

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง
โรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว
ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

นายรันทร ยุ่มังกูร

มหาวิทยาลัย

สุโขทัยธรรมมาธิราช

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2561

**The Effectiveness of Health Educating Program on Diabetes Mellitus,
Chronic Kidney Disease, Hypertension, and Long Term Care among Family
Volunteers in Nasuan Sub-district, Srisawat District, Kanchana Buri Province**

Mr. Rundorn Yumungoon

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health in Public Health Administration

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2018

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี
ชื่อและนามสกุล	นายรันดร ยมังกูร
วิชาเอก	บริหารสาธารณสุข
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.สม โภช รัตติโอพาร

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2562

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



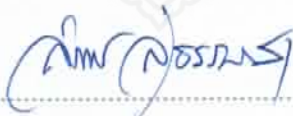
ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สม โภช รัตติโอพาร)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม)



(รองศาสตราจารย์สรารัฐ สุธรรมสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อการศึกษา คั่นคว่ำอิสระ ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

ผู้ศึกษา นายรันดร ยูมังกูร รหัสนักศึกษา 2585000546

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร ปีการศึกษา 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง และการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครประจำครอบครัว ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้ (1) ระดับความรู้ของอาสาสมัครประจำครอบครัวก่อนและหลังการอบรม (2) เปรียบเทียบความรู้ของอาสาสมัครประจำครอบครัวก่อนและหลังการอบรม และ (3) ประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครประจำครอบครัวหลังการอบรม

ประชากร คือ ญาติหรือผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไต และผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 89 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง และการดูแลผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว และแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยง 0.773 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า (1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนอบรมอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้หลังอบรมอยู่ในระดับสูง ส่วนความรู้โรคไตก่อนการอบรมอยู่ในระดับต่ำ ความรู้หลังอบรมอยู่ในระดับสูง (2) เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังอบรม โรคเบาหวาน ไตเรื้อรัง ความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้สูงอายุ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ (3) ความพึงพอใจของอาสาสมัครครอบครัวต่อการอบรม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ อาสาสมัครประจำครอบครัว โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต ผู้สูงอายุ

Independent Study title: The Effectiveness of Health Educating Program on Diabetes Mellitus, Chronic Kidney Disease, Hypertension, and Long Term Care among Family Volunteers in Nasuan Sub-district, Srisawat District, Kanchana Buri Province

Author: Mr. Rundorn Yumungoon; **ID:** 2585000546;

Degree: Master of Public Health;

Independent Study advisor: Dr. Sompoch Ratoran, Associated Professor;

Academic year: 2018

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to examine the effectiveness of health educating program on diabetes mellitus (DM), chronic kidney disease (CKD), hypertension (HT), and long term care (LTC) among family volunteers in Nasuan Sub-district, Srisawat District, Kanchana Buri Province including specific objectives (1) to study the knowledge levels between before and after training (2) to compare the differences of the knowledge between before and after training, and (3) to evaluate the satisfaction between before and after training among family volunteers.

The 89 purposive samples were relatives or caregivers of NCDs, CKD, and LTC patients in Nasuan Sub-district, Srisawat District, Kanchana Buri Province. The research tools were the educating program about DM, CKD, HT, and LTC for family volunteers, and the questionnaire with reliability value at 0.773. Percentage, mean, and standard deviation were used for descriptive data. The t-test was used to analyze the association between before and after training among family volunteers.

The results showed that (1) the means of knowledge about DM, HT, and LTC before training were moderate level, then after training were high level. While, the mean of knowledge about CKD before training was low level, then after training was high level, (2) comparing the differences of the knowledge between before and after training about DM, CKD, HT, and LTC found that they increased significantly at p-value < 0.05, and (3) the overall satisfaction of family volunteers about the training was high level.

Keywords: Family Volunteers, Diabetes Mellitus, Hypertension, Chronic Kidney Disease

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ประสบความสำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและช่วยเหลือจาก ท่านรองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รัตติโอพาร์ ผู้ให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไข และปรับเปลี่ยน นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ด้วยความซาบซึ้งในความกรุณาที่ได้รับ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณ สาธารณสุขอำเภอศรีสวัสดิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสวน และคณะเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ รวมถึง เจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสวัสดิ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเป็นทีมลงพื้นที่เก็บแบบสอบถาม

ขอขอบคุณ อาจารย์กัมปนาท ฉายชวงศ์ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี อาจารย์มณฑิรา จันทวารีย์ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม และคุณวิสิฐ ปิ่นประชานันท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สาธารณสุขอำเภอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่เสียสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

นอกจากนี้ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณาช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจ ทำให้วิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณทุกท่าน ไว้ ณ โอกาสนี้

รันดร ยูมังกูร

กุมภาพันธ์ 2562

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	3
คำถามการวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่ได้รับ	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	7
แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครประจำครอบครัว	7
แนวคิดเกี่ยวกับเรื่อง โรคเบาหวาน	14
แนวคิดเกี่ยวกับเรื่อง โรคไตเรื้อรัง	17
แนวคิดเกี่ยวกับเรื่อง โรคความดันโลหิตสูง	26
แนวคิดเกี่ยวกับเรื่อง ผู้สูงอายุ	30
แนวคิดและทฤษฎีความพึงพอใจ	40
ทฤษฎีการเรียนรู้ตามแนวคิดของบลูม	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	53
รูปแบบการวิจัย	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล	57
การวิเคราะห์ข้อมูล	58
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	62
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	62
ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	62
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	63
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	76
ความมุ่งหมายของการวิจัย	76
สรุปผล	76
อภิปรายผล	79
ข้อเสนอแนะ	83
บรรณานุกรม	84
ภาคผนวก	88
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ	89
ข แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย	91
ค ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ	96
ประวัติผู้ศึกษา	102

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 ลำดับเนื้อหาวิชาตามหลักสูตร	11
ตารางที่ 3.1 วิธีการดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัว ผู้ที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) กลุ่มผู้ป่วยโรคไต (CKD) และกลุ่มผู้สูงอายุ (LTC)	56
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	63
ตารางที่ 4.2 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	64
ตารางที่ 4.3 ระดับความรู้รายข้อของอาสาสมัครประจำครอบครัว เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ตอบแบบสอบถาม	67
ตารางที่ 4.4 ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ	67
ตารางที่ 4.5 ระดับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของอาสาสมัครครอบครัวที่ตอบแบบสอบถาม	69
ตารางที่ 4.6 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	70
ตารางที่ 4.7 ระดับความรู้โรคความดันโลหิตสูง	72
ตารางที่ 4.8 ความรู้เรื่องโรคไต	72
ตารางที่ 4.9 ระดับความรู้โรคไต	74
ตารางที่ 4.10 ระดับความพึงพอใจของอาสาสมัครประจำครอบครัว จำแนกเป็นรายข้อ	75



ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	3
ภาพที่ 3.1 โปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว วันที่ 1	59
ภาพที่ 3.2 โปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว วันที่ 2	60
ภาพที่ 3.3 โปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว วันที่ 3	61



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน ประเทศไทย มีเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพของประเทศมุ่งหวังให้เกิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self Care) ให้ประชาชนได้เลือกวิธีการหรือกิจกรรมที่ใช้ประพฤติกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยตนเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ระวังรักษาร่างกายให้สะอาดปราศจากเชื้อโรคภัยและอันตราย ซึ่งสังคมในปัจจุบันคือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐมีอยู่อย่างจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข อีกทั้งการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขยังไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขยังไม่เป็นไปตามที่พึงประสงค์ มีการสูญเสียกำลังคนอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเกิดการขาดช่วงในการหาบุคลากรมาทดแทน การขาดแคลนอัตรากำลังที่จำเป็น ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีภาระงานมากกว่าปริมาณที่บุคลากรคนหนึ่งตำแหน่งหนึ่งจะทำได้ ในระยะเวลาหนึ่งตามกรอบมาตรฐานที่กำหนด จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพในภาคประชาชนและภาคประชาสังคมให้เข้มแข็ง เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพในชุมชนที่มีศักยภาพ และเป็นแกนหลักในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพของประชาชน ประกอบกับพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases : NCDs) มากขึ้น รวมถึงมีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวนถึง 1 ล้านคน และมีจำนวน 9 แสนหกหมื่นคนที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ส่วนอีก 6 หมื่นสามพันคน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2558) และสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ระบุว่า ในปี 2560 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุติดบ้าน 235,301 คน และผู้สูงอายุติดเตียง 136,677 คน (ข้อมูล TDRi ณ 7 ตุลาคม 2559) นอกจากนี้ยังมีคนไทยจำนวนถึง 14 ล้านคน ที่เป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของประชากรทั้งประเทศ โดยจากสถิติ ปีพ.ศ. 2552 พบว่า มีประชากรเสียชีวิต จากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มากกว่า 300,000 คน หรือ คิดเป็น 73% ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมดในปี 2552 และมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 8 ล้านคน

ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย 2 แสนคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 10,000 คน โดยผู้ป่วยไต 1 คน มีค่าใช้จ่ายในการล้างไตเฉลี่ยเดือนละ 30,000 บาท แต่ค่าใช้จ่ายประมาณสูงถึง 3,000 ล้านบาทคาดว่าปี 2560 อาจต้องใช้งบประมาณถึงกว่า 17,000 ล้านบาท (สมาคมโรคไต, 2558)

ในปัจจุบันนโยบายการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคถูกเน้นให้มีการปฏิบัติมากขึ้น จากเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขอาจจะเน้นในเชิงรักษาอย่างเดียว โดยการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้คนไทยได้เรียนรู้ที่จะป้องกันดูแลตัวเองในเบื้องต้น และส่งต่อไปยังชุมชนรอบข้างด้วยการมีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เพื่อเพิ่มการรู้เท่าทันในด้านสุขภาพมากขึ้น ทั้งการป้องกันโรคใน 5 กลุ่มวัย โดยเฉพาะในบ้านที่มีผู้สูงอายุ บ้านที่มีคนป่วยไตวายเรื้อรัง บ้านที่มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาสให้นำบุตรหลาน ญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล มาเข้ารับการอบรม ว่าควรดูแลอย่างไร จะล้างไตทางช่องท้องอย่างไร คนวัยทำงานทำอย่างไรจะป้องกันโรคติดต่อเรื้อรังได้ หรือผู้สูงอายุจะทำอย่างไรให้มีสุขภาพแข็งแรง ดูแลตัวเองได้ โดยมีชุมชนเป็นตัวสนับสนุน อันเป็นการต่อยอดการดูแลสุขภาพจาก (อสค.) เข้าไปในครัวเรือน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยกำหนดเป้าหมายว่า ครอบครัวหนึ่ง จำเป็นต้องมีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) อย่างน้อย 1 คน เนื่องจากการดูแลสุขภาพระดับครอบครัว คนในครอบครัวที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด ที่จะทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพคนในครอบครัวตนเอง

พื้นที่ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อจำนวน 77 คน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 10 คน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 2 คน โดยกำหนดเป้าหมายว่า ครอบครัวหนึ่ง จำเป็นต้องมีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) อย่างน้อย 1 คน ที่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งจะทำให้ครอบครัวได้รับการถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ ทำให้เกิดทักษะทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว ในการวิเคราะห์ สามารถจัดการความเสี่ยงภัยสุขภาพ และดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัว โดยศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัว เพื่อยกระดับขีดความสามารถในการทำงานของอาสาสมัครประจำครอบครัว เพื่อยกระดับการพัฒนาสุขภาพประชาชนให้มีสุขภาพดี ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อนำข้อมูลที่ได้ในแต่ละส่วนไปใช้ในการปรับปรุง หาแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวต่อไป

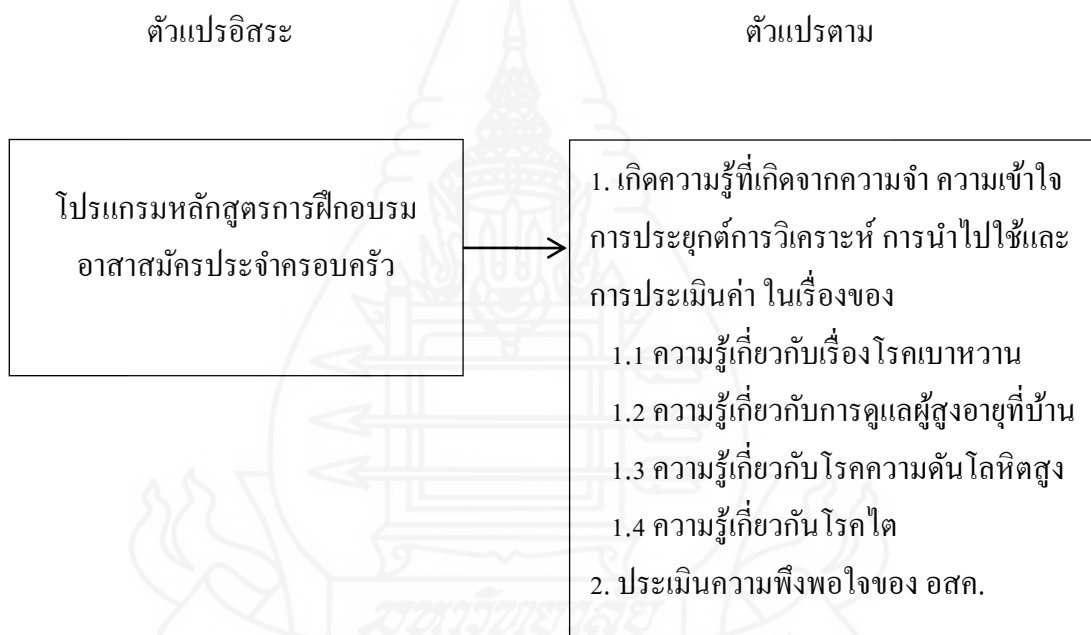
2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาความรู้ของอาสาสมัครประจำครอบครัวด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) ผู้ป่วยโรคไต (CKD) และผู้สูงอายุ (LTC) ก่อนและหลังการอบรม

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ของอาสาสมัครประจำครอบครัวด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(NCD) ผู้ป่วยโรคไต (CKD) และผู้สูงอายุ (LTC) ก่อนและหลังการอบรม

2.3 เพื่อประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครประจำครอบครัวหลังการอบรม

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. คำถามการวิจัย

4.1 ความรู้ของอาสาสมัครประจำครอบครัวอยู่ในระดับใด

4.2 ความรู้ของอาสาสมัครประจำครอบครัว ระหว่างก่อนและหลังได้รับการอบรมแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

4.3 ความพึงพอใจของอาสาสมัครประจำครอบครัวหลังได้รับการอบรม

5. สมมติฐานการวิจัย

หลังได้รับการอบรมระดับตัวแปรต่อไปนี้ ดีวก่อนได้รับการอบรม

- 5.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- 5.2 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
- 5.3 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง
- 5.4 ความรู้เกี่ยวกับโรคไต

6. ขอบเขตของการวิจัย

6.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครประจำครอบครัว ที่เป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไตและผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวนทั้งหมด 89 คน โดยจำแนกเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) จำนวน 77 คน ดูแลผู้ป่วยโรคไต (CKD) จำนวน 2 คน และกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน

6.2 พื้นที่ทำการศึกษา พื้นที่ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

6.3 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment research) โดยการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามก่อนและหลังการอบรม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

6.4 ขอบเขตด้านตัวแปร

6.4.1 ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

1) คุณลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

2) โปรแกรมหลักสูตรการฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว

6.4.2 ตัวแปรตาม คือ ผลของความรู้ของอาสาสมัครประจำครอบครัว ในพื้นที่ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

6.5 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการฝึกอบรมตามหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัว คือ 3 วัน

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) หมายถึง คนในครอบครัวของแต่ละครอบครัว ผู้ที่เป็นกลุ่มโรคกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ครอบครัวละ 1 คน หรือเพื่อนบ้าน บ้านละ 1 คน ในพื้นที่ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร (อสค.) ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ให้มาทำหน้าที่ดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัวตัวเอง

7.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หมายถึง ความสามารถในการอธิบายหรือ เข้าใจเนื้อหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในด้านความหมาย สาเหตุของโรค อาการของโรค และการดูแลผู้ป่วย และการใช้ยาในผู้ป่วย ของอาสาสมัครประจำครอบครัวในพื้นที่ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

7.3 ความรู้เกี่ยวกับไตเรื้อรัง หมายถึง ความจำหรือความเข้าใจ การนำไปใช้และประเมินค่าเกี่ยวกับไตเรื้อรัง ในด้านความหมาย หน้าที่ของไต สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง อาการของไตเรื้อรัง การชะลอความเสื่อมของไต และการดูแลเรื่องการให้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ของอาสาสมัครประจำครอบครัวในพื้นที่ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

7.4 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง หมายถึง ความสามารถในการอธิบายหรือ เข้าใจเนื้อหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ในด้านการประเมินผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย การประเมินด้านสุขภาพจิต การดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและโรคกระดูกพรุน และการใช้ยาในผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครประจำครอบครัวในพื้นที่ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

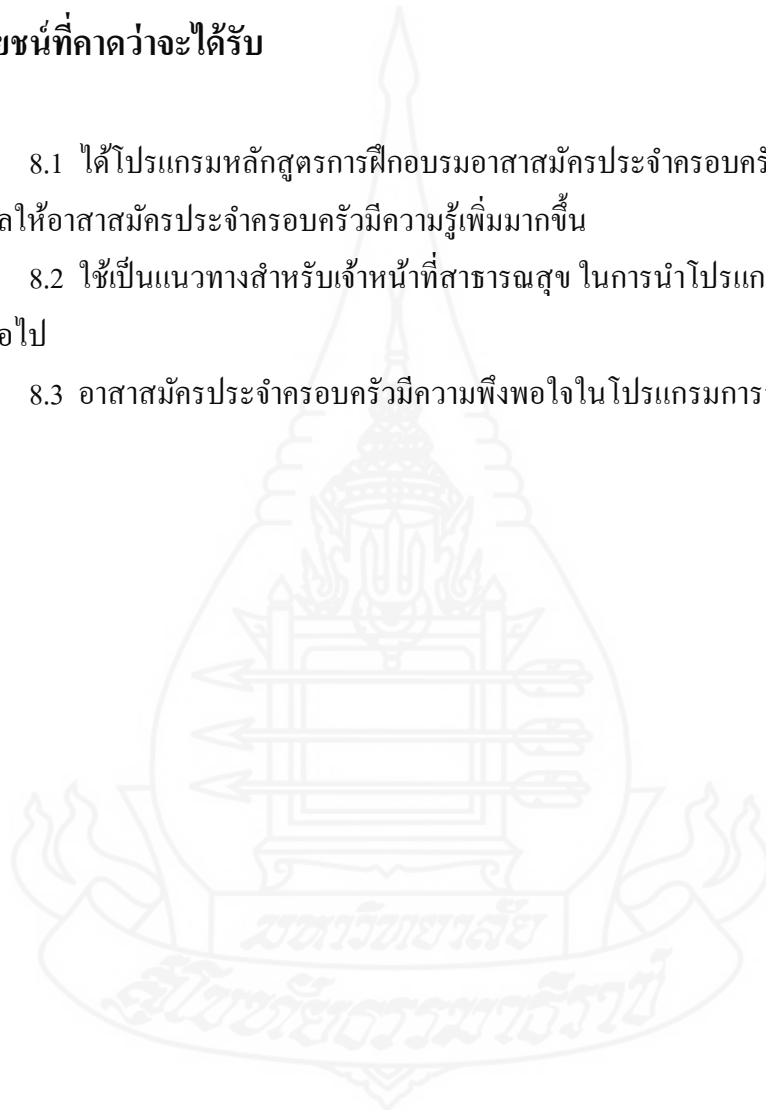
7.5 ความพึงพอใจ หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด นอกจากนี้ ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกด้านบวกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจเกิดขึ้นจากความคาดหวังหรือเกิดขึ้นกับ โปรแกรมการอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัวในพื้นที่ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ได้โปรแกรมหลักสูตรการฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัวที่มีความเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้อาสาสมัครประจำครอบครัวมีความรู้เพิ่มมากขึ้น

8.2 ใช้เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ใน พื้นที่อื่นต่อไป

8.3 อาสาสมัครประจำครอบครัวมีความพึงพอใจในโปรแกรมการอบรม



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง และการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครประจำครอบครัว ในพื้นที่ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรีครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งขอเสนอเป็นลำดับดังนี้

- 1.แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครประจำครอบครัว
- 2.แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน
- 3.แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องโรคไตเรื้อรัง
- 4.แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง
- 5.แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
- 6.แนวคิดและทฤษฎีความพึงพอใจความคาดหวังและการรับรู้
7. ทฤษฎีการเรียนรู้ตามแนวคิดของบลูม
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครประจำครอบครัว

1.1 แนวคิดหลักการและเป้าหมายของการมีอาสาสมัครประจำครอบครัว

อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เป็นแกนนำสุขภาพของครอบครัวที่ได้รับการความยินยอมพร้อมใจและสมัครใจร่วมกันทั้งสองฝ่ายคือสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ยินยอมและยอมรับฝ่ายหนึ่งกับอีกฝ่ายหนึ่งคือครอบครัวผู้คัดเลือกสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านให้มาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสุขภาพและงานสาธารณสุขของครอบครัวหรืออสค. ซึ่งผู้ได้รับการคัดเลือกต้องมีความสมัครใจและเต็มใจที่จะเข้ามาเรียนรู้ร่วมกับญาติของตนเองและพร้อมที่จะทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของครอบครัวและเชื่อมโยงส่งต่อกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกันและผู้ที่จะมาเข้ารับการอบรมหรือผ่านการเรียนรู้เพื่อเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ของแต่ละครอบครัวจะต้องเป็นบุคคลคนเดียวกันตลอดหลักสูตรคือ

1.1.1 อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เป็นกลุ่มเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้จังหวัดดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและสามารถดูแลตนเองได้พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชนเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับครอบครัวโดยกำหนดว่าทุกครอบครัวจำเป็นต้องมีอย่างน้อย 1 คนที่มีความรู้และสามารถดูแลสุขภาพตนเองครอบครัวและชุมชนได้

1.1.2 ทุกครอบครัวเป้าหมายได้รับการดูแลจากอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

1.1.3 อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับอสม.
โดย

1) อสม. เป็นเสมือนแม่ข่ายในการทำงานและถ่ายทอดความรู้สู่อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และรับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสู่ประชาชนได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2) อสม. และอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จะเป็นเสมือนใยแมงมุมที่สานต่อเป็นร่างแหเดียวกันไม่ซ้ำซ้อนกันและ

1.1.4 มีการเพิ่มพูนความรู้และสร้างความมั่นใจแก่อสค. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและหรือสถานบริการสุขภาพผู้รับผิดชอบพื้นที่จะถ่ายทอดความรู้เพิ่มเติมแก่อสค. ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามแต่สมาชิกที่มีในครอบครัวของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) อย่างต่อเนื่องรวมทั้งการอบรมฟื้นฟูรวมถึงการได้รับการถ่ายทอดความรู้คำแนะนำและคำปรึกษาจากอสม. เพื่อให้อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีศักยภาพสูงขึ้นมีความมั่นใจต่อการปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างและการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน(กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

1.2 ความหมายของอาสาสมัครประจำครอบครัว

อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) หมายถึงบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านที่ได้รับความไว้วางใจจากครอบครัวและได้รับการคัดเลือกให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มีความรู้และเป็นแกนนำในการปฏิบัติตนเองด้านสุขภาพที่ถูกต้องเป็นแบบอย่างให้กับครอบครัวและสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัวได้และผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรอาสาสมัครประจำครอบครัวที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

1.3 บทบาทของอาสาสมัครประจำครอบครัว บทบาทหน้าที่อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีอะไรบ้าง

1.3.1 **ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว**พร้อมทั้งวิเคราะห์และจัดการความเสี่ยงภัยสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวตลอดจนสมาชิกในครอบครัวมารับบริการสุขภาพเมื่อพบปัญหา

1.3.2 **ถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัว**

1.3.3 **ช่วยเหลือดูแลสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง**

1.3.4 **เข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชนและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน**

1.3.5 **บันทึกกิจกรรมการดูแลสุขภาพของอสค.ลงในสมุดบันทึกประจำครอบครัว**

1.3.6 **ประสานความร่วมมือเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายเร่งแหล่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพรับความรู้เพิ่มเติมและรับคำปรึกษาจากอสค. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข**

1.3.7 **เสนอแนะความคิดเห็นในการพัฒนาครัวเรือนและร่วมเป็นทีมหมอครอบครัว (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)**

1.4 **คุณสมบัติอาสาสมัครประจำครอบครัว**

อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) นี้จะคัดเลือกให้เหมาะสมและเป็นประโยชน์มากที่สุดต่อเป้าหมายในระดับครอบครัวเนื่องจากอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) คือคนที่เป็นแกนนำของงานสาธารณสุขของครอบครัวจึงต้องมีคุณสมบัติเบื้องต้นคือ

1.4.1 **ประชาชนที่อยู่ในเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดได้แก่**

1) **ญาติและหรือผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังรวมทั้งผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาสหรือ**

2) **ผู้สูงอายุทั่วไปที่ช่วยเหลือตัวเองได้และหรือติดสังคมหรือ**

3) **บุคคลที่ครอบครัวไว้วางใจและเลือกให้เป็นอสค.อาทิหัวหน้าครอบครัวแม่บ้านสมาชิกวัยทำงานของครอบครัวหรือตามบริบทลูกหลานหรือญาติพี่น้องที่อาศัยในครอบครัวหรือ**

4) **แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.)หรือ**

5) **เพื่อนบ้านใกล้ชิดและหรือเครือข่ายอาสาสมัครในชุมชนกรณีอยู่บุคคลเดียวในครอบครัวและมีภาวะพึ่งพิง(กระทรวงสาธารณสุข, 2560)**

1.5 **การคัดเลือกอาสาสมัครประจำครอบครัว** อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ได้มาโดย

1.5.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งดูแลรับผิดชอบพื้นที่และหรือรับผิดชอบให้บริการ และถ่ายทอดความรู้แก่กลุ่มโรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงและญาติหรือผู้ดูแลร่วมกับครอบครัวสหประชาและคัดเลือกจากทุกครอบครัวที่มารับการบำบัดรักษาเป็นการประจำครอบครัวละ 1 คนตามคุณสมบัติที่กำหนด

1.5.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งดูแลรับผิดชอบพื้นที่หรือละแวกบ้านหรือชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบพื้นที่แห่งนั้นช่วยกันสหประชาและคัดเลือกจากทุกครอบครัวครอบครัวละ 1 คนตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยที่เจ้าตัวและสมาชิกในครอบครัวยอมรับและเห็นด้วยในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัวตัวเองเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

1.5.3 เจ้าตัวสมัครใจครอบครัวยอมรับและเห็นด้วย ในการมาเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว(กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

1.6 แนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว

1.6.1 กลุ่มเป้าหมายจำนวนเป้าหมาย

กระทรวงสาธารณสุข (2560) กลุ่มเป้าหมายและจำนวนเป้าหมายในการฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) คือ

1) กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาสโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งดูแลรับผิดชอบพื้นที่และหรือรับผิดชอบให้บริการและถ่ายทอดความรู้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาสและญาติหรือผู้ดูแลคัดเลือกญาติหรือผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและหรือสมาชิกในครอบครัวจากทุกครอบครัวผู้ป่วยที่มารับการบำบัดรักษาเป็นการประจำหรือกลุ่มผู้รับบริการเยี่ยมบ้านซึ่งได้รับการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องอยู่แล้วในการรับบริการตามนัดถือเป็นผู้เข้ารับการอบรม

2) กลุ่มสมาชิกครอบครัวในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขครอบครัวและองค์กรชุมชนคัดเลือกครอบครัวละ 1 คนตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้ารับการอบรมด้วยวิธีการถ่ายทอดความรู้จากอสม. 1 คนต่อสมาชิกครอบครัวในเขตรับผิดชอบ

(1) การจัดการฝึกอบรมหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

- หลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยใช้หลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้อบรมครบถ้วนแล้ว 100%(กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

- นำอาสาสมัครประจำครอบครัวมาอบรมฟื้นฟูโดยใช้โปรแกรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานโรคไตเรื้อรังโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น

- อาสาสมัครประจำครอบครัว เรียนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับทีมสหวิชาชีพทีมเครือข่ายเยี่ยมบ้านมาเยี่ยมบ้านและมีการศึกษาทบทวนจากคู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เทคโนโลยีเช่นไลน์แอปพลิเคชันเฟซบุ๊กและการศึกษาค้นคว้าจากแหล่งความรู้อื่นภายใต้หลักสูตรไม่น้อยกว่า 18 ชั่วโมง

1.6.2 กิจกรรมโดยใช้ระยะเวลา 3 วัน วันละ 6 ชั่วโมงประกอบไปด้วยกิจกรรม

1) กิจกรรมให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) โดยใช้การบรรยายให้ความรู้ประกอบเอกสารให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาและหัวข้อ ดังนี้

(1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนตามแต่ละกรณีของสมาชิกในครอบครัวที่มี เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค การประเมินสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2) กิจกรรมให้ความรู้กลุ่มผู้ป่วยโรคไต (CKD) โดยใช้การบรรยายให้ความรู้ประกอบเอกสารให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาและหัวข้อ ดังนี้

(1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน CKD การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในครอบครัว

3) กิจกรรมให้ความรู้กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ดิคบ้านติดเตียง (LTC) โดยใช้การบรรยายให้ความรู้ประกอบเอกสารให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาและหัวข้อ ดังนี้

(1) การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น

(2) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

(3) การเฝ้าระวังผู้สูงอายุ

1.6.3 ลำดับเนื้อหาวิชาตามหลักสูตร

ตารางที่ 2.1 ลำดับเนื้อหาวิชาตามหลักสูตร

เนื้อหาวิชา แกนหลักพื้นฐานของหลักสูตร	เนื้อหาตามแต่ลักษณะ ของสมาชิกที่มีในครอบครัว
1. แนวคิดความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ (ตามกลุ่มวัยตามช่วงชีวิตและกลุ่มโรคที่	1. โรคและภาวะแทรกซ้อนการรักษายาบำบัดและ การฟื้นฟูสภาพอาทิ

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

เนื้อหาวิชา แกนหลักพื้นฐานของหลักสูตร	เนื้อหาตามแต่ลักษณะ ของสมาชิกที่มีในครอบครัว
เจ็บป่วยของกลุ่มเป้าหมายสมาชิกใน ครอบครัวที่ต้องไปดูแล)	<input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง <input type="checkbox"/> โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. วิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของ ตนเองและผู้ที่ต้องดูแลทั้งการดูแลสุขภาพ ครอบครัวในภาวะปกติและการดูแลสุขภาพ ครอบครัวในภาวะฉุกเฉิน	2. วิชาเลือกอาชีววิธีบำบัดการออกกำลังกาย เฉพาะกลุ่มเฉพาะตัวการทำผลการให้อาหาร ทางสายยาง
4. สิทธิหน้าที่และหลักประกันสุขภาพของ ประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพการดำรงชีวิต และการพัฒนาคุณภาพชีวิต	
5. การประเมินความเสี่ยงภัยสุขภาพ ความก้าวหน้าของโรคและการจัดการรวมถึง การบันทึกข้อมูลการใช้เทคโนโลยีออนไลน์ เฟซบุ๊กแอปพลิเคชัน	
6. การช่วยเหลือผู้ที่ต้องดูแลและการช่วยเหลือ ผู้อื่นในชุมชน	
8. นโยบายและแนวทางการพัฒนาอาสาสมัคร ประจำครอบครัว (อสค.)	
9. บทบาทอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และการเชื่อมเครือข่ายอสค.	

1.7 มาตรฐานการเรียนรู้ในหลักสูตร

มาตรฐานหลักสูตรการฝึกอบรมของอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.) มีดังนี้

1.7.1 มีความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และการดูแลบุคคลในครอบครัวตามสภาพการณ์ บริบท และตามช่วงชีวิต ของบุคคลในครอบครัวตนเอง ตลอดจนเชื่อมต่อกับ อสม.

1.7.2 มีจิตสำนึก จริยธรรม ความรู้ และความเข้าใจ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับบทบาทของอาสาสมัครประจำครอบครัว ทำงานเชื่อมโยงกับ อสม. ไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน

1.7.3 มีความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติในการทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว ตามขอบเขตที่กำหนด

1.7.4 มีความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นแกนนำสุขภาพและเป็นผู้ถ่ายทอดสู่บุคคลในครอบครัวและผู้อื่น

1.7.5 มีความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติ ในการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส การป้องกันโรคของบุคคลในครอบครัวตนเอง

1.7.6 มีความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติ ในการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ จัดการความเสี่ยงด้านภัยสุขภาพ ของบุคคลในครอบครัวและการส่งข้อมูลด้านสุขภาพให้กับ อสม. และรับความรู้เพิ่มเติม จาก อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.7.7 มีความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติ ในนโยบายการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) บทบาท การขึ้นทะเบียนและแต่งตั้งเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)(กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

สรุปได้ว่า หลักสูตรอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เป็นหลักสูตรที่มีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและหลายหน่วยงาน โดยมีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข กับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและต่างสังกัด ในการพัฒนาให้เป็นหลักสูตรกลางของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้เป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยมีการจัดหลักสูตรการอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองบุคคลในครอบครัวและละแวกใกล้เคียง การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยในโรคต่างๆ เพื่อให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเองและละแวกใกล้เคียง อันเป็นการเชื่อมโยงข้อมูลประสานและต่อยอดการดูแลสุขภาพจากชุมชนสู่ครัวเรือนและละแวกใกล้เคียง โดยใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน(อสม.)และความมั่นคงด้านสุขภาพที่ยั่งยืนและ

พึ่งตนเองซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์หลักสูตรอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ให้มีความกระชับ เหมาะสม กับการอบรมฟื้นฟู อสค. ที่ผ่านการอบรมจากหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว

2. แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน

2.1 โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน คือ ปัสสาวะหวานนั่นเอง ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ปัสสาวะหวานเพราะกระบวนการในร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ ก็จะมีน้ำตาลผสมอยู่ในกระแสเลือดและไตเป็นผู้ทำหน้าที่ในการขับออกทางปัสสาวะ เป็นเหตุให้ปัสสาวะตรวจพบว่ามีน้ำตาลปนออกมา

2.1.1 สาเหตุที่ทำให้น้ำตาลเกินในร่างกาย ตับอ่อนจะผลิตฮอร์โมนที่ชื่อ อินซูลินออกมา ซึ่งอินซูลินมีกระบวนการนำน้ำตาลส่งออกไปเลี้ยงเซลล์ทั่วร่างกายเพื่อนำไปใช้เป็นพลังงานคนเป็นเบาหวาน อินซูลินจะบกพร่องทำให้อินซูลินนำน้ำตาลส่งออกไปให้เซลล์ต่างๆได้น้อย จึงเหลือน้ำตาลในเลือดมากเกินไปเป็นสาเหตุให้ปัสสาวะมีน้ำตาลปนออกมา

2.1.2 สาเหตุที่ทำให้อินซูลินไม่มีคุณภาพหรือมีปริมาณน้อย

1) ตับอ่อนผลิตอินซูลินออกมาได้น้อยลง จึงทำให้มีอินซูลินน้อยกว่าปริมาณน้ำตาล น้ำตาลที่เหลือจะไปอยู่ในเลือดมากทำให้กลายเป็นเบาหวาน

2) ในคนอ้วน อินซูลินไม่สามารถพาน้ำตาลไปได้ เพราะเซลล์ไขมันจะผลิตฮอร์โมนบางตัวมีผลให้การทำงานของอินซูลิน ทำให้อินซูลินทำงานได้ไม่เต็มที่

3) สตรีมีครรภ์ สตรีบางคนเวลาตั้งครรภ์จะผลิตฮอร์โมนบางชนิดออกมารบกวนการทำงานของอินซูลิน

4) อินซูลินบกพร่อง ซึ่งพบน้อยมากอาจเกิดจากการผิดปกติของยีนส์

2.1.3 กลุ่มเสี่ยงเป็นเบาหวาน

1) มีญาติเป็นเบาหวาน

2) คนอ้วน น้ำหนักเกิน จะพบว่าคนอ้วนเป็นเบาหวานถึง 85 เปอร์เซ็นต์

3) คนที่มีประวัติว่าตั้งครรภ์แล้วแท้งบ่อยๆ สาเหตุคือ แม่เป็นเบาหวานแล้วไม่ทราบทำให้โอกาสแท้งได้

4) ผู้ที่เป็นแผลบ่อย เช่น แผลที่มือ เท้า ปัสสาวะอักเสบ เป็นแผลหายยาก หายช้า

2.1.4 วิธีตรวจเบาหวาน

วิธีการตรวจหาค่าน้ำตาลในเลือดแบบอย่างง่าย ด้วยเครื่องตรวจเบาหวาน โดยการเจาะเลือดบริเวณปลายนิ้วนำเลือดหนึ่งหยดก็จะรู้ค่าของน้ำตาลในเลือดได้แล้ว สามารถทำได้ด้วยตนเอง

2.1.5 ค่าของน้ำตาลในเลือด

ระดับน้ำตาลคนปกติ ก่อนทานอาหารต้องมีน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หลังอาหารต่ำกว่า 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ระดับน้ำตาลคนที่เบาหวาน มีน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้าสูงกว่า 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และหลังจากรับประทานอาหารมากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ผู้ที่มีระดับน้ำตาลก่อนรับประทานอาหารเช้า อยู่ระหว่าง 100-125 และหลังรับประทานอาหารเช้า 140-199 นั้นอยู่ในกลุ่มเสี่ยงอาจเป็นหรือไม่เป็นก็ได้ โดยสามารถตรวจได้ที่โรงพยาบาลต้องอดอาหาร 6-8 ชั่วโมงในตอนกลางคืน แล้วมาเจาะเลือดในตอนเช้าโดยการเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ หลังจากเจาะครั้งแรกทำการทดสอบด้วยสารโมโนอินซูลินยังมีคุณภาพสามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ขนาดไหนมีเหลือตกค้างหรือไม่โดยการดื่มน้ำตาลกลูโคสทันที 1 แก้วให้หมดภายใน 5 นาที แล้วรออีก 2 ชั่วโมงจึงจะทำการเจาะเลือดอีกครั้งเพื่อดูความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังจากที่ร่างกายได้รับน้ำตาล

2.1.6 อาการของคนเป็นโรคเบาหวาน

1) เข้าห้องน้ำบ่อย รู้สึกเหมือนต้องการปัสสาวะตลอดทั้งวัน ซึ่งการถ่ายปัสสาวะจะบ่อยขึ้นหากมีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงเกินไป

2) รู้สึกหิวน้ำจืดต้องดื่มน้ำมากกว่าปกติ และรู้สึกว่าการดื่มน้ำเท่าไรก็ไม่พอ อาจเป็นสัญญาณเตือนของเบาหวานได้

3) น้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจ อาการจะเด่นชัดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1

4) อ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย สาเหตุจากกลูโคสอีกเช่นกัน เซลล์ของร่างกายจะขาดแคลนพลังงาน ทำให้คุณรู้สึกเหนื่อยง่าย และร่างกายไม่ค่อยแข็งแรง

5) มีอาการเหน็บชา หรือรู้สึกเหมือนเข็มทิ่มบริเวณปลายประสาท อาการนี้เรียกว่าเส้นประสาทอักเสบ ซึ่งจะค่อยเป็น

6) อาการและสัญญาณเตือนอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการตามัว ผิวหนังแห้งหรือคัน มีการติดเชื้อบ่อยขึ้น บาดแผลที่ใช้เวลานานผิดปกติที่จะหาย ก็เป็นสัญญาณเตือนว่ามีบางสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น

7) อาการตามัว ผิวหนังแห้ง มีการคิดเชื่อบ่อยขึ้น บาดแผลหายช้า อาจเป็นอาการเบื้องต้นของการเป็นโรคเบาหวานเมื่ออาการเหล่านี้เกี่ยวข้องกับเบาหวาน ก็เป็นผลจากการที่มีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงเกินไป หากคุณสังเกตว่าตนเองมีอาการข้างต้น ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อตรวจให้แน่ใจ

2.1.7 การดูแลตัวเอง

หลีกเลี่ยงการนอนกลางวัน หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ดูแลดวงตาให้มีสุขภาพดี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ดูแลเท้าเป็นพิเศษ

2.1.8 การรักษาดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้เป็นเบาหวานบางคนเพียงควบคุมอาหารและออกกำลังกายก็สามารถควบคุมระดับของน้ำตาลในเลือดได้แล้ว แต่บางคนระดับน้ำตาลยังสูงอยู่ แพทย์จำเป็นต้องเริ่มให้ยาเบาหวาน

สรุปได้ว่าอสค.ให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1) แนะนำให้รับประทานยา/ฉีดตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ

ให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือดให้เป็นไปตามเป้าหมายการควบคุม

2) ควบคุมอาหาร/ลดน้ำหนัก(กรณีอ้วนหรือน้ำหนักเกิน)

3) แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเหมาะสมตามวัยและข้อจำกัดอื่นของร่างกาย

4) แนะนำให้ไปรับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาไตและเท้าอย่างน้อยปีละครั้งทุกปี

5) เชิญชวนเพื่อติดตามการรักษาและปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

6) ให้ความรู้ข้อควรปฏิบัติเมื่อต้องเดินทาง

7) ให้ความรู้ข้อบ่งชี้ที่ต้องไปพบแพทย์

8) ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง

9) แนะนำให้ไปพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ

3. แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องโรคไตเรื้อรัง

3.1 สาเหตุของโรคไต

โรคไตเกิดได้จากหลายสาเหตุได้แก่ 1.เบาหวาน2.ความดันโลหิตสูง3.ทางเดินปัสสาวะอักเสบจากการติดเชื้อ 4.นิ่วของไต 5. โรคของต่อมลูกหมาก6.ไตอักเสบที่ไม่ใช่จากการติดเชื้อ 7.ถุงน้ำในไต8.พันธุกรรมบางอย่าง9.เนื้องอกที่ไต10.โรคภูมิแพ้เซลล์ตนเอง หรือเอสแอลอี(SLE) 11.การได้รับยาชนิดต่างๆ รวมทั้งยาแก้ปวดหรือสารเคมีบางชนิดซึ่งมีพิษต่อไต 12.การได้รับสารรังสีจากการรักษาโรคเนื้องอกหรือมะเร็ง13.บาดเจ็บที่ไต เช่น ถูกกระแทกหรือได้รับอุบัติเหตุ14.ถูกสารจากแมลงมีพิษกัดต่อย เช่น ผึ้งตัวต่อต่อย15.เป็นโรคปวดข้อชนิดที่เรียกว่าเกาต์

3.1.1 เบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคชนิดหนึ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้น้ำตาลกลูโคสให้เป็นพลังงานได้ตามปกติซึ่งสาเหตุเกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถสร้างฮอว์โมนอินซูลิน หรือผลิตไม่พอ หรือไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปตับอ่อนทำหน้าที่สร้างอินซูลิน (insulin) และอินซูลินจะพาน้ำตาลกลูโคสเข้าเซลล์เพื่อสร้างพลังงานถ้าเกิดภาวะพร่องอินซูลินทำให้มีภาวะน้ำตาลคั่งในเลือดที่เรียกว่า hyperglycemia เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน คือ ระดับน้ำตาลในเลือดตอนเช้าหลังอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง มีระดับสูงกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถ้าไม่รักษาเบาหวานให้น้ำตาลที่สูงในเลือดจะทำให้หลอดเลือดแดงเล็กทั่วไปหนาตัว เช่น หลอดเลือดแดงเล็กที่ไปที่จอตา (retina) ที่หัวใจ ที่สมองและที่ไต ทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ น้อยลง การทำงานจะเสื่อมลงและเกิดพยาธิสภาพของอวัยวะที่เสียไป ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานหลายสิบปีหรือผู้ที่ควบคุมเบาหวานไม่ดีจะทำให้เนื้อไตถูกทำลายไปเรื่อยๆ เห็นได้จากการตรวจพบมีโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะนอกจากนี้แล้วเบาหวานยังทำให้เกิดความดันโลหิตสูง กระเพาะปัสสาวะทำงานไม่สมบูรณ์เกิดภาวะติดเชื้ออักเสบในทางเดินปัสสาวะได้บ่อยอีกด้วย เบาหวานจัดเป็นโรคสำคัญอันดับต้นๆ ที่ทำให้ไตวายเรื้อรัง ทั้งในประเทศไทย สหรัฐอเมริกา และทั่วโลก เบาหวานทำให้เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ตามัว แขนขาชา ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลงอย่างมาก อาการแสดงของผู้เป็นเบาหวาน คือ อ่อนเพลีย ปัสสาวะมาก กระหายน้ำ คันตามตัว

3.1.2 ความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงนับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กลายเป็นโรคไตวายเรื้อรังในประเทศไทยและต่างประเทศทั่วโลกใกล้เคียงกับโรคเบาหวานคนปกติหากค่าความดันโลหิตที่วัดได้มีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่บ่อยพบ

สาเหตุ อย่างไรก็ตาม ภาวะความดันโลหิตสูงสามารถเป็นได้ทั้งเหตุของโรคไตเรื้อรังและผลของการเกิดโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้แล้วความดันโลหิตสูงยังก่อให้เกิดโรคหัวใจ โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุมาก อ้วน และสูบบุหรี่ การเกิดโรคไตจากความดันโลหิตสูงเนื่องจากไปทำให้หลอดเลือดแดงเล็กหนาและแข็งตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายน้อยลง โดยเฉพาะอวัยวะที่สำคัญ เช่น ไตหัวใจ สมอง อาการแสดงก็จะเป็นเฉพาะอวัยวะที่ถูกทำลายนั้นๆ เช่น เหนื่อย บวม ปวดศีรษะ อัมพาต

3.1.3 การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ

โดยทั่วไปแล้วปัสสาวะที่ไหลผ่านท่อไตจะปราศจากเชื้อ เข้ากระเพาะปัสสาวะและขับออกทางท่อปัสสาวะซึ่งจะไม่มีการไหลย้อนกลับ เมื่อใดที่ทางเดินปัสสาวะมีการอุดตัน หรือมีปัสสาวะหลงเหลือจำนวนมากในกระเพาะปัสสาวะ เช่น ในผู้ที่เป็นเบาหวานเนื่องจากระบบประสาทที่ไปเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะผิดปกติจึงทำให้การบีบกระเพาะปัสสาวะให้น้ำปัสสาวะออกไม่หมด ยังคงมีน้ำปัสสาวะค้างอยู่ตลอดเวลา ทำให้เชื้อแบคทีเรียมีโอกาสเจริญเติบโต แพร่พันธุ์มากขึ้น จนทำให้การอักเสบติดเชื้อเป็นมากขึ้นในกรณีรุนแรง ถ้าเป็นบ่อยๆ อาจลุกลามถึงทำให้ไตวายเรื้อรังในที่สุดได้ อาการและอาการแสดงของผู้เป็นโรคนี้นี้ คือ ปัสสาวะแสบขัด ถ่ายบ่อย ปัสสาวะมีลักษณะขุ่น ปวดบั้นเอวบางครั้งอาจจะไข้หนาวสั่น คลื่นไส้อาเจียน

3.1.4 นิ่วของระบบทางเดินปัสสาวะ

นิ่วมีหลายชนิด มีผลทำให้อุดกั้นทางเดินปัสสาวะและทำลายเนื้อไตไปเรื่อยๆ หากไม่ได้รับการรักษาอาการแสดงคือ ปัสสาวะขัด ขุ่น มีสีน้ำตาลเนื้อ บางครั้งพบมีก้อนปนมา กับปัสสาวะ บางรายที่อุดกั้นไตจะทำให้มีอาการปวดท้อง ซึ่งมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ของประเทศไทย วิธีรักษานิ่วไตมีทั้งรับประทานยา การสลายนิ่วและการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของโรค

3.1.5 โรคต่อมลูกหมาก

โรคนี้นี้มักไม่ค่อยเป็นเหตุของไตวายเรื้อรัง แต่ถ้าเป็นนานๆ ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง แต่มีผลทำให้ขนาดต่อมลูกหมากโต จนไปอุดกั้นทางเดินปัสสาวะจนเป็นเหตุให้ไตวายได้ อาการแสดง พบในเพศชายอายุ 50 ปีขึ้นไป มีอาการปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะไม่พุ่งแรง ปัสสาวะเหมือนไม่สุด ถ่ายบ่อย ต้องลุกกลางคืนเพื่อมาถ่ายปัสสาวะการอักเสบของระบบทางเดินปัสสาวะชนิดไม่ติดเชื้อแบคทีเรียโรคนี้นี้มักพบเป็นความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ผู้ป่วยมักจะมีอาการบวมเป็นๆ หายๆ หลายเดือน บางรายมีปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะขุ่นเป็นฟองมาก เนื่องจากมีโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะ

มีความดันโลหิตสูง มีพยาธิสภาพในชั้นเนื้อไตที่บ่งบอกถึงการอักเสบ บางรายรักษาได้ด้วยยา บางรายไม่ตอบสนองต่อยา สุดท้ายจะกลายเป็นไตวายเรื้อรัง

3.1.6 โรคภูมิแพ้เซลล์ตนเอง หรือเอสแอลอี(SLE)

เป็นโรคที่เกิดเนื่องจากภูมิแพ้เซลล์ตนเอง โดยปกติเซลล์ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกัน (antibodies) เพื่อป้องกันมิให้เชื้อโรค หรือสารแปลกปลอมเข้ามาทำลายเซลล์ร่างกาย แต่โรคนี้เกิดภูมิคุ้มกันที่ต่อต้านเซลล์ของตนเอง สาเหตุยังไม่ชัดเจน ไม่มีใครทราบแน่นอน แต่พบว่ามีปัจจัยจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นที่โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ความรู้เรื่องโรคไตสำหรับประชาชน 14 สำคัญนอกเหนือไปจากสารอื่นๆ เช่น ไวรัส สารเคมีบางชนิดมักพบในหญิงมากกว่าชายในอัตรา 10 ต่อ 1 โรคนี้ทำให้เกิดไตอักเสบจนกลายเป็นไตวายเรื้อรังได้ อาการแสดงของโรคเอสแอลอีได้แก่ ปวดข้อต่างๆ หลายข้อ ผื่นรัง ผื่นแดง ผื่นขึ้นบริเวณใบหน้า และส่วนที่โดนแสงแดด อ่อนเพลีย มีไข้เรื้อรัง ต่อม้ำเหลืองโต น้ำหนักลด ปัสสาวะมีเลือดและโปรตีน บางรายเป็นรุนแรงมีกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและหลอดเลือดสมองอักเสบจนเกิดอาการชักได้

3.1.7 ยาและสารเคมีที่เป็นพิษต่อไต

สารเคมีและยาบางชนิดสามารถขับออกทางไตได้ ถ้าใช้ปริมาณมากและนาน มีผลกระทบต่อทำลายไตได้ ยาสมุนไพรที่มีส่วนผสมของโลหะหนัก เช่น แคดเมียม ตะกั่วปรอท สารหนู และฟอสฟอรัส สารเคมีประเภทคาร์บอนเตตระคลอไรด์เอทิลีนกลัยคอล ไฮโดรคาร์บอนต่างๆ รวมทั้งพิษจากงูและพิษเห็ดรวมถึงศิลาดิบๆ ของกลุ่มปลาตะเพียน (raw carp bile) ล้วนแต่ทำลายเนื้อไตทั้งสิ้นยาประเภทปฏิชีวนะต้องระมัดระวังในการใช้โดยเฉพาะผู้ที่เป็นเบาหวาน โรคไต อายุมาก ไตก็เริ่มเสื่อมอยู่แล้ว การใช้ยาดังกล่าวอาจทำให้เกิดอาการแพ้หรือเป็นพิษต่อไตโดยตรง ถ้ามีการใช้เกินขนาดหรือใช้เป็นเวลานาน ซึ่งอาจมีการทำลายเนื้อไตได้ สารที่ใช้ในการตรวจภาพทางรังสีก็มีส่วนประกอบของสารที่อาจเป็นอันตรายต่อไตได้เช่นกัน (ชัยญารัตน์ธีรพรเลิศรัฐ, 2556)

3.2 การสังเกตอาการ

ผู้ที่เป็นโรคไต จะไม่ค่อยปรากฏอาการแสดงให้เห็น เนื่องจากไตเป็นอวัยวะที่มีความสามารถพิเศษในการปรับการทำงานให้อยู่ในภาวะสมดุล แม้ว่าจะเหลือเพียง 50 เปอร์เซ็นต์ของปกติ แต่หากการทำงานของไตลดเหลือเพียง 25 เปอร์เซ็นต์ จะเริ่มแสดงอาการต่างๆ ให้เห็นได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร ภาวะซีด คันตามตัว และบวมตามใบหน้า แขนขา ปัสสาวะมากตอนกลางคืนซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้อาจคล้ายกับอาการของโรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร จึงจำเป็นต้องมีการตรวจร่างกาย ซึ่งจะพบว่ามีความดันโลหิตสูง อาการบวม ภาวะซีด อีกทั้งยังต้องมีการตรวจปัสสาวะ ตรวจเลือด และภาพรังสีเพิ่มเติมเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

คนปกติควรได้รับการตรวจไตอย่างไรบ้าง การตรวจร่างกายประจำปีในปัจจุบัน จะมีการตรวจร่างกาย วัดความดันโลหิต ตรวจปัสสาวะ ตรวจเลือดซึ่งจะรวมหน้าที่ไต ก็เป็นการคัดกรองเบื้องต้น สามารถทราบได้ว่ามีปัญหาเกี่ยวกับไตบ้างหรือไม่จะได้ทำการตรวจต่อสำหรับหาสาเหตุโรคไตต่อไป

ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตได้แก่ผู้ป่วยประเภทไตบ้าง ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการตรวจหาโรคไตแต่เนิ่นๆ ได้แก่ 1.คนปกติที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเพราะการทำงานของไตจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น 2.ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง 3.ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคหลอดเลือดอื่น ๆ 4.ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน 5.ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตอยู่เดิมแล้ว เช่น โรคไตอักเสบเอสแอลอี (SLE) โรคเกาต์โรคไตอักเสบชนิดไม่ใช่ติดเชื้อโรคแบคทีเรีย 6.ผู้ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคไตชนิดใดชนิดหนึ่ง 7.ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นซ้ำๆ หลายครั้ง 8.ผู้ป่วยที่รับประทานยาบางชนิด โดยเฉพาะยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs หรือ NSAIDs) หรือ สัมผัสสารเคมีบางชนิดติดต่อกันเป็นเวลานาน

3.3 สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease)

เป็นภาวะที่มีการทำลายเนื้อไตซ้ำๆ อย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลาเป็นเดือนหรือเป็นปีเป็นการทำลายที่ถาวร ไตไม่สามารถฟื้นกลับมาทำหน้าที่ปกติแบบไตวายเฉียบพลัน โรคไตเรื้อรังเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงทางเดินปัสสาวะอักเสบจากการติดเชื้อ นิ่วในทางเดินปัสสาวะผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการจนกระทั่งไตเสียไปมากกว่า 50% จึงเริ่มแสดงอาการของโรคไตเรื้อรังที่เล็กน้อยจนเมื่อหน้าที่ไตเสียเกือบหมด อาการจะรุนแรงมากทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนอยู่ได้เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร คัดตามตัว บวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ซึ่ม ไม่ค่อยรู้สึกตัว ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม โดยการซักประวัติหาสาเหตุดังได้กล่าวข้างต้น ประกอบกับการตรวจร่างกาย การตรวจปัสสาวะ ตรวจเลือด ดูหน้าที่ไตและภาพรังสีซึ่งแสดงถึงไตฝ่อ ขนาดเล็กลงจากเดิมมาก การรักษาไตเรื้อรังได้เพียงประคับประคองมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจวาย อาการชัก หมดสติ หากการรักษาด้วยยาไม่ได้ผลก็จำเป็นต้องใช้วิธีฟอกเลือดเอาของเสียออกจากร่างกาย เพื่อให้ร่างกายฟื้นสภาพพอช่วยตัวเองได้แต่ไตจะยังคงเป็นพังผืด เป็นรอยการอักเสบเรื้อรังระยะนาน ซึ่งไม่สามารถแก้ไขหรือรักษาให้ฟื้นกลับมาทำงานเป็นปกติเช่นเดิมได้ผู้ป่วยประเภทนี้จะต้องรักษาด้วยวิธีฟอกเลือด หรือล้างช่องท้องชนิดถาวร เพื่อนำเอาของเสียออกไปตลอดเวลามากกว่าจะได้รับการปลูกถ่ายไต ซึ่งอาจเป็นไตบริจาคจากผู้เสียชีวิตมีสมองตาย แต่ไตยังทำงานปกติหรือไตจากผู้มีชีวิต เช่น พ่อแม่ คู่สมรส ลูก หลาน ที่มีกรุ๊ปเลือดและเนื้อเยื่อที่เข้ากันได้และยินดีบริจาคให้นำไปปลูก

ถ่ายไต ไตที่ได้รับการปลูกถ่ายแล้วก็จะฟื้นตัวกลับมาทำงานได้ใกล้เคียงปกติเช่นเดิม โดยต้องรับประทานยารักษาไตใหม่ตลอดไปและอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างสม่ำเสมอเช่นกัน(ชัยญารัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ, 2556)

3.4 การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งใน 2 ข้อต่อไปนี้

3.4.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติมานานติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจมีอัตราการกรองของไต(Glomerular Filtration Rate, GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ภาวะไตผิดปกติหมายถึง พบลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1) ตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจปัสสาวะอย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน ดังต่อไปนี้

(1) ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะถ้าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และตรวจพบ microalbuminuria ถ้าผู้ป่วยไม่ได้เป็น โรคเบาหวาน และตรวจพบ proteinuria มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อวัน หรือมากกว่า 150 มิลลิกรัม/กรัมครีเอตินิน

(2) ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (hematuria)

2) ตรวจพบความผิดปกติทางรังสีวิทยา

3) ตรวจพบความผิดปกติทางโครงสร้างหรือพยาธิสภาพ

3.4.2 ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/ 1.73 ตารางเมตร ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้(ชัยญารัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ,2556)

3.5 การรักษาโรคไตเรื้อรัง

เมื่อผู้ป่วยไตเรื้อรังเข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือการทำงานของไตเสียไปประมาณ 90 เปอร์เซ็นต์ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรงมากจนถึงเสียชีวิตได้ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องรับการรักษาด้วยการทำไตเทียมวิธีใดวิธีหนึ่งหรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเท่านั้น ปกติแพทย์จะพิจารณาเริ่มการรักษาเร็วกว่าระยะนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อาการมักรุนแรงมากจนอาจแก้ไขไม่ทัน การฟื้นตัวของผู้ป่วยจะช้ามากหรือไม่ได้เลย ในปัจจุบันมีการรักษาไตวายเรื้อรังทั้งหมด 3 วิธีคือ 1. การรักษาทั่วไป 2. การทำไตเทียม 3. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต

3.5.1 หลักการสำคัญในการชะลอการเสื่อมของไต ได้แก่

1) ความดันโลหิต ควรจะได้รับการวัดความดันโลหิตที่สม่ำเสมอ จะได้ควบคุมให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติคือ ระดับต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งมีผลต่อหน้าที่ไตถ้าความดันโลหิตติดต่อกาลเวลาจะช่วยทำให้ไตทำหน้าที่ที่ตรงกันข้ามถ้าความดันโลหิตสูงๆ

ต่ำๆ ไม่คงที่ จะส่งผลต่อไตอย่างมาก โอกาสที่ไตเสื่อมเร็วกว่าปกติมีมากขึ้น ส่วนความดันโลหิตควร จะอยู่ในระดับใดแพทย์ที่ดูแลจะเป็นผู้กำหนด เนื่องจากอาจแตกต่างกันได้ตามโรคที่เป็นตรงช่วงนั้น ที่สำคัญ คืออย่าละเลยในการรับประทานยาลดความดันโลหิตเพราะคิดว่าสบายดีแล้ว ซึ่งเป็นสิ่งที่ ไม่ถูกต้องและเป็นผลเสียต่อไตเป็นอย่างมาก อีกทั้งการเลือกใช้ยาแต่ละบุคคล ควรอยู่ในดุลพินิจ ของแพทย์ผู้รักษา ซึ่งแต่ละคนอาจไม่เหมือนกัน ทำให้ขนาดและชนิดของยาก็ย่อมต่างกันไปด้วย

2) การควบคุมระดับน้ำตาล ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ไตจะมีภาวะเสื่อม จากโรคเบาหวาน ดังนั้นควรต้องระวังระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อป้องกันการ ทำลายไต รวมถึงการทำลายหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง หัวใจ และที่ตา การเลือกใช้ยารักษา เบาหวานที่เหมาะสม มีทั้งที่เป็นยาฉีดหรือยารับประทาน ส่วนขนาดและการใช้ยาจะเปลี่ยนแปลง ไปตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายในขณะที่เป็นโรคนั้นๆ

3) การควบคุมอาหาร มีความจำเป็นที่มีผลต่อการชะลอการเสื่อมของไต เป็นอย่างมาก แบ่งเป็น

(1) อาหารโปรตีน ในผู้ป่วยโรคไต ที่ไตมีการทำงานน้อยลงจะมีการคั่ง ของสารยูเรีย ในโตรเจน และของเสียอื่นๆ มาก จำเป็นต้องลดอาหารประเภทโปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ เพื่อไม่ให้มีระดับของเสียเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้นเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่ายและมีคุณค่า ทางอาหารสูง คือ โปรตีนประเภทเนื้อปลา และโปรตีนจากไข่ขาว ถึงแม้ผู้ป่วยจะต้องมีการควบคุม อาหารบางชนิด แต่ยังสามารถรับประทานอาหารประเภทเนื้อไก่และเนื้อหมูได้ แต่ในปริมาณที่ ลดลง ไม่ควรอดอาหารจนเกิดภาวะขาดอาหาร เพราะจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย

(2) อาหารเค็ม สำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และอาการบวม จึง ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มทุกชนิด เช่น อาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง ซอสปรุงรสต่างๆ ชุปก้อน ผงชูรส เต้าเจี้ยว ซีอิ๊วน้ำปลา และอาหารสำเร็จรูป รวมถึงขนมขบเคี้ยว เนื่องจากอาหาร เหล่านี้จะมีเครื่องปรุงที่มีรสเค็มทำให้อาการบวมไม่ลดลง อีกทั้งยังควบคุมความดันโลหิตได้ยาก

(3) น้ำดื่ม โดยทั่วไปสามารถดื่มน้ำได้ตามความต้องการ แต่ไม่ควรดื่ม มากหรือน้อยจนเกินไป สามารถเทียบได้จากน้ำหนักตัว ถ้าหากดื่มน้ำมากขึ้นพร้อมกับมีอาการบวม ก็ควรลดปริมาณน้ำดื่มลง โดยปรึกษาแพทย์ร่วมด้วย

(4) อาหารไขมัน สามารถรับประทานได้ในระดับที่พอเหมาะ โดยดูจาก ระดับไขมันในเลือด ทั้งโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ แต่หากควบคุมแล้วยังมีระดับไขมันใน เลือดสูงสูง อาจจำเป็นต้องใช้ยาลดไขมันภายใต้การดูแลของแพทย์ประจำ ซึ่งอาหารประเภทไขมัน ที่ควรหลีกเลี่ยงได้แก่ กะทิ เนื้อติดมัน อาหารทอด ไข่แดง ปลาหมึก อาหารทะเลต่างๆ เป็นต้น ซึ่งถ้า หากไขมันในเลือดสูงมาก ทำให้มีโอกาสเกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัวได้ง่าย และเป็นผลเสียต่อไต

4) การสูบบุหรี่ ปัจจุบันมีการพิสูจน์แล้วว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ จะมีโอกาสทำให้ไตเสื่อมเร็วกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ดังนั้น ผู้ที่มีภาวะโรคไตหรือไตไม่ค่อยดีจึงควรงดสูบบุหรี่

5) การใช้ยาที่เป็นผลเสียต่อไต ผู้ที่เป็นโรคไตต้องระวังการใช้ยา เพราะยาบางชนิดเป็นผลเสียต่อไต ทำให้ไตเสื่อมเร็ว หากใช้ในปริมาณที่สูงหรือนานเกินไป เช่น ยาแก้ปวดข้อ ปวดหลัง ทั้งชนิดรับประทานและชนิดแบบฉีด รวมทั้งยาสมุนไพร พืช ซึ่งจะมีมากในรากไม้ ผลไม้ ผู้ป่วยโรคไตจะมีระดับโพแทสเซียมที่สูงอยู่แล้ว เนื่องจากไม่สามารถขับออกได้เช่นคนปกติ หากมีการใช้หรือรับประทานเป็นเวลานาน จึงอาจเกิดอันตราย ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้ และนอกจากยาแก้ปวดต่างๆ รวมถึงอาหารเหล่านี้แล้ว ยาขับปัสสาวะบางชนิดที่ลดการขับโพแทสเซียมทางไตก็ควรใช้อย่างระวังเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะผู้ที่เป็นไตวายเรื้อรังค่อนข้างมากแล้ว ตัวอย่างอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง ได้แก่ ผลไม้ต่างๆ เช่น ขนุน ทูเรียน ลำไย แต่ผู้ที่ระดับโพแทสเซียมในเลือดปกติหรือต่ำก็ยังคงรับประทานผลไม้ได้

6) ภาวะซีด มีการศึกษา พบว่า ถ้ารักษาภาวะซีดให้ดีจะทำให้ชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลงได้ ดังนั้นจึงควรดูแลรักษาภาวะนี้ควบคู่ไปพร้อมกันด้วยเสมอ

7) ภาวะฟอสเฟตในเลือด ผู้ป่วยโรคไตส่วนใหญ่มักมีระดับฟอสเฟตในเลือดสูง เนื่องจากไตมีการขับได้ลดลง อาหารที่มีฟอสเฟตสูง คือ ถั่วทุกชนิด นม โยเกิร์ต เค้กและพาย น้ำเต้าหู้ ไข่ไก่ กาแฟ พืชชา ซ็อกโกแลต น้ำอัดลมที่มีสีส้ม และเนยแข็ง ถ้ามีการควบคุมอาหารแล้ว ยังมีฟอสเฟตสูง แพทย์จะให้ยาที่ขับสารนี้ออก เพื่อปรับระดับฟอสเฟตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

8) ภาวะติดเชื้ในระบบต่างๆ ของร่างกายมีผลกระทบต่อไตได้ทั้งสิ้น โดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ควรได้รับการดูแลรักษาอย่างทันทีและเหมาะสม เพื่อให้ไตทำหน้าที่ได้ ไม่เสื่อมลงเร็ว หากมีอาการไข้หรือปัสสาวะผิดปกติควรรีบปรึกษาแพทย์เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

9) การใช้ยาขับปัสสาวะ ยาทุกชนิดมีทั้งคุณและโทษ จำเป็นต้องใช้ใช้อย่างเหมาะสม และมีข้อบ่งชี้ที่ถูกต้อง บางครั้งการขับปัสสาวะออกมากเกินไปก็เป็นผลเสีย เนื่องจากร่างกายสูญเสียน้ำและเกลือ จนกระทบต่อการทำงานของไต ดังนั้น การเฝ้าดูแลอาการของตนเองอย่างต่อเนื่อง ติดตามการรักษาที่สม่ำเสมอ จะป้องกันเหตุการณ์ต่างๆ เหล่านี้ได้

10) การออกกำลังกาย ผู้เป็นโรคไตสามารถออกกำลังกายได้ตามความเหมาะสม แต่ต้องไม่รุนแรง และไม่เหนื่อยจนเกินไป เช่น การเดิน การบริหารร่างกายชนิดอยู่กับที่ ซึ่งการออกกำลังกายนี้จะช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น สุขภาพโดยทั่วไปจะแข็งแรงกว่าเดิม แต่ทั้งนี้ต้องดูแลสุขภาพหัวใจประกอบ โดยปรึกษาแพทย์ประจำตัวเสียก่อน

ข้อแนะนำต่างๆ ดังกล่าวมาแล้วเป็นเพียงหลักใหญ่ๆ เพื่อใช้ในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคไตตั้งแต่ขนาดน้อยจนมาก แต่ก็มิใช่เป็นกฎเกณฑ์ที่เคร่งครัดจนมีอาจเปลี่ยนแปลงได้ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีลักษณะความผิดปกติมีระดับของเสียในเลือดและสาเหตุของโรคไต ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่าง และหลากหลาย ดังนั้น จึงไม่ควรนำหลักการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตแต่ละรายมาเปรียบเทียบกันหรือเลียนแบบกัน เพราะจะไม่เหมือนกัน มีปัจจัยหลายอย่างที่แพทย์จะนำมาพิจารณาประกอบการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะบางรายอาจคล้ายคลึง บางรายก็ต่างกัน ยาที่ใช้ก็เช่นเดียวกัน ที่สำคัญคือข้อแนะนำที่แพทย์ให้การสังเกตตรวจความผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ท่านสามารถมีไตที่ทำหน้าที่อย่างเข้มแข็งได้นานสมกับความตั้งใจของผู้เป็นเจ้าของ

3.6 การรักษาด้วยวิธีไตเทียม การทำไตเทียม คือ การขจัดหรือล้างของเสียที่คั่งค้างจากภาวะไตวายออกจากร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งการรักษาด้วยวิธีนี้เป็นการล้างของเสียออกจากร่างกายให้สะอาด คล้ายการทำงานของไตของผู้ป่วย บางครั้งอาจเรียกว่า การล้างไต อย่างไรก็ตาม การล้างไตไม่ได้เข้าไปชำระล้างหรือเกี่ยวข้องกับไตของผู้ป่วยโดยตรง เป็นเพียงการทำงานทดแทนไตเดิมของผู้ป่วยเท่านั้น การล้างไตมี 2 วิธีคือ การฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม (hemodialysis) และการล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis)

3.6.1 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือบางคนเรียกสั้นๆ ว่าไตเทียม คือการขจัดของเสียที่คั่งค้างในร่างกายโดยใช้เครื่องไตเทียมเพื่อดึงน้ำและของเสียออกจากเลือดของผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เลือดของผู้ป่วยออกทางเส้นเลือดที่แขนหรือขา นำเลือดมาผ่านตัวกรองเพื่อฟอกให้สะอาดแล้วส่งกลับคืนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดการฟอกเลือด ทำให้ระดับของเสียในร่างกายลดลงได้หลังการฟอกเลือดเสร็จทันทีที่น้ำหนักตัวของผู้ป่วยจะลดลงเล็กน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณน้ำที่ดึงออกจากผู้ป่วย ส่วนปริมาณของเสียในเลือดจะลดลงใกล้เคียงหรือสูงกว่าปกติเล็กน้อย จากนั้นของเสียและน้ำจะเริ่มมีการสะสมเพิ่มมากขึ้นอีกเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องรับการฟอกเลือดตลอดชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องมีเส้นเลือดที่จัดเตรียมสำหรับการฟอกเลือดโดยเฉพาะ ซึ่งอาจเป็นเส้นเลือดแบบชั่วคราวหรือถาวร พยาบาลจะแทงเข็มจำนวน 2 เข็มและนำไปต่อเข้ากับเครื่องไตเทียม โดยเครื่องไตเทียมจะมีปั๊มดึงเลือดของผู้ป่วยออกมาทางเข็มอันที่หนึ่ง เลือดจะถูกนำไปผ่านกระบวนการแพร่กระจายและกระบวนการอัลตราฟิลเตรชันภายในตัวกรองเพื่อขจัดของเสียและน้ำส่วนเกินออกไป เลือดที่ผ่านตัวกรองแล้วจะมีของเสียลดลงและถูกส่งกลับคืนผู้ป่วยผ่านทางเข็มที่สอง เครื่องไตเทียมทำการหมุนเวียนเลือดเช่นนี้อย่างต่อเนื่องตลอดการฟอกเลือดประมาณ 4-5 ชั่วโมง ปริมาณของเสียในเลือดผู้ป่วยจะค่อยๆ ลดลงตามระยะเวลาการฟอกเลือดจนเหลือปกติหรือใกล้เคียงปกติเมื่อสิ้นสุดการฟอกเลือดแต่ละครั้ง

3.6.2 การล้างไตทางช่องท้อง คือการล้างไตวิธีหนึ่ง ซึ่งอาศัยผนังเยื่อช่องท้อง (peritoneum) ทำหน้าที่คล้ายเมมเบรนของตัวกรองฟอกเลือดแยกแหว่งส่วนของเลือด (blood compartment) กับส่วนของน้ำยาล้างไต (dialysate compartment) ส่วนของเลือด ได้แก่ เส้นเลือดต่างๆ ที่อยู่ตามผิวของเยื่อช่องท้องและลำไส้ส่วนของน้ำยาล้างไต ได้แก่ น้ำยาที่เราใส่เข้าไปในช่องท้อง เมื่อใส่น้ำยาเข้าไปในช่องท้องแล้ว แช่ทิ้งไว้ระยะเวลาหนึ่ง ของเสียในเลือดที่มีความเข้มข้นสูงกว่าน้ำยาล้างไตจะมีการแพร่กระจาย (diffusion) ผ่านเยื่อช่องท้องมายังน้ำยาล้างไต ทำให้ของเสียในเลือดลดลงหลังจากนั้นจะถ่ายน้ำยาล้างไตออกทิ้ง แล้วใส่น้ำยาล้างไตใหม่เข้าไปแทนที่ ทำเช่นนี้ต่อเนื่องกันไป

การล้างไตทางช่องท้อง จำเป็นต้องใช้สายยางพิเศษสำหรับใส่น้ำยาล้างไตทางช่องท้อง สายยางนี้มีลักษณะนิ่มและทำมาจากวัสดุที่ร่างกายไม่เกิดปฏิกิริยาต่อต้าน เช่น ซิลิโคน เป็นต้น แพทย์จะทำการผ่าตัด หรือเจาะหน้าท้องแล้วใส่สายนี้เข้าสู่ช่องท้องของผู้ป่วย ปลายสายข้างหนึ่งอยู่ในช่องท้องในตำแหน่งที่ต่ำที่สุดของช่องท้อง ปลายอีกข้างแทงผ่านผนังหน้าท้องออกมานอกผิวหนังของผู้ป่วยในบริเวณต่ำกว่าสะดือเล็กน้อย ซึ่งผู้ป่วยสามารถต่อถุงน้ำยาล้างไตเข้ากับปลายด้านนอกนี้ เพื่อเป็นช่องทางถ่ายน้ำยา ระหว่างถุงภายนอกกับช่องท้องได้น้ำยาจะถูกถ่ายเทโดยอาศัยแรงโน้มถ่วงเป็นตัวช่วยในการไหลของน้ำ คือ น้ำไหลจากตำแหน่งที่สูงไปสู่ตำแหน่งที่ต่ำกว่า ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยยกถุงน้ำยาล้างไตให้สูงกว่าช่องท้องของผู้ป่วย น้ำยาล้างไตจะไหลจากถุงน้ำยาเข้าสู่ช่องท้องและเมื่อวางถุงน้ำยาให้ต่ำกว่าช่องท้องของผู้ป่วย น้ำจากช่องท้องจะไหลออกมาสู่ถุงน้ำยาเยื่อช่องท้องทำหน้าที่เป็นแผ่นกรองเมมเบรนกั้นระหว่างน้ำยาล้างไตในช่องท้องกับเลือดของผู้ป่วย เมื่อปล่อยให้ น้ำยาล้างไตแช่ไว้ในช่องท้องนาน 3-4 ชั่วโมง ของเสียและสารต่างๆ ที่มีมากเกินไปในเลือดจะค่อยๆ แพร่กระจายจากเลือดผ่านเยื่อช่องท้องแล้วเข้าสู่ น้ำยาล้างไต หลังจากนั้น น้ำยาล้างไตจะถูกปล่อยให้ไหลออกมาทางสายที่หน้าท้อง ซึ่งมีของเสียและน้ำออกจากเลือดของผู้ป่วยตามออกมาด้วย เมื่อปล่อยน้ำยาเก่าออกมาจนหมดแล้วผู้ป่วยจะปลดถุงน้ำยาเก่าทิ้งแล้วเปลี่ยนถุงน้ำยาใหม่ หลังจากนั้นจึงเริ่มใส่น้ำยาล้างไตเข้าไปในช่องท้องใหม่อีก ทำเช่นนี้ 4-6 ครั้งต่อวัน แล้วแต่ว่าทำการล้างไตด้วยน้ำยาขนาดบรรจุเท่าใดโดยปกติปลายสายที่แทงออกมาภายนอกบริเวณหน้าท้องยาวประมาณ 6-10 เซนติเมตร และมีสายยาวประมาณ 120-150 เซนติเมตร ต่อจากสายยางไปยังถุงน้ำยา ส่วนถุงน้ำยามักเป็นถุงพลาสติกที่นิ่มสามารถม้วนพับเก็บได้ง่าย เมื่อใส่น้ำยาเข้าช่องท้องแล้วผู้ป่วยสามารถซ่อนสายยางไว้โดยพันสายไว้รอบเอวและม้วนเก็บถุงน้ำยาไว้ในกระเป๋าเล็กๆ ใต้เสื้อผ้าที่สวมใส่อยู่

3.7 การป้องกันการเกิดโรคไต

การป้องกันไม่ให้เป็นโรคไต ได้แก่ การดื่มน้ำอย่างเพียงพอโดยเฉพาะเมื่อมีการเสียน้ำและเกลือแร่จากท้องเดิน หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่เป็นพิษต่อไต อาทิ ยาฆ่าเชื้อบางชนิด ยาแก้ปวด ยาสมุนไพรบางอย่าง ป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรงซึ่งเป็นสาเหตุของไตวายเฉียบพลันได้ ตรวจหารอยโรคไตหรือโรคที่เป็นสาเหตุของโรคไตเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง นิ้ว เกาต์สูง น้ำในไต ไตพิการแต่กำเนิด กรรมพันธุ์ต่างๆ โรคเอสแอลอี โรคไตอักเสบเรื้อรังชนิดต่างๆ เป็นต้น การตรวจค้นหาโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น โรคอ้วน ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ฟื้นจากภาวะไตวายเฉียบพลัน ผู้ที่สูญเสียเนื้อไตจากโรคหรือการผ่าตัดผู้ที่รับประทานยาแก้ปวดประจำ หรือได้รับสารเคมีที่เป็นพิษบ่อยๆ ผู้ที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยไม่ควรซื้อยาที่โฆษณาว่าเป็นยาบำรุงไตมารับประทาน เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานทางการแพทย์พิสูจน์ผลดีของการใช้ยาประเภทนั้นนอกจากนี้ยังต้องระวังการใช้พืชสมุนไพรที่ทำให้เกิดไตวายเฉียบพลันได้เช่น มะเฟือง ไม่ควรคั้นน้ำดื่มในปริมาณมากขณะท้องว่างซึ่งทำให้เกิดไตวายเฉียบพลันจากผลึกของออกซาเลต ตกตะกอนในเนื้อไต พิษจากลูกเนียงดิบ ถ้ารับประทานปริมาณมากหรือนานๆ และดื่มน้ำน้อยทำให้เกิดไตวายได้เช่นกัน มาฮวง เป็นสมุนไพรจีน ใช้รักษาโรคหอบหืดและลดน้ำหนัก มีรายงานทำให้ความดันโลหิตสูง และนิ้วในไต การใช้สมุนไพรควรต้องระวังสารพิษที่ปนเปื้อน เช่น สารตะกั่ว สารหนูปรอทและแคดเมียม ซึ่งเป็นพิษต่อไต ควรหลีกเลี่ยง โสม ทูเรียน น้ำลูกยอ โดยเฉพาะถ้าผู้ที่มีไตผิดปกติอยู่แล้ว เพราะจะทำให้ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงมากจนเป็นอันตรายได้ (ชัยญารัตน์ธีรพรเลิศรัฐ, 2556)

4. แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคที่สำคัญมาก โดยจะตรวจพบได้จากการวัดความดันโลหิต ได้ในระดับที่สูงกว่าปกติเรื้อรังอยู่เป็นเวลานาน องค์การอนามัยโลก กำหนดไว้ตั้งแต่ พ.ศ.2542 ว่า ผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140/90 มม.ปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อยโดยปัจจุบันสำรวจพบว่าคนไทยประมาณร้อยละ 20 เป็นโรคความดันโลหิตสูง คนส่วนใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงมักจะไม่รู้ตัวว่าเป็นโรค เมื่อรู้ตัวว่าเป็นส่วนมากจะไม่ได้รับการดูแลรักษา ส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องจากไม่มีอาการทำให้คน

ส่วนใหญ่ ไม่ได้ให้ความสนใจ เมื่อเริ่มมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนแล้วจึงจะเริ่มสนใจและรักษา ซึ่งบางครั้งก็อาจจะทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร การควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้อย่างชัดเจน เป็นข้อเท็จจริงทางการแพทย์ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วและเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก

4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิต

ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ดังนี้ อายุ ส่วนใหญ่เมื่ออายุมากขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น ขณะอายุ 18 ปี ความดันโลหิต เท่ากับ 120/70 มม.ปรอท แต่พออายุ 60 ปี

4.1.1 อายุ ความดันโลหิตอาจจะเพิ่มขึ้นเป็น 140/90 แต่ก็ไม่ได้เป็นกฎตายตัวว่า อายุมากขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้นเสมอไป อาจวัดได้ 120/70 เท่าเดิมก็ได้

4.1.2 เวลา ความดันโลหิตจะขึ้นๆ ลงๆ ไม่เท่ากันตลอดวัน เช่น ตอนเช้าความดันซิสโตลิก (ความดันตัวบน) อาจวัดได้ 130 มม.ปรอท ขณะที่ ตอนช่วงบ่ายอาจวัดได้ถึง 140 มม.ปรอท ขณะนอนหลับอาจวัดได้ต่ำถึง 100 มม.ปรอท เป็นต้น

4.1.3 จิตใจและอารมณ์ พบว่ามีผลต่อความดันโลหิตได้มาก ขณะที่ได้รับความเครียด อาจทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติได้ถึง 30 มม.ปรอท ขณะที่พักผ่อนความดันโลหิตก็จะสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้ เมื่อรู้สึกเจ็บปวดก็เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้เช่นกัน

4.1.4 เพศ พบว่าเพศชายจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยกว่าเพศหญิง

4.1.5 พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ผู้ที่มีบิดาและมารดา เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคนี้มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติในครอบครัว สิ่งแวดล้อม ที่เคร่งเครียด ก็ทำให้มีแนวโน้มการเป็นโรคความดันสูงขึ้นด้วยเช่นกัน

4.1.6 สภาพภูมิศาสตร์ ผู้ที่อยู่ในสังคมเมืองจะพบภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าในสังคมชนบท

4.1.7 เชื้อชาติ พบว่าชาวแอฟริกันอเมริกันมีความดันโลหิตสูงมากกว่าชาวอเมริกันผิวขาว

4.1.8 เกลือ ผู้ที่กินเกลือมากจะมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่กินเกลือน้อย

4.2 ระดับความรุนแรง

ระดับที่ 1 ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 140-159/90-99 มม.ปรอท

ระดับที่ 2 ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 160-179/
100-109 มม.ปรอท

ระดับที่ 3 ความดันโลหิตสูงระยะรุนแรง ค่าความดันโลหิต มากกว่า 180/110 มม.
ปรอทขึ้นไป

การวัดความดันโลหิต ทำที่เหมาะสมควรจะวัดขณะนั่งพัก วัดด้วยเทคนิคที่ถูกต้อง
และควรมีการวัดซ้ำ 2-3 ครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นความดันโลหิตสูงจริงๆ

4.3 อาการของผู้ป่วย

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาจจะไม่มีอาการใดๆ เลย หรืออาจจะพบว่ามีอาการปวด
ศีรษะ ปวดตึงท้ายทอย มึนงงเวียนศีรษะ และเหนื่อยง่ายผิดปกติ ซึ่งความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิด
ภาวะแทรกซ้อนได้ 2 กรณีด้วยกันคือ

4.3.1 ภาวะแทรกซ้อนจากการมีความดันโลหิตสูงโดยตรง ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย
หรือหลอดเลือดในสมองแตก

4.3.2 ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาด
เลือดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจจะทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ หรือหลอดเลือดสมอง
ตีบ เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต รวมถึงการมีภาวะหลอดเลือดแดงในไตตีบมากถึงขั้นไตวายเรื้อรังได้

จากข้อมูลทางการแพทย์ระบุว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่ได้รับ
การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมจะมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหัวใจวายถึงร้อยละ 60-75 เสียชีวิตจาก
หลอดเลือดในสมองอุดตันหรือแตกร้อยละ 20-30 และเสียชีวิตจากไตวายเรื้อรังร้อยละ 5-10

4.4 ภาวะแทรกซ้อน

4.4.1 หัวใจทำงานหนักขึ้น ภาวะความดันโลหิตสูง จะทำให้ผนังหัวใจหนาตัวและ
ผนังหัวใจจะยืดออก ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ทำให้เกิดหัวใจโต และหัวใจวายได้ในที่สุด

4.4.2 อาจเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตก ทำให้เป็นอัมพาตหรือ
เสียชีวิตได้ ถ้าเป็นเรื้อรัง อาจกลายเป็นโรคสมองเสื่อม

4.4.3 เลือดอาจไปเลี้ยงไตไม่พอ เนื่องจากหลอดเลือดไตเสื่อม ทำให้ไตวายเรื้อรัง
และภาวะไตวายจะยิ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น อีกทั้งหลอดเลือดแดงในตาจะเสื่อมลงอย่าง
ช้าๆ อาจมีเลือดออกที่จอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัว หรือ ตาบอดได้ (สมาคมความดันโลหิต
สูงแห่งประเทศไทย, 2560)

4.5 การรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

4.5.1 การรักษาแบบไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic Therapy)

- 1) การลดน้ำหนักตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายที่มีน้ำหนักเกินกว่าน้ำหนักมาตรฐาน (มากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักมาตรฐาน) ควรมีการลดน้ำหนัก ด้วยการควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย โดยเฉพาะในรายที่มีระดับความดันโลหิตสูงไม่มาก ควรเริ่มต้นการรักษาโดยไม่ใช้ยา และลดน้ำหนักตัวก่อนอย่างน้อย 3-6 เดือน ก่อนให้ยาลดความดันโลหิตสูง
- 2) ลดการดื่มแอลกอฮอล์การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีส่วนสำคัญในการเพิ่มระดับความดันโลหิต และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาที่รักษาอยู่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มสุรามากจะเสี่ยงต่อโรคอัมพาตมากขึ้นด้วย
- 3) การเลิกสูบบุหรี่หรือเป็นปัจจัยเสริมที่เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคระบบหัวใจ และหลอดเลือด รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตมากขึ้น
- 4) การออกกำลังกายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลง ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับน้อยถึงปานกลาง หากออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถลดความดันโลหิตตัวบนหรือซิสโตลิกได้ประมาณ 10 มิลลิเมตรปรอท รวมทั้งลดค่าความดันโลหิตตัวล่างหรือความดันไดแอสโตลิกด้วยการออกกำลังกายที่ควรปฏิบัติ คือ การถีบจักรยาน การวิ่ง การว่ายน้ำ การเดินเร็วๆ ส่วนการออกกำลังกายที่หนัก เช่น การยกน้ำหนัก หรือการออกแรงมากๆ ไม่ควรทำ เพราะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ระยะเวลาที่ออกกำลังกาย 20-60 นาที และควรทำประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์
- 5) การผ่อนคลายความเครียดการระงับหรือลดความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นผลดีทำให้จิตใจผ่อนคลายและเป็นผลดีของการควบคุมรักษาโรคความดันโลหิตสูง เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การทำโยคะการฝึกหายใจ เป็นต้น
- 6) การบริโภคอาหารผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรจำกัด ปริมาณเกลือในอาหาร โดยการลดอาหารเค็ม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงเฉพาะซิสโตลิกการจำกัดอาหารเค็มจะ ช่วยลด ความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ควรลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด รวมทั้งรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง โดยเฉพาะอาหารเส้นใยกลายสูง เช่น ข้าวโอ๊ต ผลไม้ และผักสด ผลไม้ควรรับประทาน 200 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เพราะการรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูงจะช่วยให้ร่างกายขับโซเดียม สามารถลดไขมันและการเปลี่ยนแปลงไขมันในเลือด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูงทุกวัน ประมาณ 1-2 กรัมต่อวัน เช่น นมสดทั้งที่ไขมันครบส่วน ไขมันน้อย รวมทั้งชนิดขาดไขมัน เพราะแคลเซียมไปขัดขวางผลของโซเดียมที่มีต่อความดันโลหิต จึงทำให้ความดันโลหิตลดลงจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูงชนิดไม่รุนแรง โดยการให้หยุดรับประทานยาและให้

การรักษาด้วยอาหารแทนการรักษาด้วยยา เมื่อศึกษาเป็นเวลา 4 ปี พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 39 มีความดันโลหิตปกติ

4.5.2 การรักษาโดยใช้ยา (pharmacologic Therapy)

การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้ยา แพทย์จะใช้ก็ต่อเมื่อรักษาแบบไม่ใช้ยาแล้วระดับความดันโลหิตไม่ลดลงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 และระดับ 2 ส่วนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงหรือระดับ 3 แพทย์จะรักษาโดยใช้ยาทันที

สรุป อาสาสมัครประจำครอบครัว ต้องมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงโดยสามารถให้คำแนะนำ ตามเนื้อหาความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

5. แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ

5.1 ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีการแบ่งเกณฑ์ผู้สูงอายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้นในลักษณะของการแบ่งช่วงอายุของประเทศไทย ดังนี้ผู้สูงอายุ (Elderly) คือ อายุระหว่าง 60 - 69 ปีคนชรา (Old) คือ อายุระหว่าง 70 - 79 ปีคนชรามาก (Very old) คือ อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (พรบ. ผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2540)

5.2 ธรรมชาติผู้สูงอายุ

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีการปรับและพัฒนาองค์ประกอบจิตใจระดับต่างๆ กันไป โดยทั่วไปจะมีการปรับระดับจิตใจในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าจึงพบว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้นจะมีความสุขมากขึ้นด้วยผู้สูงอายุมีลักษณะของโครงสร้างทางจิตใจเฉพาะเป็นของตนเองซึ่งจะเป็นรากฐานของการแสดงออกของคน แต่ลักษณะการแสดงออกขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ร่วมด้วย ได้แก่ บุคลิกภาพเดิม การศึกษา ประสบการณ์สภาพสังคมในวัยเด็กอย่างไรก็ดีมักพบบ่อยๆ ว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาทางด้านสังคมและจิตใจซึ่งเป็นการปรับตัวเชิงลบ และการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจน แบ่งได้ 3 ด้าน ได้แก่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทางด้านสังคม และทางด้านจิตใจ ดังนี้

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล(2542)กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จำแนกออกตามระบบของร่างกายได้ดังนี้

5.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

1) ระบบคุ้มกัน พบว่ามีการฝ่อของต่อมธัยมัส (thymus) ทำให้ธัยมิกแฟกเตอร์ (thymic factor) ซึ่งเป็นตัวสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายลดน้อยลง จึงมักพบว่าผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมีความผิดปกติของมะเร็งในวัยชราสูงเนื่องจากเซลล์กำจัดเชื้อโรคตามธรรมชาติลดลง

2) ผิวหนัง พบว่าความหนาแน่นและจำนวนเซลล์ในชั้นหนังแท้ลดลงทำให้ผิวหนังบางบางแห่งเป็นขุยง่าย หรือเมื่อโดนแสงแดดนานๆจะทำให้เกิดมะเร็งผิวหนังได้ง่าย แต่ไขคอลลาเจน และไฮอีลาสติกซึ่งเป็นความยืดหยุ่นของเส้นเลือดกลับแข็งแรงเพิ่มขึ้นจึงมักพบพราย้ำ(ผื่นแดงเป็นจ้ำ เลือดออก) ที่ผิวหนังผู้สูงอายุได้บ่อย

3) ตา พบว่าไขมันรอบดวงตาและหนังตามีปริมาณลดลง เกิดหนังตาตก ขอบหนังตาม้วนเข้า หรือขอบหนังตาม้วนออกง่าย นอกจากนี้ยังเกิดการหนาตัวและแข็งขึ้นของเลนส์ตามีผลต่อสายตา หรือการขุ่นมัวของกระจกตาหรือการเกิดต้อกระจกมากขึ้น นอกจากนี้เซลล์รับแสงลดลงเป็นผลให้ความไวต่อแสงของจอตาลดลง ทำให้มองเห็นในเวลามืดลดลง ทำให้เกิดพลัดตกหกล้มง่ายขึ้น

4) การได้ยินและการควบคุมการทรงตัว พบว่ามีการเสื่อมของเซลล์ขนบริเวณส่วนฐานของโคเคลีย(cochlea)และเซลล์ประสาทบริเวณ spiral gangliaทำให้การได้ยินลดลงความสามารถในการรับฟังเสียงความถี่สูงลดลงการแยกคำแยะและการกำหนดตำแหน่งที่มาของเสียงลดลงจึงมักพบว่าผู้สูงอายุจะสูญเสียการได้ยิน โดยเฉพาะเสียงที่มีความถี่สูง หรือหูตึง นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเซลล์ประสาทเวสติบูลาร์ (vestibular nerve)ซึ่งใช้ในการควบคุมการทรงตัวจึงมักพบว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องการควบคุมการทรงตัว นอกจากนี้เซลล์ประสาทเวสติบูลาร์ที่ลดน้อยลงยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการมึนงง (dizziness) และอาการบ้านหมุน (vertigo) ง่ายกว่าคนอายุน้อย

5) ระบบการรับรสและการดมกลิ่น พบว่าตุ่มรับรสมีจำนวนลดลงซึ่งจะทำให้การไวต่อการรับรสลดลง โดยความไวของตุ่มรับรสจะลดลงตามลำดับคือ รสเค็ม รสขม รสเปรี้ยว รสหวาน นอกจากนี้เซลล์เยื่อและเซลล์ประสาทที่เกี่ยวข้องกับการดมกลิ่นจะมีจำนวนลดลงเมื่ออายุ60 ปีเป็นต้นไปจึงพบว่าผู้สูงอายุจะรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด การไม่ได้กลิ่นแก๊สหุงต้มเมื่อเกิดแก๊สรั่ว เบื่ออาหารเพราะไม่ได้กลิ่น เป็นต้น

6) การรับความรู้สึกตามร่างกาย พบว่า Meissner corpuscle (เซลล์ที่ปลายประสาทใต้ชั้นผิวหนังทำหน้าที่รับความรู้สึกชนิดสัมผัสเบาๆ และแยกจุดสัมผัสได้) และ Pacinian corpuscle (เซลล์ที่ปลายประสาทใต้ชั้นผิวหนังทำหน้าที่รับความรู้สึกต่อแรงกดและแรงสั่นสะเทือน) มีคุณภาพ และจำนวนลดลงรวมทั้งจะเคลื่อนห่างจากชั้นหนังกำพร้ามากขึ้น มักพบว่าผู้สูงอายุจะมี

ความไวในการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดอุณหภูมิสัมผัส และการสั่นเทาของร่างกายลดลงมาก นอกจากนี้ความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกที่ซับซ้อนลดลงได้แก่ความสามารถในการรับรู้ตำแหน่งที่ต่างกัน ความสามารถในการรับรู้วัตถุ และความสามารถรับรู้ส่วนต่างๆของร่างกายจึงพบว่าผู้สูงอายุจะมีอาการชาบริเวณส่วนปลายของร่างกายโดยเฉพาะปลายมือปลายเท้า เมื่อถูกของมีคมบาดหรือมีบาดแผลจึงไม่ค่อยรู้สึก

7) *สมองและไขสันหลัง* พบว่าสมองมีน้ำหนักรวมประมาณร้อยละ 6-11 และจำนวนเซลล์ควบคุมกล้ามเนื้อของไขสันหลังมีจำนวนลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา อาจมีการลดลงถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังมีการลดลงของโปรตีนอะไมลอยด์ (amyloid protein) ส่งผลให้เกิดการผิดปกติของการสร้างการหลังของสารสื่อประสาท โดยเฉพาะสารโดปามีน (dopamine) ซึ่งส่งผลต่อการนอนหลับการเคลื่อนไหว และการทรงตัวได้จะเห็นว่าผู้สูงอายุจะมีท่าเดินที่ก้าวสั้นๆ และช้าลง หรือเท้าทั้งสองข้างแตะพื้นพร้อมกัน ในขณะที่เดินเป็นระยะเวลานาน หลังงอตัวเอนไปข้างหน้า แขนกางออกและแกว่งน้อยเวลาหมุนตัวเลี้ยวจะแข็ง และมีการบิดของเอวน้อยคล้ายกับการหมุนไปพร้อมกันทั้งตัว (en block turn) ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม และความพยายามในการยึดจับสิ่งของใกล้เคียงก็จะช้าลงจากสารสื่อประสาทดังกล่าว นอกจากนี้จะพบว่า ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการจำลดลงจากการฝ่อของสมอง บางรายอาจนำไปสู่กลุ่มอาการสมองเสื่อมได้

8) *ระบบหัวใจและหลอดเลือด* พบว่า ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง โดยเฉพาะหลอดเลือดเอออร์ตา (aorta) ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม ลิ้นหัวใจเอออร์ติกเคลื่อนไหวได้ลดลงทำให้เกิดเสียง systolic ejection murmur ใดๆ ในผู้สูงอายุ นอกจากนี้อาจมีการจับเกาะของแคลเซียมที่ลิ้นหัวใจไมทรัลทำให้เกิดเสียง pansystolic murmur ได้ จึงมักพบว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องการเต้นของหัวใจเพื่อตอบสนองต่อการออกกำลังกาย มีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุมากขึ้น จึงเป็นผลให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายได้ลดลง รวมทั้งภาวะความดันโลหิตตก เมื่อเปลี่ยนท่า โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง หรือหกล้มบ่อยๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ

9) *ระบบทางเดินหายใจ* พบว่า อายุมากขึ้นจะพบแคลเซียมจับบริเวณหลอดลม และกระดูกอ่อนของซี่โครงมีการยึดตัวของข้อต่อของกระดูกบริเวณหน้าอก (costovertebral และ costochondral) มากขึ้น และมวลกล้ามเนื้อทรวงอกลดลง มีการโค้งงอของหลัง (หลังโก่ง) ทำให้เส้นผ่านศูนย์กลางแนวหน้าหลังของทรวงอกเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผนังถุงลมจะบางลงยืดหยุ่นไม่ดี หลอดลมเล็กๆจะปิดเร็วขึ้น ทำให้การระบายอากาศไม่ดี และการสร้างแอนติบอดี และระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ด้อยลง มักพบว่าผู้สูงอายุจะเหนื่อยง่ายขึ้น และความทนลดลงในระหว่างออกกำลังกาย รวมทั้งมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจง่ายขึ้น

10) *ระบบต่อมไร้ท่อ* พบว่าต่อมไร้ท่อต่างๆ มีน้ำหนักรลดลง มีลักษณะของการฝ่อปรากฏเมื่ออายุมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีลดลงของการตอบสนองต่อฮอร์โมน และรีเซปเตอร์ที่เห็นได้ชัดเจน คือการลดลงของไทรอยด์ฮอร์โมน และการหลั่งอินซูลิน ส่งผลให้ความทนต่อน้ำตาลกลูโคสลดลง เมื่ออายุมากขึ้น และน้ำตาลในเลือดสูงเมื่อเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน aldosterone หรือ epinephrine เป็นต้นส่งผลให้การตอบสนองของร่างกายต่อภาวะเครียดที่รุนแรง เมื่อเกิดสิ่งกระตุ้นให้เครียด หรือหงุดหงิด

11) *ระบบสืบพันธุ์* พบว่าในเพศหญิงเมื่อหมดประจำเดือน อวัยวะเพศภายนอกมีลักษณะฝ่อ เซลล์ที่บุผิวมีความยืดหยุ่นลดลง ต่อมเมือกหลังน้ำเมือกลดลง น้ำหนักของมดลูกลดลง ปีกมดลูกเล็กลง และรังไข่ฝ่อไป การที่ฮอร์โมนเพศลดลง เป็นผลให้หญิงในวัยหมดประจำเดือนมีอาการทางกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังมีปัญหากระดูกพรุนจากการขาดฮอร์โมนเพศที่ช่วยในการดูดซึมแคลเซียมสู่ร่างกาย ขณะที่เพศชายน้ำหนักของลูกอัณฑะลดลงมีการฝ่อของท่อในการสร้างน้ำสุจิการสร้างและคุณสมบัติของสุจิลดลง ฮอร์โมนเพศชายน้อยลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และปัญหาเสื่อมสมรรถนะทางเพศ

12) *ไตและระบบทางเดินปัสสาวะ* พบว่าขนาดของไตและจำนวนเลือดที่ไปเลี้ยงไตมีปริมาณลดลงแต่มีการหนาตัวของเยื่อบุผนัง (Basement membrane) เพิ่มขึ้น และใยคอลลาเจนบริเวณเส้นเลือดบริเวณตัวกรองของท่อหน่วยไตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การทำงานของไตลดลงราวร้อยละ 50 เมื่ออายุ 60 ปีเป็นต้นไป นอกจากนี้ในเพศหญิงจะมีการหย่อนตัวของผนังมดลูกและผนังกระเพาะปัสสาวะส่วนล่างส่วนเพศชายกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะก็จะอ่อนตัวและเยื่อบุผนังด้านในของท่อปัสสาวะฝ่อลงเช่นกัน ทำให้มีปัญหาเรื่องการปัสสาวะ

13) *ระบบทางเดินอาหาร* พบว่าพบบ่อยเกิดการกร่อนรากฟันเปราะแตกง่ายขึ้น การยึดเกาะของฟันค้อยลงหลุดร่วงง่าย เยื่อบุผิวในช่องปากบางลง และฝ่อเช่นเดียวกับต่อมรับรส นอกจากนี้ยังมีการทำงานที่ไม่ประสานกันของรอยต่อระหว่างกล้ามเนื้อลายกับกล้ามเนื้อเรียบของหลอดอาหาร การหดตัวของหลอดอาหารเป็นวงทำให้เกิดอาการกลืนลำบาก หรือสำลักได้บ่อย ทำให้ติดเชื้ในทางเดินอาหารได้ง่าย นอกจากนี้กระเพาะอาหารบางลง ระบบการย่อยอาหารประเภทไขมันจะใช้การผ่านไปที่ลำไส้มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการของโรคกระเพาะอาหารได้บ่อยหลังรับประทานอาหารมัน ส่วนลำไส้ใหญ่จะมีกล้ามเนื้อในผนังลำไส้บางลงและฝ่อ การบีบตัวลดลงการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดตรงปากทวารหนักน้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาเรื่องท้องผูก หรือปัญหาการกลืนอุจจาระไม่ได้เพิ่มสูงขึ้น

14) *ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก* พบว่าทั้งเพศหญิงและเพศชายการสลายของกระดูกจะมีมากกว่าการสร้างมวลกระดูก ทำให้มวลกระดูกลดลง จะมีการลดลงของมวลกระดูก

ราวร้อยละ 2-4 ต่อปี สำหรับผู้หญิงหลังหมดประจำเดือนใน 5 ปีแรก โดยเฉพาะกระดูกชิ้นใหญ่ เช่น สะโพกสันหลัง ข้อต่างๆ นอกจากนี้ทั้งสองเพศกล้ามเนื้อร่างกายจะมีเซลล์ไขมัน และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อตายมีความแข็งแรงน้อยลง ขณะเดียวกันเส้นประสาท และรอยต่อของเส้นประสาทกับกล้ามเนื้อตายลดลง ทำให้กล้ามเนื้อเกร็งตัวไม่ได้นานเมื่อเทียบกับคนอายุน้อย

15) องค์ประกอบทั่วไปของร่างกายและระบบโลหิต พบว่าน้ำหนักร่างกาย และความสูงลดลงเนื่องจากการยุบตัวของหมอนรองกระดูกภาวะ Metabolism ที่ทำหน้าที่เผาผลาญอาหารทำงานได้ลดลง ทำให้เกิดการสะสมของไขมัน โดยเฉพาะหน้าท้อง และภายในช่องท้อง รวมทั้งการสร้างและเก็บความร้อนลดลง จะพบว่าผู้สูงอายุทนทานต่อความเย็นลดลง เมื่ออยู่ในที่อุณหภูมิต่ำ โดยอุณหภูมิที่ผิวหนังของผู้สูงอายุจะลดลงอย่างรวดเร็ว เมื่อจับคูจะรู้สึกว่ามีหนาวของผู้สูงอายุจะเย็น

5.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

การปลดเกษียณหรือการออกจากงาน สุจริต สุวรรณชีพ(2554) กล่าวว่า ก่อนเกษียณงานคือ ภาระหน้าที่ที่ต้องแบกไว้ แต่เมื่อเกษียณการได้ทำงานกลับเป็นความรู้สึกตรงข้ามการทำงาน กลายเป็นสิ่งที่มีคุณค่ายิ่งได้รับการยอมรับให้ทำงานต่อกลายเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุโหยหา เพราะการทำงาน ทำให้บุคคลมีความมั่นคง มีศักดิ์ศรีพึ่งพาตนเองได้ แสดงถึงความสามารถศักยภาพของตนเองการปลดเกษียณ หรือออกจากงานจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ถ้าเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยการที่ผู้สูงอายุค่อยๆ ทยอยตัวเองออกจากงาน และเป็นไปด้วยความสมัครใจ จะมีผลทางด้านจิตสังคมไม่มากนัก แต่ในทางตรงกันข้ามหากเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด หรือบุคคลนั้นยังยึดติดกับงาน จะทำให้บุคคลปรับตัวไม่ทันเกิดความเครียด ไม่มีความสุข และเกิดความรู้สึกสูญเสียได้ซึ่งอธิบายได้ ดังนี้

1) สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคมจากที่เคยเป็นบุคคลที่มีบทบาทและตำแหน่งต่างๆ มากมายเป็นผู้นำมีคนเคารพนับถือในสังคม เปลี่ยนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม มีบทบาทลดลงทำให้สูญเสียความมั่นคงของชีวิต และรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคมอยู่ในสถานะที่ไร้คุณค่า สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อตนเอง (Poor Self-Image) หรือรู้สึกว่าตนเองกำลังเริ่มเป็นภาระของครอบครัว

2) สูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง เมื่อปลดเกษียณโอกาสที่ผู้สูงอายุจะสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย เช่นมีโรคประจำตัวทำให้ช่วยตนเองได้น้อย การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำทำให้ไม่สะดวกในการเดินทาง เป็นต้น นอกจากนี้ปัญหาทางด้านจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจก็มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง

3) **สูญเสียสถานะทางการเงินที่ดีที่สุด**เนื่องจากขาดรายได้หรือรายได้ลดลงขณะที่ค่าครองชีพกลับสูงขึ้นเรื่อยๆ อาจทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการดำรงชีพ

4) **แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป**เพราะไม่ต้องออกจากบ้านไปทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองใหม่ขาดความคุ้นเคย เกิดความรู้สึกอึดอัดใจ เกิดความเครียด

5.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย และสังคมมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุการมองรูปลักษณ์ของตนเอง และมโนทัศน์ต่อตนเองจะเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุจะปรับสภาพทางจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม โดยอัตโนมัติเป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุจะมีการปรับ และพัฒนาโครงสร้างขององค์ประกอบจิตใจระดับต่างๆกันไป โดยทั่วไปจะมีการปรับระดับจิตใจในทางที่ดิ่งมามากขึ้น สามารถคุมจิตใจได้ดีกว่า จึงพบว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้นจะมีความสุขมากขึ้นด้วยผู้สูงอายุมีลักษณะของโครงสร้างทางจิตใจเฉพาะเป็นของตนเอง ซึ่งจะเป็นรากฐานของการแสดงออกของคน แต่ลักษณะการแสดงออกขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆร่วมด้วย ได้แก่ บุคลิกภาพเดิมการศึกษา ประสบการณ์สภาพสังคมในวัยเด็ก อย่างไรก็ตามมักพบบ่อยๆว่าผู้สูงอายุจะมีความเครียดเนื่องจากโรคทางกายแบบเฉียบพลัน และเรื้อรัง การสูญเสียอาชีพการงาน มีการเสียชีวิตของบุคคลผู้เป็นที่รัก และความเหงาโดดเดี่ยวเนื่องจากการขาดคนดูแล มีการอธิบายลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1) **ด้านบุคลิกภาพ (Personality)** บุคลิกภาพของบุคคลมีพื้นฐานมาจากวัยเริ่มต้นของชีวิตโดยมีพัฒนาการทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคม และสติปัญญาเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ และอีริกสันเชื่อว่าบุคลิกภาพต้องมีการพัฒนาตลอดเวลา และตลอดชีวิตในวัยสูงอายุ บุคลิกภาพมักไม่ต่างไปจากเดิม แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพในวัยสูงอายุ อีริกอีริกสัน (Erik Erikson) เชื่อว่าอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์การยอมรับของสังคม สถานการณ์ที่เกิดขึ้น และการรับรู้ (อ้างถึงใน ลักษณะ สรีรวัฒน์, 2544) Neugarten (1964)

2) **ด้านการเรียนรู้ (Learning)** เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเรียนรู้จะลดลงมาก โดยเฉพาะหลังอายุ 70 ปีแม้การเรียนรู้ของผู้สูงอายุจะลดลง แต่ก็ยังสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆได้ ถ้าการเรียนรู้นั้นสัมพันธ์กับประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา ระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้และความตั้งใจจริงของผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงควรลดความคาดหวังต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุโดยการเรียนรู้ที่ผู้สูงอายุทำได้ และเรียนรู้ได้เร็วคือการเรียนรู้เฉพาะอย่างโดยไม่เร่งรัด

3) *ด้านความจำ (Memory)* ผู้สูงอายุจะมีความจำ เรื่องราวในอดีตได้ดี แต่จะมีความจำ เกี่ยวกับสิ่งใหม่ๆ ได้ลดน้อยลง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม การกระตุ้นความจำของผู้สูงอายุ จะต้องอาศัยวิธีการปฏิบัติเป็นลำดับขั้นตอน เช่น การเขียนหนังสือตัวโตกว่าปกติ การใช้สีกระตุ้นเพื่อให้เห็น มองเห็น ไม่ควรเน้นหรือถามซ้ำในเรื่องที่ผู้สูงอายุจำไม่ได้ การจดบันทึกจะช่วยผู้สูงอายุจำ ได้มากขึ้น

4) *ด้านสติปัญญา (Intelligence)* ความสามารถทางสมองจะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 30 ปีเป็นต้นไป ในผู้สูงอายุจะเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา การเรียนรู้ในอดีต ประสบการณ์ในการแก้ปัญหา และสถานะสุขภาพในขณะนั้น โดยทั่วไปการเสื่อมทางสติปัญญาจะค่อยเป็นค่อยไป ไม่เท่ากันทุกคน

5) *ด้านสมรรถภาพการรับรู้ข้อมูลและการนำความรู้สู่การปฏิบัติ (Competence and Performance)* ลดลงโดยส่วนใหญ่สมรรถภาพในการนำความรู้สู่การปฏิบัติต่ำกว่าสมรรถภาพการรับรู้ข้อมูล เนื่องจากหลายปัจจัย เช่น สมองทำงานลดลง การรับรู้ที่น้อยลง ความจำสั้นลง การตอบสนองช้าลงผู้สูงอายุมักกลัวสิ่งที่ตนเองไม่รู้ และตื่นเต้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ๆ เนื่องจากไม่แน่ใจว่าตนเองจะตอบสนองได้หรือไม่ กลัวความล้มเหลว ผู้สูงอายุจึงต้องการการส่งเสริมสนับสนุน และต้องการแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นในการทำกิจกรรมใหม่ๆ

6) *ด้านเจตคติ ความสนใจ และคุณค่า (Attitude, Interest and Values)* พบว่าแต่ละบุคคลจะมีเจตคติ ความสนใจที่แตกต่างกันไปออกไป ซึ่งมีอิทธิพลมาจาก เพศ สังคม อาชีพ เชื้อชาติและวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงเจตคติของผู้สูงอายุไม่ใช่สิ่งง่าย การสอนเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้เรื่องราวใหม่ จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนเจตคติได้

7) *ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-concept and Self-esteem)* ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมีผลมาจากกระบวนการความคิด อารมณ์ ความปรารถนา คุณค่า และพฤติกรรม ถ้าเป็นไปได้ในทางบวกจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและแก้ปัญหาได้ดี นอกจากนั้นยังเกี่ยวข้องกับงาน และสังคมของผู้สูงอายุด้วย ดังนั้นการเตรียมงานที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกที่มีคุณค่าในตัวเอง เช่น การทำงานอดิเรก การเป็นอาสาสมัครทำงานช่วยเหลือสังคม การทำงานที่ผู้สูงอายุชอบ เป็นต้น

5.3 การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น

5.3.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัว

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตมาก และเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ในทางหนึ่งทางใดมาก่อน มีพลังสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ได้ดี โดยทั่วไป ผู้สูงอายุก็มีความยินดีและเต็มใจ ให้ข้อคิดเห็นต่างๆ รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่อ่อนวัยกว่าอยู่แล้ว ดังนั้นลูกหลานควรคำนึงถึงคุณค่า

และประโยชน์ของผู้สูงอายุ ซึ่งในอดีตที่ผ่านมา ผู้สูงอายุจะให้ชีวิตที่เป็นสุขตามสมควรแก่บุตรหลานในครอบครัว ดังนั้นในเวลาเดียวกันเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สมาชิกในครอบครัวอันประกอบด้วย ลูกหลาน ฯลฯ ควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1) ช่วยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญและมีความหวังในการดำเนินชีวิต เช่น ขอคำแนะนำปรึกษาต่างๆ ขอความช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ควบคุมดูแลบ้านเรือน เป็นที่ปรึกษาอบรมเลี้ยงดูลูกหลาน

2) ควรระมัดระวังคำพูด หรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ ควรเน้นความสำคัญของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก เช่น เวลารับประทานอาหารเชิญชวนให้รับประทานอาหารก่อนและดื่มน้ำ ดักอาหารให้ เป็นต้น

3) ชวนผู้สูงอายุเล่าเรื่องเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของท่านให้ฟังและรับฟังอย่างตั้งใจ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า รู้สึกว่ายังมีคนชื่นชมในบางส่วนของชีวิตของตนอยู่

4) อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมที่น่าสนใจต่างๆ เช่น เมื่อผู้สูงอายุต้องการไปวัดหรือศาสนสถานต่างๆ ลูกหลาน ควรจัดเตรียมข้าวของต่างๆ ให้ และอำนวยความสะดวกจัดการรับส่งหรือไปเป็นเพื่อน

5) เอาใจใส่ดูแลเรื่องอาหาร และการออกกำลังกายหรือทำงานตามความถนัดให้เหมาะสมกับวัย

6) ที่พักอาศัย หากผู้สูงอายุต้องการแยกบ้านอยู่ หรือต้องการไปอยู่สถานที่ที่รัฐจัดให้ก็ควรตามใจ และพาลูกหลานไปเยี่ยมเมื่อมีโอกาส ถ้าหากผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุข และต้องการอยู่ร่วมกับลูกหลาน ก็ให้อยู่บ้านเดียวกัน เพื่อเกิดความรู้สึกอบอุ่น

7) ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติสนิท และเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน เพื่อเป็นการคลายเหงา อาจโดยการพาไปเยี่ยมเยียนหรือเชิญเพื่อนฝูงญาติมิตร มาสังสรรค์ที่บ้าน หรือพาไปสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ เช่น วัด หรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชน

8) ให้ความสำคัญเห็นคุณค่า และเคารพยกย่องนับถือ ด้วยการเชื่อฟังคำสั่งสอนและข้อแนะนำจากผู้สูงอายุ รวมถึงร่วมมือกันรักษาฟื้นฟูขนบธรรมเนียมประเพณีเดิมของไทย เช่น ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุเนื่องในวันสงกรานต์ เป็นต้น

9) ให้อภัยในความหลงลืม และความผิดพลาดที่ผู้สูงอายุกระทำ และยิ่งกว่านั้น ควรแสดงความเห็นอกเห็นใจที่เหมาะสมด้วย

10) ช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย หรือพาไปตรวจสุขภาพ เพื่อให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วยหนัก หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง

5.3.2 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (อาจินต์ สงทับ, 2556: 2-6) ได้แบ่ง การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไว้ 6 ด้าน ดังนี้

1) โภชนาการ

ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่ข่อยง่าย อ่อนนุ่ม เคี้ยวง่ายเพื่อให้เกิดการย่อย และดูดซึมดี โดยอาจแบ่งวันละประมาณ 4 มื้อมื้อละน้อยๆ ซึ่งในแต่ละวันพยายามจัดอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ เพื่อให้ได้แคลอรีเพียงพอ ซึ่งไขมันในแต่ละวันไม่ควรทานเกินร้อยละ 30 ของพลังงาน ไม่ควรรับประทานไขมันจากสัตว์ และไขมันจากพืชจำพวกมะพร้าว และปาล์ม ซึ่งเป็นไขมันไม่อิ่มตัว เพราะเป็นสาเหตุทำให้โคเรสเตอรอลในเลือดสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ผู้สูงอายุควรรับประทานไขมันจากพืช เนื่องจากมีกรดที่จำเป็นทั้งสองชนิด คือ กรดไลโนลิก และไลโนลินิกซึ่งพบมาก เช่นพวกดอกทานตะวัน ข้าวโพดถั่วเหลือง แต่รับประทานได้ไม่เกิน 2-3 ช้อนโต๊ะ/วัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนจากเนื้อสัตว์ต่างๆที่ไม่ติดมัน โดยเฉพาะเนื้อปลา ถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ ไข่ และนม ซึ่งผู้สูงอายุสามารถรับประทานไข่สัปดาห์ละ 3-4 ฟองได้ แต่ถ้ามีปัญหาเรื่องไขมันในควรรับประทานไข่ขาวเพียงอย่างเดียว และควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภท เนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ (หนังไก่ทอด) ขาหมู หมูสามชั้น ไข่แดง ผู้สูงอายุควรดื่มนมวันละ 1 แก้ว ถ้ามีปัญหาเรื่องน้ำหนักเกิน หรือไขมันในเลือดสูง ให้ดื่มนมพร่องมันเนย หรือนมถั่วเหลืองแทน หรือน้ำเต้าหู้ 2-3 แก้ว หรือรับประทานปลาเล็ก ปลาน้อย 1-2 จีดในแต่ละวัน ส่วนคาร์โบไฮเดรต ควรรับประทานอาหารประเภทจำพวกข้าวกล้อง ธัญพืช ซึ่งข้าวกล้องจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้ ควรรับประทานประมาณ 3-4 ถ้วยตวง (ข้าวเหนียว 2-6 จีด หรือข้าวเจ้า 6-11ทัพพี) หลีกเลี่ยงการรับประทานน้ำตาล และอาหารหวาน เนื่องจากน้ำตาลจะก่อให้เกิดปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะคือต่ออินซูลิน ผู้สูงอายุควรบริโภคผักและผลไม้ทุกวัน เน้นผักใบเขียว เช่นตำลึง ผักเนื้อเหลือง เช่น ฟักทอง และผลไม้จำพวกส้มซึ่งเป็นแหล่งของเบต้าแคโรทีน และวิตามินซี ซึ่งเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ จะช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน ป้องกันมะเร็ง และช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานสะดวกขึ้น การรับประทานแคลเซียมฟอสฟอรัสและวิตามินดีควบคู่กับการออกกำลังกายนั้น ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน ซึ่งอาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ ปลา ร้า ผง กุ้งแห้งตัวเล็ก กะปิเคย งาคั่ว ๑ ส่วนผักที่มีแคลเซียมสูงได้แก่ ชะพลู มะขามฝักสด แคนยออ่อน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 แก้วเพื่อลดการเกิดปัญหาท้องผูก จากปัญหาเรื่องการเคี้ยวอาหาร และเพื่อช่วยให้เซลล์ต่างๆของร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล ทำงานได้ตามปกติ

2) การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นประจำ ส่งผลดีต่อสุขภาพหลายประการ เช่น ช่วยเพิ่มปริมาณนำเข้าออกซิเจนที่ใช้ในร่างกาย ลดอัตราการเต้นของชีพจร ลดความดันโลหิต ลดอัตราการเต้นของหัวใจลดน้ำหนักลดปริมาณไขมันและระดับโคเลสเตอรอลลดจำนวนไขมันเลว (LDL) และเพิ่มปริมาณไขมันดี (HDL) การออกกำลังกายช่วยทำให้ขับถ่ายอุจจาระดีขึ้นเพราะลำไส้มีการเคลื่อนไหวดี กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ช่วยชะลอความชราทำให้อายุยืน ผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกาย หรือจะเริ่มออกกำลังกายควรได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ เพื่อทราบข้อห้าม โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้วประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่

(1) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น เช่น การยืดแขน-ขา งอตัว บิดหมุนร่างกาย มักใช้ปฏิบัติในระยะที่มีการเตรียมร่างกายเพื่อให้เกิดความอบอุ่นก่อนการออกกำลังกายประมาณ 10-20 นาที

(2) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง เช่น การยกน้ำหนักเบาๆ โดยใช้ดัมเบลน้ำหนักขนาดครึ่งถึง 2 กิโลกรัม การออกกำลังกายประเภทนี้ควรทำวันละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

(3) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น การเดินควรทำครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง

3) การนอนหลับ

การนอนหลับส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ผู้สูงอายุควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องนอนหลับควรเน้นการสวดมนต์ ทำสมาธิ การดูทีวี การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมการนอนหลับนี้ก็ถึงแต่สิ่งที่ต้องทำก่อนนอน หรือหา กิจกรรมที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลที่ช่วยในการนอนหลับ หลีกเลี่ยงการรับประทานยานอนหลับ

4) การจัดการกับความเครียด

ความเครียดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น ทำให้บุคคลเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย รับประทานอาหารมากขึ้น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ฯลฯ เทคนิคการจัดการกับความเครียด

5) ความรับผิดชอบและการดูแลสุขภาพ

การเข้าร่วมโครงการ หรือกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพ เช่น กิจกรรมผู้สูงอายุ กลุ่มภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นต้น การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอ่านหนังสือ หรือดูรายการทีวีที่มีเรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ พุดคุยปัญหาสุขภาพกับบุคลากรที่มสุขภาพในชุมชน เช่น อสม. ตรวจสอบสุขภาพประจำปี

6) การป้องกันอุบัติเหตุ

อุบัติเหตุเป็นสิ่งที่มักเกิดกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ“การหกล้ม” ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในบ้านเนื่องจากการเดินสะดุดบริเวณที่เกิดเหตุบ่อยคือห้องน้ำและทางเดินนอกตัวบ้าน สาเหตุมาจากการทรงตัวไม่ดี ขาอ่อนแรง หน้ามืด มีปัญหาด้านสายตา และการได้ยิน การได้รับยาที่มีผลต่อระบบการไหลเวียนโลหิตเช่น ยาความดันฯ ส่วนสาเหตุจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พื้นลื่น เปียก มีหยดน้ำ พื้นผิวขรุขระ ของใช้วางเกะกะรก แสงสว่างไม่เพียงพอ เป็นต้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกจากเกิดบาดแผลตามร่างกายแล้ว บางรายมีการบาดเจ็บจากอวัยวะภายใน บาดเจ็บที่ศีรษะหรือกระดูกหัก ต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนาน บางรายเสียชีวิตในเวลาต่อมา ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและเวลาในการดูแล ซึ่งมีวิธีการวิธีการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุดังนี้

- (1) ห้องน้ำ/สุขา ควรมีราวเกาะข้างฝา และบริเวณที่ต้องลุกอย่างมั่นคง ควรใช้โถส้วมแบบชักโครกควรจัดวางของใช้ให้หยิบจับง่าย ในระดับข้อศอก
- (2) ห้องนอน/ห้องนั่งเล่น ควรจัดของใช้ให้เป็นระเบียบ หยิบจับง่าย ไม่มีของเกะกะตามพื้นห้องโดยเฉพาะสายไฟจัดให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอตามทางเดินไม่มีหยดน้ำตามพื้นหรือทางเดิน เคลื่อนไหวหรือลุกจากเตียงอย่างช้าๆ
- (3) บันได เลี่ยงการใช้บันได ถ้าจำเป็นต้องใช้บันไดต้องมีความมั่นคง มีความกว้างพอดี
- (4) ส่งเสริมผู้สูงอายุให้ออกกำลังกาย เน้นการบริหารกล้ามเนื้อขาให้แข็งแรง เช่น ออกกำลังกายแบบไทเก๊กฯ
- (5) ควรใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ที่มีความสูงเหมาะสม มั่นคง ปลายมียางหุ้ม

6. แนวคิดและทฤษฎีความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Satisfaction ซึ่งมีนักวิชาการหลายคนได้ศึกษาและให้แนวคิดไว้ต่างๆเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ศิววิวรรณวิยาภรณ์ (2550, น. 29)ให้ความเห็นว่าความพึงพอใจหลังการได้รับบริการเป็นระดับความพึงพอใจต่อการรับบริการด้านต่างๆ 5 ด้านคือด้านความสะดวกที่ได้รับ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านคุณภาพของการบริการที่ได้รับ ด้านระยะเวลาในการดำเนินการ และด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ

นิตยา จุ้ยนว (2550, น. 8)ให้ความเห็นว่าความพึงพอใจในการทำงานเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้แก่คนงานได้นอกจากนั้นการทำให้คนงานมีความพึงพอใจในการทำงานยังอาจช่วยลดความ

เป็นปฏิบัติต่องานของคนงานด้วย การเป็นปฏิบัติต่องานจะเป็นผลเสียต่อองค์กรเพราะคนงานจะแสดงออกซึ่งความเป็นปฏิบัติด้วยวิธีต่างๆเช่นการขาดงานการลาออกจากงานเป็นต้นซึ่งจะทำให้ความสามารถในการปฏิบัติงานของคนงานลดลง การสร้างความพึงพอใจจึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะนอกจากจะช่วยให้คนงานปฏิบัติหน้าที่ด้วยความตั้งใจและรู้สึกว่าชีวิตของตนมีคุณภาพแล้วยังช่วยลดแนวโน้มปรากฏการณ์อันเกิดจากการเป็นปฏิบัติต่องานของคนงานด้วย

วรูม (Vroom, 1970, p. 90) กล่าวว่า ทักษะและความพึงพอใจเป็นสิ่งที่หนึ่งที่สามารถใช้แทนได้ เพราะทั้งสองคำนี้จะหมายถึง ผลที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้น และทักษะในด้านลบจะแสดงให้เห็นสภาพความไม่พึงพอใจนั่นเอง สรุปได้ว่า หากบุคคลมีความพึงพอใจย่อมส่งผลต่อความเจริญก้าวหน้าของหน่วยงานตลอดจนทำให้เกิดความศรัทธาในหน่วยงาน ผู้บริหารและผู้ให้บริการล้วนเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการบริการให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ความพึงพอใจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามปัจจัยแวดล้อมและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับความคิดหวังของบุคคลในแต่ละสถานการณ์

วารุณี ภาชนนท์ (2551, น. 7-8) ได้ศึกษาทฤษฎีบาร์นาร์ด ที่กล่าวถึงมูลเหตุที่ทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในการทำงานไว้หลายประการ

6.1 ทฤษฎีบาร์นาร์ด

6.1.1 **สิ่งจูงใจที่เป็นวัตถุ** ได้แก่เงิน สิ่งของ หรือสภาวะทางกายที่ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานเป็นการตอบแทน เช่น รางวัลทำงานที่เขาได้ปฏิบัติมาเป็นอย่างดี

6.1.2 **สิ่งจูงใจเป็นโอกาสของบุคคลที่ไม่ใช่วัตถุ** จัดเป็นสิ่งจูงใจที่สำคัญในการช่วยเหลือส่งเสริมความร่วมมือในการทำงานมากกว่ารางวัลที่เป็นวัตถุ เพราะสิ่งจูงใจประเภทนี้ไม่เกิดกับทุกคน เช่น เกียรติภูมิ ตำแหน่ง การให้สิทธิพิเศษและการมีอำนาจ เป็นต้น

6.1.3 **สภาพร่างกายที่พึงปรารถนา** หมายถึง สิ่งแวดล้อมในความสะดวกต่างๆ อันอาจจะก่อให้เกิดความสุขทางกายในการทำงาน

6.1.4 **ผลประโยชน์ทางอุดมคติ** เป็นสิ่งจูงใจซึ่งอยู่ระหว่างความมีอำนาจที่สุดกับความท้อแท้ ผลประโยชน์ทางอุดมคติ หมายถึง สมรรถภาพของหน่วยงานและสนองความต้องการของบุคคลในด้านความต้องการความภาคภูมิใจในด้านการแสดงฝีมือ ความรู้สึกเท่าเทียมกัน การได้มีส่วนช่วยเหลือครอบครัวตัวเองและผู้อื่นรวมทั้งได้แสดงความจริงใจต่อหน่วยงาน

6.1.5 **ความดึงดูดในสังคม** หมายถึง ความสัมพันธ์ฉันท์มิตรกับผู้ร่วมงานในหน่วยงาน ซึ่งความสัมพันธ์ นี้ไปได้ด้วยดีจะทำให้เกิดความผูกพันและความพอใจร่วมกัน

6.1.6 การปรับสภาพการทำงานให้เหมาะสมกับวิธีการและเจตคติของบุคคล เป็น การปรับปรุงตำแหน่งงาน วิธีทำงานให้สอดคล้องกับความสามารถของบุคคล ซึ่งแต่ละคนมี ความสามารถแตกต่างกัน

6.1.7 โอกาสที่จะมีส่วนร่วมในการทำงานอย่างกว้างขวางและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วม มีความรู้ความสามารถร่วมเป็นส่วนหนึ่งของงาน ความรู้สึกเท่าเทียมกันจนมีกำลังใจในการ ทำงาน

6.1.8 สภาพของการอยู่ร่วมกัน เป็นความพึงพอใจของบุคคลในด้านสังคมและทำ ให้คนรู้สึกมีหลักประกันและมั่นคงในการทำงาน

จะเห็นได้ว่า การจูงใจของ บาร์นาร์ด ตอบสนองความต้องการความต้องการพื้นฐาน เพื่อดำรงชีวิตโดยสิ่งจูงใจเป็นเงิน สิ่งของ และการจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดีเป็นการ ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ให้ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมความ เท่าเทียมกันการให้โอกาสร่วมแสดงความสามารถและรับฟังความคิดเห็น เป็นการตอบสนองความ ต้องการทางด้านจิตใจได้อย่างเต็มที่

6.2 ทฤษฎีแรงจูงใจของพอร์เตอร์และลอว์เลอร์ (Porter and lawler's sachievement motivation) พอร์เตอร์และลอว์เลอร์ได้นำทฤษฎีของวรูม (Vroom) มาขยายในเรื่องความสัมพันธ์ ระหว่างความพึงพอใจกับการทำงาน ทั้งสองเห็นว่าการปฏิบัติงานก่อให้เกิดรางวัล หรือผลตอบแทน ในขณะเดียวกัน รางวัลหรือผลตอบแทน ก่อให้เกิดความพึงพอใจของคนงาน ซึ่งสามารถอธิบาย ความหมายหรือแนวคิดที่สำคัญ (นิตยา จุ้ยนวน, 2550:12-13)

6.2.1 การรับรู้ว่าคุณพยายามมีโอกาสนำมา ซึ่งรางวัลหรือผลตอบแทน (Perceived effort-reward probability) การรับรู้ว่าคุณพยายามมีโอกาสนำมาซึ่งรางวัลหรือผลตอบแทนหมายถึง การคาดหวังของบุคคลว่าปริมาณของผลตอบแทนขึ้นอยู่กับปริมาณของความพยายาม

6.2.2 ความพยายามทำงานของลูกจ้างคนงาน (Effort) หมายถึงปริมาณของพลังที่ ใช้ในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ปริมาณของความพยายามขึ้นอยู่กับการกระทำระหว่างคุณค่า ของผลตอบแทนหรือรางวัลกับความเป็นไปได้ในการรับรู้ว่าคุณพยายามอาจนำมาซึ่งผลตอบแทน

6.2.3 คุณลักษณะและความสามารถ (Traits and abilities) หมายถึง ลักษณะต่างๆ ของบุคคลแต่ละคน เช่น ความสามารถทางสติปัญญา ทักษะหรือความชำนาญในการใช้ มือและ ลักษณะของบุคลิกภาพที่มีผลต่อความสามารถที่จะปฏิบัติให้ลุล่วงไปได้

6.2.4 การรับรู้ในบทบาท (Role perception) หมายถึง ประเภทหรือชนิดของกิจกรรม ที่บุคคลเชื่อว่าพวกเขาควรปฏิบัติ ถ้าพวกเขาต้องการให้งานนั้นประสบความสำเร็จ

6.2.5 การปฏิบัติงาน (Performance) หมายถึงการรวมเข้าด้วยกันของคุณค่าของผลตอบแทนและการรับรู้ถึงความพยายามอาจนำมาซึ่งรางวัลหรือผลตอบแทน ก่อให้เกิดความคาดหวังที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานโดยทั่วไป การปฏิบัติงานจะเกิดขึ้นหลังจากได้มีการใช้ความพยายามแล้วการปฏิบัติงานนอกจากขึ้นอยู่กับความพยายามแล้วยังขึ้นอยู่กับรับรู้ในบทบาทและความสามารถของเขาด้วย

6.2.6 รางวัลหรือผลตอบแทน (Reward) พอร์เตอร์และลอว์เลอร์แบ่งเป็นรางวัลภายนอกและรางวัลภายใน รางวัลภายนอกองค์กรเป็นผู้ให้ เช่น เงินเดือน สภาพการทำงานความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน สำหรับรางวัลภายใน หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในใจได้แก่ความสำเร็จ การยอมรับตนเอง ความรับผิดชอบ เป็นต้น

6.2.7 การรับรู้ว่าผลตอบแทนมีความเป็นธรรม (Perceived equitable rewards) บุคคลโดยทั่วไปมักหันไปพิจารณาว่าสิ่งที่เขาได้รับอยู่นั้น มีความเป็นธรรมชาติหรือเท่าเทียมกับผู้อื่นหากว่ารางวัลที่ได้รับไม่เท่าเทียมกับคนอื่นหรือไม่เป็นธรรมชาติหรือน้อยไปสิ่งเหล่านี้อาจเป็นตัวสกัดกั้นความพึงพอใจได้

6.2.8 ความพึงพอใจ (Satisfaction) คือทัศนคติภาวะภายในของบุคคลแต่ละคนที่เกิดจากรางวัลหรือผลตอบแทนที่ได้รับจากการทำงานหรือเกิดจากการคาดหวังว่าจะได้รับรางวัลหรือผลตอบแทนก่อนที่จะตัดสินใจทำงานจะนำไปสู่ความพยายามในการทำงาน จากทฤษฎีนี้

- 1) การปฏิบัติงานย่อมก่อให้เกิดผลตอบแทนหรือหรือรางวัลที่มีความรู้สึกว่าเป็นธรรมก่อให้เกิดความพึงพอใจด้วย
- 2) หากรางวัลที่ได้ไม่มีคุณค่าพอในสายตาของคณงานกับโอกาสที่จะได้รับรางวัลมีน้อยความพยายามในการทำงานจะไม่เกิดขึ้น
- 3) จากคณงานไม่รู้ชัดในบทบาทหน้าที่ของตนอีกทั้งยังขาดความสามารถเพียงความพยายามแต่ประการเดียวจะไม่ทำให้งานสัมฤทธิ์ผลได้ (นิศยา จุ้ยนวน, 2550, น. 12,13)

วารุณี ภาชนนท์, 2551, น. 8-9) ได้ศึกษา ทฤษฎีมาสโลว์ (Maslow Iterarchy of Needs) ซึ่งเป็นทฤษฎีหนึ่งที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางได้เห็นว่าปรารถนาที่จะได้ครอบครองความต้องการเฉพาะอย่างซึ่งความต้องการนี้เขาได้ตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับความต้องการของบุคคลไว้ดังนี้

6.3 ทฤษฎีมาสโลว์ (Maslow Iterarchy of Needs)

6.3.1 บุคคลย่อมมีความต้องการอยู่เสมอและไม่สิ้นสุดขณะที่ความต้องการใดได้รับการตอบสนองแล้วจะไม่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรมอื่นๆ ต่อไปความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองจึงเป็นสิ่งจูงใจกับพฤติกรรมของคนนั้น

6.3.2 ความต้องการของคนซ้ำซ้อนกัน บางทีความต้องการหนึ่งได้รับการตอบสนองแล้วไม่สิ้นสุดก็เกิดความต้องการด้านอื่นขึ้นอีก

6.3.3 ความต้องการของบุคคลจะเรียงเป็นลำดับขั้นตอนความสำคัญเมื่อต้องการระดับต่ำได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลที่จะให้ความสนใจกับความต้องการระดับสูงต่อไประดับความต้องการของบุคคลมี 5 ขั้นตอนตามลำดับขั้นดังนี้

1) ความต้องการทางร่างกาย(Physiological Needs)เป็นความต้องการเบื้องต้นเพื่อความอยู่รอดของชีวิตเช่นการต้องการในเรื่องของอาหารน้ำอากาศเครื่องนุ่งห่มยารักษาโรคอาศัยความต้องการทางเพศความต้องการทางด้านร่างกายจะมีอิทธิพลต่อความต้องการของคนก็ต่อเมื่อความต้องการทั้งหมดของคนยังไม่ได้รับการตอบสนอง

2) ความต้องการความปลอดภัยหรือความมั่นคง of Safe Needs)ถ้าหากความต้องการทางด้านร่างกายได้รับการตอบสนองตามสมควรแล้วมนุษย์ต้องการในขั้นสูงต่อไปคือเป็นความรู้สึกที่ต้องการความปลอดภัยหรือมั่นคงในปัจจุบันและอนาคตซึ่งรวมถึงความก้าวหน้าและความอบอุ่นใจ

3) ความต้องการทางสังคมภายหลังจากที่คนได้รับการตอบสนองในสองขั้นดังกล่าวแล้วก็จะมีความต้องการที่สูงขึ้นคือความต้องการทางสังคมเป็นความต้องการที่จะเข้าร่วมและได้รับการยอมรับในสังคมความเป็นมิตรและความยอมรับจากเพื่อ

4) ความต้องการที่จะได้รับการยกย่องนับถือ (Self Actualization)เป็นความต้องการให้คนอื่นยกย่องให้เกียรติและเห็นความสำคัญของตนเองอยากเล่นในสังคมรวมถึงความสำเร็จความรู้ความสามารถความเป็นอิสระและเสรีภาพ

5) ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Self Actualization)เป็นความต้องการระดับสูงสุดของมนุษย์ส่วนมากจะมีความอยากจะเป็นอยากจะได้ตามความคิดของคนหรือต้องการจะเป็นมากกว่าที่ตัวเองเป็นอยู่ในขณะนี้

Good (1973, p. 320) ให้ความเห็นไว้ว่าความพึงพอใจหมายถึงสภาพคุณภาพหรือระดับความพอใจซึ่งเป็นผลมาจากความสนใจต่างๆและทัศนคติที่บุคคลมีต่อสิ่งนั้นซึ่งการที่บุคคลจะพึงพอใจในการทำงานทำก็ต่อเมื่องานนั้นได้รับประโยชน์ตอบแทนทั้งในด้านวัตถุและจิตใจโดยที่ผลการจูงใจให้มนุษย์นั้นทำงานออกมาในรูปของความพึงพอใจที่ทำงานมากและบรรยากาศในสถานที่ทำงานดี

สรุปได้ว่าของมนุษย์มีความต้องการที่ไม่เท่ากันมนุษย์แต่ละคนจะประพฤติกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของตนในแต่ละขั้นที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ทำให้เข้าใจธรรมชาติของความพึงพอใจ เมื่อคนได้รับสิ่งที่เขาต้องการเขาจะมีความพึงพอใจแต่หากเขาไม่ได้รับสิ่งที่ต้องการก็จะเกิดความไม่พอใจซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้เสมอตามกาลเวลาและสภาพแวดล้อมบุคคลจึงมีโอกาสที่จะพึงพอใจในสิ่งที่ไม่เคยพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในสิ่งที่เคยพึงพอใจมาแล้ว

7. ทฤษฎีการเรียนรู้ตามแนวคิดของบลูม

การที่อาสาสมัครประจำครอบครัวจะเกิดการเรียนรู้ให้ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพนั้น ผู้สอนจะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายให้ชัดเจนแน่นอน เพื่อให้ผู้สอนกำหนดและจัดกิจกรรมการเรียนรู้รวมทั้งวัดประเมินผลได้ถูกต้อง และบลูมได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมโดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้และจิตวิทยาพื้น ฐานว่า มนุษย์จะเกิดการเรียนรู้ใน 3 ด้านคือ ด้านสติปัญญา ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ และนำหลักการนี้จำแนกเป็นจุดมุ่งหมายทางการศึกษาเรียกว่า Taxonomy of Educational objectives (ชัยลักษณ์ พลอยงาม, 2557)

การเรียนรู้ (Learning) คือ กระบวนการของประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างค่อนข้างถาวร ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ไม่ได้มาจากภาวะชั่วคราว วุฒิภาวะ หรือสัญชาตญาณKlein (1991 อ้างถึงในฉันทพงษ์พลาตพ, 2557)

การจำแนกการเรียนรู้ตามทฤษฎีของบลูม (Bloom's Taxonomy) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะพิสัย โดยในแต่ละด้านจะมีการจำแนกระดับความสามารถจากต่ำสุดไปถึงสูงสุด เช่น ด้านพุทธิพิสัย เริ่มจากความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมิน นอกจากนี้ยังนำเสนอระดับความสามารถที่มีการปรับปรุงใหม่ตามแนวคิดของ Anderson and Krathwohl (2001) เป็นการจำ (Remembering) การเข้าใจ (Understanding) การประยุกต์ใช้ (Applying) การวิเคราะห์ (Analysing) การประเมินผล(Evaluating) และการสร้างสรรค์ (Creating) ด้านจิตพิสัย จำแนกเป็น การรับรู้การตอบสนองการสร้างค่านิยมการจัดระบบ และการสร้างคุณลักษณะจากค่านิยม ด้านทักษะพิสัย จำแนกเป็น ทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทักษะการเคลื่อนไหวอวัยวะสองส่วนหรือมากกว่าพร้อมๆกัน ทักษะการสื่อสารโดยใช้ท่าทาง และทักษะการแสดงพฤติกรรมทางการพูด

การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร โดยเป็นผลจากการฝึกฝน เมื่อได้รับการเสริมแรง มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติที่เรียกว่า ปฏิกริยาสะท้อน (Kimble and Garnezy) การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อันเป็นผลจากการฝึกฝนและประสบการณ์ แต่มิใช่ผลจากการตอบสนองที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ (Hilgard and Bower) การเรียนรู้เป็นการแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลง อันเป็นผลเนื่องมาจากประสบการณ์ที่แต่ละคนได้ประสบมา (Cronbach) การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลได้พยายามปรับพฤติกรรมของตน เพื่อเข้ากับสภาพแวดล้อมตามสถานการณ์ต่างๆ จนสามารถบรรลุถึงเป้าหมายตามที่แต่ละบุคคลได้ตั้งไว้ (Pressey, Robinson and Horrock, 1959)แบ่งการเรียนรู้เป็น 6 ระดับคือ 1) ความรู้ที่เกิดจากความจำ (knowledge) ซึ่งเป็นระดับล่างสุด 2) ความเข้าใจ (Comprehend)

3) การประยุกต์ (Application) 4) การวิเคราะห์ (Analysis) สามารถแก้ปัญหา ตรวจสอบได้ 5) การสังเคราะห์ (Synthesis) สามารถนำส่วนต่างๆ มาประกอบเป็นรูปแบบใหม่ได้ให้แตกต่างจากรูปเดิม เน้นโครงสร้างใหม่และ 6) การประเมินค่า (Evaluation) วัดได้ และตัดสินได้ว่าอะไรถูกหรือผิด ประกอบการตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผลและเกณฑ์ที่แน่ชัด (ณัฐพงษ์พลาตพ, 2557)

สรุปได้ว่า ในงานวิจัยฉบับนี้จะใช้กระบวนการเรียนรู้หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงความรู้จากเดิมไปสู่ความรู้ใหม่ และความรู้ใหม่นี้เป็นผลมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์หรือการฝึกฝน ไม่ใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติหรือสัญชาตญาณ หรืออูติภาวะ หรือความบังเอิญ ที่เปลี่ยนไปจะต้องเปลี่ยนไปอย่างค่อนข้างถาวร จึงจะถือว่าเกิดการเรียนรู้ขึ้น หากเป็นการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวก็ยังไม่ถือว่าเป็นการเรียนรู้เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความเข้าใจ และความคิด (Cognitive Domain) หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ ก็จะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้มากขึ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสมอง

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชนิษฐาโกเมนทร์ (2547) ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรงพยาบาลค่ายสุรนารีจังหวัดนครราชสีมาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มทดลอง40คนกลุ่มเปรียบเทียบ40คนทดสอบก่อนและหลัง ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการให้ โปรแกรมสุขศึกษา ผู้สูงอายุทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีปัจจัยคุณลักษณะภายในตัวบุคคลได้แก่เรื่องความรู้การดูแลตนเองเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองการรับรู้ประโยชน์ของการ ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการให้ โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษาต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรงพยาบาลค่ายสุรนารีมีประสิทธิผลทำให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

ดวงเดือนหันทอง และคณะ (2559) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองไผ่การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ การใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลเมืองไผ่อำเภอธัญประเทศจังหวัดสระแก้วจำนวน 70 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน

35 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน โดยวิธีการจับคู่ตามคุณลักษณะที่กำหนดกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลตนเองกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ประกอบด้วยการเสนอตัวแบบการออกกำลังกายการผ่อนคลายความเครียดและกิจกรรมส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ดีประกอบด้วยการบรรยายประกอบวีดิทัศน์

การแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติการอภิปรายผลการฝึกปฏิบัติและติดตามเยี่ยมบ้าน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired samples t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเบาหวานการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา ประถมมา (2557) ได้ศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายใหม่โดยวิทยากรระดับอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นเครือข่ายสุขภาพที่ทำงานใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด การคัดเลือกและพัฒนาบุคคลที่สมัครใจเข้ามาทำงานอาสา จึงเป็นเรื่องจำเป็น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลด้านความรู้ และทักษะการใช้เครื่องมือ ของ อสม. ใหม่ ที่เกิดจากการได้รับการถ่ายทอดความรู้จากคณะวิทยากรระดับอำเภอภายในระยะเวลา 5 วัน ของเดือนมกราคม 2557 กลุ่มตัวอย่าง 96 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 48 ราย โดยการจับคู่แบบ 1 : 1 มีคุณลักษณะที่เหมือนกัน คือ อยู่ในหมู่บ้านเดียวกันอายุใกล้เคียงกัน และเป็นเพศเดียวกันคณะวิทยากรหลักประกอบด้วย บุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้หลักสูตรมาตรฐานของกองสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน ทดสอบความรู้ 3 ครั้ง คือ ก่อนอบรมและหลังอบรม 2 ครั้ง (หลังอบรมทันที และหลังอบรม 1 เดือน) เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Generalize estimation equation (GEE) และวัดทักษะการใช้เครื่องมือวัดความดันโลหิตแบบ manual เทียบกับเครื่องวัดแบบดิจิตอลทดสอบความสอดคล้องด้วยสถิติ Bland - Altman Plot

ผลวิจัยพบว่า ความรู้ก่อนการอบรมของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 10.83, S.D. = 3.98) การทดสอบความรู้ภายหลังการอบรมทั้งสองครั้ง ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง (Mean =

11.40, S.D. = 5.53 และ Mean = 10.73, S.D. = 7.29 ตามลำดับ) ความแตกต่างของความรู้ในภาพรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการอบรม พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่าเล็กน้อย (Mean diff = 2.61 ; 95% CI : 0.76, 4.47) ผลจากการทดสอบทักษะการใช้เครื่องวัดความดันโลหิต พบว่า มีความสอดคล้องกันระหว่าง การวัดของ อสม.ใหม่ และเครื่องวัดดิจิทัล (pitman's test; p-value = 0.303, p-value = 0.794)

นภาพร ลีสมกได้ และคณะ (2555) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานีการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)ต่อความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่อำเภอหนองเสือจังหวัดปทุมธานีเป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มเดียว (The one group pretest- posttest design) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มที่หนึ่งคืออสม. ในตำบลบึงบา 60 คน คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและออกได้ อสม. เข้าร่วมโปรแกรม 25 รายกลุ่มที่สองคือ ประชาชนในพื้นที่ตำบลบึงบา หมู่ 4 ที่เป็นตัวแทนครอบครัว 40 คน การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 จัดให้อสม. เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขั้นตอนที่ 2 ให้อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพทำกิจกรรมขยายผลในเรื่องการถ่ายทอดความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนในพื้นที่ตำบลบึงบาเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2555 โดยวัดผลก่อนและหลังการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามให้ตอบด้วยตัวเองประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชน ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที (dependent t-test) ผลการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$)

ประภาส อนันตา และจรัญญู ทองอนเนก (2555) ได้ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ.2555 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเยี่ยมบ้านประชากรในการศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 125 คน โดยจัดอบรมให้ความรู้ในการ

เยี่ยมบ้าน และวัดความรู้ก่อนและหลังการจัดการอบรม โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม 2555 ถึง 30 มิถุนายน 2555 ผลการวิจัยพบว่าความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านของ อสม. มีความรู้เพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ดังนั้น หากจะให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดในการเยี่ยมบ้านของ อสม. จึงควรเพิ่มหลักสูตร การให้ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านแก่ อสม. ก่อนที่จะให้ อสม. ออกปฏิบัติงาน เยี่ยมบ้านจริง นอกจากนี้ควรพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีความรู้ด้านโรคต่างๆ บุคลิกภาพ ความน่าเชื่อถืออย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนมีการวางแผนล่วงหน้าก่อนลงเยี่ยมบ้าน มีขั้นตอนการ ปฏิบัติที่ชัดเจนก็จะช่วยให้การเยี่ยมบ้านมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น

วิมล เลหาภิชาดิษฐ์ (2555) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัคร สาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กำหนดตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ข้อตกลงเบื้องต้น ได้กลุ่ม ทดลอง จำนวน 25 คน จากตำบลปากกราน และกลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน จากตำบลหันตรา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม 1 สัปดาห์ และหลังการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า 1) ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลอง มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก ดีวก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.052) ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มทดลอง มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดีกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

แสงดาว จันทร์ดา และคณะ (2554) ได้ศึกษาผลของกระบวนการพัฒนาหลักสูตร ฝึกอบรมการพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่การให้บริการด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ กรณีศึกษา เขตพื้นที่กิ่งเมืองอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ด้วยกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบและจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์กลุ่ม

ตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 200 คนหลักสูตรฝึกอบรม 5 วัน โดยใช้วิธีการการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมถอดบทเรียนร่วมกันของนักวิจัย ผลจากการศึกษาพบว่า 1) หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพอสม. ผู้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีความเหมาะสมกับพื้นที่ที่ศึกษาที่มีความเชื่อมโยงในโครงสร้างระบบบริการสุขภาพระหว่างสถานบริการกับภาคประชาชนที่ครอบคลุมในทุกพื้นที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน 2) กระบวนการใช้หลักสูตรฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพครูแกนนำทำให้ครูแกนนำมีความรู้ในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้วยกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบและจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เพิ่มขึ้น ซึ่งผลการทดสอบหลังการอบรมพบว่าผู้เข้ารับการอบรมร้อยละ 56.41 มีคะแนนเพิ่มสูงขึ้น 3) กระบวนการใช้หลักสูตรฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพครู (อสม.) ทำให้เกิดการเชื่อมโยงไปสู่การจัดทำแผนงานการแก้ไขปัญหาของชุมชน ทำให้ชุมชนสามารถคิด วิเคราะห์ และแก้ไขปัญหาของชุมชน ปัจจัยของความสำเร็จของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือประสิทธิภาพของหลักสูตรการอบรม ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. ในพื้นที่

วัลลยา ทองน้อย (2554) ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลโนนพะยอมอำเภอชนบทจังหวัดขอนแก่นการวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการศึกษเป็นแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลโนนพะยอมอำเภอชนบทจังหวัดขอนแก่นโดยกลุ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 74 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 37 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 37 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมแทรกแซงโดยการบรรยายประกอบวีดิทัศน์การสาธิตการให้แรงสนับสนุนทางด้านสังคมโดยการแจกเอกสารแผ่นพับการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปใช้สถิติเชิงพรรณนาคือจำนวนร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติอนุมานใช้ Paired Sample t-test และ Independent Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < .001)

ศศิธร ไชยยิ่ง (2548) ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมให้สุขศึกษาเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดสุรินทร์ โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 100 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น มีแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีค่าความเที่ยง 0.67 โดยทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขจำนวน 10 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 49.87 ผลการประเมินโปรแกรมผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าโปรแกรมให้สุขศึกษาโดยรวมทั้ง 4 ด้านคือความเหมาะสมขององค์ประกอบของโปรแกรมความสอดคล้องของแผนการให้สุขศึกษากับวัตถุประสงค์ของโปรแกรมความเหมาะสมของเนื้อหาของแผนการให้สุขศึกษาและความสอดคล้องภายในแผนการให้สุขศึกษาแต่ละแผนมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.35, SD=0.54$) ผลการทดลองการใช้โปรแกรมศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการใช้โปรแกรมพบว่าการทดลองผู้ป่วยมีความรู้อยู่ในระดับต่ำทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ กลุ่มทดลองมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ผลการเปรียบเทียบเกี่ยวกับความรู้ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีความรู้ไม่สูงกว่าก่อนการทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และกลุ่มทดลองหลังการทดลองใช้โปรแกรมมีความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลองใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้ไม่สูงไปกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และหลังการทดลองใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนผลต่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มทดลองในการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขศึกษาอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งในภาพรวมและรายด้าน

สุกัญญา คุณนท (2552) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีระดับความดันโลหิต ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุชาดา รอดมงคลดี (2552) ศึกษาผลการดำเนินงาน โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุตำบลวังไผ่อำเภอบึงสามพันจังหวัดอำนาจทอง ผลการวิจัยสรุปได้ว่าขั้นตอนการดำเนินงานพบว่า สถานีอนามัยตำบลไผ่วาง จัดกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษา โดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้ทัศนคติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนการจัดกิจกรรมคือครั้งที่ 1 กิจกรรมเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพครั้งที่ 2 กิจกรรมเสริมสร้างทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายและครั้งที่ 3 กิจกรรมเสริมสร้างพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผลการดำเนินงานพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพระดับปานกลาง มีทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายและมีพฤติกรรมการออกกำลังกายในภาพรวมระดับมาก

อิชณี พุทธิมนตรี (2549) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทยผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องไตวายเรื้อรังการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และดีขึ้นก่อนการทดลอง และยังพบว่า ระดับความรู้เรื่องไตวายเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ยังพบว่า สถานภาพสมรสและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด สรุปได้ว่า หลักสูตร โปรแกรมการให้ความรู้โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครประจำครอบครัว ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรีเป็นการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสค. ผู้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีความเหมาะสมกับพื้นที่ที่ศึกษาที่มีความเชื่อมโยงในโครงสร้างระบบบริการสุขภาพระหว่างสถานบริการกับภาคประชาชนที่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และโดยส่วนใหญ่ความรู้ก่อนการอบรมของ อสค. อยู่ในระดับปานกลาง และ อสค. มีความรู้เพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับการฝึกอบรมจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้โปรแกรมสุขศึกษาในการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง และการดูแลผู้สูงอายุมาใช้ในการเขียนกรอบแนวคิดและพัฒนาเครื่องมือการวิจัยในครั้งนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว ในพื้นที่ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment research) โดยศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครประจำครอบครัว ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

O1 X O2

แผนภูมิการทดลอง

O1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

O2 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

X หมายถึง โปรแกรมหลักสูตรการฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ศึกษา

อาสาสมัครประจำครอบครัว ผู้ที่ดูแลกลุ่มโรคดังกล่าว ครอบครัวละ 1 คน ในพื้นที่ตำบลนาสวนอำเภอศรีสวัสดิ์จังหวัดกาญจนบุรี จำนวนทั้งหมด 89 คน แยกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(NCD) จำนวน 77 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคไต (CKD) จำนวน 2 คนและกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครประจำครอบครัว ผู้ที่ดูแลกลุ่มโรคดังกล่าว 3 กลุ่ม ครอบครัวละ 1 คน มาอบรม ในพื้นที่ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์จังหวัดกาญจนบุรี ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 89 คน (ใช้ประชากรทั้งหมด)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

3.1.1 หลักสูตรการฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว

ประกอบด้วยหลักสูตรการฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว โดยใช้ระยะเวลา 3 วัน วันๆ ละ 6 ชั่วโมง ประกอบไปด้วยกิจกรรม

1) *กิจกรรมให้ความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง (NCD)* โดยใช้การบรรยายให้ความรู้ ประกอบเอกสารให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาและหัวข้อ ดังนี้ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนตามแต่ละกรณีของสมาชิกในครอบครัวที่มี เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค การประเมินสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นจำนวน 1 วัน วันละ 6 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็น ภาคเช้า 3 ชั่วโมง ภาคบ่าย 3 ชั่วโมง โดยทีมวิทยากรที่มีความรู้เฉพาะด้าน

2) *กิจกรรมให้ความรู้เรื่อง โรคไต (CKD)* โดยใช้การบรรยายให้ความรู้ ประกอบเอกสารให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาและหัวข้อ ดังนี้ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน CKD การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในครอบครัว เป็นจำนวน 1 วัน วันละ 6 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็น ภาคเช้า 3 ชั่วโมง ภาคบ่าย 3 ชั่วโมง โดยทีมวิทยากรที่มีความรู้เฉพาะด้าน

3) กิจกรรมให้ความรู้เรื่อง ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตึคบ้าน ตึคเตียง (LTC) โดยใช้การบรรยายให้ความรู้ประกอบเอกสารให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาและหัวข้อดังนี้ การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การเฝ้าระวังในผู้สูงอายุ เป็นจำนวน 1 วัน วันละ 6 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็น ภาคเช้า 3 ชั่วโมง ภาคบ่าย 3 ชั่วโมง โดยทีมวิทยากรที่มีความรู้เฉพาะด้าน

3.1.2 แบบประเมินความรู้เรื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) ผู้ป่วยโรคไต (CKD) กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตึคบ้าน ตึคเตียง (LTC)

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ

2) ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง โรคไต(CKD) ประเมินความรู้หลังได้รับความรู้ จำนวน 32 ข้อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก หากตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน นำคะแนนที่ได้มาแยกระดับความรู้ตามเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน ใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom, 1986 (อ้างถึงใน จุรี จอนนุ้ย และศิริลักษณ์ แก่นอินทร์, น. 27) ดังนี้

ค่าคะแนน	การแปลผล
เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80	ระดับสูง
ตั้งแต่ร้อยละ 60 -79	ระดับปานกลาง
ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับต่ำ

3) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจ เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของอาสาสมัครประจำครอบครัว ที่มีต่อการได้รับการอบรม โดยมีลักษณะเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของลิเคอร์ท (Likert Scale) ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 5 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก
- 3 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย
- 1 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

จากนั้นกำหนดเกณฑ์ในการแปลค่าของคะแนน ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก
- คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

ตารางที่ 3.1 วิธีการดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัว ผู้ที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) กลุ่มผู้ป่วยโรคไต (CKD) และกลุ่มผู้สูงอายุ (LTC)

ครั้งที่	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
1	-วัดความรู้ก่อนการอบรม -กิจกรรมให้ความรู้	-ให้ใบความรู้วัดความรู้ก่อนการอบรม -ให้ความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง (NCD)	ผู้วิจัยและ ทีมวิทยากร
2	-กิจกรรมให้ความรู้	-ให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง	ที่มีความรู้
3	-กิจกรรมให้ความรู้ -วัดความรู้หลังการอบรม	-ให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ -ให้ใบความรู้วัดความรู้หลังการอบรม	เฉพาะด้าน

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

โดยผู้ศึกษานำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสร็จแล้วเสนอบริการที่ปรึกษา และตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ในตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item - objective congruence)

$$\text{โดยใช้สูตร } \text{IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC หมายถึง ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence)

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด

R หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ให้เกณฑ์ในการตรวจพิจารณาข้อคำถาม ดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

แล้วนำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC ตามสูตรเกณฑ์

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 - 1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

4.2 การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลอง (Try Out)

กับอาสาสมัครประจำครอบครัวที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากตำบล
ด่านแม่ละลา อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

4.2.1 **คำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability)** ของแบบสอบถาม ผลการหาค่าความ
เชื่อมั่นของเครื่องมือมีดังนี้

1) **แบบสอบถามทั้งหมด** โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ซึ่งผลการทดสอบมีค่าเท่ากับ 0.78

2) **แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน** โดยใช้สูตร K-R 20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) มีค่าเท่ากับ 0.62

3) **แบบทดสอบความรู้เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน** โดยใช้สูตร K-R 20 ของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) มีค่าเท่ากับ 0.53

4) **แบบทดสอบความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง** โดยใช้สูตร K-R 20 ของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) มีค่าเท่ากับ 0.48

5) **แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคไต (CKD)** โดยใช้สูตร K-R 20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) มีค่าเท่ากับ 0.61

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

5.1 **ทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี** ขอความอนุเคราะห์
การเก็บข้อมูลการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือใน
การวิจัย

5.2 **เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจง** วัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่
ได้รับ พร้อมให้ออกสารคำแนะนำ และนัดหมายวันเวลาในการดำเนินการวิจัย

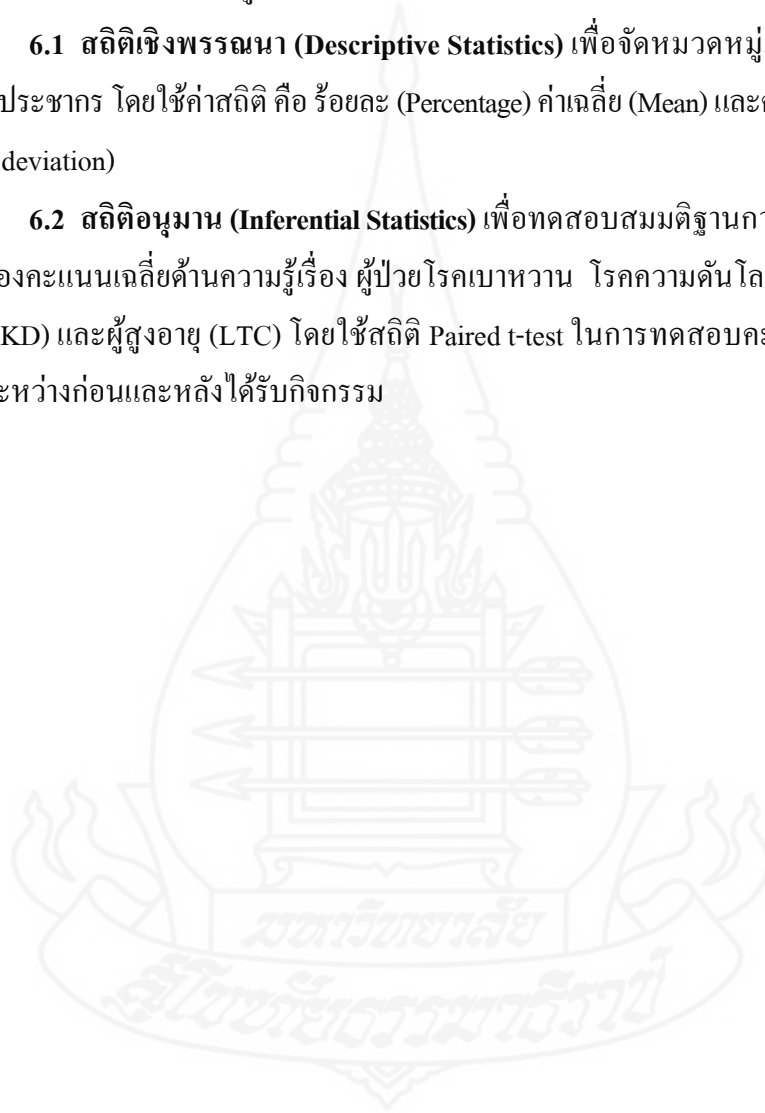
5.3 **ดำเนินการตามวิธีวิจัย** หลังจากได้รับการยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว ผู้วิจัย
ดำเนินการตามวิธีวิจัย

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

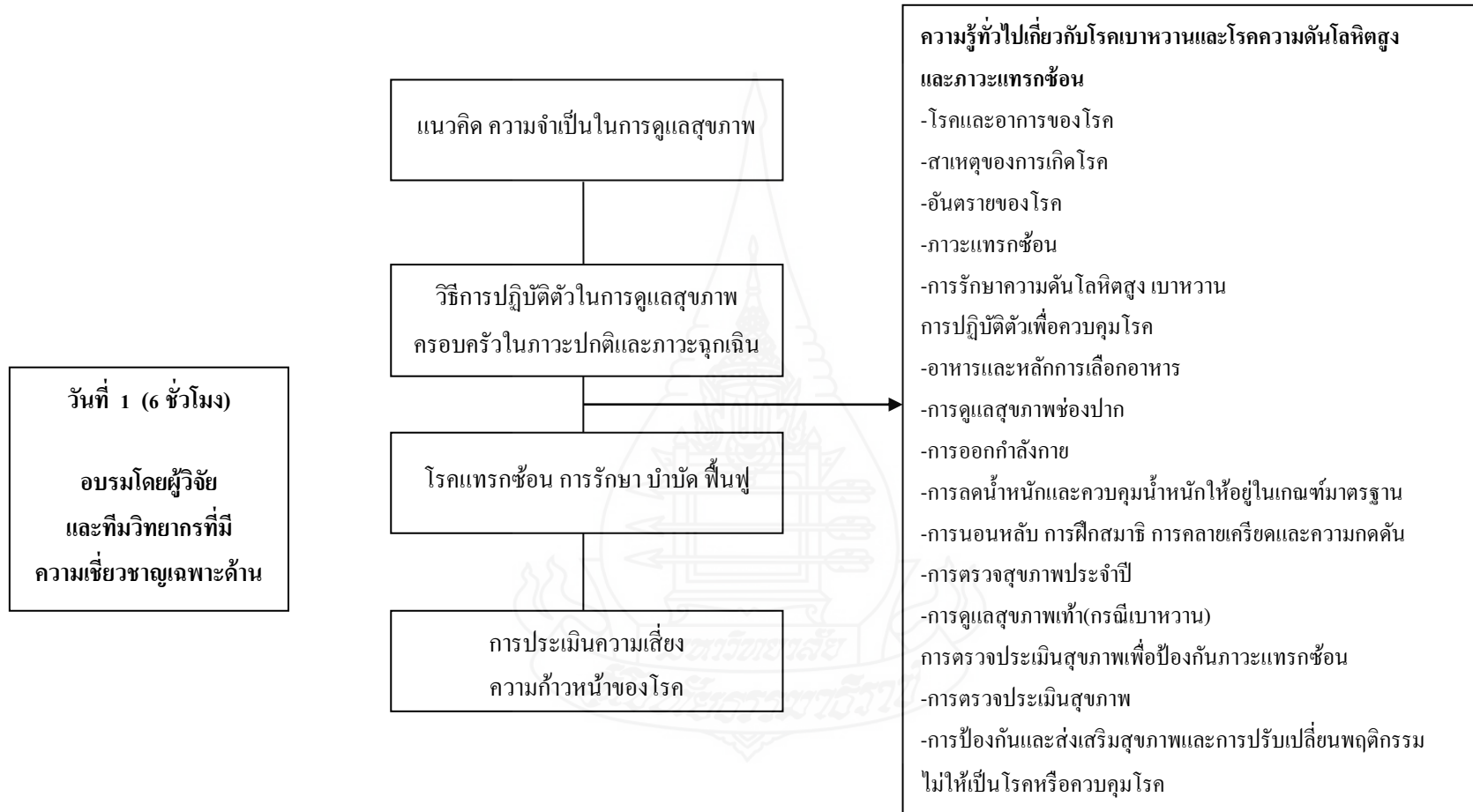
เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบ ให้คะแนน และลงรหัส (Code) แล้วนำมาประมวลผลข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

6.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อจัดหมวดหมู่และอธิบายลักษณะทั่วไปของประชากร โดยใช้ค่าสถิติ คือ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

6.2 สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง (NCD) ผู้ป่วยโรคไต (CKD) และผู้สูงอายุ (LTC) โดยใช้สถิติ Paired t-test ในการทดสอบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังได้รับกิจกรรม

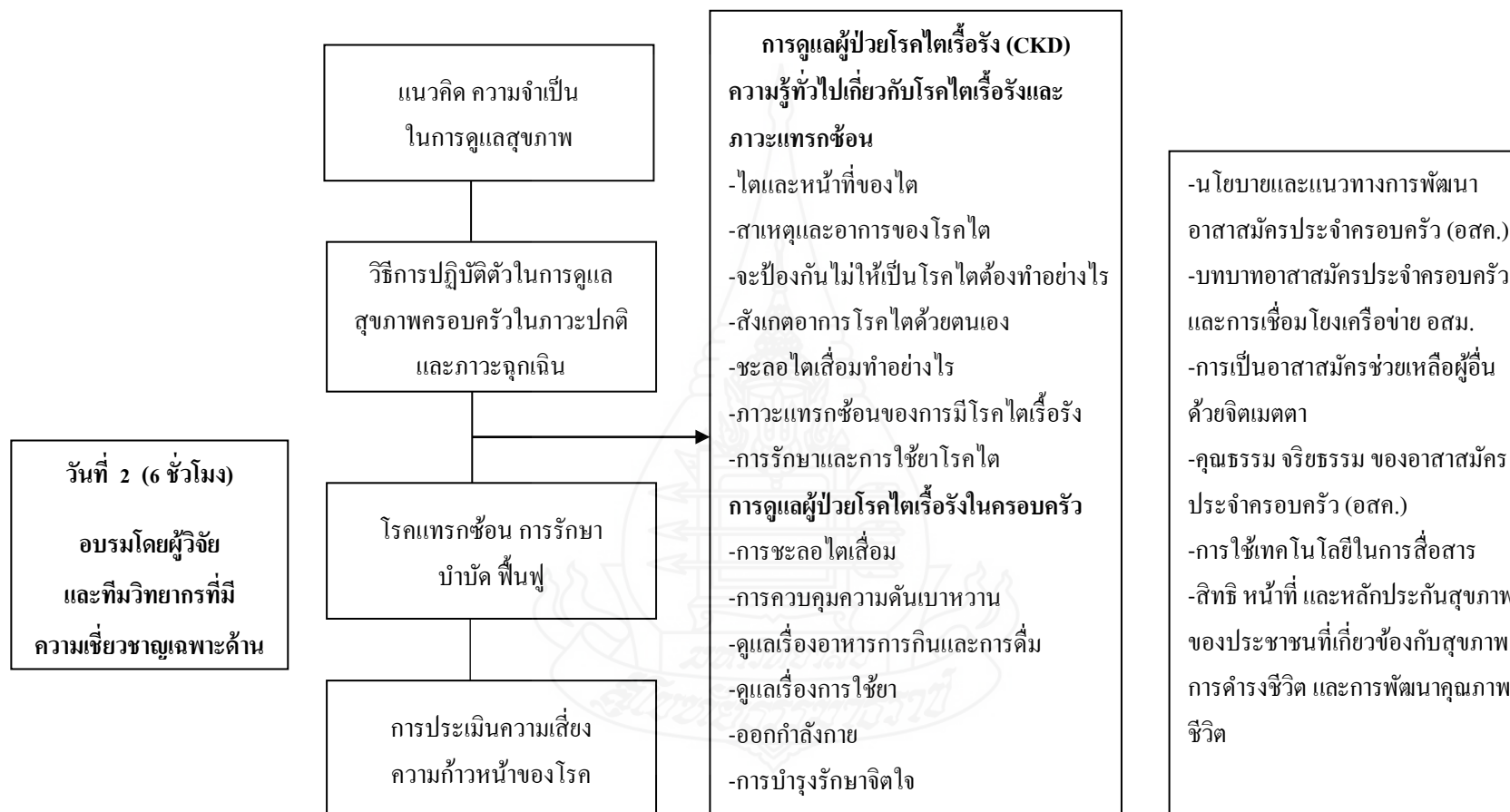


โปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว



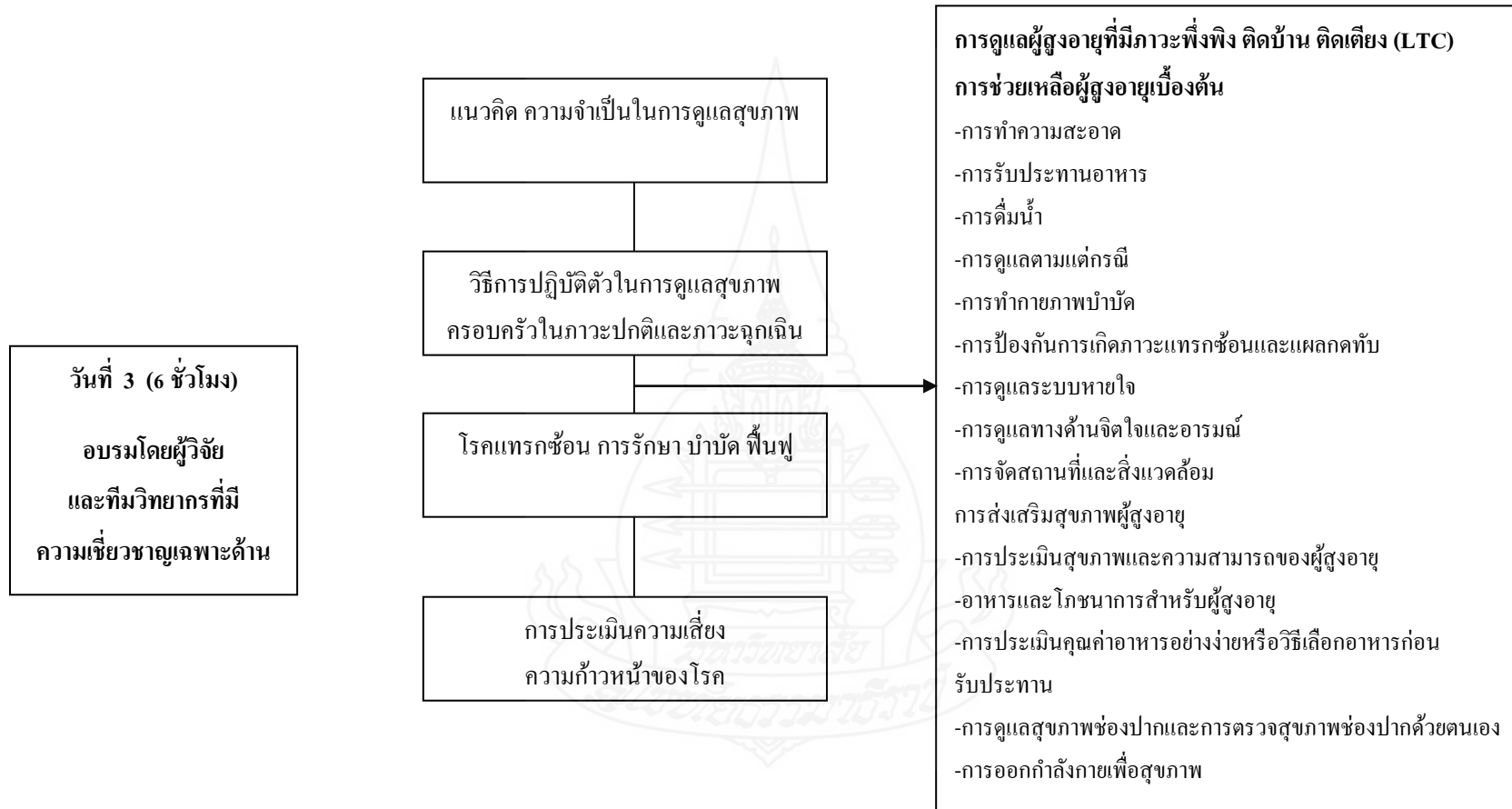
ภาพที่ 3.1 โปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว วันที่ 1

โปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว



ภาพที่ 3.2 โปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว วันที่ 2

โปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว



ภาพที่ 3.3 โปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว วันที่ 3

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง และการดูแลผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment research) ตามขั้นตอนการศึกษา ในบทที่ 3 นั้น ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
2. ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

\bar{X}	แทนค่า ค่าเฉลี่ย (Mean)
S.D.	แทนค่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
t	แทนค่า สถิติทดสอบที่ใช้การพิจารณาใน t-distribution

2. ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
- ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
- ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
- ส่วนที่ 4 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
- ส่วนที่ 5 ความรู้เรื่องโรคไต
- ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจของอาสาสมัครประจำครอบครัวในการอบรม

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน n=89	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	38	42.7
หญิง	51	57.3
2. อายุ (ปี)		
25 - 34 ปี	6	6.7
35 - 49 ปี	51	57.3
50 ปีขึ้นไป	32	36.0
3. ระดับที่สำเร็จการศึกษา		
ระดับประถมศึกษา	41	46.1
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	33	37.0
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	15	16.9
4. อาชีพ		
เกษตรกรรวม	83	93.3
รับจ้าง	4	4.5
ธุรกิจส่วนตัว	2	2.2
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	22	24.7
2,000 – 6,000 บาท	42	47.2
6,000 – 10,000 บาท	25	28.1
6. โรคประจำตัว		
มี	32	36.0
ไม่มี	57	64.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน n=89	ร้อยละ
7. ญาติเป็นโรคเรื้อรัง		
มี	66	74.2
ไม่มี	23	25.8

จากตารางที่ 4.1 พบว่า อาสาสมัครประจำครอบครัว ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 35-49 ปี (ร้อยละ 57.3) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.1) อาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 93.3) มีรายได้อยู่ระหว่าง 2,000-6,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 47.2) เป็นผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.0) และมีญาติเป็นโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 74.2)

3.2 ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ตารางที่ 4.2 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ก่อนการอบรม			หลังการอบรม			t-test	p-value
	ตอบ ถูก	\bar{x}	S.D.	ตอบ ถูก	\bar{x}	S.D.		
1. การควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น	42	0.47	0.502	74	0.83	0.376	-6.18	0.001*
2. โรคเบาหวานไม่รักษาอย่างต่อเนื่อง หรือควบคุมไม่ดีจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย	59	0.66	0.475	70	0.79	0.412	-3.52	0.001*
3. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและระดับไขมันสะสมในร่างกายสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	49	0.55	0.500	70	0.79	0.412	-5.21	0.001*

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ก่อนการอบรม			หลังการอบรม			t-test	p-value
	ตอบ ถูก	\bar{x}	S.D.	ตอบ ถูก	\bar{x}	S.D.		
4. การควบคุมอาหาร การ ออกกำลังกาย และการ รับประทานยาเป็นข้อควร ปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย เบาหวาน	77	0.87	0.343	81	0.91	0.288	-2.03	0.045*
5. โรคแทรกซ้อนที่เกิด จากเบาหวาน เช่น โรคแทรกซ้อนทางตา โรคแทรกซ้อนทางไต โรคแทรกซ้อนทางระบบ ประสาท โรคความดัน โลหิตสูง โรคหลอดเลือด หัวใจ เป็นต้น	85	0.96	0.208	87	0.98	0.149	-1.42	0.158
6. ผู้ป่วยเบาหวานที่มี ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ มี อาการคอแห้ง กระหายน้ำ คลื่นไส้ อาเจียน และชา ตามมือและเท้า	71	0.80	0.404	85	0.96	0.208	-3.50	0.001*
7. เมื่อมาตรวจ โรคเบาหวาน ควรดื่มน้ำ และอาหาร อย่างน้อย 1 ชั่วโมง	45	0.51	0.503	83	0.93	0.252	-7.44	0.001*
8. ยาคุมกำเนิด ยาขับ ปัสสาวะ ยาสเตียรอยด์ เช่น ยาประคอง ยาป้อน	59	0.66	0.475	73	0.82	0.386	-4.05	0.001*

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ก่อนการอบรม			หลังการอบรม			t-test	p-value
	ตอบ ถูก	\bar{x}	S.D.	ตอบ ถูก	\bar{x}	S.D.		
ยาชุด มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น								
รวม		5.47	1.28		7.00	.97	-12.2	0.001*

จากตารางที่ 4.2 ผลของการเปรียบเทียบความรู้ของอาสาสมัครประจำครอบครัวในเรื่องความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการอบรม พบว่า ข้อที่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการอบรม โดยหลังอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิม 8 ข้อ ได้แก่ การควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น โรคเบาหวานไม่รักษาอย่างต่อเนื่องหรือควบคุมไม่ดีจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและระดับไขมันสะสมในร่างกายสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาเป็นข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการคอแห้ง กระหายน้ำ คลื่นไส้ อาเจียน และชาตามมือและเท้า เมื่อมาตรวจโรคเบาหวาน ควรดื่มน้ำและอาหาร อย่างน้อย 1 ชั่วโมง ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ ยาสเตรียรอยด์ เช่น ยาประคอง ยาป้อน ยาชุด มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และมีข้อความรู้จำนวน 1 ข้อ เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ไม่แตกต่างทางสถิติ

ตารางที่ 4.3 ระดับความรู้รายข้อของอาสาสมัครประจำครอบครัว เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ตอบแบบสอบถาม (n= 89 คน)

ระดับความรู้ (คะแนน)	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	19	21.3	65	73.0
ปานกลาง	50	56.2	22	24.7
ต่ำ	20	22.5	2	2.3
รวม	89	100.0	89	100.0

จากตารางที่ 4.3 พบว่า อาสาสมัครประจำครอบครัว หลังการอบรม มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 73.0 ความรู้ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 24.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.3

3.3 ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.4 ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ

ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ	ก่อนการอบรม			หลังการอบรม			t-test	p-value
	ตอบถูก	\bar{x}	S.D.	ตอบถูก	\bar{x}	S.D.		
1.ไม่ควรใช้คำว่าทำไมถามผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุอึดอัดเหมือนถูกตำหนิ	46	0.52	0.50	81	0.91	0.28	-7.55	0.001*
2.วัยสูงอายุ การเผาผลาญพลังงานลดลง ควรได้รับอาหารให้หลากหลายชนิดครบทั้ง 5 หมู่ แต่ปริมาณควรลดน้อยลงกว่าวัยหนุ่มสาว	55	0.62	0.48	69	0.78	0.42	-4.05	0.001*

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ	ก่อนการอบรม			หลังการอบรม			t-test	p-value
	ตอบ ถูก	\bar{x}	S.D.	ตอบ ถูก	\bar{x}	S.D.		
3.นอกจากอาหาร 3 มื้อหลักที่ลดปริมาณลงแล้ว ผู้สูงอายุควรกินอาหารระหว่างมื้อด้วยเพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอ	77	0.87	0.34	77	0.87	0.34	0.00	0.06
4.ขณะออกกำลังกายถ้ามีอาการปวดตามข้อต่างๆ หรือกล้ามเนื้อ ควรหยุดออกกำลังกายทันที	68	0.76	0.42	75	0.84	0.36	-2.74	0.007*
5.หากวัดค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุได้ค่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท แสดงว่า ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง	43	0.48	0.50	83	0.93	0.25	-8.11	0.001*
6.หลักในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุ คือ ถูกโรค ถูกคน ถูกเวลา ถูกวิธี และถูกขนาด	70	0.79	0.41	84	0.94	0.23	-4.05	0.001*
7. เมื่อผู้สูงอายุมีอาการท้องเสีย ควรดื่มน้ำมากๆ	53	0.60	0.49	75	0.84	0.36	-5.37	0.04*
8.หากผู้สูงอายุล้มมีแผลฟกช้ำ ควรรีบใช้ยาหม่องหรือยาแก้ฟกช้ำนวดคลึงโดยเร็ว	56	0.63	0.48	81	0.91	0.28	-5.30	0.001*
		5.25	1.17		7.02	0.89	-15.60	0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.4 ผลของการเปรียบเทียบความรู้เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ของอาสาสมัครประจำครอบครัวก่อนและหลังการอบรม พบว่า ข้อที่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการอบรม โดยหลังอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น 7 ข้อ ได้แก่ ไม่ควรใช้คำว่าทำไมถามผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุอึดอัดเหมือนถูกตำหนิ วัยสูงอายุการเผาผลาญพลังงานลดลง ควรได้รับอาหารให้หลากหลายชนิดครบทั้ง 5 หมู่ แต่ปริมาณควรลดน้อยลงกว่าวัยหนุ่มสาว ขณะออกกำลังกายถ้ามีอาการปวดตามข้อต่างๆ หรือกล้ามเนื้อ ควรหยุดออกกำลังกายทันที หากวัดค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุได้ค่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท แสดงว่า ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง หลักในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุ คือ ถูกโรค ถูกคน ถูกเวลา ถูกวิธี และถูกขนาด เมื่อผู้สูงอายุมีอาการท้องเสีย ควรดื่มน้ำมากๆ หากผู้สูงอายุล้มมีแผลฟกช้ำ ควรรีบใช้ยาหม่องหรือยาแก้ฟกช้ำนวดคลึงโดยเร็ว ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ส่วนข้อความรู้จำนวน 1 ข้อ เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างทางสถิติ

ตารางที่ 4.5 ระดับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของอาสาสมัครครอบครัวที่ตอบแบบสอบถาม (n= 89 คน)

ระดับความรู้	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	11	12.4	63	70.8
ปานกลาง	59	66.3	26	29.2
ต่ำ	19	21.3	0	0.0
รวม	89	100.0	89	100.0

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ระดับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของอาสาสมัครประจำครอบครัวหลังการอบรมอยู่ในระดับสูง คือ ร้อยละ 70.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.2

3.4 ส่วนที่ 4 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 4.6 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง	ก่อนการอบรม			หลังการอบรม			t-test	p-value
	ตอบ ถูก	\bar{x}	S.D.	ตอบ ถูก	\bar{x}	S.D.		
1.ความเครียดเป็นสาเหตุ หนึ่งของการเกิดความดัน โลหิตสูง	87	0.98	0.14	88	0.99	0.10	-1.00	0.32
2.การรับประทานอาหาร รสเค็มเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ เกิดความดันโลหิตสูง	89	1.00	0.00	89	1.00	0.00	0.00	0.06
3.บุคคลในครอบครัวที่มี ประวัติเป็นโรคความดัน โลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรค นี้สูงด้วย	68	0.76	0.42	71	0.80	0.40	-1.75	0.083
4.การดื่มสุราไม่มีอันตราย สำหรับผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง	28	0.31	0.46	83	0.93	0.25	-10.9	0.001*
5.การปรุงอาหารสำหรับผู้ ป่วยความดันโลหิตสูง ควรเค็มผงชูรสในอาหาร ทุกมื้อ	14	0.16	0.36	82	0.92	0.27	-16.8	0.001*
6.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ไม่มีอาการผิดปกติไม่จา เป็นต้องไปพบแพทย์ตาม นัดทุก ครั้ง	30	0.34	0.47	80	0.90	0.30	-9.41	0.001*

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง	ก่อนการอบรม			หลังการอบรม			t-test	p-value
	ตอบ ถูก	\bar{x}	S.D.	ตอบ ถูก	\bar{x}	S.D.		
7.ถ้าไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่จำเป็นต้องรับประทาน ยารักษาโรคความดัน โลหิตสูง	22	0.25	0.43	84	0.94	0.23	-13.5	0.001*
8.เมื่อความดันโลหิตลดลง สู่ระดับปกติแล้ว ผู้ป่วย สามารถหยุดรับประทาน ยาลดความดันโลหิตได้ ทันที	24	0.27	0.44	84	0.94	0.23	-12.8	0.001*
		4.06	1.35		7.42	.82	-21.8	0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05

จากตารางที่ 4.6 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครประจำครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ข้อที่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการอบรม โดยหลังอบรมมีความรู้ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเพิ่มขึ้น 7 ข้อ ได้แก่ บุคคลในครอบครัวที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดโรคนี้สูงด้วย อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มักเป็นตอนตื่นนอนและปวดบริเวณท้ายทอย ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง ไต ตา การดื่มสุราไม่มีอันตรายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การปรุงอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรเติมผงชูรสในอาหารทุกมื้อ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีอาการผิดปกติไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ถ้าไม่มีอาการปวดศีรษะไม่จำเป็นต้องรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เมื่อความดันโลหิตลดลงสู่ระดับปกติแล้วผู้ป่วยสามารถหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตได้ทันที ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ส่วนข้อความรู้จำนวน 3 ข้อ เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า ไม่แตกต่างทางสถิติ

ตารางที่ 4.7 ระดับความรู้โรคความดันโลหิตสูง (n=89 คน)

ระดับความรู้ (คะแนน)	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	7	7.9	77	86.5
ปานกลาง	19	21.3	11	12.4
ต่ำ	63	70.8	1	1.1
รวม	89	100.0	89	100.0

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ระดับความรู้โรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครประจำครอบครัวหลังการอบรมอยู่ในระดับสูง คือ ร้อยละ 86.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 12.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.1

3.5 ส่วนที่ 5 ความรู้เรื่องโรคไต

ตารางที่ 4.8 ความรู้เรื่องโรคไต

ความรู้เรื่องโรคไต	ก่อนการอบรม			หลังการอบรม			t-test	p-value
	ตอบ ถูก	\bar{x}	S.D.	ตอบ ถูก	\bar{x}	S.D.		
1. ไตมีหน้าที่ขับของเสียออกจากร่างกาย	72	0.81	0.39	75	0.84	0.36	-1.75	0.08
2. โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไต	69	0.78	0.42	77	0.87	0.34	-2.94	0.04*
3. ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ควรดื่มนมมากๆ เพื่อบำรุงไต	41	0.46	0.50	83	0.93	0.25	-8.16	0.001*
4. ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และพักผ่อนให้เพียงพอ	57	0.64	0.48	75	0.84	0.36	-4.72	0.001*

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคไต	ก่อนการอบรม			หลังการอบรม			t-test	p-value
	ตอบ ถูก	\bar{x}	S.D.	ตอบ ถูก	\bar{x}	S.D.		
5.ถ้าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีอาการตัวบวมควรลดการกินเค็ม	89	1.00	0.00	89	1.00	0.00	0.00	0.06
6.กล้วย มะม่วงสุก เป็นผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูงผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังไม่ควรรับประทาน	48	0.55	0.50	69	0.77	0.42	-5.05	0.001*
7.ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์จากถั่ว เช่น เต้าหู้ นมถั่วเหลือง	59	0.66	0.47	77	0.87	0.34	-4.72	0.001*
8.ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังควรได้รับโปรตีนจากเนื้อปลา ไข่ขาว	89	1.00	0.00	89	1.00	0.00	0.00	0.06
		5.88	1.11		7.12	.88	-12.3	0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.8 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่อง โรคไต ของอาสาสมัครรอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ข้อที่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการอบรม โดยหลังอบรมมีความรู้ในเรื่องโรคไตเพิ่มขึ้น 6 ข้อ ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไต ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังควรดื่มนมมากๆเพื่อบำรุงไต ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่และพักผ่อนให้เพียงพอ กล้วย มะม่วงสุก เป็นผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังควรหลีกเลี่ยง ผลิตภัณฑ์จากถั่ว เช่น เต้าหู้ นมถั่วเหลือง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังควรได้รับโปรตีนจากเนื้อปลา ไข่ขาว ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่าแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ส่วนข้อความรู้จำนวน 3 ข้อ เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างทางสถิติ

ตารางที่ 4.9 ระดับความรู้โรคไต (n=89 คน)

ระดับความรู้ (คะแนน)	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	25	28.1	67	75.3
ปานกลาง	55	61.8	22	24.7
ต่ำ	9	10.1	0	0.0
รวม	89	100.0	89	100.0

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ระดับความรู้โรคไตของอาสาสมัครประจำครอบครัวหลังการอบรมอยู่ในระดับสูง คือ ร้อยละ 75.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.7

3.6 ตอนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของอาสาสมัครประจำครอบครัวที่เข้ารับการอบรม

การวิเคราะห์ในส่วนนี้ เป็นการวิเคราะห์ความพึงพอใจของอาสาสมัครประจำครอบครัวต่อการเข้ารับการอบรม โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 6 ข้อ ลักษณะ เป็นแบบมาตราประมาณค่าแบบ Likert ชนิด 5 ระดับ สอบถามความพึงพอใจ ด้าน 2 คือ ด้านเนื้อหา และด้านรูปแบบการนำเสนอ โดยค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

จากผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจ ของอาสาสมัครประจำครอบครัวต่อการอบรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.85 แสดงว่าอาสาสมัครประจำครอบครัว มีความพึงพอใจในระดับมาก ต่อการอบรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

เมื่อจำแนกความพึงพอใจของอาสาสมัครประจำครอบครัวออกเป็นรายด้าน พบว่า

ตารางที่ 4.10 ระดับความพึงพอใจของอาสาสมัครประจำครอบครัว จำแนกเป็นรายข้อ

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลความหมาย
1. เนื้อหา/หลักสูตรที่ใช้ในการอบรม	4.65	0.50	พึงพอใจมากที่สุด
2. กระบวนการที่ใช้อบรม	4.70	0.48	พึงพอใจมากที่สุด
3. ระยะเวลาที่ใช้อบรม	4.24	0.52	พึงพอใจมาก
4. วิทยากรในการอบรม	4.56	0.56	พึงพอใจมากที่สุด
5. สถานที่ที่ใช้ในการอบรม	4.31	0.65	พึงพอใจมาก
6. ความพึงพอใจภาพรวม	4.60	0.55	พึงพอใจมากที่สุด
ความพึงพอใจรวม	4.85	0.54	พึงพอใจมากที่สุด



บทที่ 5

สรุปการวิจัยอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

1. สรุปการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมทันตสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุ ในโรงเรียนที่ได้รับรางวัลส่งเสริมทันตสุขภาพดีเด่น กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้น ป.4 – 6 ทุกคน ในโรงเรียนวัดตำหนักใต้ ซึ่งเป็นโรงเรียนที่ได้รับรางวัลดีเด่นด้านส่งเสริมทันตสาธารณสุขระดับ จังหวัดนนทบุรี ประจำปีงบประมาณ 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมครั้งนี้ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ แบบวัดทัศนคติ แบบวัดพฤติกรรมทันตสุขภาพ และการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยทันตบุคลากร ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ แบบวัดความรู้ใช้วิธีวิเคราะห์หาค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยคัดเลือกเลือกข้อที่มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.33 – 0.80 และอำนาจจำแนกมีค่าระหว่าง 0.20-0.53 ส่วนแบบวัดทัศนคติและแบบวัดพฤติกรรมใช้การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยวิธีอัลฟาของคอนบาช มีค่าเท่ากับ 0.701 และ 0.774 ตามลำดับ เก็บรวบรวมโดยข้อมูลการตรวจฟันนักเรียน และแจกแบบสอบถามใช้เวลา 3 วัน การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมทันตสุขภาพวิเคราะห์ ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวนร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับในส่วนของวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพ และปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุใช้สถิติ Chi-square test สำหรับตัวแปรอิสระเพศ ระดับชั้นเรียน อาชีพของผู้ปกครอง การศึกษาของผู้ปกครอง และใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) สำหรับตัวแปรอิสระอายุนักเรียน รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระดับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ระดับทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับทันตสุขภาพ

จากการตรวจสุขภาพช่องปากประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ พบว่านักเรียนที่ปราศจากฟันผุ (Caries Free) คือฟันทุกซี่ในช่องปากทั้งฟันแท้และฟันน้ำนมเป็นฟันปกติไม่มีสภาวะ ผุ ถอน อุด ร้อยละ 38.7 มีปัญหาฟันผุและยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 10 เคยถูกถอนฟันแท้ ร้อยละ 1.3 เคยได้รับการรักษาโดยการอุดฟันแท้ ร้อยละ 26 และมีประสบการณ์โรคฟันผุ (DMFT) 0.85 ซี่/คน

ด้านความรู้เกี่ยวกับทัศนสุขภาพประชากรที่ศึกษามีระดับความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับทัศนสุขภาพส่วนใหญ่ ร้อยละ 42 มีความรู้ในระดับปานกลาง รองลงมา มีความรู้ในระดับน้อยร้อยละ 31.3 และระดับดีร้อยละ 26.7 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า มีความรู้ในเรื่องอุปกรณ์ที่ช่วยในการกำจัดเศษอาหารบริเวณผิวพื้น ได้ดีที่สุด คือ แปรงสีพื้น และควรเลือกใช้ยาสีพื้นที่ผสมฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ ($\bar{X} = 0.87$) เท่ากัน

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพ ประชากรที่ศึกษามีระดับทัศนคติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 89.3 มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 10.7 และไม่พบประชากรที่ศึกษามีระดับต่ำ ซึ่งเมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูงในเรื่องการคือ ถ้าลิ้มเอาแปรงมานักเรียนคิดว่าสามารถยืมเพื่อนใช้ก่อนได้ ($\bar{X} = 2.57$) และรองลงมาคือ นักเรียนคิดว่าถึงแม้จะไม่มีอาการปวดฟันเราก็ควรไปพบหมอฟันเพื่อตรวจฟันทุก 6 เดือน ($\bar{X} = 2.43$)

ด้านพฤติกรรมทัศนสุขภาพ พบว่า ประชากรที่ศึกษาพบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลทัศนสุขภาพ ร้อยละ 80 มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 13.3 และน้อยที่สุด ร้อยละ 6.7 มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งเมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า นักเรียนแปรงฟันตอนเช้าหลังตื่นนอน ($\bar{X} = 2.81$) มากที่สุด และรองลงมาคือ นักเรียนแปรงฟันก่อนนอน ($\bar{X} = 2.56$)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทัศนสุขภาพ พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลทัศนสุขภาพของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพบว่า เพศ ระดับชั้นนักเรียนที่กำลังศึกษา อายุของนักเรียน อาชีพของผู้ปกครอง การศึกษาของผู้ปกครองระดับความรู้เกี่ยวกับทัศนสุขภาพของนักเรียน และระดับทัศนคติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพของนักเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทัศนสุขภาพของนักเรียน

และวิเคราะห์ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุ พบว่า อายุของนักเรียน และ ทัศนคติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ พบว่า เพศ ระดับชั้นนักเรียนที่กำลังศึกษา อาชีพของผู้ปกครอง การศึกษาของผู้ปกครอง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ระดับความรู้เกี่ยวกับทัศนสุขภาพของนักเรียน และระดับพฤติกรรมการดูแลทัศนสุขภาพของนักเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุ

2. อภิปรายผล

2.1 ด้านความรู้ ทักษะและพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ ของกลุ่มนักเรียนที่ศึกษาพบว่านักเรียนมีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 42, 89.3 และ 80 ตามลำดับ แสดงว่านักเรียนมีพฤติกรรมในด้านทันตสุขภาพค่อนข้างดี และเมื่อนำข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากมาเปรียบเทียบพบว่า นักเรียนมีปัญหาฟันแท้และยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 10 มีประสบการณ์โรคฟันแท้ (DMFT) 0.85 ซี่/คน ซึ่งน้อยกว่าผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากครั้งที่ 7 ประเทศไทย (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2555) ที่พบว่านักเรียนอายุ 12 ปี ในชั้นประถมศึกษามีปัญหาฟันแท้และยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 29 มีประสบการณ์โรคฟันแท้ (DMFT) 1.3 ซี่/คน อาจเป็นไปได้ว่าทางโรงเรียนมีการจัดกิจกรรมการดำเนินงานแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพภายในโรงเรียนโดยกลุ่มแกนนำนักเรียน เผยแพร่ความรู้ไปยังกลุ่มเพื่อนในโรงเรียน โดยมีครูและทันตบุคลากรเป็นที่เลี้ยง และการจัดทำโครงการเรียนรู้ต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน จนได้รับรางวัลดีเด่นด้านส่งเสริมทันตสุขภาพระดับจังหวัดนนทบุรี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีชัย สายทอง(2551) ที่ได้ศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่าปัจจัยเสริมคือการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันผุของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบุคคลที่มีส่วนสนับสนุน คือบุคคลในครอบครัวและครู ส่วนเพื่อนนักเรียนมีส่วนทำให้นักเรียนเลียนแบบการปฏิบัติทั้งที่ไม่ส่งเสริมและส่งเสริมการป้องกันฟันผุ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ของเฮ้าท์ (House) ที่มีแนวคิดว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือ ด้านเงิน สิ่งของ แรงงาน ด้านข้อมูลข่าวสารตลอดจนการป้อนข้อมูลตอบกลับ เพื่อให้ผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมรู้สึกว่าคุณค่า มีคนเอาใจใส่ดูแล และผู้ให้การสนับสนุนสำคัญ ได้แก่ ผู้ปกครอง เพื่อน ครู หน่วยงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งมีส่วนสำคัญในการดูแลช่องปากและการศึกษาของ พณิตเทพ ทัพพะรังสี และคณะ (2552) ได้ศึกษาความรู้ ความเชื่อทางทันตสุขภาพ พฤติกรรมทันตสุขภาพ และผลกระทบจากสุขภาพช่องปากต่อการใช้ชีวิตประจำวันของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 จำนวน 889 คน เป็นนักเรียนของโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพดีเด่น จำนวน 443 คน และโรงเรียนเปรียบเทียบ 446 คน พบว่านักเรียนของโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพดีเด่น ใช้เงินซื้อขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม น้อยกว่าโรงเรียนเปรียบเทียบ และได้รับผลกระทบจากสุขภาพช่องปากต่อการใช้ชีวิตประจำวันน้อยกว่าโรงเรียนเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และพณิตเทพ ทัพพะรังสี และคณะ (2553) ก็ยังได้ศึกษาการประเมินโครงการประกวดกิจกรรมส่งเสริม

ทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 2 พบว่าผลกระทบจากสุขภาพช่องปากของนักเรียน ในโรงเรียนดีเด่นได้รับผลกระทบจากสุขภาพช่องปากต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดีกว่าโรงเรียนเปรียบเทียบกับ

2.2 ความรู้ด้านทันตสุขภาพของนักเรียน กลุ่มนักเรียนที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ภาพรวมด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณารายชื่อก็พบว่านักเรียนยังตอบผิดเกี่ยวกับอาการของโรคฟันผุระยะแรกจะไม่มีอาการใดๆ การดำเนินของโรคฟันผุระยะนี้จะคืนกลับมาแข็งแรงได้ เพียงแค่ได้รับฟลูออไรด์อย่างเพียงพอ โดยที่ไม่ต้องอุดฟัน หากนักเรียนปล่อยปละละเลยจนฟันผุดำเนินต่อไปจนเริ่มมีอาการ ทำให้ต้องได้รับการรักษาที่ยุ่งยากและเสียค่าใช้จ่ายสูง เช่น การอุดฟัน หรือรักษารากฟัน หรืออาจรุนแรงจนถึงต้องถอนฟันได้ และนักเรียนยังตอบผิดเกี่ยวกับนมเปรี้ยวเป็นเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลน้อยทั้งที่นมเปรี้ยวมีส่วนผสมของน้ำตาลที่มาก ทำให้ฟันผุได้มากกว่าการดื่มนมรสจืด สอดคล้องกับงานวิจัยของ บังอร กล้าสุวรรณ (2552) ซึ่งพบว่านักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ก้าวสู่การเป็นโรงเรียนระดับเพชร จากเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12 มีความรู้ต่ำที่สุด คือนมเปรี้ยวเป็นเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลน้อยโดยตอบผิดถึงร้อยละ 84.3

2.3 ทักษะด้านทันตสุขภาพของนักเรียน กลุ่มนักเรียนที่ศึกษาส่วนใหญ่มีทัศนคติภาพรวมด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของดำรงเกียรติ เกียรติพิชิตชัย (2550) ซึ่งพบว่านักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในอำเภอบางสะพานมีทัศนคติด้านทันตสุขภาพในระดับปานกลาง การดำเนินการปรับเปลี่ยน ทักษะต้องทำควบคู่ไปกับการเพิ่มพูนความรู้ แต่เมื่อพิจารณารายชื่อก็พบว่า นักเรียนยังเชื่อว่าถึงแม้จะดูแลฟันดีแต่เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นฟันจะโยกและหลุดไปเอง ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิดเนื่องจากฟันนั้นเป็นส่วนที่แข็งแรงที่สุดในร่างกาย หากมีการดูแลฟันเป็นอย่างดีฟันจะอยู่ได้ไปตลอดชีวิตและนักเรียน ยังคิดว่าเราควรไปพบหมอฟันเมื่อมีอาการปวดฟันแล้ว สอดคล้องกับงานวิจัยของสิยาภา พงษ์แก้ว วัชรสินธุ์ (2557) ศึกษาปัจจัยระดับบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า นักเรียนเชื่อว่าควรไปพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการปวดฟันเท่านั้นซึ่งความจริงแล้วทุกคนควรที่จะไปพบทันตแพทย์ อย่างน้อยทุก 6 เดือน เพื่อรับการตรวจช่องปากในขณะที่ยังไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ไม่ใช่มีอาการแล้วจึงไป เพราะการตรวจช่องปากนั้น นอกจากตรวจหารอยโรคเพื่อรับการรักษาดังแต่เนิ่นๆ แล้ว ยังเป็นการไปเพื่อรับรู้ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของตนเอง รับรู้วิธีการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยง และวางแผนการตรวจครั้งถัดไปได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งนภา สิงห์โคกกรวด (2554) ศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตตำบลคอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่านักเรียนเห็นด้วยว่าควรไปอุดฟันเมื่อมีอาการปวดฟันแล้ว บ่งบอกถึงนักเรียนยังไม่เข้าใจหรือ

มีทัศนคติไม่ถูกต้องต่อการไปรับบริการทันตกรรม จึงควรนำปัญหามาจัดโครงการหรือจัดอบรม เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ถูกต้อง

2.4 พฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียน กลุ่มนักเรียนที่ศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณารายชื่อก็พบว่านักเรียนยังชอบอมลูกอมท็อฟฟี่และดื่มน้ำอัดลมอยู่สอดคล้องกับผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากครั้งที่ 7 ประเทศไทย (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2555) ที่พบว่านักเรียนอายุ 12 ปี ในชั้นประถม ศึกษา มีการอมลูกอมร้อยละ 86.8 และดื่มน้ำอัดลมร้อยละ 93.4 ถึงแม้โรงเรียนของกลุ่มที่ศึกษาครั้งนี้จะเป็นโรงเรียนที่ได้รับรางวัลดีเด่นด้านส่งเสริมทันตสุขภาพระดับจังหวัด ภายในโรงเรียนให้ความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขเป็นอย่างดี คือเป็นโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ขนมนกรอบอบ และลูกอมหรือท็อฟฟี่ร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่านักเรียนสามารถหาซื้อเพื่อบริโภคได้จากแหล่งอื่น วิธีแก้ไข ปัญหา โดยเน้นการจัดกิจกรรมที่ให้นักเรียนเกิดการรับรู้ด้านทันตสุขภาพ มีทัศนคติที่ถูกต้อง มีการปฏิบัติตนในการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และรู้ถึงโทษของอาหารที่ไม่มีประโยชน์ สอดคล้องกับทฤษฎี Protection Motivation Theory ที่มีแนวคิดที่ว่า การที่บุคคล มีความเชื่อในความรุนแรงของโรคและปัญหาสุขภาพ เชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ เชื่อในผลลัพธ์ของพฤติกรรมและความสามารถของตนเองจะมีผลต่อความตั้งใจและมีอิทธิพลที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมที่สุดในที่สุด

2.5 จากการศึกษา พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งอธิบายได้ว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัวจะเป็นผลสืบเนื่องมาจากผู้ปกครองส่วนใหญ่ร้อยละ 34 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ซึ่งเป็นรายได้ต่ำและไม่สม่ำเสมอ อาจทำให้ผู้ปกครองต้องไปทำงานล่วงเวลาในบ้านเพื่อให้มีรายได้เพิ่มขึ้น หรือมีเวลาการทำงานที่ไม่แน่นอน ทำให้ผู้ปกครองไม่มีเวลาในการเลี้ยงดูและเอาใจใส่บุตรมากพอ ส่งผลให้ละเลยและขาดการเอาใจใส่สุขภาพช่องปาก จึงทำให้มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพของเด็กได้และพบว่า เพศ ระดับชั้นนักเรียนที่กำลังศึกษา อายุของนักเรียน อาชีพของผู้ปกครอง การศึกษาของผู้ปกครองและระดับความรู้ของนักเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพของนักเรียน ซึ่งตรงกันข้ามกับการศึกษา ดำรงเกียรติ เกรียงพิชิตชัย (2550) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่ง อำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดี

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าอายุของนักเรียน และทัศนคติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับโรคฟันผุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่านักเรียนมีปัญหาฟันผุและไม่ได้ได้รับการรักษา เนื่องจากฟันผุเป็นโรคที่ดำเนินไปอย่างช้าๆและต่อเนื่อง ถ้าไม่ได้รับการตรวจและรักษาในระยะแรกโรคจะลุกลามต่อไป ซึ่งจะเพิ่มความรุนแรงขึ้นตามอายุตัวเอง และการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมก็มีหลายปัจจัย เช่น รายได้ของครอบครัวเพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาทางทันตกรรมค่อนข้างสูง ระบบประกันสุขภาพของนักเรียน เป็นต้น ซึ่งการศึกษาของ (สร้อยสน ธาราสมบัติ 2558) ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการทันตกรรมและประสบการณ์ฟันผุในพื้นน้ำนมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เขตเทศบาลนครบุรีรัมย์ พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง และรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการได้รับบริการทางทันตกรรมของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มนักเรียนที่มีผู้ปกครองมีความรู้ระดับปริญญาตรีขึ้นไป จะพาเด็กไปรับบริการมากที่สุด และผู้ปกครองที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ไม่พานักเรียนไปรับบริการมากที่สุดร้อยละ 35.1 และการศึกษาครั้งนี้นักเรียนมีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่านักเรียนเรียนมีทัศนคติเหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับโรคฟันผุ คือ ทัศนคติทางสุขภาพดีฟันผุเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า การที่นักเรียนมีฟันผุเกิดจากการนักเรียนมีปัญหาฟันผุอยู่แล้ว ตั้งแต่ก่อนผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลแต่ภายหลังเกิดประสบการณ์ตรงกับตนเอง จึงหันกลับมาให้ความสำคัญและปรับเปลี่ยนทัศนคติด้านทัศนสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น ประกอบกับโรงเรียนได้มีโครงการส่งเสริมทัศนสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ ก็ไม่ได้มีเพียงทัศนคติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพเท่านั้นที่ทำให้ฟันผุ แต่มีความซับซ้อนและมีปัจจัยหลายอย่างร่วมกันทั้งปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อม (Davies 1988 อ้างใน หฤทัย สุขเจริญ โภศน 2545) ได้สรุปสาเหตุของโรคฟันผุในเด็กว่าเกิดจากปัจจัยหลัก 2 ส่วน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ฟันและน้ำลาย และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยทั่วไป ปัจจัยเฉพาะที่ ปัจจัยสังคม

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 จากการศึกษาแม้ว่านักเรียนมีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมด้านทัศนสุขภาพในระดับปานกลาง แต่ทัศนคติและการให้ความรู้ความเข้าใจแก่นักเรียนให้ถูกต้องในส่วนที่นักเรียนยังเข้าใจไม่ถูกต้อง

3.1.2 จากการศึกษาพบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมอมลูกอมที่อफीและดื่มน้ำอัดลมอยู่ถึงแม้โรงเรียนของกลุ่มที่ศึกษาครั้งนี้จะเป็นโรงเรียนที่ได้รับรางวัลดีเด่นด้านส่งเสริมทัศนสุขภาพ

ระดับจังหวัด ภายในโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ และลูกอม แสดงให้เห็นว่านักเรียนสามารถหาซื้อเพื่อบริโภคได้จากแหล่งอื่น วิธีแก้ไขปัญหาคือ ควรเน้นการจัดกิจกรรมที่ให้นักเรียนเกิดการรับรู้ด้านทันตสุขภาพ มีทัศนคติที่ถูกต้อง มีการปฏิบัติตนในการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และรู้ถึงโทษของอาหารที่ไม่มีประโยชน์

3.1.3 การศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลในโรงเรียนที่ได้รับรางวัลส่งเสริมทันตสุขภาพดีเด่น พบว่านักเรียนมีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพค่อนข้างดี และผลตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียนยังพบว่ามีปัญหาฟันแท้ผุน้อยกว่าผลสำรวจระดับประเทศในกลุ่มอายุเท่ากัน ดังนั้นแนวทางในการดำเนินงานหรือจัดโครงการด้านส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตบุคลากรจึงควรมุ่งเน้นการปฏิบัติแบบเสริมแรงทางบวกให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่ดีต่อเนื่อง

3.1.4 หน่วยงานสาธารณสุข ควรจัดทำให้มีการประกวดและจัดให้มีโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่โรงเรียนที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพได้ดี ทำให้เกิดโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนอย่างยั่งยืน อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพช่องปากนักเรียนต่อไป

3.1.5 ทันตบุคลากรควรแจ้งข้อมูลสถานะช่องปากของนักเรียนแต่ละคนให้ผู้ปกครองทราบ และให้ข้อมูลการเข้ารับการรักษาทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมถึงการกระตุ้นให้ผู้ปกครองพานักเรียนไปรักษาโรคฟันผุในรายที่ยังมีปัญหาฟันผุอยู่ เพราะถึงแม้ว่านักเรียนจะมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมทางทันตสุขภาพอยู่ในระดับที่เหมาะสม แต่ฟันที่ผุยังไม่ได้รับการรักษาก็จะทำให้โรคยังมีการลุกลามไปเรื่อยๆ จนสุดท้ายเด็กก็จะต้องสูญเสียฟันไปในที่สุด

3.2 ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 การทำวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ถูกต้อง ให้ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

3.2.2 ควรนำการศึกษานี้ไปใช้ในการวางแผนและดำเนินการให้สุขศึกษา โดยเน้นการจัดกิจกรรมที่ให้นักเรียนเกิดการรับรู้ด้านทันตสุขภาพ มีทัศนคติที่ถูกต้อง มีการปฏิบัติตนในการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์

3.2.3 จากการครั้งนี้เก็บข้อมูลในกลุ่มนักเรียนเฉพาะกลุ่มนักเรียน ประถมศึกษาปีที่ 4-6 เท่านั้น ซึ่งความจริงแล้วในโรงเรียนจะประกอบไปด้วยก่อนวัยเรียน เด็กอนุบาล ประถมศึกษาปีที่ 1-3 และเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ด้วย จึงควรศึกษาเพิ่มเติมในเด็กกลุ่มนี้ด้วย



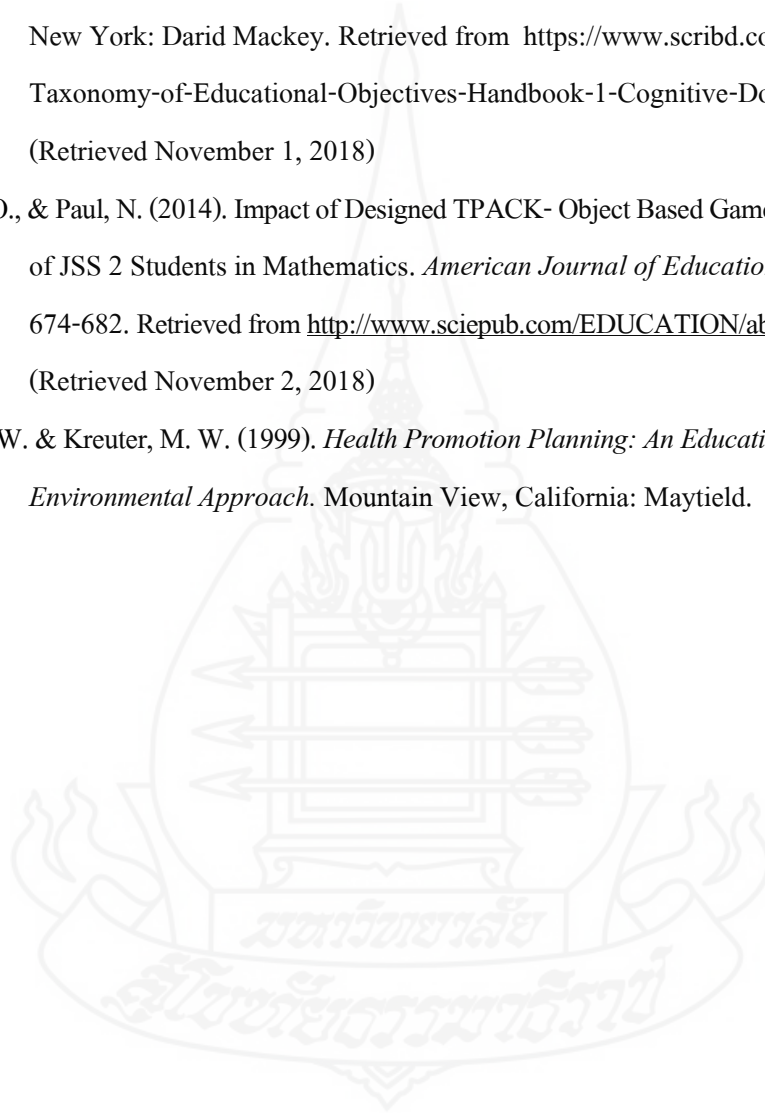
บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กองสุขศึกษา. (2552). *แนวคิทธฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ. (2560). *หลักสูตรอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กัลยากร การุณ. (2551). *การพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกของประชาชน : กรณีศึกษาบ้านไผ่ทอง ตำบลช้างมิ่ง อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ขนิษฐา โกเมน. (2547). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ดวงเดือน หันทุย และคณะ. (2559). *ผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอเมืองไผ่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนรินทร์, กรุงเทพฯ.
- นภาพร ลิ้มสกใส และคณะ. (2555). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ประภาส อนันตา และคณะ (2555). *ผลการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้าน ตำบลขาว อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด*. *วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อที่ 6 จังหวัดขอนแก่น*, 20(1).
- วัลลยา ทองน้อย. (2554). *การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- วิมล เลาหิชาติชัย. (2555). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่ม ที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดอยุธยา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ศศิธร ไชยยิ่ง. (2547). *การพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพ เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดสุรินทร์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, สุรินทร์.
- ลาโรจน์ ประพรมมา. (2557). ประสิทธิผลของกระบวนการอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครรายใหม่ โดยวิทยากรระดับอำเภอ. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 11(4).
- ศุภัญญา กุซุนทด. (2552). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา.
- สุชาดา รอดตมกลดี. (2550). *ผลการดำเนินงาน โปรแกรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ ออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลไผ่ม่วง อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏ พระนครศรีอยุธยา, อยุธยา.
- แสงดาว จันท์ทา และคณะ. (2556). รูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์โดยตัวแบบสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น. สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/download/69166/56271/>. (วันที่สืบค้น 27 ธันวาคม 2561)
- อิชณี พุทธิมนตรี. (2549). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ ดิกกัลยาณิวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- Allport, G.W. (1935). Attitude. *A Handbook of Social Psychology* (pp. 798-844). Worcester, MA, US: Clark University Press. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1935-19907-010>.
- Spadaro, A.J (2011). Training and Technical Assistance to Enhance Centers and Their Partner. *Prev Chronic Dis 001*, 8(3). Retrieved from <http://www.cdc.gov/pcd/issue/2018/November>. (Retrieved November 2, 2018)

- Bandura, A. (1997). The Nature and Structure of Self-efficacy, Source of Self-efficacy. *The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.
- Becker, M. H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey: Charles B. Slack.
- Bloom, B.S. (1965). *taxonomy of Educational Objectives, Handbook 1: Cognitive Domain*, 20. New York: Darid Mackey. Retrieved from <https://www.scribd.com/doc/53565531/Taxonomy-of-Educational-Objectives-Handbook-1-Cognitive-Domain-0582280109>. (Retrieved November 1, 2018)
- Mukaila, O., & Paul, N. (2014). Impact of Designed TPACK- Object Based Game on the Performance of JSS 2 Students in Mathematics. *American Journal of Educational Research*, 2(8), 674-682. Retrieved from <http://www.sciepub.com/EDUCATION/abstract/2515>. (Retrieved November 2, 2018)
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1999). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Mountain View, California: Mayfield.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. นายกัมปนาท ฉายชูวงษ์ | อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี |
| 2. นางสาวมณฑิรา จันทวารีย์ | อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม |
| 3. นายวิสิฐ ปิ่นประชานันท์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สาธารณสุขอำเภอป้อพลอย |





ภาคผนวก ข
แบบสอบถามการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง การศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัว
ในพื้นที่ตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเขียนคำตอบลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ

() 1. ชาย

() 2. หญิง

2. อายุ

() 1. 15-24 ปี

() 3. 35-49 ปี

() 2. 25-34 ปี

() 4. 50 ปี ขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้รับการศึกษา

() 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.

() 2. ประถมศึกษา

() 5. อนุปริญญา / ปวส. หรือเทียบเท่า

() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

() 6.ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

4. อาชีพ

() 1. เกษตรกรรม

() 4. ค้าขาย

() 2. รับจ้าง

() 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

() 3. ธุรกิจส่วนตัว

() 6. อื่นๆ (ระบุ)

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

() 1. ต่ำกว่า 2,000 บาท

() 3. 6,001 -10,000 บาท

() 2. 2,000 -6,000 บาท

() 4. มากกว่า 10,000บาท

6. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

() 1. มี (ระบุ)

() 2. ไม่มี

7.ท่านมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน/ความดันหรือไม่

() 1. มี (ระบุ).....

() 2. ไม่มี

ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างขวามือ ที่คิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. การควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น		
2. โรคเบาหวานหากไม่รักษาอย่างต่อเนื่อง หรือควบคุมไม่ดีจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย		
3. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และระดับไขมันสะสมในร่างกายสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน		
4. การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาเป็นข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน		
5. โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวาน เช่น โรคแทรกซ้อนทางตา โรคแทรกซ้อนทางไต โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น		
6. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการคอแห้ง กระหายน้ำ คลื่นไส้ อาเจียน และชาตามมือและเท้า		
7. เมื่อมาตรวจโรคเบาหวาน ควรดื่มน้ำและอาหาร อย่างน้อย 1 ชั่วโมง		
8. ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ ยาสเตียรอยด์ เช่น ยาประคอง ยาป้อน ยาชุด มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น		

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างขวามือ ที่คิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. "ไม่ควรใช้คำถามว่า "ทำไม" ถามผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้ผู้สูงอายู้สึกอึดอัด เหมือนถูกตำหนิ		
2. วัยสูงอายุ การเผาผลาญพลังงานลดลง ควรได้รับอาหารให้หลากหลายชนิด ครบทั้ง 5 หมู่ แต่ ปริมาณควรลดน้อยลงกว่าวัยหนุ่มสาว		
3. นอกจากอาหาร 3 มื้อหลักที่ลดปริมาณลงแล้ว ผู้สูงอายุควรกินอาหารระหว่างมื้อด้วยเพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอ		

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
4. ขณะออกกำลังกายถ้ามีอาการปวดตามข้อต่างๆ หรือกล้ามเนื้อ ควรหยุดออกกำลังกายทันที		
5. หากวัดค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุได้ค่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท แสดงว่าผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
6. หลักในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุ คือ ถูกโรค ถูกคน ถูกเวลา ถูกวิธี และถูกขนาด		
7. เมื่อผู้สูงอายุมีอาการท้องเสีย ควรดื่มน้ำมากๆ		
8. หากผู้สูงอายุล้มมีแผลฟกช้ำ ควรรีบใช้ยาหม่องหรือยาแก้ฟกช้ำขนาดครึ่งโดยเร็ว		

ตอนที่ 4 แบบทดสอบความรู้ โรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างขวามือ ที่คิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดความดันโลหิตสูง		
2. การรับประทานอาหารรสเค็มเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง		
3. บุคคลในครอบครัวที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคนี้สูงด้วย		
4. การดื่มสุราไม่มีอันตรายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
5. การปรุงอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรเติมผงชูรสในอาหารทุกมื้อ		
6. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีอาการผิดปกติไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง		
7. ถ้าไม่มีอาการปวดศีรษะไม่จำเป็นต้องรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง		
8. เมื่อความดันโลหิตลดลงสู่ระดับปกติแล้ว ผู้ป่วยสามารถหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตได้ทันที		

ตอนที่ 5 แบบทดสอบความรู้ โรคไต

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างขวามือ ที่คิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ไตมีหน้าที่ขับของเสียออกจากร่างกาย		
2. โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไต		
3. ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังควรดื่มนมมากๆ เพื่อบำรุงไต		
4. ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และพักผ่อนให้เพียงพอ		
5. ถ้าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีอาการตัวบวมควรลดการกินเค็ม		
6. กล้วย มะม่วงสุก เป็นผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังไม่ควรรับประทาน		
7. ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์จากถั่ว เช่น เต้าหู้ นมถั่วเหลือง		
8. ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังควรได้รับโปรตีนจาก เนื้อปลา ไข่ขาว		

ตอนที่ 6 ความพึงพอใจของ อสค. ในการอบรม ในครั้งนี้

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างขวามือ เพียงข้อเดียว

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เนื้อหา / หลักสูตรที่ใช้ในการอบรม					
2. กระบวนการที่ใช้ในการอบรม					
3. ระยะเวลาที่ใช้ในการอบรม					
4. วิทยากรในการอบรม					
5. สถานที่ที่ใช้ในการอบรม					
6. ความพึงพอใจในภาพรวม					

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....



ภาคผนวก ก
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางผนวกที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนและหลังการอบรมรายชื่อ

Paired Differences									
ความรู้	โรคเบาหวาน	95% Confidence Interval of the Difference							
เปรียบเทียบ	ก่อน-หลัง	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	a1 - a1af	-.360	.549	.058	-.475	-.244	-6.182	88	.000
Pair 2	a2 - a2af	-.124	.331	.035	-.193	-.054	-3.523	88	.001
Pair 3	a3 - a3af	-.236	.427	.045	-.326	-.146	-5.213	88	.000
Pair 4	a4 - a4af	-.045	.208	.022	-.089	-.001	-2.035	88	.045
Pair 5	a5 - a5af	-.022	.149	.016	-.054	.009	-1.422	88	.158
Pair 6	a6 - a6af	-.157	.424	.045	-.247	-.068	-3.502	88	.001
Pair 7	a7 - a7af	-.427	.541	.057	-.541	-.313	-7.443	88	.000
Pair 8	a8 - a8af	-.157	.366	.039	-.234	-.080	-4.053	88	.000

ตารางผนวกที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมรายชื่อ

Paired Differences									
เรื่อง	การดูแลผู้สูงอายุ	95% Confidence Interval of the Difference							
เปรียบเทียบ	ก่อน-หลัง	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	b1 - b1af	-.393	.491	.052	-.497	-.290	-7.552	88	.000
Pair 2	b2 - b2af	-.157	.366	.039	-.234	-.080	-4.053	88	.000
Pair 4	b4 - b4af	-.079	.271	.029	-.136	-.022	-2.741	88	.007
Pair 5	b5 - b5af	-.449	.522	.055	-.559	-.339	-8.115	88	.000
Pair 6	b6 - b6af	-.157	.366	.039	-.234	-.080	-4.053	88	.000
Pair 7	b7 - b7af	-.247	.434	.046	-.339	-.156	-5.375	88	.000
Pair 8	b8 - b8af	-.281	.500	.053	-.386	-.176	-5.303	88	.000

ตารางผนวกที่ 3 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการอบรมรายชื่อ

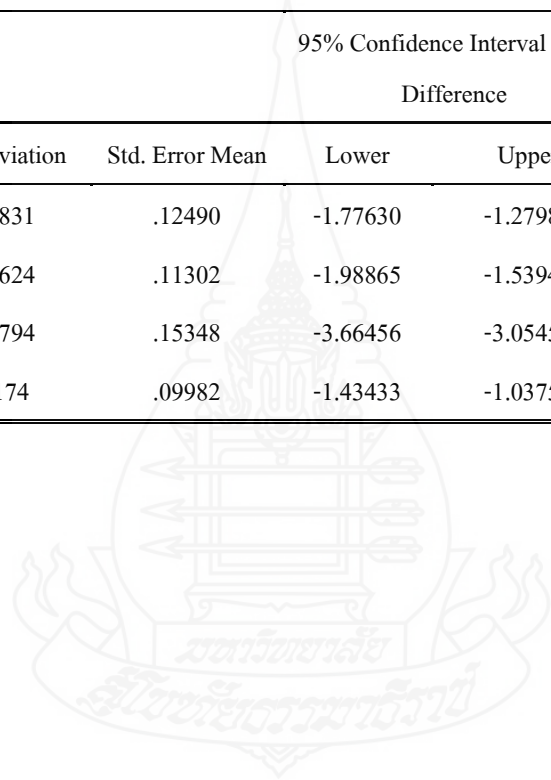
เรื่อง	โรคความดันโลหิตสูง	Paired Differences									
		เปรียบเทียบ	ก่อน-หลัง	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	c1 - c1af			-.011	.106	.011	-.034	.011	-1.000	88	.320
Pair 3	c3 - c3af			-.034	.181	.019	-.072	.005	-1.752	88	.083
Pair 4	c4 - c4af			-.618	.533	.057	-.730	-.506	-10.936	88	.000
Pair 5	c5 - c5af			-.764	.427	.045	-.854	-.674	-16.881	88	.000
Pair 6	c6 - c6af			-.562	.563	.060	-.680	-.443	-9.411	88	.000
Pair 7	c7 - c7af			-.697	.486	.052	-.799	-.594	-13.515	88	.000
Pair 8	c8 - c8af			-.674	.495	.052	-.778	-.570	-12.852	88	.000

ตารางผนวกที่ 4 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไตก่อนและหลังการอบรมรายชื่อ

Paired Differences									
เรื่อง	โรคไต	95% Confidence Interval of the Difference							
เปรียบเทียบ	ก่อน-หลัง	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	d1 - d1af	-.034	.181	.019	-.072	.005	-1.752	88	.083
Pair 2	d2 - d2af	-.090	.288	.030	-.150	-.029	-2.948	88	.004
Pair 3	d3 - d3af	-.472	.545	.058	-.587	-.357	-8.162	88	.000
Pair 4	d4 - d4af	-.202	.404	.043	-.287	-.117	-4.723	88	.000
Pair 6	d6 - d6af	-.236	.427	.045	-.326	-.146	-5.213	88	.000
Pair 7	d7 - d7af	-.202	.404	.043	-.287	-.117	-4.723	88	.000

ตารางผนวกที่ 5 เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการอบรมภาพรวม

Paired Differences									
เปรียบเทียบความรู้		95% Confidence Interval of the Difference							
ก่อน-หลัง	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper	t	df	Sig. (2-tailed)	
Pair 1	โรคเบาหวาน	-1.52809	1.17831	.12490	-1.77630	-1.27988	-12.234	88	.000
Pair 2	การดูแลผู้สูงอายุ	-1.76404	1.06624	.11302	-1.98865	-1.53944	-15.608	88	.000
Pair 3	โรคความดันโลหิตสูง	-3.35955	1.44794	.15348	-3.66456	-3.05454	-21.889	88	.000
Pair 4	โรคไต	-1.23596	.94174	.09982	-1.43433	-1.03758	-12.381	88	.000



ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นายรันคร ชุมังกูร
วัน เดือน ปีเกิด	31 มกราคม 2508
สถานที่เกิด	อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุข ภาคกลาง จังหวัดชลบุรี พ.ศ. 2528 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2540
สถานที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสวัสดิ์ อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี
ตำแหน่ง	สาธารณสุขอำเภอศรีสวัสดิ์ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)

