร้อยละ 4.12 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมากที่สุด Mean = 4.60, S.D. = 0.74 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 78 คน ร้อยละ 80.41 มีการรับรู้ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมโรค Mean = 4.56,

S.D. = 0.68 โดยมีผู้ป่วย จำนวน 76 คน ร้อยละ 78.35 มีการรับรู้ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง และการรับรู้ความรุนแรงของโรค Mean = 4.55, S.D. = 0.79 โดยมีผู้ป่วย จำนวน 67 คน ร้อยละ 69.07 มีการรับรู้ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งทั้ง 3 ด้านนี้อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับมาก Mean = 3.70, S.D. = 1.33 โดยมีการกระจายของข้อมูลสูงที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของการรับรู้อุปสรรคในแต่ละบุคคล พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ในระดับเห็นด้วย จำนวน 34 คน ร้อยละ 35.05 รองลงมาคือระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 33 คน ร้อยละ 34.02 และระดับไม่แน่ใจ จำนวน 15 คน ร้อยละ 15.46 ขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกัน จำนวน 15 คน ร้อยละ 15.47

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 97)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติปานกลาง	ปฏิบัติน้อย	ไม่เคยปฏิบัติ	Mean	S.D.	แปลผล
1.พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร	37 (38.14)	46 (47.42)	13 (13.40)	1 (1.03)	0 (0.00)	4.60	0.42	มากที่สุด
2.พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย	30 (30.93)	30 (30.93)	23 (23.71)	13 (13.40)	1 (1.03)	4.48	0.46	มากที่สุด
3.พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด	29 (29.90)	48 (49.48)	19 (19.59)	1 (1.03)	0 (0.00)	3.70	0.96	มากที่สุด
4.พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการทานยา	87 (89.69)	9 (9.28)	1 (1.03)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.63	0.44	มากที่สุด
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	34 (35.05)	60 (61.86)	3 (3.09)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.35	0.44	มากที่สุด

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด Mean = 4.35, S.D. = 0.44 โดยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปฏิบัติมาก จำนวน 60 คน (ร้อยละ 61.86) รองลงมาคือระดับปฏิบัติมากที่สุด จำนวน 34 คน ร้อยละ 35.05 และระดับปฏิบัติปานกลาง จำนวน 3 คน ร้อยละ 3.09 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด โดยเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อยดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการทานยามีค่าเฉลี่ยสูงสุด Mean = 4.63, S.D. = 0.44 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 87 คน ร้อยละ 89.69 มีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร Mean = 4.60, S.D. = 0.42 โดยมีผู้ป่วยที่ปฏิบัติในระดับมากที่สุด จำนวน 46 คน ร้อยละ 47.42 และระดับมากที่สุด จำนวน 37 คน ร้อยละ 38.14 และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย Mean = 4.48, S.D. = 0.46 โดยมีผู้ป่วยที่ปฏิบัติในระดับมากที่สุดและระดับมากเท่ากัน อย่างละ 30 คน ร้อยละ 30.93 ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับมาก Mean =

3.70, S.D. = 0.96 โดยมีการกระจายของข้อมูลสูงที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการปฏิบัติพฤติกรรมในแต่ละบุคคล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับมาก จำนวน 48 คน ร้อยละ 49.48 รองลงมาคือระดับมากที่สุด จำนวน 29 คน ร้อยละ 29.90 และระดับปานกลาง จำนวน 19 คน ร้อยละ 19.59 เมื่อพิจารณาจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามตามระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการทานยา มีการปฏิบัติในระดับมากที่สุดสูงที่สุด ร้อยละ 89.69 รองลงมาคือด้านการบริโภคอาหาร ร้อยละ 38.14 และด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 30.93 ขณะที่ด้านการจัดการความเครียดมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุดต่ำกว่าด้านอื่นๆ อย่างชัดเจน ร้อยละ 29.90 และมีสัดส่วนของผู้ที่ปฏิบัติในระดับปานกลางสูงกว่าด้านอื่นๆ ร้อยละ 19.59

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Spearman's Rho ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 97)

ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	พฤติกรรมการออกกำลังกาย	พฤติกรรมการจัดการความเครียด	พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	พฤติกรรมรวม
การรับรู้ด้านการรับประทาน	0.286** (p = 0.004)	0.100 (p = 0.331)	0.182 (p = 0.075)	0.100 (p = 0.329)	0.203* (p = 0.046)
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.341*** (p < 0.001)	0.220* (p = 0.030)	0.128 (p = 0.213)	-0.086 (p = 0.405)	0.306** (p = 0.002)
การรับรู้ประโยชน์	0.333*** (p < 0.001)	0.189 (p = 0.064)	0.147 (p = 0.152)	-0.017 (p = 0.869)	0.326** (p = 0.001)
การรับรู้อุปสรรค	0.534*** (p < 0.001)	0.144 (p = 0.160)	0.318** (p = 0.001)	0.138 (p = 0.179)	0.402*** (p < 0.001)
การรับรู้ด้านสุขภาพ (รวม)	0.465*** (p < 0.001)	0.181 (p = 0.076)	0.272** (p = 0.007)	0.011 (p = 0.913)	0.409*** (p < 0.001)

หมายเหตุ * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

จากตารางพบว่า ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหลายด้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งที่สุด พบระหว่างการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร $r = 0.534$, $p < 0.001$ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองสูงจะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น

ด้านการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้ทุกด้าน โดยเฉพาะการรับรู้อุปสรรค $r = 0.534$ การรับรู้ประโยชน์ $r = 0.333$ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค $r = 0.341$ ขณะที่การรับรู้ด้านการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ปานกลาง $r = 0.286$

ด้านการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญเพียงกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค $r = 0.220$, $p < 0.05$ ขณะที่ด้านอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบ่งชี้ว่าการรับรู้ด้านสุขภาพอาจมีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายน้อยกว่าด้านอื่นๆ

ด้านการจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้อุปสรรค $r = 0.318$ และการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม $r = 0.272$ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่รับรู้อุปสรรคและมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะมีทักษะการจัดการความเครียดที่ดีขึ้น

ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพบแพทย์ และการทานยา น่าสนใจที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้ด้านสุขภาพในทุกด้าน และพบความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค $r = -0.086$ และการรับรู้ประโยชน์ $r = -0.017$ แม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะพฤติกรรมด้านนี้มีคะแนนสูงมากในทุกกลุ่ม ทำให้ไม่มีความแปรปรวนเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้ด้านสุขภาพทุกด้าน ยกเว้นการรับรู้ด้านการรับประทานอาหาร โดยความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งที่สุดคือกับการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม $r = 0.409$ และการรับรู้อุปสรรค $r = 0.402$

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยมีการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $M = 4.35$, $SD = 0.65$ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด $M = 4.60$, $SD = 0.74$ รองลงมาคือการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมโรค $Mean = 4.56$, $SD = 0.68$ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค $Mean = 4.55$, $SD = 0.79$ ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด $M = 3.70$, $SD = 1.33$

พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $M = 4.35$, $SD = 0.44$ โดยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการทานยามีค่าเฉลี่ยสูงสุด $Mean = 4.63$, $SD = 0.44$ รองลงมาคือการบริโภคอาหาร $Mean = 4.60$, $SD = 0.42$ และการออกกำลังกาย $Mean = 4.48$, $SD = 0.46$ ขณะที่การจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด $Mean = 3.70$, $SD = 0.96$

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Spearman's rank correlation พบความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง $r = 0.409$, $p < 0.001$ การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์แข็งแกร่งที่สุดกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร $r = 0.534$, $p < 0.001$ การศึกษานี้สนับสนุนการประยุกต์ใช้ Health Belief Model ในการอธิบายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบริบทชุมชนชนบทไทย

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ชนบทของตำบลพรุดินนา อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ มีการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ดี พร้อมทั้งพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด Mean = 4.35 โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด Mean = 4.60 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ งานวิจัยล่าสุดในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่าการศึกษาตามแบบแผน Health Belief Model สามารถเพิ่มการรับรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ อรรวรรณ แก้วบุญชู และคณะ (2561) ที่พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง

การที่ผู้ป่วยในการศึกษานี้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงอาจเป็นผลมาจากการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ รวมถึงการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคมาระยะหนึ่งแล้ว 3-10 ปี ร้อยละ 51.55 ทำให้มีประสบการณ์และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมามากขึ้น การศึกษาก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ตามแบบแผน Health Belief Model เพิ่มการรับรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม การรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด Mean = 3.70 และมีการกระจายข้อมูลสูงสุด S.D. = 1.33 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการรับรู้อุปสรรคในแต่ละบุคคล ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamran et al. (2014) ที่พบว่าผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทมีการรับรู้อุปสรรคที่หลากหลาย การศึกษาในชุมชนชนบทของไทย ก่อนหน้านี้พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการขาดความตระหนักเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด Mean = 4.35 โดยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการทานยาที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด Mean = 4.63 ขณะที่การจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด Mean = 3.70 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร แนวบุตร และคณะ (2563) ที่พบว่า การรับประทานยาตามแผนการรักษาเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้มากที่สุด

การศึกษานี้พบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบแผน Health Belief Model สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองได้ร้อยละ 47 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ นภาพร วาณิชกุล และคณะ (2562) ที่พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองได้ร้อยละ 42.5

การที่ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการทานยาสูงที่สุด อาจเป็นผลมาจากการที่พฤติกรรมเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาที่มีความจำเป็นและชัดเจน รวมถึงการติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมการรักษาโรคความดันโลหิตสูงฟรี ซึ่งลดอุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงยา

ส่วนการจัดการความเครียดที่มีคะแนนต่ำที่สุดอาจเป็นเพราะผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะในการจัดการความเครียด การศึกษาในประเทศที่มีรายได้ปานกลางพบว่าผู้ป่วยมักเชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากความเครียด และมีความยากลำบากในการเปลี่ยนพฤติกรรมภายในครอบครัวที่อาศัยร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของชุมชนชนบทไทยที่มีการอยู่อาศัยแบบครอบครัวขยาย

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การศึกษาพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = 0.409, p < 0.001$ โดยการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบที่ติดลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร $r = 0.534, p < 0.001$ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ (2560) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การที่การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการศึกษานี้อาจขัดแย้งกับทฤษฎี Health Belief Model ในตอนแรก แต่เมื่อพิจารณาเนื้อหาของคำถามแล้ว พบว่าคำถามส่วนใหญ่เป็นการวัดการรับรู้อุปสรรคในเชิงบวก เช่น "ฉันสามารถเอาชนะอุปสรรคในการดูแลตนเองได้" ซึ่งจึงทำให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบวก นอกจากนี้ การศึกษาในผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำพบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในทุกด้าน ยกเว้นการรับประทานยา

ประเด็นที่น่าสนใจ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพบแพทย์ และการทานยาไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นเพราะพฤติกรรมเหล่านี้มีคะแนนสูงมากในทุกกลุ่ม Mean = 4.63 ทำให้ไม่มีความแปรปรวนเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ หรืออาจเป็นเพราะพฤติกรรมเหล่านี้ถูกกำหนดโดยปัจจัยอื่นๆ เช่น ระบบบริการสุขภาพ การเข้าถึงยา และการติดตามจากเจ้าหน้าที่

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และนำผลการประเมินมาใช้ในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะการประเมินการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอุปสรรคเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นๆ โดยเน้นการสอนทักษะการจัดการความเครียดที่เหมาะสม และการส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การจัดกลุ่มสนับสนุน (support group) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยใช้สื่อและวิธีการที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับบริบทและระดับการศึกษาของกลุ่มเป้าหมาย เช่น การใช้สื่อภาพ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ เพื่อเพิ่มการรับรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ
4. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นแก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถสนับสนุนผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อค้นหาปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิต

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพล เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรค และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาโมเดลการทำนายที่มีความแม่นยำมากขึ้น

4. ควรมีการศึกษาพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง เพื่อให้ได้โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง

5. ควรมีการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนถึงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อศึกษาพัฒนาการและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- ฉัตรชัย สวัสดิไชย และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(2), 322–334.
- นภาพร วาณิชกุล และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 31(2), 91–104.
- สุภาพร แนวบุตร และคณะ. (2563). พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา จังหวัดสกลนคร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(3), 485–497.
- อรรวรรณ แก้วบุญชู และคณะ. (2561). การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองเต็ง จังหวัดตรัง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(5), 846–856.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ*, 10(1), 146–155.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy The exercise of control. W.H. Freeman and Company.
- Best, J. W. (1977). Research in education (3rd ed.). Prentice Hall.
- George, D., & Mallery, P. (2003). SPSS for Windows step by step A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.). Allyn & Bacon.
- Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2003). Applied statistics for the behavioral sciences (5th ed.). Houghton Mifflin.
- Hu, H., Li, G., & Arao, T. (2015). The association of family social support, depression, anxiety and self-efficacy with specific hypertension self-care behaviours in Chinese local community. *Journal of Human Hypertension*, 29(3), 198–203.
- Janmaimool, P. (2017). Application of protection motivation theory to investigate sustainable waste management behaviors. *Sustainability*, 9(7), 1079.

- Mahmoud, M. H., & Yasmin, E. N. S. (2019). Health beliefs as predictors of self-care practices among patients with hypertension. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 8(1), 45-57.
- Poolperm, P., Aekplakorn, W., Premgamon, T., & Kessomboon, P. (2022). [Survey of Thai population health status].
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Stellefson, M., Dipnarine, K., & Stopka, C. (2013). The chronic care model and diabetes management in US primary care settings A systematic review. *Preventing Chronic Disease*, 10, E26.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care Translating evidence into action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78.
- Wang, J., Chen, Y., Dai, F., Zhu, Y., & Fang, Z. (2014). Analysis of influence factors of social-ecological model on self-care behaviors among rural hypertensive patients. *Chinese Nursing Research*, 28(9), 3317-3321.
- World Health Organization. (2021). Hypertension. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>



กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

