

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

Regional Health Promotion Center 9 Journal

ISSN : 2673-088X (Print) e-ISSN : 2697-3871 (Online)

จุดประสงค์	วารสารวิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม สาธารณสุข และสุขภาพ ที่นำเสนอประเด็นทางวิชาการ และงานวิจัย ที่มีคุณภาพ มีความถูกต้อง เชิงเนื้อหาและเชิงจริยธรรม และมีความเป็นอิสระเชิงวิชาการ	
ที่ปรึกษา	นายแพทย์สุเทพ เพชรมาท นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา นายแพทย์พิระยุทธ สารานุกูล แพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รองอธิบดี กรมอนามัย ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
บรรณาธิการ	ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	เกศจักรหญิง ดร.บุญชูธรรม ศิริทรัพย์	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนาะ ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป็นตามวา ผศ.ดร.ศรัญญา จุฬารี ดร.สุภาพร วรรณสันทัด ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์ รัชนี้ บุญเรืองศรี ประดับ ศรีหมื่นไวย	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ฝ่ายจัดการ	สถาพร เป็นตามวา, สุธิดา เกตุพุดชา, กรรณิกา สุขสิงห์, นิตยา สาสวน, ศิริรัตน์ รัตนสมบูรณ์, อรรถวรรณ สินธุบัว, กรรณิการ์ จันทรัสสง	
เจ้าของ	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
ที่อยู่	177 ม.6 ต.โคกกรวด อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30280 โทรศัพท์ 0-4430-5131 โทรสาร 0-4429-1506 Website: http://hpc9.anamai.moph.go.th/	
กำหนดออก	ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม)	
จำนวนพิมพ์	100 เล่ม และออนไลน์ที่ https://www.tcithaijo.org/index.php/RHPC9Journal	
สำนักพิมพ์	โรงพิมพ์เลิศศิลป์ โทร 0-4425-2883 www.LERTSIL.com	

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers)

ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

ทพญ.กนกทิมา เหมพรหมราช

ทพญ.ณมน เพ็ชรนิล

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

นพ.นิธิรัตน์ บุญตานนท์

อ.รัชณี บุญเรืองศรี

ทพญ.วรมณ อัครสุต

ทพญ.จุฑามาศ เทพไชย

ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์

ดร.สมร นุ่มผ่อง

รศ.ดร.นวิรัตน์ สุวรรณผ่อง

รศ.ภก.ดร.พุดพิงค์ สัตยวงศ์ทิพย์

รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนาะ

รศ.ดร.ทองทิพย์ สลวงษ์ลักษณ์

ผศ.ดร.จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ

ผศ.ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง

ผศ.ดร.ทิวากรณ์ ราชูธร

อ.ดร.พัชรี ศรีฤๅตา

อ.ดร.ฐิติมา ระย้าเพ็ชร

อ.ดร.รชานนท์ ง่วนใจรัก

อ.ปณรดา ฐานะปัตโต

ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป้นตามวา

ผศ.ดร.ปวีณา ลิ้มปิติปรการ

อ.พจ.ศิริประภา วีรพัฒนานนท์

อ.พจ.พินันท์ พัฒนมงคล

อ.พจ.วีรชัย สุทธิธารวัช

รศ.ดร.ประกาย จิโรจน์กุล

ผศ.ดร.กิตติภูมิ ภูโย

อ.ดร.กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร

อ.ดร.ปิยธิดา จุลละปัย

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

คณะการแพทย์จีน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers)

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

อ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
อ.ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
อ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
อ.ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
อ.ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
อ.ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ดร.วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.วาสนา หลวงพิทักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
อ.ดร.กิริติ กิจธีระวุฒิมัช	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
อ.ดร.ปรีธดา ศรีธราพิพัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
ผศ.ดร.วันทนา ถิ่นกาญจน์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
รศ.ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.วรรณวิทย์ เนียมสกุล	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ศรัญญา จุฬาริ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ธนกมล สีสรี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.ณัฐริตา เพชรประไพ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.กชกร เพี้ยชัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.จินตนา ตาปิ่น	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ภรณ์ อนุสนธิ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.รวิวรรณ พงศ์พุฒิพัชร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
พ.ต. หญิง ดร. ปิยะธิดา วะนะทินภัทร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.เบญจพร สุขประเสริฐ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.บัณฑิตา นฤมานเดชะ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ณัฐจิรา วินิจฉัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ลักขณา ไชยนอก	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.วันวัฒน์ อิตินานันท์	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.วันวิสาข์ ไชรัมย์	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

สารบัญ

	หน้า
ข้อมูลวารสาร	ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers)	ข
บทความวิจัย	
ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนในสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10	723
Factors Affecting Consumer Protection System in Health of Village Health Volunteers for Community Medical Sciences in Queen Sirikit Health Center 10 th Public Health Region	
ธัญมล ช่วงโชติ, อารี บุตรสอน	
ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ	741
Factors Affecting Prevention and Control of Corona Virus 2019 (COVID-19) of Public Health Personnel at Tambon Health Promoting Hospital, Amnat Charoen Province	
พยอม ทองใบ, อารี บุตรสอน	
ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี	758
Factors Predicting the Opisthorchiasis Prevention and Control among Village Health Volunteers in Ubon Ratchathani	
นาลยา ขุนแก้ว, อารี บุตรสอน	
ความเครียดในการเรียนออนไลน์ ช่วงการระบาดของโรคโควิด-19: กรณีศึกษาในนักเรียน มัธยมศึกษาของโรงเรียนคอนสวรรค์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ	772
Stress from Online Learning during COVID-19 Pandemic: A Case Study in High School Students from Khonsawan School, Khon Sawan District, Chaiyaphum Province	
โรงกร ลือมงคล	

สารบัญ

	หน้า
การบริหารจัดการเชิงระบบสู่การพัฒนาบริการสุขภาพจิตแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา	784
The Systematic Management towards Development of Mental Health Service: “Near Home, Near Heart, In the Community” Nonsung District, Nakhon Ratchasima Province	
อนุพงศ์ ชาวคอนไชย, กัลยา มาศ แจ่มกลาง	
การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน	799
Development of the Food Consumption Behaviors Modification Model Based on Lifestyle to Prevent Non-Communicable Diseases among Adults with Overweight and Obesity	
ไพรวลัย โคตรตะ, อมรรัตน์ นระสนธิ์, อรุมา แก้วเกิด	
ศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกิน กอด เล่น เล่า และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ณ ตำบลนาเสียว อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ	816
Competency for Raising Early Childhood through Eat-Hold-Play-Tell and Caregiver Participation in Na Siew Subdistrict, Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province	
ยุภาติ สงวนพงษ์, วาสนา แสงทอง, รจนา เมืองแสน, ศิริพร พึ่งเพ็ชร	
ผลของกิจกรรมเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ ต่อทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดศรีสะเกษ	834
The Effects of Creative Movement Activities on Executive Functions in Preschool: A Case Study of One Child Development Center in Sisaket province	
ทิพย์ธัญญา อุ่นท้าว, ปวีณา ลิ้มปิติปรางกร	
การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์	851
Development of a Care Model for Chronic Psychiatric Patients At-risk Groups in the Community through the Participation Process of Network Partners, Lamplaimat District, Buriram Province	
รัศมี ชุตินิมา	

สารบัญ

	หน้า
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	882
Correlation between Knowledge, Health Belief, and Stroke Prevention Behavior among Older People with Stroke Risk in Chiang Mai Neurological Hospital	
จตุพงษ์ พันธุ์ไธ, นิรมัย มณีรัตน์, สุพัตรา ปวนไผ่, สุชากรีนี ศรีสวัสดิ์, วินัฐ ดวงแสนจันทร์	
ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 6	896
The Anemia Surveillance System in Childhood in Health Region 6	
ศรัชฌา กาญจนสิงห์	
การจัดการของชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)	908
Community Management for Caring People with COVID-19 Infections	
กฤติยาพร พลาเศรษฐ, นิชนันท์ สุวรรณภูมิ, ภูษณิศา มีนาเขตร, สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์	
ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน	924
Effectiveness of Symptom Management Program on Stress Reduction among Caregivers of Home Complete Dependent Persons with Disabilities	
จิราณวัฒน์ ขาญสูงเนิน, อิตารัตน์ สุภานันท์	
การพัฒนาแบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์	939
The Development in Network of Intermediate Care to Long-Term Care System in Bandan district, Buri Ram Province	
ศาสตรา เข้มบุบผา	
การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ	957
The Development Model of Cerebral Palsy Caregivers	
ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง, เอมอร ทาระคำ, มาลี ล้วนแก้ว, สัจจวรรณ พวงศรีเคน, อติญา โพธิ์ศรี, วิภาพร จันทนาม, ขวัญจิรา กันทะโล, วรรณภา พิพัฒน์ธนวงศ์, วาริรัตน์ วรรณโพธิ์	
การพัฒนาแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา	958
Development of the Management Model for Osteoarthritis among Elderly in Chumphuang District, Nakhon Ratchasima Province	
ชวิศ เมธาบุตร	

สารบัญ

	หน้า
ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า	986
Effectiveness of Developmental Promotion Model for Children with Developmental Delay	
อำไพรัตน์ สุทธิธรรมถาวร	
ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติในด้านโภชนาการเด็กปฐมวัย และส่วนประสมทางการตลาดของผู้ปกครอง ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ	999
Knowledge, Attitudes, and Practice in Early Childhood Nutrition and Marketing Mix of Parents in Na Siew Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province	
ยุกดี สงวนพงษ์, วาสนา แสงทอง, จารุมาศ จันทกุล	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกรจังหวัดอุบลราชธานี	1,016
Factors Associated with Safety Behavior in The Prevention of Chemical Use in Agriculturist Ubon Ratchathani Province	
ชัยกฤต ยกพลชนชัย, ญาณิฐา แพงประโคน, จารุพร ดวงศรี, จรรย์ บุญเชื้อ, อโนชา ปัญญาพงษ์	
การศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการลดการใช้พลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิงของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา	1,028
The Study of the Personnel Participation Model in Reducing Electricity and Fuel Consumption at the Regional Health Promotion Center 9 Nakhon Ratchasima	
มริษฎา แสงพรม	
ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอดต่อคะแนนความเจ็บปวดและการรับรู้ประสบการณ์คลอดของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอด	1,044
Effects of the Childbirth Pain Management Promotion Program on Pain Scores and Perceptions of the Childbirth Experience among Adolescent Mothers in the Labor Phase	
นิตยา สุขแสน, เบญจวรรณ คล้ายทับทิม	

สารบัญ

	หน้า
ความสัมพันธ์ของวัคซีนโควิด-19 และความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรคโควิด-19 โรงพยาบาลชัยภูมิ ปี 2564-2565	1,057
Associations between COVID-19 Vaccine and Severity of COVID-19, Chaiyaphum Hospital: 2021-2022 พิชญามณต์ วรธนโก, อรุณรัตน์ สู่หนองบัว	
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564	1,070
Prevalence and Associated Factors of Depressive Disorder among the Elderly in Thailand, 2021 ปิติกุณ เสดะปุระ, ณัฐธกุล ไชยสงคราม	
การจัดชุดกิจกรรมบริการเชิงรุก เพื่อสุขภาพช่องปากของเด็ก 0-5 ปี	1,085
Proactive Oral Health Services for Children Aged 0-5 Years Old พนิตานันท์ โพธิ์พงศ์	
ประสิทธิผลของน้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา ต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยนอก ณ คลินิกทางกระรอก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร	1,097
Efficacy of Cannabis Oil (Deja's Formula) on Out-Patients' Sleep Quality and Quality of Life at Hang Ga Rok Clinic : Phra Arjarn Phan Arjaro Hospital, Sakhon Nakhon Province กัญญารักษ์ ศิลารักษ์	
บทความวิชาการ	
การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตร	868
Pain Management After Cesarean Section สุพรรณษา จิตรสม, บานเย็น แสนเรียน, พรผกาย์ ต้นทอง	

สารบัญ

	หน้า
ภาคผนวก	
คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines)	a
หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)	e
การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9	g
ขั้นตอนและกรอบเวลาการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	j
หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ – บทความทั่วไป	k
หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ – บทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ และการศึกษาอิสระ	l

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10

ธัญมล ช่างโชติ*, อารี บุตรสอน**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10 กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนที่ผ่านการอบรมจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จำนวน 282 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 ใช้สถิติเชิงอนุมานในการหาปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10 มีทั้งหมด 7 ตัวแปร คือ การสนับสนุนจากองค์กร การค้าทุน ระดับการศึกษาประถมศึกษา แรงจูงใจ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน อายุ และสถานภาพโสด โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพได้ร้อยละ 46.80 ($R^2_{adj}=0.468$, $SE_{est}=5.08205$, $F=36.291$, $p<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10 ควรคำนึงถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรและการค้าทุนเพื่อเสริมประสิทธิภาพการดำเนินงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อไป

คำสำคัญ : งานคุ้มครองผู้บริโภค; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน; ปัจจัย

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

** วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

^a Corresponding author : อารี บุตรสอน Email : Aree.b@ubu.ac.th

รับบทความ: 14 มิ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 3 ก.ค. 65; ตอปรับตีพิมพ์: 3 ก.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 27 ส.ค. 65

Factors Affecting Consumer Protection System in Health of Village Health Volunteers for Community Medical Sciences in Queen Sirikit Health Center 10th Public Health Region

Thanyamon Chuangchot*, Aree Butsorn**^a

Abstract

This analytical cross-sectional research explored factors affecting consumer protection system in health of village health volunteer for community medical sciences in Queen Sirikit Health Centers in 10th public health region. Samples were 282 village health volunteers for community medical sciences who received training from the Department of Medical Sciences. The data were collected using questionnaires during May 1 and September 30, 2021. The data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, medians at 25th and 75th percentiles. To determine predictive factors, a stepwise multiple regression analysis was used. The results showed that factors affecting consumer protection system in health among village health volunteer for community medical sciences included seven variables: organizational supports, supporting factors, primary education level, motivations, length of service as community medical scientist public health volunteer, age, and single status with ability to explain the variation of factors affecting consumer protection system of 46.80 percent ($R^2_{adj}=0.468$, $SE_{est}=5.08205$, $F=36.291$, $p<0.001$) at $p=0.05$. The results suggested that organizational supports are required for effectiveness of operation consumer protection in health of village health volunteers.

Keywords : Consumer protection; Village health volunteers for community medical sciences; Factors

* Amnat Charoen Provincial Public Health Office, Amnat Charoen Province

** College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

^a Corresponding author : Aree Butsorn Email : Aree.b@ubu.ac.th

Received: Jun. 14, 22; Revised: Jul. 3, 22; Accepted: Jul. 3, 22; Published Online: Aug. 27, 22

บทนำ

สถานการณ์และความเสี่ยงด้านสุขภาพซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในระดับโลก การเจ็บป่วยของประชาชนกว่า 1.5 ล้านคน พบว่ามีสาเหตุหลักมาจากการบริโภคอาหารที่เกิดจากอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์และสารเคมี เช่น สารเคมีที่ใช้ในการกำจัดศัตรูพืช ยาปฏิชีวนะ วัตถุที่เจือปนในอาหารที่ประชาชนรับประทานซึ่งรวมไปถึงสารพิษจากจุลินทรีย์และสารเคมีปนเปื้อนจากโรงงานอุตสาหกรรม⁽¹⁾ ประเทศไทยตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2558–2577) มุ่งเน้นการพัฒนาเสริมสร้างพัฒนาศักยภาพคน ด้านคุณภาพและด้านความปลอดภัย⁽²⁾ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ประจำปี พ.ศ. 2559 ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของบุคคลและชุมชน เพื่อมุ่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมและเพื่อเป็นการบูรณาการการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ⁽³⁾

เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดยโสธร พบว่าปัญหาด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 33.58 สารฟอร์มาลีน ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 9.07 และสารกันราที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 0.75⁽⁴⁾ แนวทางการจัดการปัญหาด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นงานหลักที่สำคัญและมีหลายหน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีหน้าที่หลักในการพัฒนาและวิจัย พร้อมทั้งส่งเสริมและถ่ายทอดองค์ความรู้ให้คนในชุมชนมีการเฝ้าระวังและตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ด้วยตนเองผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งถือว่าเป็นผู้เชื่อมประสานและดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ เป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้บริโภคในชุมชน อสม. มีความจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค เข้าใจบทบาทหน้าที่ เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่ไม่ถูกต้องกระตุ้นเตือนความไม่ปลอดภัย และส่งต่อข้อมูลต่างๆ ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเป็นระบบ เพื่อดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน (อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน) เป็นกำลังหลักในการดำเนินงานในพื้นที่ มีหน้าที่หลัก 5 ด้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ประกอบด้วย การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหาร ผลิตภัณฑ์ยา ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ และผลิตภัณฑ์วัตถุอันตราย รวมถึงการตรวจวิเคราะห์ได้ด้วยเครื่องมืออย่างง่ายด้วยชุดทดสอบ (สแตนด์บายชุดทดสอบสารปรอทแอมโมเนีย ชุดทดสอบสารไฮโดรควิโนน ชุดทดสอบบอแรกซ์ในอาหาร ชุดทดสอบฟอร์มาลีนในอาหาร ชุดทดสอบกรดซาลิซิลิก และชุดทดสอบโซเดียมไฮโดรซัลไฟต์) ในอาหารและมีหน้าที่เฝ้าระวังและตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีในชุมชน โดยให้มีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยสุขภาพขึ้นในชุมชน โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10

อุบลราชธานี ได้ร่วมกับสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมิน ทราชินี เขตสุขภาพที่ 10 จัดอบรม อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนขึ้น⁽⁵⁾

จังหวัดอำนาจเจริญ พบปัญหางานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ คือปริมาณสารปนเปื้อน ในอาหารสด จำนวนทั้งหมด 113 ตัวอย่าง พบสารฟอร์มาลีนปนเปื้อน จำนวน 12 ตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 10.62 ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 10.50 และสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำ จำนวน 120 ตัวอย่าง ไม่ผ่าน 3 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 2.50⁽⁶⁾ ในอำเภอเมืองอำนาจเจริญ ปี 2563 พบว่าสารกันรา ปนเปื้อนในอาหาร ร้อยละ 8.60 พบฟอร์มาลีนปนเปื้อน ร้อยละ 19.20 พบสเตียรอยด์ปนเปื้อน ในยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้อยละ 2.40 และยังพบปัญหาด้านการประสานงานและนโยบาย ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่อย่างชัดเจน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขาดขวัญกำลังใจในการดำเนินงาน ขาดความเชื่อมั่นในการออกไปปฏิบัติงานในชุมชน เช่น ด้านความรู้ การอ่านฉลากผลิตภัณฑ์ การสังเกตผลิตภัณฑ์ที่หมดอายุ รวมถึงการใช้ชุดทดสอบอย่างง่ายในการตรวจหาสารปนเปื้อนในอาหาร จึงส่งผลให้ชุมชนยังไม่เกิดการยอมรับเท่าที่ควร⁽⁷⁾ ประชาชนมีความรู้ ในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ การรู้เท่าทันผลิตภัณฑ์ที่โฆษณาเกินจริง ระดับต่ำ⁽⁶⁾ จากข้อมูลข้างต้น ที่ยังพบปัญหาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ยังไม่มีการ ระบุปัจจัยที่ชัดเจน ส่งผลต่อการดำเนินงานของ อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ในสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10 เพื่อนำผลจากการศึกษาในครั้งนี้ ไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค และขยายผลสู่พื้นที่อื่นต่อไป

คำถามการวิจัย

ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ในสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ในสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาระดับการดำเนินงานของอสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนในสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนในสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10

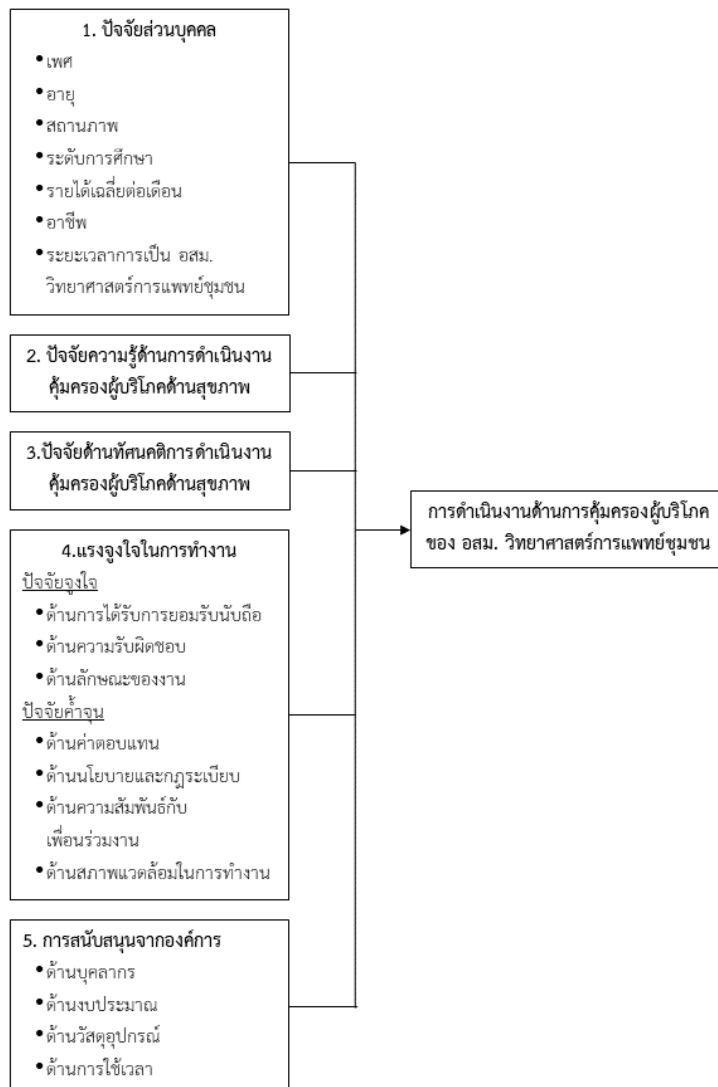
2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการดำเนินงานของสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนในสถานีนอมาภัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10

สมมติฐานการวิจัย : ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะการดำเนินงาน ปัจจัยจิตใจ ปัจจัยค่าจ้างและการสนับสนุนขององค์กรเป็นปัจจัยทำนายการดำเนินงานของ อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน เขตสุขภาพที่ 10

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม.วิทยาการสาธารณสุขชุมชน ในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วยปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม.วิทยาการสาธารณสุขชุมชน ปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านทัศนคติในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม.วิทยาการสาธารณสุขชุมชน ในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 282 คน ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดของตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE) ซึ่ง Kelly & Maxwell⁽⁸⁾ นำเสนอโดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N_M = \left(\frac{Z_{(1-\alpha)/2}}{w} \right) \left(\frac{1-R^2}{1-R_{xxj}^2} \right) \left(\frac{\chi^2_{(1-\gamma; N-1)}}{N-p-1} \right) + p + 1$$

โดย N_M = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนตัวอย่างที่ได้จากสมการที่ (2) ที่นำเสนอโดย Cohen⁽⁹⁾

P = จำนวนของตัวแปรทำนายใน full model จากการศึกษาของวีระพล เจริญแก้ว⁽¹⁰⁾ เท่ากับ 5 predictors

α = ระดับจุดตัดสินใจสำหรับทดสอบช่วงเชื่อมั่น (0.05)

w = ครึ่งหนึ่งของช่วงเชื่อมั่นของตัวแปรทำนายหลัก

R^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยสำหรับ full model⁽¹⁰⁾

R^2_{x-xj} = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นหลักกับตัวแปรต้นอื่นๆ⁽¹⁰⁾

$\chi^2_{(1-\gamma; N-1)}$ = ควาทิลที่ $1-\gamma$ ของการแจกแจง ไครสแควร์มีองศาแห่งความอิสระ (Degree of freedom; df) เท่ากับ $N-1$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณในฟังก์ชัน AIPE ของโปรแกรม STATA version 8.2 ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม.วิทยาการสาธารณสุขชุมชน ในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 78 คน ผู้วิจัยคิดค่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน (Design Effect) เท่ากับ 2 จะได้ขนาดตัวอย่าง 156 คน ผู้วิจัยจึงพิจารณาเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 282 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ของ อสม.วิทยาการสาธารณสุข การแพทย์ชุมชน ในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม.วิทยาการสาธารณสุขการแพทย์ชุมชน จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และระบุคำตอบที่ถูกต้อง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบถูกผิด มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แบบสอบถามมีคะแนนรวม 20 คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านทัศนคติในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเต็ม 25 คะแนน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยจิตใจ ได้แก่ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ด้านความรับผิดชอบ ด้านลักษณะของงาน จำนวน 11 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 3 ตัวเลือกคือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ให้คะแนนเป็น 1-3 คะแนนเต็ม 33 คะแนน

ส่วนที่ 5 ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ ค่าตอบแทน นโยบายและกฎระเบียบ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 3 ตัวเลือกคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ให้คะแนนเป็น 1-3 คะแนนเต็ม 30 คะแนน

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านเวลา จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินค่าแบบ Likert scale มี 3 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง และ น้อย ให้คะแนนเป็น 1-3 คะแนนเต็ม 30 คะแนน

ส่วนที่ 7 การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิทยาการสาธารณสุขการแพทย์ชุมชน จำนวน 15 ข้อโดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 3 ตัวเลือกคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ ให้คะแนนเป็น 1-3 คะแนนเต็ม 45 คะแนน

คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบเครื่องมือ ดังนี้ นำมาหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่น และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา

โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) พบว่า มีคะแนน IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่จังหวัดนครพนม หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้านทัศนคติ เท่ากับ 0.76 การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.82 การค้าจน เท่ากับ 0.80 การสนับสนุนจากองค์กร เท่ากับ 0.85 การดำเนินงาน เท่ากับ 0.96 และ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ในด้านความรู้ เท่ากับ 0.74 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยจำนวนการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 หาความสัมพันธ์ของตัวแปรกับปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10 พร้อมการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 สถิติทดสอบใช้วิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ Multiple Linear Regression แบบ Stepwise

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565 รหัสโครงการ UBU-REC 152/2564 การรักษาความลับข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ไม่ใช้ข้อมูลที่ระบุตัวตนในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้เฉพาะข้อมูลที่จำเป็นในภาพรวมของการศึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น นอกจากนี้ข้อมูลจะถูกเก็บโดยผู้วิจัยและทำลายทิ้งภายในระยะเวลา 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของอสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.7 มีอายุเฉลี่ย 50.02 ปี (SD=9.03) สถานะภาพสมรส ร้อยละ 83.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 96.5 มีมัธยฐานรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,000 บาท (P_{25} =1,000 บาท : P_{75} =20,000 บาท) ระยะเวลาการเป็น อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนเฉลี่ย 5.22 ปี (SD=2.04) ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอสม. วิทยาลัยการแพทย์ชุมชน ในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10 โดยพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 เข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ จำนวน 11 ตัวแปร ได้แก่ เพศหญิง สถานะภาพโสด สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษาประถมศึกษา ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ทักษะคิด ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ แรงจูงใจในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การคำนึงในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และการสนับสนุนจากองค์กรในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ พบปัจจัยทำนายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ของ อสม. วิทยาลัยการแพทย์ชุมชน ในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 7 ตัวแปร คือ การสนับสนุนจากองค์กรในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรพยากรณ์ตัวแรกที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ของ อสม.วิทยาลัยการแพทย์ชุมชน ได้ร้อยละ 38.00 ($R^2=0.380$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์อีก 1 ตัว คือ การคำนึงในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ของ อสม.วิทยาลัยการแพทย์ชุมชน ได้ร้อยละ 42.30 ($R^2=0.423$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ ระดับการศึกษาประถมศึกษา พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ของอสม.วิทยาลัยการแพทย์ชุมชน ได้ร้อยละ 43.90 ($R^2=0.439$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ แรงจูงใจในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ของอสม.วิทยาลัยการแพทย์ชุมชน ได้ร้อยละ 45.10 ($R^2=0.451$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ ระยะเวลาเป็น อสม.วิทยาลัยการแพทย์ชุมชน พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ของ อสม.วิทยาลัยการแพทย์ชุมชน ได้ร้อยละ 46.20 ($R^2=0.462$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ อายุ พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ของอสม.วิทยาลัยการแพทย์ชุมชนได้ ร้อยละ 47.00 ($R^2=0.470$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ สถานะภาพโสด พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม. วิทยาการสาธารณสุขการแพทย์ชุมชน ได้ร้อยละ 48.60 ($R^2=0.486$) โดยสรุปพบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม. วิทยาการสาธารณสุขการแพทย์ชุมชน ในสถานีนอมาลัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10 มีทั้งหมด 7 ตัวแปร คือ การสนับสนุนจากองค์กรในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การคำนึงในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ระดับการศึกษาประถมศึกษา แรงจูงใจในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ระยะเวลาการเป็น อสม. วิทยาการสาธารณสุขการแพทย์ชุมชน อายุ และสถานภาพโสด สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม. วิทยาการสาธารณสุขการแพทย์ชุมชน ได้ร้อยละ 48.60 ($R^2=0.486$, $R^2_{adj}=0.468$, $SE_{est}=5.08205$, $F=36.291$, $p<0.001$) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม. วิทยาการสาธารณสุขการแพทย์ชุมชน สถานีนอมาลัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ในเขตสุขภาพที่ 10 (n=282)

ตัวแปรพยากรณ์	สัมประสิทธิ์ถดถอย		R^2	R^2_{adj}	Sr^2	R^2 change
	B	β				
การสนับสนุนจากองค์กรในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	0.650	0.425	0.380	0.378	5.49324	0.380
การคำนึงในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	0.321	0.198	0.423	0.419	5.31147	0.042
ประถมศึกษา	-2.684	-0.191	0.439	0.433	5.24548	0.016
แรงจูงใจในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	0.252	0.154	0.451	0.443	5.19843	0.012
ระยะเวลาการเป็น อสม. วิทยาการสาธารณสุขการแพทย์	0.352	0.103	0.462	0.452	5.15589	0.011
อายุ	0.092	0.120	0.470	0.459	5.12536	0.008
สถานภาพโสด	3.667	0.106	0.486	0.468	5.08205	0.011
Constant = -4.708, $R^2=0.486$, $R^2_{adj}=0.468$, $SE_{est}=5.08205$ F= 36.291, $p<0.001$						

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ของ อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ ชุมชน ในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10 มีทั้งหมด 7 ตัวแปร คือ ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการค้าจูน ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านระดับการศึกษาประถมศึกษา ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านระยะเวลาการเป็นอสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ ชุมชน ปัจจัยด้านอายุ ปัจจัยด้านสถานภาพโสด สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน กรณีดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนจากหน่วยงานต้นสังกัดของอสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน มีความสำคัญต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน ซึ่งหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนดูแลอสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน คือสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ โรงพยาบาลแม่ข่าย จำเป็นต้องดูแลสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ความเพียงพอของจำนวน อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน เป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ซึ่งการสนับสนุนขององค์กร ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านเวลา จึงส่งผลทางบวกต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้ อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ ที่เพียงพอและเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน การสนับสนุนนโยบาย การประกาศนโยบายการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษากับ วีระพล เจริญแก้ว⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 8 มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) นอกจากนี้ การสนับสนุนของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ การสนับสนุนของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ มีผลต่อระดับประสิทธิภาพ ร้อยละ 62.2 ($R^2 = 0.622$, $p < 0.05$) สอดคล้องกับ อำพล สามสี⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ตามแนวทางทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเครือข่ายระดับตำบล อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านสนับสนุนการปฏิบัติงานขององค์กรรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50) ส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ มานิตย์ ทวีพันธ์⁽¹²⁾ ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่ายยอมรับและเห็นด้วย

กับนโยบายงานผู้บริโภครด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและอาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพดีขึ้น งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์มีเพียงพอและส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระบวนการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความเหมาะสม โดยเฉพาะการรับเรื่องร้องเรียน แต่การเฝ้าระวังโฆษณาเกิดประโยชน์น้อยสุด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถจัดตั้งศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ตามเกณฑ์ในระดับดี

การคำนวณในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่สนับสนุนให้การดำเนินงานของอสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ได้ดีขึ้นขึ้น ซึ่งให้เห็นว่าการทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนที่ได้รับการดูแลสวัสดิการที่เหมาะสม มีการกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับตำบลที่ชัดเจน มีการชี้แจงนโยบายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคให้เห็นแนวทางการดำเนินงาน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคที่ชัดเจน การได้รับสวัสดิการพื้นฐานและเพิ่มเติมตามความเหมาะสม ส่งเสริมศึกษาต่อหรือความก้าวหน้าของ อสม.นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานที่ดีและมีเพื่อนร่วมงานที่สนับสนุนให้เกิดความสุขในการทำงานส่งเสริมประสิทธิภาพในการทำงาน รวมถึงสภาพแวดล้อมในการทำงานทั่วไปที่ดีส่งผลให้การปฏิบัติงานได้ดีเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระพล เจริญแก้ว⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าประสิทธิผลของการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 8 มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ปัจจัยด้านอายุ การยอมรับนับถือจากชุมชน ขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ การสนับสนุนของ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ มีผลต่อระดับประสิทธิผลร้อยละ 62.2 ($R^2 = 0.622$, $p < 0.05$) สอดคล้องกับ ธวัชชัย เสือเมือง, สุกกรรณ จันทวงศ์ และวรงค์ ช่างแก้ว⁽¹³⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานและปัจจัยด้านกระบวนการบริหารงานมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.366$, $p < 0.01$) สอดคล้องกับ จารุกิตติ์ สุริโย⁽¹⁴⁾ ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านสาธารณสุขมูลฐาน ของเทศบาลเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านสาธารณสุขมูลฐานของเทศบาลเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี โดยรวมมีผลการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก รายด้านมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ด้านลักษณะสภาพแวดล้อมและด้านคุณลักษณะของบุคลากร ส่วนที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านนโยบายการจัดการและ

ด้านลักษณะขององค์การ และปัจจัยในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ เชิงเหตุ-ผล ต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านสาธารณสุขมูลฐานของ เทศบาลเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาารายได้พบว่า ด้านลักษณะสภาพแวดล้อมและด้านนโยบายการจัดการและการปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงเหตุ-ผล ต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ปัจจัยด้านระดับการศึกษาประถมศึกษา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ของอสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน อาจเนื่องมาจากการศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานของการทำงานทุกประเภทจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในเรื่องที่จะดำเนินการหรือปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน มีหน้าที่หลัก 5 ด้าน คือ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สำอาง เครื่องมือแพทย์ และผลิตภัณฑ์วัตถุอันตราย โดยใช้การทดสอบตามค่ามาตรฐาน มีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาความรู้ความสามารถตามบทบาทหน้าที่ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ในประเด็นดังกล่าวได้มากน้อยต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อำพิกา คันทาใจ และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาเรื่องผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมาเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 40 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรพล เปรตแก้ว⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ในสถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 8 ผลการศึกษาพบว่า เพศ อาชีพ ความรู้และทัศนคติการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

แรงจูงใจในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ชี้ให้เห็นว่าอสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน อาจเนื่องมาจากการสร้างแรงจูงใจเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้คนปฏิบัติหน้าที่ให้ได้ตามเป้าหมาย โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบการปฏิบัติงานของอสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนต้องให้ความใส่ใจกับการให้คุณค่า ชื่นชม ให้กำลังใจ ยอมรับการปฏิบัติหน้าที่ หากได้รับความไว้วางใจและเชื่อมั่นในความสามารถจากเจ้าหน้าที่ได้รับมอบหมายที่เหมาะสมตรงกับความรู้ความสามารถ ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากเพื่อนร่วมงานที่ดี มีการนิเทศ ติดตาม ให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนจะทำงานได้สำเร็จตามเป้าหมายและสามารถพัฒนา ปฏิบัติงานได้ดี และแบบอย่างหรือต้นแบบในการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง⁽¹⁶⁾ ได้ทำการศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับมาก ($\bar{X}=4.47$, $SD=0.45$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ($r=0.69$) ความก้าวหน้า ($r=0.64$) การได้รับการยอมรับนับถือ ($r=0.62$) ความสัมพันธ์ในการทำงาน ($r=0.060$) และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ($r=0.55$) และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ความก้าวหน้าและการได้รับการยอมรับนับถือ สามารถร่วมกันทำนายแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม.ได้ร้อยละ 58.6 สอดคล้องกับชมพูนุช สุภาพวานิช⁽¹⁷⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนราธิวาส ผลการศึกษาพบว่าการได้รับสิ่งสนับสนุน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.35$, $SD=0.36$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ได้แก่ การได้รับการนิเทศ ($r=0.244$, $p=0.001$) การฝึกอบรม ($r=0.208$, $p=0.007$) และการมีส่วนร่วมของชุมชน ($r=0.158$, $p=0.040$) ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพประชาชนของ อสม.ให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Debra S.⁽¹⁸⁾ ได้ศึกษาแรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขในชนบทยูกันดา ในประเด็นความสัมพันธ์และการปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 71 ส่วนใหญ่รู้สึกดีเมื่อสังคมให้ความเคารพและชื่นชม คิดเป็นร้อยละ 69 และ รู้สึกดีเมื่อประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้ที่อาสาสมัครสาธารณสุขต้องการพัฒนาต้องการเรียนรู้เรื่องการก่อสร้าง การดูแลทารกแรกเกิด สัญญาณอันตรายของทารกแรกเกิด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขในชนบทยูกันดาส่วนใหญ่รู้สึกดีเมื่อสังคมให้ความเคารพซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม สำหรับการดำเนินงานของ อสม.วิทยาศาสตร์ชุมชน การยอมรับนับถือ ความเคารพ การชื่นชมเป็นปัจจัยส่งผลให้ประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานของ อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนดีขึ้น

ระยะเวลาการเป็น อสม.นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ของอสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน เนื่องจากระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนเป็นการสะสมประสบการณ์ ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ชื่อย่อเรียกว่า (อสม.นักวิทยาศาสตร์) มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 5 ด้าน ประกอบด้วย ผลิตภัณฑ์อาหาร ด้านผลิตภัณฑ์ยา ได้แก่ ยาเสื่อมคุณภาพ ยาอันตราย การใช้ยาปฏิชีวนะที่ผิด ด้านผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางอันตราย การโฆษณาเกินจริง ด้านเครื่องมือแพทย์ ด้านผลิตภัณฑ์วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านและนอกบ้านและมีความสามารถตรวจวิเคราะห์ ได้ด้วยเครื่องมืออย่างง่ายด้วยชุดทดสอบ สเตียร์รอยด์ ชุดทดสอบสารปรอทแอมโมเนีย ชุดทดสอบสารไฮโดรควิโนน ชุดทดสอบบอแรกซ์ในอาหาร ชุดทดสอบฟอร์มาลีนในอาหาร ชุดทดสอบ

กรดซาลิซิลิก (สารกันรา) ในอาหาร ชุดทดสอบโซเดียมไฮโดรซัลไฟต์ (สารฟอกขาว) ในอาหาร ซึ่งความรู้ต่าง ๆ จำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาการปฏิบัติหรือระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ต่อเนื่องและใช้เวลาพอสมควร รวมถึงการได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง จนสามารถสั่งสมประสบการณ์ตามระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของนันทวรรณ และทิพากร⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาผลการปฏิบัติงานและทัศนคติต่องานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษาจังหวัดชัยภูมิ พบว่าการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค มาแล้วเฉลี่ย 12.6 ปี (SD=9.2) ผลการปฏิบัติงานมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ของกิจกรรม (ร้อยละ 80 ของกิจกรรมทั้งหมด) มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคมากขึ้น

อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของงอส. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน อายุที่เปลี่ยนไปอาจหมายถึงระยะการเป็นงอส. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนที่ยาวนานเช่นกัน นั้นแสดงถึงประสบการณ์ที่สั่งสมมานานเช่นกัน เนื่องจากการรับสมัครหรือคัดเลือกงอส. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนไม่ได้คัดเลือกจากคนที่มียาอายุมากเกินไป ฉะนั้นคนที่มียาอายุมากแสดงถึงการมีประสบการณ์และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานนานตามอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรพล เจริศแก้ว ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ในสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า ประสิทธิผลของการปฏิบัติงานในแต่ละสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ แตกต่างกันและมีความสัมพันธ์กับ อายุ ระยะทางพาหนะเดินทาง และแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านอายุการยอมรับนับถือจากชุมชน ขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ การสนับสนุนของ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ มีผลต่อระดับประสิทธิผลร้อยละ 62.2 ($R^2 = 0.622$, $p < 0.05$)

สถานภาพโสดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ของงอส. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ซึ่งสถานภาพโสดมีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งงอส. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนที่โสดเป็นคนที่ใช้เวลาในการใส่ใจต่อการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ เติบโตความรู้ความสามารถ คนโสดไม่มีภาระด้านอื่นที่ต้องคิดหวั่นไหว สามารถทุ่มเท ออกแบบแนวทางการปฏิบัติงานที่ทำทนาย เสนอแนวทางแนวคิดใหม่ ๆ ในการทำงานได้อย่างครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาของ พนม นพพันธุ์ และ ธรรมศักดิ์ สายแก้ว⁽²⁰⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่าสถานภาพ ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่หรือสมรสแล้ว ร้อยละ 86.41 รองลงมา มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 6.27 และต่ำสุดสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 7.31 มีผลการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน อำพล สามสี ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาด

วิทยาตามแนวทางทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเครือข่ายระดับตำบล อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.7 มีการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. ควรมีการส่งเสริมให้ อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ได้รับการพัฒนาความรู้ การฝึกทักษะ รวมถึงมีการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร การสร้างขวัญกำลังใจการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาผลการดำเนินงานที่เพิ่มขึ้น

2. ควรศึกษากลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนให้ครบทุกภาคส่วน เช่น เจ้าหน้าที่รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และเภสัชกรโรงพยาบาลแม่ข่าย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ควรศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานของ อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการสนับสนุนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และสามารถใช้เป็นรูปแบบในการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไป

2. ควรศึกษาการนำนวัตกรรมเพื่อใช้ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของ อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน เช่น การใช้แอปพลิเคชัน การกำหนดมาตรการชุมชน เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคมากขึ้น และทดสอบประสิทธิผลของนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบอื่นว่าวิธีการไหนมีประสิทธิภาพมากกว่ากัน จนสามารถเลือกใช้นวัตกรรมได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอาหารและยาแห่งชาติ. สถานการณ์การเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากอาหาร (Food borne diseases) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิ.ย. 20]. เข้าถึงได้จาก: https://www.fda.moph.go.th/Pages/HomeP_D2.aspx.
2. คณะอนุกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูป. ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2558-2577) [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิ.ย. 20]. เข้าถึงได้จาก: http://planning.pn.psu.ac.th/plan_doc/procedure/docs_procedure/400_1498813093.pdf.
3. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิ.ย. 20]. เข้าถึงได้จาก: https://www.skto.moph.go.th/document_file/yudtasad20y.pdf

4. หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 10. รายงานสรุปผลการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 10 ประจำปีงบประมาณ 2563 (มุกดาหาร ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ อุบลราชธานี). อุบลราชธานี: เขตสุขภาพที่ 10; 2563.
5. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. สธ. สร้างนักวิทยฯ ชุมชน ส่งเสริมให้ท้องถิ่นเข้มแข็งด้านสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิ.ย. 20]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dmsc.moph.go.th/dmscnew/news_detail.php?id=853
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ, อำนาจเจริญ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ; 2563.
7. คู่มือการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ สำหรับสาธารณสุขอำเภอ. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิ.ย. 20]. เข้าถึงได้จาก: <https://foodsafety.anamai.moph.go.th/th/handbook/913#wow-book/>
8. Kelley K, Maxwell SE. Sample size for multiple regression: obtaining regression coefficients that are accurate, not simply significant. Psychol Methods. 2003 Sep;8(3):305-21. doi: 10.1037/1082-989X.8.3.305.
9. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
10. วีระพล เจริญแก้ว. ประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม. วิทยาลัยการแพทย์ชุมชน ในสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 8. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2560.
11. อำพล สามสี. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตามแนวทาง ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เครือข่ายระดับตำบล อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2559.
12. มานิตย์ ทวีพันธ์. การประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการด้านสุขภาพ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
13. ธวัชชัย เสือเมือง, สุภกรรณ์ จันทวงศ์, วรเดช ช่างแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560; 12(1):24-37.

14. จารุกิตต์ สุริโย. ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านสาธารณสุขมูลฐาน ของเทศบาลเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี. 2560; 8(2):61-74.
15. อัมพิกา คันทาใจ, เดชา ทำดี, ศิวพร อึ้งวัฒนา. ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำ ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564; 31(1): 83-95.
16. จริญญาลักษณ์ ป้องเจริญ, ยุคนธ์ เมืองช้าง. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2562; 29(1):60-70.
17. ชมพูนุช สุภาพวานิช, อิมรอน วาเต๊ะ, กมลวรรณ วณิชขานนท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนราธิวาส. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2563; 12(2): 34-50.
18. Singh D, Cumming R, Mohajer N, Negin J. Motivation of Community Health Volunteers in rural Uganda: the interconnectedness of knowledge, relationship and action. Public Health. 2016 Jul;136:166-71. doi: 10.1016/j.puhe.2016.01.010.
19. นันทวรรณ ภูเนาวรัตน์, ทิพาภร กาญจนราช. ผลการปฏิบัติงานและทัศนคติต่องานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษา จังหวัดชัยภูมิ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
20. พนม นพพันธุ์, ธรรมศักดิ์ สายแก้ว. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2559;1(1):39-62.

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ

พยอม ทองใบ*, อารี บุตรสอน**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 359 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระหว่างวันที่ 1 พ.ค. ถึง 30 ก.ย. 2564 ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 ใช้สถิติเชิงอนุมานในการหาปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ มีทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยการคำนวณการดำเนินงาน ตำแหน่งในการดำเนินงาน ทศนคติต่อการดำเนินงาน และการสนับสนุนจากองค์การในการดำเนินงาน โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ ได้ร้อยละ 23.1 ($R^2=0.231$, $R^2_{adj}=0.222$, $SE_{est}=3.013$, $F=26.607$, $p<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ ควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน หน่วยงาน และองค์กร

คำสำคัญ : การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; บุคลากรสาธารณสุข; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล; การศึกษาปัจจัย

* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

** วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

^a Corresponding author : อารี บุตรสอน Email : Aree.b@ubu.ac.th

รับบทความ: 18 มิ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 3 ก.ค. 65; ตอปรับตีพิมพ์: 3 ก.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 27 ส.ค. 65

Factors Affecting Prevention and Control of Corona Virus 2019 (COVID-19) among Public Health Personnel at Tambon Health Promoting Hospitals, Amnat Charoen Province

Payorm Thongbai*, Aree Butsorn**a

Abstract

This analytical cross-sectional research aimed to examine factors affecting prevention and control of corona virus 2019 (COVID-19) among public health personnel at tambon health promoting hospitals, Amnat Charoen province. Samples were 359 public health personnel performing preventive duties and control of COVID-19 in sub-district health promoting hospitals in Amnat Charoen province. Data were collected using a questionnaire created by the researcher during May 1 and Sep. 30, 2021. The data were analyzed using descriptive and Inferential statistics using stepwise multiple regression analysis. The results showed that factors affecting prevention and control of COVID-19 of public health personnel were: operational support factors, operating position, operating attitude, and organizational support for operations. They variables could jointly explain the variation of factors affecting prevention and control of COVID-19 at 23.1 percent ($R^2=0.231$, $R^2_{adj}=0.222$, $SE_{est}=3.013$, $F=26.60$, $p<0.001$). According to the results of research on prevention and control of COVID-19 of public health personnel at tambon health promoting hospitals, Amnat Charoen province such factors should be taken into account.

Keywords : Infectious disease prevention and control; COVID-19; Public health personnel; Tambon health promoting hospitals; Factor study

* Mueang Amnat Charoen District Public Health Office, Amnat Charoen Province

** College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

a Corresponding author : Aree Butsorn Email : Aree.b@ubu.ac.th

Received: Jun. 18, 22; Revised: Jul. 3, 22; Accepted: Jul. 3, 22; Published Online: Aug. 27, 22

บทนำ

องค์การอนามัยโลกมีประกาศแจ้งเตือนเมื่อเดือนธันวาคม 2562 พบการระบาดของโรคโควิด 19 (Coronavirus disease 2019, COVID-19) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ซาร์ส-โควิ-2 (SARS-CoV-2) ผู้ป่วยจะมีอาการระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ มีไข้ ไอ มีน้ำมูก หายใจลำบาก ในกรณีที่อาการรุนแรงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต กลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ที่อาศัยในพื้นที่ที่มีการระบาด บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่มีอายุ >50 ปี และมีโรคประจำตัว ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน ตั้งครรภ์ หรือผู้สูงอายุ⁽¹⁾ ค้นพบการระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 และได้มีการแพร่ระบาดไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากสถานการณ์การระบาดทั่วโลกมีผู้ป่วย จำนวน 191,712,967 ราย รักษาหาย จำนวน 174,566,334 ราย เสียชีวิต จำนวน 4,112,792 ราย โดย 5 อันดับประเทศที่ติดเชื้อมากที่สุด คือ สหรัฐอเมริกา อินเดีย บราซิล ฝรั่งเศส และรัสเซีย⁽²⁾ สถานการณ์ในประเทศไทยเริ่มมีการระบาดในช่วงเดือน มกราคม 2563 ผู้ป่วยรายแรกที่รับการรักษาในประเทศไทย เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 เป็นนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีน อายุ 61 ปี ที่เดินทางมาจากเมืองอู่ฮั่น และมีการระบาดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ช่วงเดือนธันวาคม 2563 พบการระบาดระลอก 2 ที่จังหวัดสมุทรสาคร และมีการค้นหาผู้ป่วยจึงพบการระบาดในวงกว้างซึ่งพบต้นตอการติดเชื้อมาจากแรงงานต่างด้าวจากประเทศเมียนมา และมีการติดต่อในประเทศขยายวงกว้างจากจังหวัดสมุทรสาครไปยังจังหวัดอื่นๆ การระบาดระลอก 3 (1 เมษายน-20 กรกฎาคม 2564) พบผู้ป่วยติดเชื้อในประเทศไทย จำนวน 397,612 ราย รักษาหาย จำนวน 268,782 ราย เสียชีวิต จำนวน 3,408 ราย เขตสุขภาพที่ 10 ผู้ป่วย จำนวน 5,227 ราย รักษาหาย จำนวน 2,161 ราย เสียชีวิตจำนวน 32 ราย⁽³⁾ จังหวัดอำนาจเจริญ มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อรายแรกในเดือนมีนาคม 2563 มีผู้ป่วยระลอกแรกจำนวน 2 ราย ผู้ป่วยระลอก 2 จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยระลอก 3 จำนวน 443 ราย รักษาหาย จำนวน 140 ราย เสียชีวิตจำนวน 5 ราย อำเภอเมืองอำนาจเจริญ เสียชีวิต 2 ราย อำเภอเสนางคนิคม เสียชีวิต 2 ราย และอำเภอนาเยีย เสียชีวิต 1 ราย⁽⁴⁾

จากบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขที่ป้องกันควบคุมเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ตามมาตรการอย่างเข้มข้นต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่มีการระบาด แต่ยังพบรายงานการป่วย และการติดเชื้อในชุมชน ความไม่ชัดเจนในแนวทางปฏิบัติงาน การคุ้มครองผลกระทบที่อาจเกิดกับชีวิต แนวทางการดูแลสนับสนุนเมื่อได้รับผลกระทบขวัญ และกำลังใจในดำเนินงาน การชดเชยสิ่งต่างๆ เหล่านี้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพวิถีชีวิต เศรษฐกิจ สังคม และที่สำคัญปัจจัยที่หลากหลายส่งผลกระทบต่อดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุข และในจังหวัดอำนาจเจริญ ยังไม่มีความชัดเจนในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อสนับสนุนดำเนินงาน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยใดที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกัน

และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งจะนำความรู้ ทักษะ คุณลักษณะที่พึงประสงค์ ส่งเสริมสนับสนุนปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน โดยจะนำผลจากการศึกษาในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาระดับการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ

2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์

ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติหน้าที่ดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 359 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

เป็นบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติหน้าที่ดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอำนาจเจริญ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- อาสาสมัครสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา หรือมีความประสงค์ไม่ร่วมโครงการ
- ย้ายไปปฏิบัติงานที่อื่น หรือติดตามข้อมูลไม่ได้

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาจากประชากรของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญทุกคน ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อดูความเพียงพอ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy parameter estimated: APE) ซึ่ง Kelly & Maxwell⁽⁵⁾ นำเสนอโดยมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$N_M = \left(\frac{Z_{(1-\alpha)/2}}{w} \right) \left(\frac{1-R^2}{1-R_{xxj}^2} \right) \left(\frac{\chi^2_{(1-\gamma; N-1)}}{N-p-1} \right) + p+1$$

โดยกำหนดให้ :

N_M = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนตัวอย่างที่ได้จากสมการที่ (2) ที่นำเสนอโดย Cohan⁽⁶⁾

P = จำนวนของตัวแปรทำนายใน full model จากการศึกษาของชนิชา ธนิกกุล⁽⁷⁾ เท่ากับ 5 predictors

α = ระดับจุดตัดสินใจสำหรับทดสอบช่วงเชื่อมั่น (0.05)

w = ครึ่งหนึ่งของช่วงเชื่อมั่นของตัวแปรทำนายหลัก

R^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยสำหรับ full model ซึ่งได้จากการศึกษาของ พรณี วัฒราเศรษฐ์ ($R^2=0.526$)⁽¹⁷⁾

R^2_{x-xj} = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นหลักกับตัวแปรต้นอื่น ๆ ($R^2=0.491$)⁽⁷⁾

$\chi^2_{(1-\gamma; N-1)}$ = ค่าไคสแควที่ $1-\gamma$ ของการแจกแจงไคสแควที่มี Degree of freedom(df) เท่ากับ $N-1$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณในฟังก์ชัน APE ของโปรแกรม STATA version 8.2 ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษา จำนวน 179 คน ผู้วิจัยคิดค่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน (Design effect) ที่เกิดจากการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เท่ากับ 2 ดังนั้นจะได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 358 คน ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติหน้าที่ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอำนาจเจริญทุกคน เนื่องจากบุคลากรทั้งหมดมีจำนวน 359 คน ผู้วิจัยจึงเก็บตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด จำนวน 359 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และระบุคำตอบที่ถูกต้อง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบถูกผิด มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ข้อคำถามมีทั้งด้านบวก และด้านลบ แบบสอบถามคะแนนเต็ม 15 คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านทัศนคติในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามมีทั้งด้านบวก และด้านลบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเต็ม 50 คะแนน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยจูงใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 12 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย 3 ระดับ ให้คะแนนเป็น 1-3 คะแนนเต็ม 36 คะแนน

ส่วนที่ 5 ปัจจัยค้ำจุนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 3 ตัวเลือกคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ให้คะแนนเป็น 1-3 คะแนนเต็ม 30 คะแนน

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์การในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 3 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง และน้อย ให้คะแนนเป็น 1-3 คะแนนเต็ม 30 คะแนน

ส่วนที่ 7 การดำเนินงานในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 11 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ให้คะแนนเป็น 1-3 คะแนนเต็ม 33 คะแนน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565 รหัสโครงการ UBU-REC-154/2565 การรักษาความลับข้อมูลกลุ่มตัวอย่างไม่ใช้ข้อมูลที่ระบุตัวตนในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้เฉพาะข้อมูลที่จำเป็นในภาพรวมของการศึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น นอกจากนี้ข้อมูลจะถูกเก็บโดยผู้วิจัย และทำลายทิ้งภายในระยะเวลา 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงบรรยาย ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงคุณภาพ พรรณนาโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงปริมาณ พรรณนาโดยใช้การค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ ผู้วิจัยพรรณนา โดยใช้ค่ามัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75

สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ พร้อมการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 สถิติทดสอบใช้วิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ Multiple linear regression แบบ Stepwise

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.0 มีอายุเฉลี่ย 41.35 ปี (SD=10.429 ปี) สถานภาพสมรส ร้อยละ 58.8 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 87.5 มีค่ามัธยฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 30,000 บาท (P_{25} =8,000 บาท : P_{75} =100,000 บาท) มีตำแหน่งปฏิบัติงานเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 26.7 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2.52 ปี (SD=0.642 ปี) ตามลำดับ

2. ระดับการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ ปัจจัยด้านความรู้อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.05 (SD=1.42) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 12.90-13.20 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 80.00-88.00 ปัจจัยทางทัศนคติ อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.66 (SD=3.57) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 46.29-47.03 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 92.58-94.06 ปัจจัยจิตใจ อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.31 (SD=3.26) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 32.97-33.65 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 91.58-93.47 ปัจจัยค้ำจุน อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.97 (SD=2.50) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 26.58-27.36 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 88.60-91.20 ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.55 (SD=4.91) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 23.04-24.06 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 76.80-80.20 การดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.87 (SD=3.45) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 30.51-31.23 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 92.15-94.64 ตามลำดับ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ การศึกษาปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานที่ละตัวแปร จากการนำตัวแปรทั้งหมด จำนวน 22 ตัวแปร ได้แก่ เพศหญิง อายุ สถานะภาพโสด สถานะภาพสมรส สถานภาพหม้าย อยู่ร้าง และแยกกันอยู่ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรืออนุปริญญา ระดับการศึกษาปริญญาตรี ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุข แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และนักวิชาการทันตสาธารณสุข ประสพการณ์การดำเนินงาน ความรู้ ทักษะคติ แรงจูงใจ การค้าจูน และการสนับสนุนจากองค์กรในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เบื้องต้นกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 17 ตัวแปร คือ เพศหญิง ($r=-0.058$, $p=0.273$) อายุเฉลี่ย 41.35 ($r=0.101$, $p=0.057$) สถานะภาพโสด ($r=0.081$, $p=0.126$) สถานะภาพสมรส ($r=0.059$, $p=0.269$) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ($r=-0.053$, $p=0.313$) สูงกว่าปริญญาตรี ($r=0.051$, $p=0.338$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 33,623.48 ($r=-0.120$, $p=0.023$) ตำแหน่งในการปฏิบัติงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($r=0.127$, $p=0.016$) นักวิชาการสาธารณสุข ($r=0.109$, $p=0.039$) พยาบาลวิชาชีพ ($r=0.081$, $p=0.127$) แพทย์แผนไทย ($r=0.273$, $p<0.001$) ประสพการณ์การดำเนินงาน เฉลี่ย 2.520 ($r=0.162$, $p=0.002$) ปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินงาน ($r=0.117$, $p=0.026$) ปัจจัยด้านทักษะคติต่อการดำเนินงาน ($r=0.274$, $p<0.001$) ปัจจัยด้านการจูงใจต่อการดำเนินงาน ($r=0.279$, $p<0.001$) ปัจจัยด้านการค้าจูนต่อการดำเนินงาน ($r=0.327$, $p<0.001$) และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรในการดำเนินงาน ($r=0.323$, $p<0.001$) ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความสัมพันธ์

4. ปัจจัยทำนายการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ปัจจัยค้าจูน โดยพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 เข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ จำนวน 8 ตัวแปร ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์แผนไทย ประสพการณ์การดำเนินงาน ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้าจูน และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร พบปัจจัยทำนายการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 4 ตัวแปร คือ ปัจจัยค้าจูนเป็นตัวแปรพยากรณ์ตัวแรกที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ ได้ร้อยละ 10.7 ($R^2=0.107$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์อีก 1 ตัว คือ ตำแหน่งแพทย์แผนไทย พบค่าสัมประสิทธิ์

ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ ได้ร้อยละ 18.1 ($R^2=0.181$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ ปัจจัยด้านทัศนคติ พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ ได้ร้อยละ 21.3 ($R^2=0.213$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ ได้ร้อยละ 23.1 ($R^2=0.231$) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ ได้ร้อยละ 23.1 ($R^2=0.231$ $R^2_{adj}=0.222$, $SE_{est}=3.013$, $F=26.607$, $p<0.001$) ตามลำดับ

5. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ ปัจจัยค่าจุน เป็นตัวแปรพยากรณ์ตัวแรกที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงาน ได้ร้อยละ 10.7 ($R^2=0.107$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์อีก 1 ตัว คือ ตำแหน่งแพทย์แผนไทย พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงาน ได้ร้อยละ 18.1 ($R^2=0.181$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ ปัจจัยด้านทัศนคติ พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงาน ได้ร้อยละ 21.3 ($R^2=0.213$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงาน ได้ร้อยละ 23.1 ($R^2=0.231$) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ ได้ร้อยละ 23.1 ($R^2=0.231$ $R^2_{adj}=0.222$, $SE_{est}=3.013$, $F=26.607$, $p<0.001$) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ (n=359)

ตัวแปรพยากรณ์	สัมประสิทธิ์ถดถอย		R ²	R ² _{adj}	Sr ²	R ² change
	B	β				
ปัจจัยคำจูงต่อการดำเนินงาน	0.169	0.185	0.107	0.105	3.265	0.107
ตำแหน่งแพทย์แผนไทย	-3.525	0.265	0.181	0.176	3.131	0.074
ทัศนคติต่อการดำเนินงาน	0.158	0.164	0.213	0.206	3.074	0.032
ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร	0.116	0.165	0.231	0.222	3.043	0.018
Constant = 16.446, R ² = 0.231, R ² _{adj} = 0.222, SEest = 3.013, F = 26.607, p<0.001						

อภิปรายผล

ระดับการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากร อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากการกำหนดนโยบาย บทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงาน ที่มีการสนับสนุนงบประมาณ การเพิ่มทักษะของบุคลากร การได้รับความมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุการจัดการ และการบริหารองค์การจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่ควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการพัฒนาคนให้เหมาะสมกับภาระงาน สร้างโอกาสให้มีการทำงานเป็นทีม และให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผนการทำงาน พบว่า บุคลากรสำนักงานอธิการบดีให้ความสำคัญ โดยรวมเกี่ยวกับปัจจัยจิตใจ หรือปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นในการปฏิบัติงานด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก มีความภาคภูมิใจในความสำเร็จของงานที่ปฏิบัติมากที่สุด เป็นเพราะบุคลากรสำนักงานอธิการบดี สนใจความสำเร็จของงาน และมีความต้องการที่จะปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จสูงสุด อันนำมาซึ่งความภาคภูมิใจในความสำเร็จในการปฏิบัติงานของตนเอง ส่งผลให้ภาพรวมด้านความสำเร็จของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก⁽⁸⁾

ปัจจัยที่มีการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ มีทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ ปัจจัยคำจูงต่อการดำเนินงาน ปัจจัยด้านตำแหน่งการดำเนินงาน ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยด้านการสนับสนุนองค์กร สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

การคำจูงในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ได้รับการดูแลสวัสดิการที่เหมาะสม มีการกำหนดนโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ ในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรค

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ชัดเจน การได้รับสวัสดิการพื้นฐาน และเพิ่มเติมตามความเหมาะสม ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานที่ดีคอยสนับสนุนให้เกิดความสุขในการทำงานส่งเสริมประสิทธิภาพในการทำงาน รวมถึงสภาพแวดล้อมในการทำงานทั่วไปที่ดีส่งผลให้การปฏิบัติงานได้ดีเพิ่มมากขึ้น ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นเงินเดือน และสวัสดิการที่เหมาะสม ด้านการปกครองบังคับบัญชา ด้านสภาพการทำงาน ด้านสถานภาพของวิชาชีพ ด้านความมั่นคงในการดำเนินงาน และด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ที่สนับสนุนให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ปัจจัยการคำนวณของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา ส่วนใหญ่มีภาพรวมของคะแนนปัจจัยการคำนวณ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.42$, $SD=0.41$) โดยมีคะแนนด้านเงินเดือน และสวัสดิการ ด้านการปกครองบังคับบัญชา ด้านสภาพการทำงาน ด้านสถานภาพของวิชาชีพ ด้านความมั่นคงในการดำเนินงาน และด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ ระหว่าง 2.71-3.56) ยกเว้น ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านนโยบาย และการบริหารงาน ที่อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.91$, $SD=0.72$; $\bar{X}=3.73$, $SD=0.59$ ตามลำดับ) ปัจจัยคำนวณ ประกอบด้วยค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ในทีม การบังคับบัญชา นโยบาย และการบริหาร สภาพของการปฏิบัติงาน สถานภาพทางวิชาชีพ ความมั่นคงในการทำงาน และชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคล⁽⁹⁾ ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับแรงจูงใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.62 ($SD=0.53$) มีแรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจ และแรงจูงใจด้านปัจจัยคำนวณ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.78 ($SD=0.49$) และค่าเฉลี่ย 3.53 ($SD=0.59$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านลักษณะของงาน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.07 ($SD=0.57$) รองลงมา คือ ด้านความรับผิดชอบ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.96 ($SD=0.56$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด คือ ด้านเงินเดือน และค่าตอบแทน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.93 ($SD=0.79$) รองลงมา คือ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.33 ($SD=0.72$)⁽¹⁰⁾

ปัจจัยด้านตำแหน่งในการดำเนินงาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ ความสำเร็จในงาน ตำแหน่งงาน ความรับผิดชอบในงาน และสถานภาพในการทำงานนั้น ถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งหากได้มีการพัฒนาแรงจูงใจในการทำงานให้มีความสมบูรณ์ชัดเจน ย่อมส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ตำแหน่งงาน ถือเป็นแรงจูงใจในการทำงานที่มีความสำคัญต่อองค์การในระดับมากที่สุด ($B=1.201$) เนื่องจากตำแหน่งงานเป็นแรงจูงใจแก่บุคลากรในการปฏิบัติงาน การดำรงตำแหน่งหน้าที่ที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ

ผู้บังคับบัญชาให้การสนับสนุนความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ได้รับความยุติธรรมเสมอภาคให้เกิดความมั่นคงในหน้าที่การงานในการดำรงชีวิต ย่อมส่งผลให้บุคลากรมีความมุ่งมั่นตั้งใจปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ⁽¹¹⁾ ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น พบว่า ความรู้เกี่ยวกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยสนับสนุนอยู่ในระดับสูง ปัจจัยการปฏิบัติตามบทบาทตามตำแหน่งเกี่ยวกับการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์อยู่ในระดับมาก การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์อยู่ในระดับมาก การมีส่วนร่วมการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 4 ชั้น ปัจจัยสนับสนุน ระดับการศึกษา และความรู้ สามารถทำนายผลการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในระดับสูง⁽¹²⁾

ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทัศนคติ คือ ระดับของ ความรู้สึก ที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตใจของบุคคลที่มีต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อันเป็นผลมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม หรือแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปแบบของการสนับสนุน หรือคัดค้านก็ได้ ทัศนคติด้านลบและด้านบวกต่อเรื่องนั้นๆ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ได้รับรู้มา ทัศนคติต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาปริญญาโท มหาวิทยาลัยรามคำแหง พบว่า ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับทัศนคติต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาปริญญาโท มหาวิทยาลัยรามคำแหง โดยภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรม และด้านความรู้สึก ผลการเปรียบเทียบทัศนคติต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาปริญญาโท มหาวิทยาลัยรามคำแหง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส และอาชีพ สามารถสรุปได้ว่า เพศ อายุ และสถานภาพการสมรสต่างกัน ทำให้ทัศนคติต่างกัน ส่วนนักศึกษาปริญญาโท มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่มีอาชีพต่างกันทำให้ทัศนคติไม่ต่างกัน⁽¹³⁾ ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมในช่วงสภาวะวิกฤติการเกิดโรคระบาดไวรัสโควิด-19 ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพดำเนินงานของวิศวกรชีวการแพทย์ ในด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคระบาดไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับความคิดเห็นที่มาก และในด้านพฤติกรรมดำเนินงานในช่วงสภาวะวิกฤติการเกิดโรคระบาดไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับความคิดเห็นที่มากที่สุด ในการวิเคราะห์ประสิทธิภาพดำเนินงานมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้ว พบว่า ทั้งในด้านความสำเร็จของงาน และคุณภาพของงาน มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับที่มากที่สุดทั้งสองด้าน⁽¹⁴⁾ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นขั้นตอน โดยความรู้ที่ดี

และทัศนคติเชิงบวกของบุคคลย่อมนำไปสู่พฤติกรรม และการปฏิบัติที่ดีที่สุดในด้านทัศนคติกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ร้อยละ 83 มั่นใจว่าในที่สุดแล้วโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 จะถูกควบคุมได้ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.70 เชื่อมั่นว่าประเทศไทยจะสามารถเอาชนะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ได้ในที่สุดอาจเป็นเพราะศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ได้ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนครอบคลุมทุกด้านในทุกวัน และได้เน้นย้ำให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อการทำงานของรัฐบาลที่พยายามควบคุมการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 จึงทำให้ประชาชนมีทัศนคติทางบวกต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ระดับการศึกษาความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ($r=0.10, 0.18$ และ 0.16 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าประชาชนที่มีการศึกษาดี ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ระดับมาก และทัศนคติที่ต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 จะมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 มากขึ้นด้วย⁽¹⁵⁾ ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดไทยในงานสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า นักกายภาพบำบัดโดยส่วนมากมีทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก และเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับนักกายภาพบำบัด และนักกายภาพบำบัด ควรมีความรู้ และบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ นักกายภาพบำบัดที่เคยอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับหลักการสร้างเสริมสุขภาพมีทัศนคติ และการปฏิบัติสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยเข้าร่วมอบรม⁽¹⁶⁾

ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์การในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ การสนับสนุนจากหน่วยงานต้นสังกัด มีความสำคัญต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน ซึ่งหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนดูแลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลแม่ข่าย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำเป็นต้องดูแลสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ความเพียงพอของจำนวนดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการสนับสนุนขององค์กร ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านเวลาจึงส่งผลทางบวกต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งด้านสุขภาพกาย และกำลังใจทำให้บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ และเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน การประกาศนโยบายการทำงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ชัดเจนมีอิทธิพลต่อดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุข โดยปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวกำหนดให้บุคคลปฏิบัติงานตามหน้าที่ในระดับที่ต่างกัน เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีขวัญกำลังใจ และศักยภาพในการทำงานคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม ปัจจัยการบริหารของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตการทำงานพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง และประสบการณ์การทำงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปัจจุบัน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p>0.05$) ปัจจัยการบริหาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในระดับสูง ($r=0.73$) ปัจจัยการบริหาร ด้านการบริหารจัดการ และด้านลักษณะงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ในระดับปานกลาง ($r=0.66$ และ 0.54) ตามลำดับ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) กับคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับสูง ($r=0.75$) โดยปัจจัยสิ่งแวดล้อม ด้านสถานที่ ด้านคน ด้านระบบการทำงาน และด้านวัฒนธรรมองค์กร มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ในระดับปานกลาง ($r=0.52, 0.68, 0.69$ และ 0.60) ตามลำดับ ในการสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานให้แก่บุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีข้อเสนอว่าควรปรับปรุง หรือสร้างสภาพแวดล้อมของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ดีขึ้น พิจารณาเพิ่มเกลียวอัตรากำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้เหมาะสมขึ้น และควรจัดอบรมส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ได้เพิ่มพูนความรู้ในการทำงานเพิ่มขึ้น ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตามแนวทางทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเครือข่ายระดับตำบล อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสนับสนุนการปฏิบัติงานขององค์กรรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50)⁽¹⁷⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานตามมาตรฐานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยด้านสนับสนุนจากองค์กร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช ส่วนใหญ่ มีปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรในภาพรวมในการดำเนินงาน ด้านระบาดวิทยาอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 54.90 รองลงมาคือ ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 44.40 เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า มีปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรด้านบริหารจัดการ และด้านวัสดุอุปกรณ์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.89, SD=0.68$; $\bar{X}=3.80, SD=0.65$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านบุคลากร และด้านงบประมาณมีอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.40, SD=0.55$; $\bar{X}=3.28, SD=0.59$ ตามลำดับ)⁽⁹⁾

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นตัวแปรพยากรณ์

ตัวแรกที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลแม่ข่าย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำเป็นต้องดูแลสนับสนุนควรให้การสนับสนุนให้ได้รับการดูแลสวัสดิการที่เหมาะสม มีการกำหนดนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ชัดเจน มีการชี้แจงนโยบาย การดำเนินงาน ให้เห็นแนวทางการดำเนินงาน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานที่ชัดเจน การได้รับสวัสดิการพื้นฐาน และเพิ่มเติมตามความเหมาะสม ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานที่ดีคอยสนับสนุน ให้เกิดความสุขในการทำงานส่งเสริมประสิทธิภาพในการทำงาน รวมถึงสภาพแวดล้อมในการทำงานทั่วไปที่ดี ส่งผลให้การปฏิบัติงานได้ดีเพิ่มมากขึ้น ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นเงินเดือน และสวัสดิการที่เหมาะสม ด้านการปกครองบังคับบัญชา ด้านสภาพการทำงาน ด้านสถานภาพของวิชาชีพ ด้านความมั่นคง ในการดำเนินงาน และด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพต่อไป

จากการศึกษารายชื่อของ พบว่า การมีความพึงพอใจกับค่าตอบแทนในปัจจุบัน การได้รับ ค่าเสี่ยงภัยในการดำเนินงานควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามความเหมาะสม และการได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลในฐานะบุคลากรการแพทย์ และสาธารณสุขอย่างเพียงพอหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง จึงควรให้การสนับสนุนประเด็นดังกล่าวเพิ่มเติม

ด้านตำแหน่งงาน เมื่อมีการกำหนดโครงสร้างหน่วยงานแล้วผู้บังคับบัญชาควรพิจารณาตำแหน่งงาน ที่เหมาะสมกับคุณสมบัติความรู้ความสามารถของบุคลากรนั้น และส่งเสริม สนับสนุนให้เลื่อนตำแหน่ง ในระดับสูงขึ้น

ด้านความรับผิดชอบในงาน ผู้บังคับบัญชาควรให้คำแนะนำปรึกษา และชี้แจงเกี่ยวกับงานในหน้าที่ รับผิดชอบที่ต้องปฏิบัติให้ชัดเจน เพื่อบุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสำเร็จ ตามกำหนดเวลา

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติงาน

1. ควรมีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานให้ชัดเจนในการพัฒนาคนให้เหมาะสมกับภาระงาน สร้างโอกาสให้มีการทำงานเป็นทีม และให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผนการทำงาน
2. ควรสร้างแรงจูงใจ และขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน
3. สนับสนุนงบประมาณในการเพิ่มทักษะของบุคลากร การได้รับความมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาค ส่วนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุการจัดการ และการบริหารองค์การจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ควรมีนโยบายที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการพัฒนาแบบการดำเนินงานของของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการสนับสนุนการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุข

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และสามารถใช้เป็นรูปแบบในการดำเนินงานในพื้นที่อื่นต่อไป

2. ควรศึกษาการนำนวัตกรรมเพื่อใช้ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถเลือกใช้นวัตกรรมได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิ.ย. 30]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
2. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ก.ค. 17]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65>
3. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ Covid 19 อัปเดตรายวัน พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ก.ค. 17]. เข้าถึงได้จาก: http://dvisddc.moph.go.th/t/satcovid/views/SATCOVIDDashboard/dashtiles?:showAppBanner=false&display_count=n&showVizHome=n&origin=viz_share_link&isGuestRedirectFromVizportal=y&embed=y
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ก.ค. 17]. เข้าถึงได้จาก: http://www.amno.moph.go.th/amno_new
5. Ken Kelley and Scott E. Maxwell. Sample Size for Multiple Regression: Obtaining Regression Coefficients that Are Accurate, Not Simply Significant. *Psychological Methods*. 2003; 8(3):305-21.
6. Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavior sciences*. 2nd ed. Hillsdale Austria: Lawrence Erlbaum; 1988.
7. ชนิชา ธนิกกุล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดสมุทรสงคราม. [วิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2550.
8. นิดา ประพฤติธรรม. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. *วารสารบริหารธุรกิจ*. 2563; 2(1):58-80.

9. บุญประจักษ์ จันทรวิน, ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานตามมาตรฐานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ. 2559; 3(1):45-55.
10. สิริสา เทียมทัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
11. นลพรรณ บุญฤทธิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสาธารณะ] ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
12. ศิริชัย ชาตินองทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จังหวัดหนองคาย. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2555.
13. กนกวรรณ ข.เจริญยิ่ง. ทัศนคติต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการบัญชี]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2563.
14. นงลักษณ์ ทองไทย, อรไท ชั่วเจริญ. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในช่วงสภาวะวิกฤติการเกิดโรคระบาดไวรัสโควิด-19 ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของวิศวกรชีวการแพทย์. [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2563.
15. ณัฐวรรณ คำแสน. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า. 2564; 1(1):33-48
16. ลลิตา พรหมปั้น. ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดไทยในงานสร้างเสริมสุขภาพ. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพ]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
17. พรณี วัตรเศรษฐ์. คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2561; 29(1):47-65.

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี

นภยา ขุนแก้ว*, อารี บุตรสอน**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จ.อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จ.อุบลราชธานี จำนวน 376 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นระหว่างวันที่ 1 มิ.ย. 2564 ถึง 30 เม.ย. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 ใช้สถิติเชิงอนุมานในการหาปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอสม. จ.อุบลราชธานี มีทั้งหมด 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอสม. ปัจจัยจูงใจการมีบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุน ได้รับการยกย่องจากชุมชน ผู้นำ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลังการปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานเพิ่มองค์รู้เพิ่มความมั่นใจ รวมถึงการได้รับความไว้วางใจจากชุมชนในการเป็นแกนนำปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอสม. โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับได้ร้อยละ 11.40 ($R^2=0.114$, $R^2_{adj}=0.102$, $SE_{est}=3.59$, $F=9.540$, $p<0.001$) ผลการวิจัยนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ขับเคลื่อนผ่านการดำเนินงานในพื้นที่ พร้อมทั้งการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สามารถสนับสนุนได้ทั้งงบประมาณและจัดการระบบสุขภาพซึ่งจะนำไปทำให้เกิดนวัตกรรมในชุมชนสามารถตรวจการก่อเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนได้ สามารถเป็นพื้นที่ต้นแบบขยายต่อไปสู่พื้นที่อื่นได้ต่อไป

คำสำคัญ : การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; ปัจจัยทำนาย

* ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 10 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

** วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

^a Corresponding author : อารี บุตรสอน Email : Aree.b@ubu.ac.th

รับบทความ: 24 มิ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 10 ก.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 10 ก.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 27 ส.ค. 65

Factors Predicting the Opisthorchiasis Prevention and Control among Village Health Volunteers in Ubon Ratchathani Province

Nattaya Khunkeaw^{*}, Aree Butsorn^{**a}

Abstract

This analytical cross-sectional research aimed to examine factors predicting prevention and control of liver fluke disease among village health volunteers (VHV), Ubon Ratchathani province. The samples were 374 VHV from Ubon Ratchathani province. The data were collected using a questionnaire created by the researcher during June 1, 2021 and April 30, 2022, and analyzed using descriptive and inferential statistics using multiple regression analysis. The results showed that factors influencing prevention and control of liver fluke disease among VHV included 5 factors: personal factors, supports from their organizations, supports from their families, getting work recognitions from their communities, leaders, and public health professionals, whether they have received training for their works including receiving trusts from their communities to work as leaders in the prevention and control of liver fluke disease. These factors could jointly explain the variation of factors affecting the prevention and control of liver fluke disease among VHV at 11.40 percent ($R^2=0.114$, $R^2_{adj}=0.102$, $SE_{est}=3.59$, $F=9.540$, $p<0.001$). The findings could lead to the development of a model for controlling and preventing liver Fluke disease using partners' participations from all sectors with supports from local governments in budget and management of the sanitation system. These would lead to innovations in the community that can cut the cycle of liver fluke disease in the community and can be expanded to other areas.

Keywords : Liver fluke prevention and control; Village health volunteers; Factor study

^{*} 10th Health Service Support Center, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health

^{**} College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

^a Corresponding author : Aree Butsorn Email : Aree.b@ubu.ac.th

Received: Jun. 24, 22; Revised: Jul. 10, 22; Accepted: Jul. 10, 22; Published Online: Aug. 27, 22

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้รับรองว่าโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนและยังได้รับการรับรองว่าการเป็นพยาธิใบไม้ตับเรื้อรังหรือมีการติดเชื้อซ้ำบ่อยๆในระยะยาวจะเป็นสารก่อมะเร็ง เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้จากการสำรวจสถานการณ์ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งพบที่มีความชุกตลอดจากอดีตจนถึงปัจจุบันนี้ จากโรคพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* ปี พ.ศ.2559-2561 พบผู้ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับไม่น้อยกว่า 6 ล้านคน ซึ่งผู้ที่ติดเชื้อนี้ส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุก หรือสุกๆ ดิบๆ ที่ทำมาจากปลาเกล็ดขาวกลุ่มปลาวงศ์ตะเพียนซึ่งนิยมรับประทานกันมากตามแถบชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ จึงนำไปสู่การที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2559-2568 และได้จัดทำโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในปีพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา เพื่อกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่เสี่ยงสูงของประเทศ⁽¹⁾ และในปี พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการบูรณาการพัฒนาศูนย์เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ร่วมกับภาคีเครือข่ายดูแลระบบสุขภาพบริหารจัดการสิ่งปฏิภูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ เพื่อจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิภูลในทุกพื้นที่ผ่านเทศบาล/อบต. เชื่อมโยงการจัดการเรียนการสอนและสนับสนุนให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในเด็กเยาวชน อาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชน รณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัยอย่างต่อเนื่องในพื้นที่⁽²⁾

แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีต้องอาศัยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและท่อน้ำดีตามแนวทางการดำเนินงาน 5 มาตรการที่สำคัญของทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีและสร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมของประชาชน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญในการเป็นบุคคลต้นแบบสามารถถ่ายทอดความรู้และให้คำแนะนำประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้ทั้งที่เป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือผ่านการใช้เครื่องมือการสื่อสารแอปพลิเคชัน ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขโดยการพัฒนาและยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) จำนวนกว่า 1,040,000 คน โดยให้ความรู้เรื่องการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ ซึ่งได้แก่โรคพยาธิ

ใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่เสี่ยงสูง 29 จังหวัด ให้มีศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี สามารถคัดกรอง ค้นหา ผู้ป่วยในระยะแรก ส่งต่อให้สถานบริการ ทั้งนี้เพื่อช่วยลดความแออัด ลดภาวะแทรกซ้อน และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้⁽³⁾

ในการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 10 รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2564 ประเด็นปัญหาของพื้นที่ (Area based) การป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้สรุปปัญหาในการดำเนินงานมีความเกี่ยวข้องกับภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนการติดตามความต่อเนื่องและความยั่งยืนค่อนข้างทำได้ยาก⁽⁴⁾ จากปัญหาดังกล่าวอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นภาคีเครือข่ายส่วนของประชาชนจิตอาสาในชุมชนที่มีบทบาทสำคัญมากในการเป็นแกนนำป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี และเป็นปัญหาสำคัญและมีความรุนแรงอย่างมากก่อให้เกิดความเสียหายทางด้านเศรษฐกิจ สังคม คุณภาพชีวิต และส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ สืบเนื่องจากช่วงอายุของผู้ป่วยจัดอยู่ในช่วง 45-55 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานที่เป็นเสาหลักในการทำงานเพื่อดูแลครอบครัว กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องเร่งรณรงค์ควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อลดอัตราความชุกการติดเชื้อลดอัตราอุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอีกทั้งลดการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ดับซึ่งนโยบายยังไม่ชัดเจนในบทบาทของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับ แนวทางการแก้ไขในพื้นที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จและระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องไม่ชัดเจน ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมาย ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี

คำถามการวิจัย ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนอาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ สามารถทำนายการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. ปัจจัยด้านความรู้ ด้านทัศนคติ ปัจจัยจิตใจ ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กร ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับ สามารถทำนายการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพและระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ ด้านความพยายามในการทำงาน ประกอบด้วย ปัจจัยเชิงใจได้แก่ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ด้านความรับผิดชอบ และด้านลักษณะของงาน ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ด้านค่าตอบแทน ด้านนโยบายและกฎระเบียบด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยความรู้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร ได้แก่ ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการใช้เวลา ด้านจิตวิทยา และสังคม การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 34,681 คน ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดของตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy parameter estimated: AIPE) ซึ่ง Kelly & Maxwell⁽⁵⁾ นำเสนอโดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N_M = \left(\frac{Z_{(1-\alpha)/2}}{w} \right) \left(\frac{1-R^2}{1-R_{xxj}^2} \right) \left(\frac{\chi_{(1-\gamma; N-1)}^2}{N-p-1} \right) + p + 1$$

โดยกำหนดให้ :

N_M = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนตัวอย่างที่ได้จากสมการที่ (2) ที่นำเสนอโดย Cohan

P = จำนวนของตัวแปรทำนายใน full model จากการศึกษาก่อนหน้า สามสี่ เท่ากับ 3 Predictors

α = ระดับจุดตัดสินใจสำหรับทดสอบช่วงเชื่อมั่น (0.05)

w = ครึ่งหนึ่งของช่วงเชื่อมั่นของตัวแปรทำนายหลัก

R^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยสำหรับ full model ซึ่งได้จากการศึกษาของอำพล สามสี่ ที่ได้ค่า $R^2=0.082^{(6)}$

R^2_{x-xj} = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นหลักกับตัวแปรต้นอื่นๆ ($R^2=0.045$)

$\chi^2_{(1-\gamma; N-1)}$ = คอเทโลที่ $1-\gamma$ ของการแจกแจง ไครสแควร์มีองศาแห่งความอิสระ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณในฟังก์ชัน APE ของโปรแกรม STATA version 10 ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการผลการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 187 คน ผู้วิจัยคิดค่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน (Design effect) เท่ากับ 2 จะได้ขนาดตัวอย่าง 374 คน ผู้วิจัยจึงขอเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 374 คน ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เริ่มจากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยจังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวน 25 อำเภอ แบ่งเป็น 4 โซน สุ่มเลือก 1 อำเภอต่อ 1 โซนคือ โซนที่ 1 ได้อำเภอเขื่องใน โซนที่ 2 ได้อำเภอโขงเจียม โซนที่ 3 ได้อำเภอโพธิ์ไทร และโซนที่ 4 ได้อำเภอนาจะหลวย จากนั้น สุ่มเลือก 1 ตำบล ต่อ 1 อำเภอ คือ อำเภอเขื่องใน ได้ตำบลนาคำใหญ่ อำเภอโขงเจียม ได้ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโพธิ์ไทร ได้ตำบลสองคอน อำเภอนาจะหลวย ได้ตำบลสกกแสง จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบลตามสัดส่วนของจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมดเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 376 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านทัศนคติในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Likert scale)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ด้านความรับผิดชอบ ด้านลักษณะของงาน จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Likert scale) มี 3 ตัวเลือก

ส่วนที่ 5 ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ ค่าตอบแทน นโยบายและกฎระเบียบ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Likert scale) มี 3 ตัวเลือก

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านเวลา จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า (Likert scale) มี 3 ตัวเลือก

ส่วนที่ 7 การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 ข้อโดยคำถามเป็นแบบอัตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 3 ตัวเลือก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบเครื่องมือ ดังนี้ นำมาหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่น และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) พบว่า มีคะแนน IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่จังหวัดศรีสะเกษ หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในด้านทัศนคติ เท่ากับ 0.84 ปัจจัยจิตใจ เท่ากับ 0.84 ปัจจัยค่าเงิน เท่ากับ 0.82 ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร เท่ากับ 0.76 และ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ในด้านความรู้ เท่ากับ 0.80 และการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0.88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรม และจรรยาบรรณนักวิจัย จึงมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีเมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565 (รหัสหนังสือรับรอง UBU REC 153/2564) ทั้งนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยระบุข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด การรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้รหัสแทนการใช้ชื่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนานาด้วยจำนวนการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 หาความสัมพันธ์ของตัวแปรกับการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี พร้อมการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 สถิติทดสอบใช้วิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ Multiple linear regression แบบ Stepwise

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.40 มีอายุเฉลี่ย 48 ปี (SD=7.57 ปี) สถานะภาพสมรสร้อยละ 80.3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 43.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 90.7 มีมีฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 6,750 บาท ($P_{25}=6,000$ บาท : $P_{75}=7,500$ บาท) และประสบการณ์การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ค่าเฉลี่ย 7 ปี (SD=2.82 ปี)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี โดยพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 เข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ จำนวน 12 ตัวแปร ได้แก่ เพศหญิง อายุ สถานะโสด สถานะสมรส ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย รายได้ครัวเรือน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยค่าเงินในการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ พบปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 5 ตัวแปรคือ การสนับสนุนจากองค์กรในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นตัวแปรพยากรณ์ตัวแรกที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 5 ($R^2=0.050$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์อีก 1 ตัว คือ ด้านสถานภาพสมรส พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 7.7 ($R^2=0.077$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ ปัจจัยจูงใจการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 9 ($R^2=0.09$) เมื่อเพิ่ม

ตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ ปัจจัยด้านอายุพบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 10.4 ($R^2=0.104$) และเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ ปัจจัยด้านการศึกษาระดับประถมศึกษาพบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 11.40 โดยสรุปพบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี มีทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ การสนับสนุนจากองค์กรในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สถานะสมรส ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุ และระดับการศึกษาประถมศึกษาสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 11.40 ($R^2=0.114$, $R^2_{adj}=0.102$, $SE_{est}=3.59$, $F=9.540$, $p<0.001$) ตามลำดับรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยวิเคราะห์อำนาจการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี (n=376)

ตัวแปรพยากรณ์	สัมประสิทธิ์ถดถอย		R^2	R^2_{adj}	Sr^2	R^2 change
	B	β				
การสนับสนุนจากองค์กร	0.351	0.197	0.050	0.047	3.707	0.050
สถานะสมรส	1.448	0.152	0.077	0.072	3.659	0.027
ปัจจัยจูงใจ	0.301	0.132	0.090	0.083	3.638	0.013
อายุ	0.092	0.184	0.104	0.094	3.615	0.014
ประถมศึกษา	-1.081	-0.121	0.114	0.102	3.599	0.011
Constant = 16.771, $R^2=0.114$, $R^2_{adj}=0.102$, $SE_{est}=3.59$ $F= 9.540$, $p<0.001$						

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี มีทั้งหมด 5 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปัจจัยด้านสถานะสมรส ปัจจัยสูงในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปัจจัยด้านอายุ ปัจจัยด้านระดับการศึกษาประถมศึกษา สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการใช้เวลา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พนม นพพันธ์ และธรรมศักดิ์ สายแก้ว⁽⁷⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับการสนับสนุน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมดได้รับงบประมาณในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากเทศบาลเมืองปทุมธานี (ร้อยละ 100) สำหรับจำนวนงบประมาณในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน ส่วนใหญ่รับงบประมาณหมู่บ้าน จำนวน 15,000 บาทขึ้นไปต่อปี ร้อยละ 42.85 โดยได้รับงบประมาณต่ำสุด 5,000 บาท ต่อปี สูงที่สุด 100,000 บาท ต่อปี ได้รับงบประมาณเฉลี่ย 4,309.37 บาทต่อปี ในเรื่องความเพียงพอของงบประมาณที่ได้รับพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานร้อยละ 61 มีความเพียงพอ ร้อยละ 39⁽⁶⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตามแนวทางทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเครือข่ายระดับตำบล อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านสนับสนุนการปฏิบัติงานรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.50

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี โดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนจะเป็นประชาชนในพื้นที่ที่มีจิตอาสาและเป็นตัวอย่างในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวและเพื่อนบ้านในชุมชน โดยส่วนมากจึงเป็นประชาชนที่มีครอบครัวมีการสมรสและมีคู่สมรสในการสนับสนุนส่งเสริมในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ พนม นพพันธ์ และธรรมศักดิ์ สายแก้ว⁽⁷⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่

มีสถานภาพคู่มือหรือสมรสรแล้ว ร้อยละ 86.41 รองลงมาไม่มีสถานภาพสมรสรแล้ว ร้อยละ 6.27 และต่ำสุดสถานภาพสมรสร หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 7.31⁽⁶⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตามแนวทางทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเครือข่ายระดับตำบล อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสร้อยละ 77.7

ปัจจัยจิตใจ ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี โดยปัจจัยจิตใจ ได้แก่ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ด้านความรับผิดชอบ และด้านลักษณะของงาน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง⁽⁸⁾ ได้ทำการศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับมาก ($\bar{X}=4.47$, $SD=0.45$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานได้แก่ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ($r=0.69$) ความก้าวหน้า ($r=0.64$) การได้รับการยอมรับนับถือ ($r=0.62$) ความสัมพันธ์ในการทำงาน ($r=0.60$) และ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ($r=0.55$) และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าค่าตอบแทนและสวัสดิการ ความก้าวหน้าและการได้รับการยอมรับนับถือ สามารถร่วมกันทำนายแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม.ได้ร้อยละ 58.6 การศึกษานี้แสดงถึงความสำคัญของการส่งเสริมในเรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการและความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ อสม.มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพประชาชนของ อสม.ให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น⁽⁹⁾ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า การได้รับสิ่งสนับสนุนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.35$, $SD=0.36$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ได้แก่ การได้รับการนิเทศ ($r=0.244$, $p=0.001$) การฝึกอบรม ($r=0.208$, $P=0.007$) และการมีส่วนร่วมของชุมชน ($r=0.158$, $p=0.040$)⁽¹⁰⁾ ผลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ในด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิ ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนางแล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ทั้งก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม ร้อยละ 52.1 และ 64.2 ตามลำดับซึ่งแสดงให้เห็นถึงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคหนองพยาธิที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ดียิ่งแล้ว

อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอายุเป็นตัวบ่งชี้ให้เห็นการมีประสบการณ์การทำงานที่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ชมพูนุช สุภาพวานิช และคณะ⁽⁹⁾ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนราธิวาส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 31-50 ปี (ร้อยละ 69.8) อายุเฉลี่ย 42.85 ปี⁽⁷⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 59.23 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 50- 59 ปี ร้อยละ 23.34 ช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 15.67 และอายุต่ำสุดที่พบคือ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.74 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.17⁽⁶⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตามแนวทางทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเครือข่ายระดับตำบลอำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่าอายุเฉลี่ย 44.89 ปี

ปัจจัยด้านระดับการศึกษาประถมศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อำพิกา คันทาใจ และคณะ⁽¹¹⁾ เรื่องผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมาเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 40 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽⁷⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาพบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 69.33 รองลงมาจบ มัธยมศึกษา ร้อยละ 28.22 และต่ำสุดคือสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 2.43⁽⁶⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตามแนวทางทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเครือข่ายระดับตำบล อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่า สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.2

สรุปและข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงาน

1. หน่วยงานควรมีแนวทางการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ชัดเจน เข้าถึง เข้าใจ และนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานได้เข้าใจง่าย

2. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ
3. การสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ควรได้รับการสนับสนุนจากเทศบาลองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรเอกชนอื่นในพื้นที่ จะช่วยให้การดำเนินงานของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัย

1. มีการติดตามประเมินผลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการกำกับติดตามพร้อมสนับสนุนองค์ความรู้แนวทางการทำงานอย่างต่อเนื่อง
2. ค้นข้อมูลสู่ชุมชนให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อผลักดันให้เกิดมาตรการควบคุมและป้องกันในชุมชน โดยขับเคลื่อนผ่านกลไก คณะกรรมการหมู่บ้าน พชต. พชอ. เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองและใช้ศักยภาพชุมชนในการลดโรคแก้ไขปัญหา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับพื้นที่ ประจำปี 2564 ภายใต้แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี พ.ศ. (2561-2580) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 เม.ย. 15] เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/dsp/>
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับพื้นที่ ประจำปี 2564 ภายใต้แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580). กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
3. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม. หมอประจำบ้าน ด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดี. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 10 รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2564 ประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (Area Based) การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. อุบลราชธานี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10; 2564.
5. Kelley K, Maxwell SE. Sample size for multiple regression: obtaining regression coefficients that are accurate, not simply significant. Psychol Methods. 2003 Sep;8(3):305-21. doi: 10.1037/1082-989X.8.3.305.
6. อำพล สามสี. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตามแนวทางทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเครือข่ายระดับตำบล อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี. [วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2559.

7. พนม นพพันธุ์, ธรรมศักดิ์ สายแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2559; 1(1): 39-62.
8. จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ, ยุคนธ์ เมืองช้าง. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2562; 25(3):60-70.
9. ชมพูนุช สุภาพวานิช, อิมรอน วาเต๊ะ, กมลวรรณ วณิชชานนท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนราธิวาส. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2563; 12(2): 34-50.
10. วชิระพงษ์ เรือนคำ. ผลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่. 2557;6(3): 40-60.
11. อำพิกา คันทาใจ, เดชา ทำดี, ศิวพร อังวัฒนา. เรื่องผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563; 31(1): 2673-93.

ความเครียดในการเรียนออนไลน์ ช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 :

กรณีศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาของโรงเรียนคอนสวรรค์

อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

โรจกร ลีอมงคล, พ.บ., ส.ม. (วิทยาการระบาด)*^a

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้โรงเรียนหลายแห่งต้องเปลี่ยนไปเรียนแบบออนไลน์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้อาจส่งผลทำให้เกิดความเครียดในนักเรียนได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาในการเรียนออนไลน์ ช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

วิธีดำเนินการวิจัย: การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาของโรงเรียนคอนสวรรค์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งถูกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ระหว่างเดือนธันวาคม 2564 ถึง มกราคม 2565 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองซึ่งวัดความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) ฉบับโรงพยาบาลศรีธัญญา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกส์แบบเรียงลำดับ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม 527 ราย (อัตราตอบกลับเท่ากับร้อยละ 62.8) ผลการศึกษาพบว่า อัตราความชุกของความเครียดเท่ากับร้อยละ 22.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดคือ เพศหญิง ($OR_{adj}=1.42$, 95% CI: 1.01-1.98, $p=0.040$) ภาระงานมากขึ้นในระหว่างการเรียนรู้ออนไลน์ ($OR_{adj}=1.46$, 95% CI: 1.03-2.08, $p=0.033$) สมาชิกดลงในระหว่างการเรียนรู้ออนไลน์ ($OR_{adj}=1.51$, 95% CI: 1.06-2.13, $p=0.019$) และการไม่สามารถเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่เสถียร ($OR_{adj}=1.67$, 95% CI: 1.16-2.40, $p=0.005$)

สรุปอภิปรายผล: ความชุกของความเครียดในนักเรียนมัธยมศึกษาไม่สูงมากนัก แต่อย่างไรก็ตามโรงเรียนควรจัดให้มีโปรแกรมจัดการความเครียดและการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยลดความเครียดของนักเรียนในระหว่างการเรียนรู้ออนไลน์

คำสำคัญ : ความเครียด; การเรียนออนไลน์; นักเรียนมัธยมศึกษา; โควิด-19

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชัยภูมิ

^a Corresponding author : โรจกร ลีอมงคล E-mail: rojakorn1234@gmail.com

รับบทความ: 17 ก.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 24 ก.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 24 ก.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 28 ส.ค. 65

Stress from Online Learning during COVID-19 Pandemic: A Case Study in High School Students from Khonsawan School, Khon Sawan District, Chaiyaphum Province

Rodjakorn Luemongkol, MD, MPH (Epidemiology)*^a

Abstract

Background and Objective: The COVID-19 pandemic forced schools to close and shift to distance learning through the digital platform. The shift from traditional learning to online learning might cause stress on students. The purpose of this study was to identify the prevalence and factors associated with stress among high school students in online classes during the COVID-19 pandemic.

Methods: This cross-sectional study was conducted among high school students at Khonsawan school, Khon Sawan district, Chaiyaphum province between December 2021 and January 2022. The samples were consisted of students selected using purposive sampling method. Data were collected using a self-reported questionnaire. The Srithanya stress test (ST-5) was used to assess the prevalence of stress. The data were analyzed using descriptive statistics and multivariable ordinal logistic regression.

Results: A total of 527 usable responses were received (response rate 62.8%). Results showed that the stress prevalence rate was 22.4%. Factors associated with stress were being female ($OR_{adj}=1.42$, 95% CI=1.01-1.98, $p=0.040$), high workload ($OR_{adj}=1.46$, 95% CI=1.03-2.08, $p=0.033$), lack of concentration during online learning ($OR_{adj}=1.51$, 95% CI=1.06-2.13, $p=0.019$), and unstable or no internet access ($OR_{adj}=1.67$, 95% CI=1.16-2.40, $p=0.005$).

Conclusion: Though the stress of online learning among high school students was not high, stress management programs and provide counseling are recommended to minimize the stress of students during online learning.

Keywords: Stress; Online learning; High school students; COVID-19

* Medical Physician, Senior Professional Level, Department of Social Medicine, Chaiyaphum Hospital

^a Corresponding author : Rodjakorn Luemongkol Email : rodjakorn1234@gmail.com

Received: Jul. 17, 22; Revised: Jul. 24, 22; Accepted: Jul. 24, 22; Published Online: Aug. 28, 22

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของประชากรทั่วโลกเป็นอย่างมาก ทั้งด้านการแพทย์ สาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจ และการศึกษา สำหรับประเทศไทยรัฐบาลได้ประกาศให้ประชาชนต้องปรับตัวในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างเคร่งครัด ภายใต้มาตรการของการใช้ชีวิตแบบปกติใหม่ (New normal) เพื่อเน้นการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และงดการรวมกลุ่มของคนจำนวนมาก ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายของโรค ซึ่งการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 นั้นเป็นมาตรการหนึ่งที่กระทรวงศึกษาธิการได้ประกาศให้สถานศึกษาและโรงเรียนทุกแห่งในประเทศไทยต้องปิดโรงเรียนและปรับการเรียนการสอนแบบปกติไปสู่การเรียนการสอนแบบออนไลน์แทน เพื่อให้นักเรียนมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง⁽¹⁻²⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเรียนการสอนแบบออนไลน์ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 นั้นอาจทำให้นักเรียนส่วนหนึ่งเกิดความเครียดได้⁽³⁾ โดยความชุกของความเครียดในการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ระหว่างร้อยละ 18.7-96.9⁽³⁻⁸⁾ ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่และช่วงเวลาการศึกษา และปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดความเครียดได้แก่ รูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์ที่ส่งผลต่อความตั้งใจและสมาธิในการเรียน เนื้อหาวิชาไม่เหมาะสมกับการเรียนออนไลน์ ภาระงานมากขึ้นจากการเรียนออนไลน์ การขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนด้วยกันเอง และระหว่างนักเรียนกับครูผู้สอน รวมทั้งปัญหาเศรษฐกิจของผู้ปกครองทำให้ขาดแคลนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ในการเรียนออนไลน์ เช่น โทรศัพท์สมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต หรือความไม่พร้อมของสัญญาณอินเทอร์เน็ต เป็นต้น⁽⁷⁻¹²⁾

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกแรกตั้งแต่เดือน มกราคม 2563 สำนักงานเขตพื้นที่มัธยมศึกษาของจังหวัดชัยภูมิ ได้สั่งการให้โรงเรียนหลายแห่งจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ โดยโรงเรียนคอนสวรรค์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ เป็นโรงเรียนระดับอำเภอ ซึ่งผู้บริหารของโรงเรียนรวมทั้งคณะครูได้เริ่มจัดรูปแบบการเรียนการสอนแบบออนไลน์ให้กับนักเรียนตั้งแต่ช่วงเวลาดังกล่าว โดยมีการเตรียมความพร้อมของทรัพยากรและเทคโนโลยีได้แก่ อุปกรณ์และสื่อการสอนแบบอิเล็กทรอนิกส์ให้แก่ครูผู้สอน และมีการสำรวจ รวมทั้งการจัดหาอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในการเรียนออนไลน์ให้แก่เด็กนักเรียนที่ครอบครัวยากจน เพื่อให้นักเรียนทั้งหมดมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งการระบาดของโรคตั้งแต่ระลอกแรก มกราคม 2563 จนถึงระลอก 4 ธันวาคม 2564 นี้ โรงเรียนคอนสวรรค์ ได้มีการประเมินผลกระทบทางสุขภาพจิตจากการเรียนการสอนออนไลน์พบว่ารูปแบบการจัดการเรียนการสอนดังกล่าว ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมของนักเรียน⁽¹³⁾ ซึ่งถ้านักเรียนเหล่านั้นยังไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้เกิดความเครียดสะสม และส่งผลต่อสุขภาพจิต

ในระยะยาว⁽⁶⁾ ดังนั้นเพื่อเป็นการเฝ้าระวังปัญหา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอก 4 ในโรงเรียนคอนสวรรค์ เพื่อนำข้อค้นพบที่ได้ มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเสนอแนะแนวทางในการป้องกันปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงเรียนคอนสวรรค์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย: การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรที่ทำการศึกษาคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ของโรงเรียนคอนสวรรค์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวนทั้งสิ้น 840 คน⁽¹³⁾ กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าของงานวิจัยดังนี้ คือ 1) เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในภาคเรียนที่ 1 ของปีการศึกษา 2564 และมีการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 4 2) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 3) สนใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์คัดออกของงานวิจัยคือ นักเรียนที่มีความเครียดเนื่องจากสาเหตุอื่นๆ ที่ไม่ใช่ความเครียดจากการเรียนออนไลน์ เช่น ความเครียดจากปัญหาส่วนตัว ปัญหาความสัมพันธ์กับครอบครัวหรือคนรัก ปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีทราบจำนวนประชากร⁽¹⁴⁾ ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2 \frac{P(1-P)}{d^2}}{d^2(N-1) + Z^2 \frac{P(1-P)}{d^2}}$$

โดย N คือ จำนวนนักเรียนทั้งหมด 840 ราย และ P คือ ค่าสัดส่วนของนักเรียนที่มีความเครียดในการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 มีค่าเท่ากับ 0.79 ซึ่งได้จากการศึกษาที่ผ่านมาของ AlAteeq et al.⁽⁵⁾ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 โดยค่า $Z_{\alpha/2}=1.96$ และความแม่นยำของการประมาณค่า (d) ไม่เกิน 0.05 เมื่อนำไปแทนค่าในสูตรจะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 196 ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างเท่ากับประชากรทั้งหมด ทั้งนี้เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรทั้งหมดได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองซึ่งถูกสร้าง โดยประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่ผ่านมา ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล: ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นเรียน เกรดเฉลี่ยสะสม สัมพันธภาพครอบครัว และรูปแบบการเลี้ยงดู

ตอนที่ 2 ข้อมูลความเครียด: การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวัดความเครียดในการเรียนออนไลน์จากแบบประเมินความเครียด 5 ข้อ (ST-5) ฉบับโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย อรรพรรณ ศิลปะกิจ⁽¹⁵⁾ แบบประเมินความเครียดนี้สามารถประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ แต่ละข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ แทบไม่มีอาการ มีอาการเป็นบางครั้ง มีอาการบ่อย และมีอาการเป็นประจำ มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมาย คือ นำคะแนนของแต่ละข้อมารวมกัน ซึ่งจะมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง ไม่มี ความเครียด คะแนน 5-7 คะแนน หมายถึง สงสัยว่ามีปัญหาความเครียดหรือมีเรื่องไม่สบายใจ และคะแนน 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดสูงในระดับที่อาจจะส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดหลัง นอนไม่หลับ เป็นต้น ควรค้นหาสาเหตุและแก้ไข และควรคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q)

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด: ผู้วิจัยประยุกต์ข้อคำถามจากงานวิจัยที่ผ่านมา⁽⁷⁻¹²⁾ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ปัจจัยด้านการเรียนการสอน ปัจจัยด้านเทคโนโลยี และปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนด้วยกันเอง หรือนักเรียนกับครูในระหว่างการเรียนรู้ออนไลน์ แต่ละข้อคำถามเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีตั้งแต่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด การแปลความหมาย ถ้าตอบเห็นด้วยมากหรือเห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง มีความรู้สึก ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ ซึ่งแบบสอบถามผ่านการพิจารณาถึงคุณภาพของข้อคำถามจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แต่ละข้อคำถามมีค่า Index of item-objective congruence (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล: ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองให้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 840 ฉบับ ระหว่างวันที่ 28 ธันวาคม 2564 ถึง 1 มกราคม 2565 แต่อย่างไรก็ตาม ผลการเก็บข้อมูลพบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามและเมื่อพิจารณาถึงความสมบูรณ์ของแบบสอบถามในการนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 527 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.8 จากแบบสอบถามทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลส่วนบุคคลและความเครียด วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ เนื่องจากงานวิจัยนี้ผู้วิจัยวัดตัวแปรความเครียดจากแบบประเมินความเครียด 5 ข้อ (ST-5) ซึ่งจำแนกความเครียดเป็น 3 ระดับ คือ 1) ไม่มีความเครียด 2) สงสัยว่ามีปัญหาความเครียดหรือมีเรื่องไม่สบายใจ และ 3) มีความเครียดสูงในระดับที่อาจจะส่งผลเสียต่อร่างกาย ซึ่งมีระดับการวัดตัวแปรเป็นแบบ Ordinal scale ดังนั้นผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ Ordinal logistic regression โดยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariable ordinal logistic regression)

นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Crude odds ratio (OR) และจะนำตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวแล้วพบว่าได้ค่า $p\text{-value} \leq 0.25$ มาวิเคราะห์ต่อแบบพหุตัวแปร (Multivariable ordinal logistic regression) โดยใช้เทคนิค Stepwise นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (adjusted OR) และ 95% CI กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Ordinal logistic regression และมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Brant test (parallel regression assumption)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 22/2564 โดยขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้มีการอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยก่อนที่จะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ โดยมีการขอความยินยอมเพื่อเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 18 ปี จะได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หลังสิ้นสุดการวิจัยจะมีการทำลายเอกสารข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและระดับความเครียด: กลุ่มตัวอย่าง 527 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 15.3 ปี มีความเครียด 118 ราย คิดเป็นอัตราความชุกเท่ากับร้อยละ 22.4 และเมื่อจำแนกความเครียดตามระดับชั้นเรียน พบว่า มัธยมศึกษาปีที่ 4 มีความเครียดมากที่สุดเท่ากับร้อยละ 30.8 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาปีที่ 3 เท่ากับร้อยละ 28.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเครียด (n=527)

ปัจจัย	n (%)	ระดับความเครียด n (%)		
		ไม่มีความเครียด (n=203)	สงสัยว่ามีความเครียด (n=206)	มีความเครียดสูง (n=118)
เพศ				
ชาย	211 (40.0)	96 (45.5)	76 (36.0)	39 (18.5)
หญิง	316 (60.0)	107 (33.9)	130 (41.1)	79 (25.0)
อายุ				
12-15 ปี	289 (54.9)	117 (40.5)	115 (39.8)	57 (19.7)
16-18 ปี	235 (44.6)	85 (36.2)	91 (38.7)	59 (25.1)
19 ปี	3 (0.5)	1 (33.3)	0 (0.0)	2 (66.7)
Mean=15.3, SD=1.8, Min=12, Max=19				

ตารางที่ 1 (ต่อ) ปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเครียด (n=527)

ปัจจัย	n (%)	ระดับความเครียด n (%)		
		ไม่มีความเครียด (n=203)	สงสัยว่ามีความเครียด (n=206)	มีความเครียดสูง (n=118)
ชั้นเรียน				
มัธยมศึกษาปีที่ 1	103 (19.5)	53 (51.5)	35 (33.9)	15 (14.6)
มัธยมศึกษาปีที่ 2	103 (19.5)	38 (36.9)	46 (44.6)	19 (18.5)
มัธยมศึกษาปีที่ 3	76 (14.4)	25 (32.9)	29 (38.2)	22 (28.9)
มัธยมศึกษาปีที่ 4	78 (14.9)	27 (34.6)	27 (34.6)	24 (30.8)
มัธยมศึกษาปีที่ 5	69 (13.1)	21 (30.4)	30 (43.5)	18 (26.1)
มัธยมศึกษาปีที่ 6	98 (18.6)	39 (39.8)	39 (39.8)	20 (20.4)
เกรดเฉลี่ยสะสม				
ต่ำกว่า 2.00	11 (2.1)	4 (36.4)	6 (54.5)	1 (9.1)
2.00-2.99	184 (34.9)	71 (38.6)	76 (41.3)	37 (20.1)
3.00-4.00	332 (63.0)	128 (38.5)	124 (37.4)	80 (24.1)
Mean=3.09, SD=0.53, Min=1.00, Max=4.00				
สถานภาพครอบครัว				
ผู้ปกครองอยู่ด้วยกัน	317 (60.2)	133 (41.9)	121 (38.2)	63 (19.9)
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	210 (39.8)	70 (33.3)	85 (40.5)	55 (26.2)
รูปแบบการเลี้ยงดู				
เข้มงวด	56 (10.6)	23 (41.1)	16 (28.6)	17 (30.3)
อิสระอย่างมีขอบเขต	467 (88.6)	179 (38.3)	189 (40.5)	99 (21.2)
ปล่อยปละละเลย	4 (0.8)	1 (25.0)	1 (25.0)	2 (50.0)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์

2.1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์: การวิเคราะห์แบบปัจจัยเดียว

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศหญิง ผู้ปกครองหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ การไม่สามารถเข้าถึงสื่อการเรียนการสอนระหว่างการเรียนออนไลน์ ภาระงานมากขึ้นในระหว่างการเรียนออนไลน์ สมาชิกลดลงในระหว่างการเรียนออนไลน์ การเรียน

ออนไลน์ทำให้ขาดแรงจูงใจในการเรียน การขาดแคลนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ การไม่สามารถเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่เสถียร การขาดทักษะการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และการขาดปฏิสัมพันธ์กับครูผู้สอน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์: การวิเคราะห์แบบปัจจัยเดียว

ตัวแปร	OR	95% CI	p-value
เพศหญิง	1.57	1.13-2.18	0.007*
อายุ > 15 ปี	1.27	0.92-1.75	0.137
ชั้นเรียนมัธยมปลาย	1.30	0.94-1.79	0.101
เกรดเฉลี่ยสะสม			
3.00-4.00	1.26	0.43-3.66	0.783
2.00-2.99	1.16	0.39-3.41	0.662
< 2.00	Reference	Reference	
สถานภาพครอบครัวที่ผู้ปกครองหย่าร้างหรือแยกกันอยู่	1.43	1.04-1.99	0.028*
รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเข้มงวด	1.12	0.66-1.92	0.657
การไม่สามารถเข้าถึงสื่อการเรียนระหว่างเรียนออนไลน์	1.71	1.24-2.35	0.001*
ภาระงานมากขึ้นในระหว่างการเรียนรู้ออนไลน์	1.96	1.41-2.72	< 0.001*
สมาธิลดลงในระหว่างการเรียนรู้ออนไลน์	1.84	1.32-2.56	< 0.001*
การเรียนรู้ออนไลน์ทำให้ขาดแรงจูงใจในการเรียน	1.65	1.20-2.28	0.002*
การขาดแคลนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์	1.78	1.29-2.45	< 0.001*
การไม่สามารถเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่เสถียร	2.22	1.59-3.10	< 0.001*
การขาดทักษะในการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์	1.62	1.17-2.24	0.003*
การขาดปฏิสัมพันธ์กับครูผู้สอน	2.02	1.46-2.80	< 0.001*
การขาดปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน	1.30	0.94-1.80	0.101

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์: การวิเคราะห์แบบพหุปัจจัย

ผลการวิเคราะห์แบบพหุปัจจัยด้วยสถิติ Ordinal logistic regression โดยใช้เทคนิค Stepwise พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศหญิง ($OR_{adj}=1.42$, 95% CI=1.01-1.98, $p=0.040$) ภาระงานมากขึ้นในระหว่างการเรียนรู้ออนไลน์

(OR_{adj}=1.46, 95% CI=1.03-2.08, p=0.033) สมารถลดลงในระหว่างการเรียนออนไลน์ (OR_{adj}=1.51, 95% CI=1.06-2.13, p=0.019) และการไม่สามารถเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่เสถียร (OR_{adj}=1.67, 95% CI=1.16-2.40, p=0.005) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์: การวิเคราะห์แบบพหุปัจจัย

ตัวแปร	adjusted OR	95% CI	p-value
เพศหญิง	1.42	1.01-1.98	0.040*
ภาระงานมากขึ้นในระหว่างการเรียนออนไลน์	1.46	1.03-2.08	0.033*
สมารถลดลงในระหว่างการเรียนออนไลน์	1.51	1.06-2.13	0.019*
การไม่สามารถเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่เสถียร	1.67	1.16-2.40	0.005*

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของความเครียดในการเรียนออนไลน์เท่ากับ ร้อยละ 22.4 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีความชุกเท่ากับร้อยละ 18.7⁽³⁾ แต่แตกต่างจากการวิจัยที่ผ่านมาในประเทศปาเลสไตน์ พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาที่มีความเครียดในการเรียนช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ร้อยละ 35.7⁽⁶⁾ และการสำรวจในประเทศไทยของ สถาบันวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ⁽⁸⁾ พบว่านักเรียนในเขต กรุงเทพมหานคร มีความเครียดในการเรียนออนไลน์ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สูงถึง ร้อยละ 75.0 ทั้งนี้สาเหตุที่ทำให้อัตราความชุกของการศึกษาต่างๆ มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องจาก ความแตกต่างของบริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษา เครื่องมือที่ประเมินความเครียดที่ต่างกัน และความแตกต่างด้านคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง และช่วงเวลาที่ทำการศึกษา เนื่องจากการศึกษานี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน ธันวาคม 2564 ถึง มกราคม 2565 ซึ่งเป็นช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอก 4 โดยนักเรียนในโรงเรียนแห่งนี้ เคยมีประสบการณ์ในการเรียนออนไลน์มาก่อนหน้านี้แล้ว ซึ่งทางโรงเรียนและคณะครูได้มีการปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์อยู่ตลอดเวลา ทำให้การศึกษาความชุกของความเครียดในการเรียนออนไลน์ในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพบอัตราความชุกไม่สูงมากนัก และเมื่อพิจารณาชั้นเรียนที่มีความเครียดมากที่สุด พบว่าเป็นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เท่ากับ ร้อยละ 30.8 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า นักเรียนในชั้นเรียนนี้ เป็นช่วงเวลาของการปรับเปลี่ยนจากชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นไปเป็นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งนักเรียนบางส่วนต้องมีการปรับตัวอย่างมากในเนื้อหาวิชาที่เข้มข้นขึ้นของการเรียนในชั้นมัธยมปลาย และเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

ของนักเรียนมัธยมที่มีการเรียนออนไลน์ ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^(3,5) ซึ่งอธิบายได้ว่า การรับรู้และการแสดงออกทางด้านอารมณ์เนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมนในร่างกายของเพศหญิงที่แตกต่างจากเพศชาย ทำให้เพศหญิงมักจะมีความรู้สึกหรือมีการรับรู้ความเครียดมากกว่าเพศชาย⁽¹⁶⁾ ส่วนปัจจัยด้านการเรียนการสอนที่สัมพันธ์กับความเครียด คือ ภาระงานมากขึ้นในระหว่างการเรียนออนไลน์ และรูปแบบของการเรียนออนไลน์ ทำให้สมาธิในการเรียนลดลง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา⁽³⁾ ซึ่งบ่งชี้ว่าการเรียนแบบออนไลน์ยังไม่สามารถทดแทนการเรียนการสอนแบบปกติได้ เพราะการเรียนแบบออนไลน์ส่งผลให้สมาธิและความตั้งใจของนักเรียนลดลง และเป็นการเพิ่มภาระงานของนักเรียนเมื่อเทียบกับการเรียนแบบปกติ ส่วนปัจจัยด้านเทคโนโลยีพบว่า การไม่สามารถเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่เสถียร เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้นักเรียนเกิดความเครียดในการเรียนออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹²⁾ ซึ่งผลการศึกษาขึ้นยังสะท้อนว่า ปัญหาการเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตยังคงเป็นปัญหาสำคัญของนักเรียนต่างจังหวัดในการเรียนออนไลน์ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ สถานภาพครอบครัว ชั้นเรียน เกรดเฉลี่ยสะสม รูปแบบการเลี้ยงดูในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับความเครียดในการเรียนออนไลน์ ซึ่งผลการศึกษาบ่งชี้ว่า สำหรับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เฉพาะปัจจัยเพศหญิง ปัจจัยด้านการเรียนการสอน และปัจจัยด้านเทคโนโลยีเกี่ยวกับการเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ต ยังคงเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักเรียน ซึ่งข้อค้นพบนี้เหล่านี้น่าสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ซึ่งทางโรงเรียนควรมีแนวทางการจัดการความเครียดของนักเรียนในช่วงการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ประกอบด้วยมาตรการต่างๆ ได้แก่ การคัดกรองคั่นหานักเรียนที่อาจมีความเครียดจากการเรียนโดยเฉพาะนักเรียนหญิง การให้คำปรึกษาเพื่อจัดการความเครียด โดยการให้คำแนะนำควบคู่กับการให้กำลังใจในระหว่างการเรียนออนไลน์ และทางโรงเรียนควรมีการพัฒนาหรือปรับปรุงระบบการเรียนการสอนแบบออนไลน์อยู่ตลอดเวลา ทั้งในส่วนของเนื้อหาวิชา การให้การบ้านและการสอบประเมินผล เพื่อเพิ่มสมาธิและแรงจูงใจในการเรียน ซึ่งจะทำให้นักเรียนรู้สึกว่าการเรียนมีภาระงานมากเกินไปในระหว่างเรียน รวมถึงการให้ความช่วยเหลือกับนักเรียนที่ยังขาดแคลนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์หรือการเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาดังกล่าว โรงเรียนควรจัดให้มีโปรแกรมจัดการความเครียดในช่วงที่มีการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ประกอบด้วย การคัดกรองเพื่อคั่นหานักเรียนที่อาจมีความเครียดในช่วงการเรียนออนไลน์ ตลอดจนการให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลือกับนักเรียนดังกล่าว เพื่อป้องกันการเกิดความเครียดสะสมจนอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวชที่รุนแรงได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดในการเรียนออนไลน์ระหว่างนักเรียนในโรงเรียนเขตเมืองและเขตชนบท รวมถึงการศึกษาในตัวแปรอื่นๆ เช่น ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนที่มีการเรียนแบบออนไลน์ ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. ภิญโญ วงษ์ทอง, สมเสมอ ทักษิณ. การศึกษาความพร้อม พฤติกรรมการเรียนรู้ และความพึงพอใจของ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์กรฯ ที่มีการจัดการ เรียนรู้ออนไลน์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19. วารสารมนุษยและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย นครพนม. 2556;12(2):166-80.
2. วิทยา วาโย, อภิตี เจริญกุล, ฉัตรสุดา กานกายนต์, จรรยา คนใหญ่. การเรียนการสอนแบบออนไลน์ ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัส COVID-19: แนวคิดและการประยุกต์ใช้จัดการเรียนการสอน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2563;14(34):285-98.
3. กาญจนา ล้อมงคล. ความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของ โรคโควิด-19 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร. 2564;41(2):11-20.
4. Malik M, Javed S. Perceived stress among university students in Oman during COVID-19- induced e-learning. Middle East Curr Psychiatr [serial online]. 2021 [cited 28 2022 December 30]; 28(1). Available from: <https://doi.org/10.101186/s43045-021-00131-7>
5. AlAteeq DA, Aljhani S, AlEesa D. Perceived stress among students in virtual classrooms during the COVID-19 outbreak in KSA. J Taibah Univ Medical Sci [serial online]. 2020 [cited 2022 December 30]; 15(5): 398-403. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtumed.2020.07.004>
6. Radwan E, Radwan A, Radwan W, Pandey D. Prevalence of depression, anxiety and stress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study among Palestinian students (10-18 years). BMC Psychol [serial online]. 2021 [cited 2022 December 30]; 6(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00688-2>
7. Radwan E, Radwan A, Radwan W, Pandey D. Perceived stress among school students in distance learning during the COVID-19 pandemic in the Gaza strip, Palestine. Augment Hum Res [serial online]. 2021 [cited 2022 December 30]; 6(1). Available from: <https://doi.org/10.1007/s41133-021-00050-6>

8. สถาบันวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. เอยูโพล: การเรียนออนไลน์ในสถานการณ์ Covid-19 [อินเทอร์เน็ต] 19 พฤษภาคม 2563 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ryt9.com/s/abcp/3134816>
9. โรงจักร ลือมงคล. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุความเครียดในการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงเรียนเมืองพญาแลวิทยา จังหวัดชัยภูมิ. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์. 2564; 8(2):117-29.
10. Sugiyanto EP, Prasetyo CH, Pramono WH. Factors related to student' psychosocial problems during COVID-19 pandemic. Indonesian Journal of Global Health Research. 2020; 2(4):309-14.
11. Muilenburg LY, Berge ZL. Students barriers to online learning: A factor analytic study. Distance Educ. 2005; 26(1):29-48.
12. Abuhammad S. Barriers to distance learning during the COVID-19 outbreak: A qualitative review from parents' perspective. Heliyon [serial online]. 2020 [cited 2022 December 30]; 6(11):e05482. Available from <http://dx.doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05482>
13. โรงเรียนคอนสวรรค์. ปัญหาการเรียนออนไลน์ของนักเรียนในช่วงการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 [เอกสารอัดสำเนา]. อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ: โรงเรียน; 2564.
14. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: A practical manual. Geneva: World Health Organization; 1991.
15. อรวรรณ ศิลปะกิจ. แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2551;16(3):177-85.
16. Goldstein JM, Jerram M, Poldrack R, Ahern T, Kennedy DN, Seidman LJ, et al. Hormonal cycle modulates arousal circuitry in women using functional magnetic resonance imaging. J Neurosci [serial online]. 2005 [cited 2022 December 30]; 25(40): 9309-16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2239-05.2005>

การบริหารจัดการเชิงระบบสู่การพัฒนาบริการสุขภาพจิต แบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

อนุพงศ์ ชาวคอนไชย^{*a}, กัลยา มาศ แจ่มกลาง^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารจัดการระบบการพัฒนาบริการสุขภาพจิต ใน อ.โนนสูง จ.นครราชสีมา ในรูปแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” ดำเนินการระหว่าง 1 ต.ค. 2560-30 ก.ย. 2564 โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนการดำเนินการ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่และวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช 2) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, ระยะที่ 2 ดำเนินการ 1) วางแผน 2) ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และระยะที่ 3 ระยะติดตามและประเมินผล มีการบริหารจัดการเชิงระบบโดยนำข้อมูลปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาเป็นข้อมูลนำเข้า และวางแผนพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พัฒนารูปแบบบริการแบบเครือข่ายบริการสุขภาพจิต (NODE) ของ รพ.สต. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในและนอกเครือข่ายสุขภาพ สนับสนุนเงินงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (P4P) ให้ รพ.สต. จัดระบบยาจิตเวชใน รพ.สต. จัดระบบห้องปฏิบัติการใน รพ.สต. สนับสนุนเครื่องมือทางจิตวิทยา มีนโยบายปรับคลินิกจิตเวชเป็นคลินิกให้การดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial clinic) ใช้กรอบแนวคิดการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชแบบ F-C-T และกำหนดเป้าหมายในการติดตามกำหนดเป็นตัวชี้วัด 1) รพ.สต. จัดบริการ Psychosocial clinic, 2) เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช, 3) เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชอาการสงบให้ดำเนินชีวิตในสังคมได้, 4) ลดอัตราการขาดนัด/ขาดยา และ 5) ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ผลการวิจัยพบว่า รพ.สต. จัดบริการ Psychosocial clinic ครบ 18/18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ระหว่างปีงบประมาณ 2560-2564 การเข้าถึงบริการโรคจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 82.00, 82.90, 89.30, 90.50 และ 92.35 การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 56.19, 66.05, 67.08, 72.36 และ 89.28 การเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.75, 11.03, 15.42, 24.31 และ 28.67 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับดี อาการสงบสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ ร้อยละ 98.15, 98.30, 97.78, 99.28 และ 99.82 อัตราการขาดนัด/ขาดยาลดลงร้อยละ 0.48, 0.72, 0.39, 0.24 และ 0.18 และอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดระบบบริการ เท่ากับร้อยละ 88.32, 89.20, 90.00, 91.22 และ 92.30 ตามลำดับ

คำสำคัญ: การบริหารจัดการเชิงระบบ; บริการสุขภาพจิต; ชุมชน

^{*} นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

^{**} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

^a Corresponding author : อนุพงศ์ ชาวคอนไชย Email : anupong64@hotmail.com

รับบทความ: 17 ก.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 27 ก.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 27 ก.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 27 ส.ค. 65

The Systematic Management towards Development of Mental Health Services : “Near Home, Near Heart, In the Community”, Nonsung District, Nakhon Ratchasima Province

Anupong Chaokhonchai^{*a}, Kanlayamat Jamklang^{**}

Abstract

The purpose of this participatory action research was to study the management of the mental health service development system in Non Sung district, Nakhon Ratchasima province using the model: "Near Home, Near Heart, In the Community" implemented during Oct. 2017 and Sep. 2021. It was divided into 3 phases. Phase 1-preliminary phase was consisted of study of the context of the area and analysis of mental and psychiatric problems and related factors. Phase 2,-action phase was consisted of planning and Implementation of the action plan. Phase 3:-monitoring and evaluation with systematic management by bringing information on problems in caring for psychiatric patients as input and planning to develop the potential for mental health and psychiatric care for sub-district health promoting hospitals (SDHPH), develop a mental health service model of NODE in SDHPH, develop the potential of personnel both inside and outside of health network, support P4P money for SDHPH, organize LAB system in SDHPH, and supporting psychological tools for mental health patient care. The adjustments of psychiatric clinic to psychosocial clinic using the F-C-T conceptual framework for mental health and psychiatric operations. Goals were for set as indicators for monitoring and evaluation including 1) SDHPH provided psychosocial clinic services, 2) improving access to mental health and psychiatric services, 3) improving quality of life among stabled psychiatric patients to be able to live in the society, 4) reducing missed

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level, Director of Nonsung Hospital, Nakhon Ratchasima Province

^{**} Registered Nurse, Professional Level, Nonsung Hospital, Nakhon Ratchasima Province

^a Corresponding author : Anupong Chaokhonchai Email : anupong64@hotmail.com

Received: Jul. 17, 22; Revised: Jul. 27, 22; Accepted: Jul. 27, 22; Published Online: Aug. 27, 22

appointments and lack of medication rates, and 5) improving service satisfaction. Results showed that 18 out of 18 SDHPH (100%) provided psychosocial clinic services. During the fiscal year of 2560-2564 BE, access to psychiatric services increased by 82.00, 82.90, 89.30, 90.50 and 92.35 percent; access to depression services increased by 56.19, 66.05, 67.08, 72.36 and 89.28 percent; access to ADHD services increased 10.75, 11.03, 15.42, 24.31 and 28.67 percent, quality of life among psychiatric patients was at a good level, calm, able to carry out daily life at 98.15, 98.30, 97.78, 99.28 and 99.82 percent; rate of missed/lack of medication reduced by 0.48, 0.72, 0.39, 0.24 and 0.18 percent, and satisfaction rate of service recipients towards the service system arrangement increased to 88.32, 89.20, 90.00, 91.22 and 92.30 percent, respectively.

Keywords : Systematic management; Mental health services; Community

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย คาดการณ์ว่าพบในประชากรทั่วโลกถึง 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคน มีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชส่งผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิต การอยู่ร่วมในสังคมและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่าโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทเป็น 1 ใน 10 ของโรคที่ทำให้เกิดทุพพลภาพ ส่งผลต่อความพิการเรื้อรังจากการศึกษาร่วมกันระหว่าง WHO, Harvard School of Public Health and World Bank⁽¹⁾ โรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2020 นั้นหมายถึงโรคซึมเศร้าจะเป็นโรคทางจิตเวชที่ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลก⁽²⁾ สำหรับโรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด ทั่วโลกมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์สำหรับการดูแลรักษาโรคจิตเวชในชุมชนรวมทั้งประเทศไทย⁽³⁾ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในเรื่องของการรับประทานยาตามแผนการรักษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ รูปแบบที่ส่งผลต่อการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การบอกความสำคัญและความจำเป็นในการรับประทานยา การให้การปรึกษา การส่งเสริมความมีคุณค่าของผู้ดูแลและผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม จิตอาสา การประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล และการส่งต่อรักษา⁽⁴⁾ การที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพ มีข้อจำกัดในการพัฒนาระบบบริการ ในส่วนของจำนวนบุคลากรจิตเวชที่มีอยู่ค่อนข้างจำกัด ปัญหาทรัพยากรและการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช⁽⁵⁾ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยเครือข่ายทีมสหวิชาชีพ

สามารถแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการกำเริบ และอยู่ร่วมกับชุมชนได้⁽⁶⁾ การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจังหวัดนนทบุรี พบว่า การมีพยาบาลดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทั่วไปและสมรรถภาพทางจิตดีขึ้น⁽⁷⁾ การศึกษาเรื่องการปรับโครงสร้างให้มีแผนกสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและจัดบริการอย่างจริงจัง โดยมีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่เกิดจากข้อตกลงของครอบครัวและชุมชน ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้รับความร่วมมือจากชุมชนมากขึ้น⁽⁸⁾ การมีระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการและได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายและมาจากพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาอันจะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน⁽⁹⁾ องค์กรในชุมชนที่มีบทบาทร่วมกันมี 4 องค์กรหลัก ได้แก่ ภาคประชาชน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐ การพัฒนาศักยภาพและการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน นำไปสู่กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกับองค์กรชุมชน การปฏิบัติการที่ครอบคลุมมิติสุขภาพและมิติทางสังคม⁽¹⁰⁾

อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวชรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ มากเป็นอันดับที่ 2 รองจากอำเภอเมืองนครราชสีมา ในปี 2552 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ มีนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ โดยส่งผู้ป่วยกลับมารักษายังโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ในครั้งนั้นโรงพยาบาลโนนสูงบริหารจัดการระบบบริการโดยรับผู้ป่วยกลับเขามารักษาพร้อมกับผู้ป่วยนอกทั่วไป และบริหารจัดการระบบยาด้วยการทำข้อตกลง (MOU) ระบบส่งต่อยาในราคาทุนจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จากการประเมินผลการจัดระบบบริการพบว่ามีผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชที่รับส่งต่อมามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และบางรายไม่สามารถรอรับบริการร่วมกับผู้ป่วยนอกทั่วไปได้ ทำให้อัตราการขาดนัด/ขาดยาสูงถึงร้อยละ 32 ปี 2553 โรงพยาบาลได้มีการบริหารจัดการโดยให้จัดตั้งคลินิกสุขภาพและจิตเวชขึ้นที่แผนกผู้ป่วยนอก ให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน พบว่ายังมีอัตราการขาดนัด/ขาดยาสูงถึงร้อยละ 26 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการเดินทางมาที่โรงพยาบาลโนนสูง เพราะการเดินทางจากตำบลมาที่โรงพยาบาล ใช้การเดินทางโดยทางรถไฟเป็นหลัก ข้อดีคือรถไฟให้บริการฟรี ข้อเสียคือรอบให้บริการน้อย ทำให้ต้องมาแต่เช้า และต้องกลับก่อนเที่ยง บางครั้งผู้ป่วยมาสายทำให้ไม่ทันรอบรถไฟ นอกจากนี้ยังมีปัญหาผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติพามาทำให้ขาดการรักษา ต่อมาในปี 2554-2555 ผู้บริหารโรงพยาบาลโนนสูง ได้มีแนวคิดที่จะกระจายผู้ป่วยจิตเวชที่อาการดีไปรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามแบบของโครงการนำร่องต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model หรือ CCM) ที่เริ่มจากนำผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ลงสู่การดูแลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งในการนำกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชลงสู่การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลครั้งนี้ ได้รับสนับสนุนแพทย์ที่เลี้ยงจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

มาช่วยสอนระบบคลินิกจิตเวช (Clinical teaching) ให้กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ดูแลคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาล และมีการจัดระบบบริหารเวชภัณฑ์ยา โดยเภสัชกรโรงพยาบาลโนนสูงได้ขอสนับสนุนรายการยาจิตเวชซึ่งอยู่นอกกรอบบัญชีโรงพยาบาลตามที่กระทรวงกำหนดจากโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์เพื่อให้มียาพร้อมและเพียงพอต่อการให้บริการต่อเนื่อง จากการดำเนินการดังกล่าวพบว่าทำให้อัตราการขาดนัด/ขาดยาลดลงเหลือร้อยละ 10 พร้อมกันนี้อำเภอโนนสูงได้มีการจัดทำสมัชชาสุขภาพ “คนโนนสูง ครอบครัวเดียวกัน” โดยยกปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาที่สำคัญในพื้นที่ที่ต้องแก้ไข โดยเฉพาะเรื่องที่ยังมีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาซ่อนอยู่ในชุมชน และปัญหาบุคลากรที่ให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขาดความมั่นใจในการดูแลและให้บริการผู้ป่วยจิตเวช จึงมีแผนพัฒนาบุคลากรสหวิชาชีพระยะ 5 ปี (ปี 2556-2560) ควบคู่กับการพัฒนาระบบงานสุขภาพจิตและจิตเวช

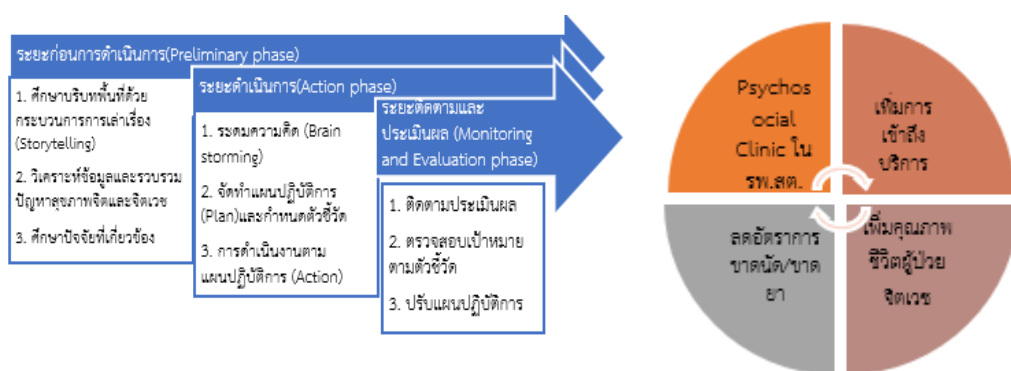
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนาตามรูปแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) มุ่งศึกษาเรื่องระบบงานสุขภาพจิตและจิตเวชอำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ในปี 2560-2564

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ **ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ (Preliminary phase)** ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่ด้วยกระบวนการเล่าเรื่อง (Storytelling) 2) วิเคราะห์รวบรวมข้อมูลและปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ 3) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง **ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Action phase)** ได้แก่ 1) การระดมความคิด (Brainstorming) 2) จัดทำแผน (Plan) 3) กำหนดตัวชี้วัด การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ (Action) **ระยะที่ 3 ระยะติดตามและประเมินผล (Monitoring and evaluation phase)** ได้แก่ 1) ติดตามประเมินผล 2) ตรวจสอบเป้าหมายตามตัวชี้วัด 3) ปรับแผนปฏิบัติการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้กระบวนการเล่าเรื่อง (Storytelling) การระดมความคิด (Brainstorming) วิเคราะห์ปัญหา (SWOT) การจัดทำแผน (Plan) และกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ โดยจัดทำเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเวทีสมัชชาสุขภาพ ระดับอำเภอ ในเวทีได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย มีการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมในกระบวนการวิจัย สามารถตัดสินใจในการให้ข้อมูลอย่างอิสระ และกระบวนการในการจัดการกับข้อมูล ได้เก็บเป็นความลับ และนำเสนอเฉพาะในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลอัตรากำลังจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของอำเภอโนนสูง วิเคราะห์เป็นจำนวนตัวเลขตามการประเมินมาตรฐานการพัฒนาระบบบริการของกรมสุขภาพจิต ประกอบกับความครอบคลุมของบุคลากรต่อหน่วยบริการ 2) ข้อมูลผลการประเมินมาตรฐานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชโดยกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์เป็นระดับตัวเลขตามหัวข้อการประเมิน โดยมีค่าเป้าหมายเป็นตัวกำหนดระดับ 3) ข้อมูลผลลัพธ์การพัฒนาบริการสุขภาพจิตและจิตเวชอำเภอโนนสูง วิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดเป็นร้อยละโดยมีค่าเป้าหมายเป็นเกณฑ์วัดระดับ

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ (Preliminary phase)

1) ศึกษาบริบทพื้นที่และวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ ด้วยกระบวนการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานสุขภาพจิตและจิตเวชอำเภอโนนสูง (CUP โนนสูง) นำผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เข้าที่ประชุมจัดทำแผนประจำปีของอำเภอโนนสูง (CUP โนนสูง) และนำเสนอข้อมูลสภาพปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่อำเภอโนนสูง ในเวทีสมัชชาสุขภาพ “คนโนนสูง ครอบคลุมเดียวกัน” โดยมีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมซึ่งได้แก่ พระภิกษุ อำเภอ ตำรวจ ครู องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตัวแทนผู้พิการ อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนผู้สูงอายุ เป็นต้น มีการนำแนวคิดต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model หรือ CCM) มาประเมินใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า ด้านผู้ป่วย : ปัญหาอัตราการขาดนัด/ขาดยาลดลง แต่ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตต่ำ ไม่กล้าเข้าสังคม การเข้าถึงบริการโรคจิตและโรคซึมเศร้ายังน้อย พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทุกเพศทุกวัยช่อนอยู่ในชุมชน และมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีปัญหาสุขภาพจิตรักษาในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านบุคลากร : ขาดความมั่นใจในการดูแลและให้บริการผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช ขาดขวัญและแรงจูงใจในการจัดบริการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาด้านบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เกษษกร นักจิตวิทยา ผู้ช่วยเหลือคนไข้ โดยในปี 2556 แพทย์จบเวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตเวช จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจบพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่ จำนวน 1 คน ปี 2558 จบพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่จำนวน 2 คน ปี 2559 นักจิตวิทยาคลินิก จบหลักสูตรการฝึกปฏิบัติงานนักจิตวิทยาคลินิก (Intern) และสอบได้ใบประกอบโรคศิลปะ จำนวน 1 คน ปี 2560 แพทย์จบหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน พยาบาล จบเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่ จำนวน 1 คน

2) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ต่อเดือน มีฐานะค่อนข้างยากจน ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ผู้ป่วยที่เคยก่อความรุนแรงชุมชน หวาดกลัว ผู้ป่วยมีตราบาปถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Action phase)

1) การวางแผน (Plan)

1.1 กำหนดนโยบายการพัฒนาด้านบุคลากรด้านงานสุขภาพจิตและจิตเวช

1.2 บริหารจัดการระบบสนับสนุนบริการ ได้แก่ จัดสรรงบประมาณเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (P4P) ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดระบบยา ระบบห้องปฏิบัติการ (LAB) และเครื่องมือทางสุขภาพจิตและจิตเวช

1.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบบริการแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน”

2) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ (Action)

2.1 พัฒนาศูนย์บริการทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยในปี 2560 มีพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข จบหลักสูตรนักสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 41 คน ปี 2561 พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ให้เป็น อสม.เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 20 คน จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพเข้าเรียนหลักสูตรเฉพาะทางจิตเด็กและวัยรุ่น ส่งผลให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (CUP) อำเภอโนนสูงมีอัตรากำลังสุขภาพจิตและจิตเวช ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนบุคลากรด้านงานสุขภาพจิตและจิตเวช CUPอำเภอโนนสูง พ.ศ. 2564

บุคลากรแต่ละวิชาชีพ	รพช.	รพ.สต.	สสอ.	รวม
แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตและจิตเวช	2	0	0	2
เภสัชกรบริหารงานสุขภาพจิตและจิตเวช	2	0	0	2
พยาบาลเฉพาะทางสาขาสภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่	2	2	0	4
พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	1	0	0	1
นักจิตวิทยาคลินิก	2	0	0	2
นักสุขภาพจิตชุมชน	4	36	1	41
รวม	13	38	1	52

ที่มา : งานบริหารและพัฒนาบุคลากร CUP อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

2.2 บริหารจัดการระบบสนับสนุนบริการ ได้แก่ จัดสรรงบประมาณคุณภาพผลงานบริการ (P4P) ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีระบบยา ระบบห้องปฏิบัติการ (LAB) และเครื่องมือทางสุขภาพจิตและจิตเวช ดังภาพที่ 1

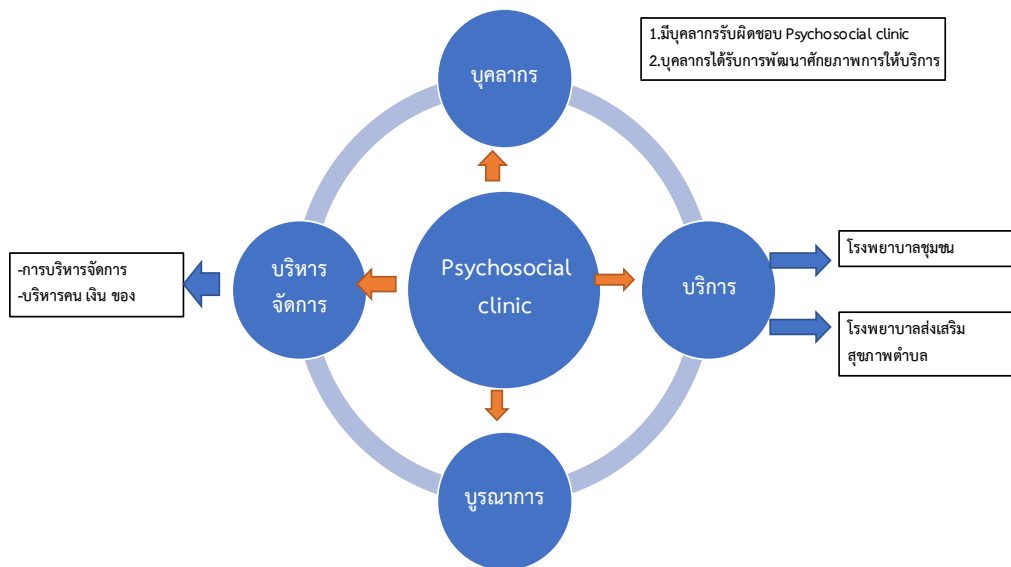


ภาพที่ 1 การบริหารจัดการระบบสนับสนุนบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ที่มา : กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลโนนสูง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

2.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” โรงพยาบาลโนนสูงจึงได้บริหารจัดการเชิงระบบด้วยการขยายระบบบริการแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชนมากขึ้น โดยการจัดระบบบริการคลินิกจิตเวชขึ้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเริ่มจากการส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ 6 แห่ง และขยายบริการไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจนครบ 18 แห่ง ทีมดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลโนนสูง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลเฉพาะทาง เภสัชกร และนักจิตวิทยา ไปออกบริการร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเชิงรุกแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” อำเภอโนนสูง พัฒนารูปแบบการให้บริการจากส่งผู้ป่วยกลับไปรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก และพนักงานบริการ ออกให้บริการตรวจรักษา พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางจิตมีปัญหาด้านสังคมและจิตใจ ที่ใช้ในการคัดกรองและค้นหาปัญหาแตกต่างจากโรคทางกาย มีปัญหาในการสื่อสารและเข้าถึง คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (CUP) อำเภอโนนสูงได้นำข้อมูลปัญหารวมประชุมปรึกษาหารือผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชอำเภอโนนสูง สรุปผลการดำเนินงานประจำปีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง ได้แก่ การคืนข้อมูลสมาชิกสุขภาพจิตให้ชุมชน ใช้แนวคิด “คนโนนสูงครอบครัวเดียวกัน” มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมซึ่งได้แก่ พระภิกษุ อำเภอ ตำรวจ ครู องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตัวแทนผู้พิการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนผู้สูงอายุ เป็นต้น นำข้อมูลสภาพปัญหาบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการโดยปรับรูปแบบการให้บริการเดิม เปลี่ยนเป็นรูปแบบบริการการดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial clinic) โดยกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานในแต่ละแห่ง เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ปฏิบัติงานตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ โรงพยาบาลโนนสูงจัดตั้งคลินิกจิตเวชเด็กขึ้นต่อยอดจาก Psychosocial Clinic ของผู้ใหญ่ โดยผู้บริหารสนับสนุนบริการ ได้แก่ ระบบยา ระบบห้องปฏิบัติการ (LAB) เครื่องมือทางสุขภาพจิตและจิตเวชและจัดสรรงบประมาณคุณภาพผลงานบริการ (P4P) ดังภาพที่ 2

จากการบริหารจัดการระบบแบบดูแลทางสังคมจิตใจ Psychosocial clinic ส่งผลให้อัตราการขาดนัดขาดยาลดลง ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จึงได้จัดกระบวนการระดมความคิดประชุมทีมเครือข่ายสุขภาพจิตทั้งในระบบและนอกระบบสุขภาพ ทำให้ได้นวัตกรรมรูปแบบการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพจิต (NODE) โดยแบ่งเครือข่าย (NODE) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่ไปใช้บริการ หน่วยที่มีผู้ป่วยมากและมีที่ตั้งเป็นศูนย์กลางจะถูกตั้งเป็นแม่ข่ายให้คำปรึกษา (Consult) ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน



ภาพที่ 2 คู่มือทางสังคมจิตใจ Psychosocial clinic

ซึ่งสามารถจัดตั้งเครือข่ายบริการสุขภาพจิต (NODE) ได้ทั้งหมด 6 แห่ง ดังนี้ 1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหัว เป็นแม่ข่าย 1 คู่มือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่า (1) 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ เป็นแม่ข่าย 2 คู่มือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดนด, นาราดพัฒนา, บ้านเพชร, หนองตะครอง 3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากระทุ่ม เป็นแม่ข่าย 3 คู่มือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลุมข้าว, ดอนชมพู, ตลาดแค 4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพ เป็นแม่ข่าย 4 คู่มือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะพาน 5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า เป็นแม่ข่าย 5 คู่มือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลสงคราม, มะรุม และ 6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนท้าว เป็นแม่ข่าย 6 คู่มือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่า (2) นอกจากนี้ยังออกแบบระบบบริการแตกต่างจาก Psychosocial clinic ทั่วไป ที่ให้บริการครั้งวันช่วงบ่ายทุก 2 เดือน เป็นรูปแบบการให้บริการเต็มวันในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นเครือข่ายบริการ (NODE) โดยช่วงเช้าให้บริการ Psychosocial clinic ส่วนช่วงบ่ายเป็นการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยชุมชนและค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ นอกจากนี้ยังรับให้คำปรึกษาและดูแลผู้ป่วยกรณีซับซ้อนให้กับลูกข่ายอีกด้วย ซึ่งการจัดบริการรูปแบบนี้มีจุดเด่นที่มีทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลโนนสูงออกร่วมปฏิบัติการกับทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลให้สามารถคัดกรองและประเมินสุขภาพจิต ให้การรักษาเริ่มยาได้ในชุมชน กลายเป็นรูปแบบเครือข่ายบริการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” พร้อมกันนั้นได้มีการระดมสมองเพื่อหากรอบแนวคิดการทำงานของทีม

สุขภาพจิตระดับอำเภอโนนสูง (CUP) เพื่อพัฒนาระบบงานสุขภาพจิตให้มีการเชื่อมโยงเครือข่าย และเกิดความยั่งยืน

กรอบแนวคิดการดำเนินสุขภาพจิตและจิตเวชแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” คือ F-C-T

F : Finding New case

C : Community Care and Treatment

T : Team For Rehabilitations

โดยมีการดำเนินการตามกรอบแนวคิดดังนี้

F : Finding New case เป็นการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคจิตเวชในเด็ก และผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่น โดยได้มีการสร้างความรู้เรื่องโรค การดูแลรักษาและการใช้เครื่องมือคัดกรองทางจิตเวชให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ อสม. เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน ในชุมชน คัดกรองเบื้องต้นโดย หาก อสม. พบผลการคัดกรองว่าผิดปกติก็จะให้ส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อทำการประเมินซ้ำ ซึ่งหากพบผิดปกติ จะทำการปรึกษาพยาบาลผู้รับผิดชอบ (Consult manager) คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลโนนสูง เพื่อรายงานแพทย์นำเข้าสู่ระบบการรักษาตามโครงการลดช่องว่างการเข้าถึงบริการโรคจิตร่วมกับโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ กรณีโรคจิตเด็กในโรงเรียน ได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพครูในโรงเรียนประถมศึกษา เพื่อคัดกรองโรคจิตเวชเด็ก และนำเข้าสู่บริการที่โรงพยาบาลโนนสูง ส่วนการค้นหาโรคซึมเศร้า จัดให้สถานพยาบาลมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้คำถาม 2Q กับผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ป่วยนอกเรื้อรังและผู้ป่วยคลินิกพิเศษต่างๆ ทุกครั้งที่มารับบริการ หากพบภาวะผิดปกติจะส่งมาประเมินซ้ำที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลโนนสูงและนำเข้าสู่การรักษา

C : Community Care and Treatment เป็นการดูแลรักษาแบบองค์รวม จัดบริการทั้งเชิงรุกในชุมชนและเชิงรับในสถานพยาบาล จัดทำแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชภายใน CUP อำเภอโนนสูง กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาความยุ่งยากซับซ้อน (Difficult case) จะใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี (Technology of participation: TOP MODEL) เพื่อทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน

T : Team For Rehabilitations เป็นรูปแบบการรักษาโดยใช้ยา “กินยาดี มีญาติดู ทีมอยู่ใกล้” กินยาดี ใช้การจัดยาเป็นแบบหนึ่งหน่วยรับประทาน (Unit dose) กรณีผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องอ่านหนังสือไม่ได้ ให้มีญาติดูแลใกล้ชิด สังเกตอาการกำเริบและกำกับการกินยา มีเภสัชกรให้คำปรึกษาด้านยา ทีมดูแลอยู่ใกล้และเครือข่ายเข้มแข็ง มีภาคีเครือข่ายช่วยดูแลผู้ป่วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้นำชุมชน อสม. ตำรวจ ช่วยประสานดูแล และมีทีมเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT)

โรงพยาบาลโนนสูงได้มีการพัฒนาระบบโครงสร้างอาคารการให้บริการ จากเดิมให้บริการรวมอยู่กับอาคารผู้ป่วยนอก 1 ห้อง ปรับเปลี่ยนเป็นสร้างอาคารสุขภาพจิตและจิตเวชขึ้น โดยออกแบบโครงสร้าง

ให้ได้มาตรฐาน เปิดให้บริการเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2562 และได้ผ่านการประเมินมาตรฐานการพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (กรมสุขภาพจิต) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินมาตรฐานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (กรมสุขภาพจิต)
30 กันยายน 2562

เกณฑ์มาตรฐาน	ค่าเป้าหมาย	ผลการประเมิน
1. ด้านบุคลากร	ระดับ 1	ระดับ 1
2. ด้านสถานที่	ระดับ 1	ระดับ 1
3. ด้านขีดความสามารถ		
3.1 การตรวจวินิจฉัยโรค	ระดับ 1	ระดับ 1
3.2 การให้การดูแลทางสังคมและจิตใจ	ระดับ 1	ระดับ 1
3.3 การส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต	ระดับ 1	ระดับ 1
3.4 ระบบยา	ระดับ 1	ระดับ 1
3.5 การส่งต่อ	ระดับ 1	ระดับ 1
3.6 การติดตามดูแล	ระดับ 1	ระดับ 1

ที่มา : การประเมินมาตรฐานการพัฒนาคณาภพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (กรมสุขภาพจิต)

โรงพยาบาลโนนสูง ได้ปรับโครงสร้างการบริหารโดยจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ตามคำสั่ง
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 9 มีนาคม 2563 ส่งผลให้การบริหารจัดการอัตรากำลัง
เป็นระบบมากขึ้น

ระยะที่ 3 ระยะติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation phase)

การติดตามผลการดำเนินงาน จะติดตามผลเป็นรายไตรมาส มีการสรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การดำเนินงาน โดยผ่านกระบวนการจัดกิจกรรมในรูปแบบเรื่องเล่าเจ้าพลังปีละ 1 ครั้ง

ผลการบริหารจัดการพัฒนาระบบสุขภาพจิตและจิตเวชช่วงปีงบประมาณ 2560-2564
อำเภอโนนสูงมีบริการสุขภาพจิตแบบ Psychosocial clinic จำนวน 19 แห่ง (รวมโรงพยาบาลโนนสูง)
คิดเป็นร้อยละ 100 คลินิกจิตเวชเด็ก 1 แห่ง เครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน
6 แห่ง มีแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่
4 คน พยาบาลจิตเวชเด็ก 1 คน เภสัชกรผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช 2 คน นักจิตเวชชุมชน จำนวน
41 คน (ครบทุก รพ.สต.) อสม. เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน 20 คน (ครบทุก รพ.สต.) ผลงาน
ในปี 2560-2564 พบว่าผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าในประชาชนอายุ 15-59 ปี บรรลุค่าเป้าหมาย ($\geq 80\%$)

ร้อยละ 78.82, 82.90, 87.28, 90.50 และ 90.54 ตามลำดับ ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าในประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป บรรลุค่าเป้าหมาย ($\geq 80\%$) ร้อยละ 97.34, 79.23, 90.86, 93.06 และ 88.30 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการรักษาได้รับการเฝ้าระวังต่อเนื่องทุกราย รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชอำเภอโนนสูง ตามตัวชี้วัดการดำเนินงาน ปี 2560-2564

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564
จำนวนผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช	(ราย)	1,475	1,757	1,984	2,220	2,469
อัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า	$\geq 50\%$	56.19	66.05	67.08	72.36	89.28
อัตราการเข้าถึงบริการโรคจิต	$\geq 65\%$	82.00	82.90	89.30	90.50	92.35
อัตราการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นในเด็ก	$\geq 15\%$	10.75	11.03	15.42	24.31	28.67
อัตราการขาดยา	$\leq 3\%$	0.48	0.72	0.39	0.24	0.18
ผู้ป่วยอาการสงบ ดำรงชีวิตประจำวันได้	$\geq 90\%$	98.15	98.30	97.78	99.28	99.82
คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย	96-130	NA	NA	NA	101	105
อัตราความพึงพอใจผู้รับบริการต่อการจัดระบบบริการ	$\geq 85\%$	88.32	89.20	90.00	91.22	92.30

ที่มา : งานข้อมูลและสารสนเทศ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลโนนสูง

สรุปและอภิปรายผล

การบริหารจัดการเชิงระบบสู่การพัฒนาบริการสุขภาพจิตแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” อำเภอ โนนสูง จังหวัดนครราชสีมา เป็นการศึกษากระบวนการบริหารจัดการระบบบริการผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีเครือข่ายทั้งในระบบและนอกระบบสุขภาพเป็นผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบนวัตกรรม การให้บริการ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยสหวิชาชีพ โรคเดียว⁶⁾ และนำมาต่อยอดในประเด็นข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาบุคลากรสหวิชาชีพ ด้านงานสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ควรมีองค์ความรู้เพื่อการให้บริการ การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการบริหารจัดการเชิงระบบสู่การพัฒนาบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของอำเภอโนนสูง ได้เป็นอย่างดี และเมื่อเทียบกับผลการศึกษาก่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตบริการสุขภาพ⁵⁾ จะเห็นว่าผลการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการพัฒนาเฉพาะรูปแบบการบริหารจัดการในโรงพยาบาลเท่านั้น ยังสามารถบริหารจัดการได้ทั้งระบบการบริการงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งอำเภอ และยังสามารถจัดดำเนินการได้ตามแผนการพัฒนากุศลกรในระยะเวลา 5 ปี ทำให้

มีทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวชทั่วทั้งอำเภอโนนสูง การมีบุคลากรมีความรู้ ความสามารถ ส่งผลให้เกิดการบริการแบบองค์รวม ตอบโจทย์ปัญหาการขาดความรู้และความมั่นใจที่จะให้บริการผู้ป่วย ได้เป็นอย่างดี การจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชนนี้ ดำเนินการภายใต้ กรอบแนวคิดของการทำงานตามกระบวนการ F-C-T และมีนวัตกรรมการจัดบริการแบบเครือข่ายบริการ (NODE) ทำให้มีการช่วยเหลือกันในทีมปฏิบัติการระดับปฐมภูมิ มีการบริหารจัดการระบบสนับสนุนบริการ ได้แก่ จัดสรรงบประมาณพัฒนาคุณภาพผลงานบริการ (P4P) ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบยา ระบบห้องปฏิบัติการ (LAB) เครื่องมือทางสุขภาพจิตและจิตเวช มีการจัดบริการเชิงรับในสถานพยาบาล รูปแบบ Psychosocial clinic แบบผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาทางกายร่วมด้วย เป็นการให้บริการตามบริบทของโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 มีการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน เครือข่าย ในชุมชนสามารถติดตามผู้ป่วยขาดนัด ขาดยา ค้นหาผู้ป่วยที่ซ่อนอยู่ในชุมชน และทำงานเชื่อมโยง กับเครือข่ายต่างๆ แบบมีส่วนร่วม ทำให้อัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยอาการสงบ สามารถ ดำรงชีวิตประจำวันได้ ไม่ก่อเกิดอันตรายในสังคม คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี การเดินทางสะดวกและอยู่ใกล้ ตลาดค้าใช้ง่ายในการเดินทาง แต่ในอีกมุมหนึ่งพบว่า การปรับรูปแบบบริการเช่นนี้กลับส่งผลทำให้ค่าใช้จ่าย ยาจิตเวชเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าถึงบริการที่มากขึ้น และต้นทุนค่ายารักษาผู้ป่วยกลุ่มจิตเวช มีราคาสูง โดยเฉพาะยารักษาโรคสมาธิสั้น มูลค่ายารักษาผู้ป่วยกลุ่มจิตเวช ปี 2560-2562 เท่ากับ 2,042,773 บาท, 2,221,829 บาท และ 2,562,562 บาท ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” มีข้อจำกัดในเรื่องผู้ป่วย สิทธิข้าราชการกับระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความไม่พร้อมของผู้ป่วยที่จะเปิดเผย ข้อมูลการเจ็บป่วยให้ชุมชนทราบ และยาจิตเวชมีราคาสูง จากการศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อให้ การจัดบริการรูปแบบนี้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุดมี 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ปรับระบบการเบิกจ่าย ในสิทธิข้าราชการให้เชื่อมโยงไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) เพิ่มการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ สุขภาพจิตและจิตเวช ผ่านช่องทางการสื่อสาร เช่น สื่อโซเชียล สถานศึกษา หน่วยงานราชการ โรงงาน และ 3) ควรมีระบบสนับสนุนด้านยา โดยเฉพาะยาราคาสูง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนงบประมาณยาจิตเวช หรือมีระบบคลังยากลางระดับจังหวัด ข้อเสนอแนะทั้ง 3 ประเด็นนี้ จะส่งผลให้โรงพยาบาลอื่นๆ สามารถตัดสินใจนำรูปแบบการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างสมบูรณ์ ส่วนประเด็นที่น่าสนใจในการนำไปศึกษาต่อเป็นเรื่องของกลวิธีที่จะสามารถลดรายจ่ายของผู้ป่วยสุขภาพจิต และจิตเวชในสังคมไทย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560 (Annual Report 2017). กรุงเทพฯ: บริษัท ละม่อม จำกัด; 2560.
2. สุนทรีภรณ์ ทองไสย. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการพยาบาล. 2558;(3):159-65.
3. Juntapim S, Nuntaboot K. Care of patients with schizophrenia in the community. Arch Psychiatr Nurs. 2018;32(6):855-60. doi:10.1016/j.apnu.2018.06.011
4. เปรมฤดี ดารักษ์, ปรียา ทองประไพ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาในชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดยะลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2562;(พิเศษ):29-42.
5. บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2557;22(3):142-56.
6. กมลวรรณ สีเชียงสา, จันทรีทิพย์ กาญจนศิลป์, สายทิพย์ สุทธิรักษา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วารสารเภสัชกรรมไทย 2562;2:457-67.
7. ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, ลักขณา ยอดกลกิจ, มาลินี ชมชื่น. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2562 ต.ค. 7]. เข้าถึงได้จาก: <http://journalgrad.ssru.ac.th/index.php/5-01/article/view/159/244>
8. นิจพร สว่างโสมง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน อำเภอสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2559;(1):60-71.
9. น้ำผึ้ง โนรีรัตน์, นิรุวรรณ เทรินโบล, อติศร วงศ์คงเดช. การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศรีสัชนาลัยวิจัย 2564;(1):119-33.
10. ครินรัตน์ จันทพิมพ์, ขนิษฐา นันทบุตร. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;(2):68-76.

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน

ไพรวลัย โคตรตะ, ค.ด.^{*a}, อมรรัตน์ นระสนธิ, พย.ม.^{**}, อรุมา แก้วเกิด, ประด.^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาสาเหตุ แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร พัฒนารูปแบบ และประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง และแบบบันทึกค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวต่อรอบสะโพก เครื่องมือ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึก การสัมภาษณ์ และแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม หากคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามพฤติกรรมสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired sample t-test การวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์ เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี กับชุมชน 2) การวางแผน 3) การปฏิบัติ และ 4) การพัฒนาและปรับปรุง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (27.85 ± 3.89 , 27.10 ± 1.54 กก./ม.²) และสัดส่วนเส้นรอบเอวต่อรอบสะโพกเฉลี่ย (0.88 ± 0.07 , 0.81 ± 0.06) หลังเข้าร่วมโครงการวิจัยลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยตามลำดับ

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; ภาวะน้ำหนักเกิน; โรคอ้วน

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

*** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

^a Corresponding author ไพรวลัย โคตรตะ Email : Paiwankotta@yahoo.com

รับบทความ: 30 มิ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 27 ก.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 27 ก.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 5 ก.ย. 65

Development of the Food Consumption Behaviors Modification Model Based on Lifestyle to Prevent Non-Communicable Diseases Among Adults with Overweight and Obesity

Paiwan Kotta, RN, Ed.D.^{*a}, Amornrat Natason, RN, M.N.S.^{**},
Onuma Kaewkerd, RN, Ph.D.^{***}

Abstract

This action research aimed to study the causes and guidelines for dietary behavior modification, to develop a model, and to assess nutrition status before and after the development of a dietary behavior modification model to prevent non-communicable diseases (NCDs). A purposive sampling was used for selecting 20 adults. The quantitative measurements used for data collection were questionnaires with 5 parts: 1) personal information, 2) nutrition status, 3) food consumption behaviors for preventing non-communicable diseases, 4) Body Mass Index (BMI) record form, and 5) waist to hip circumference ratio record form. Qualitative instruments included group discussion and in-depth interview guidelines, and interview recording form for participant observation. Content validity was tested by 5 experts. Food consumption behavior questionnaire for preventing NCDs was tested using Cronbach's alpha coefficient yielding the coefficient of 0.85. Quantitative data was analyzed using percentages, means, standard deviations, and paired sample t-test while qualitative data were analyzed using thematic analysis. The results showed that food consumption behavior modification to prevent NCDs was consisted of 4 steps: 1) building good relationships with the community, 2) planning, 3) practice, and 4) development and improvement. After the program, participants' average BMI reduced from 27.85 kg/m² (SD= 3.89) to 27.10 kg/m² (SD= 1.54) while mean waist-to-hip ratio also decreased from 0.88 (SD=0.07) to 0.81 (SD=0.06).

Keywords : Development; Behavioral modification; Non-communicable chronic disease; Overweight; Obesity

^{*} Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

^{**} Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

^{***} Instructor, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

^a Corresponding author : Paiwan Kotta Email : Paiwankotta@yahoo.com

Received: Jun. 30, 22; Revised: Jul. 27, 22; Accepted: Jul. 27, 22; Published Online: Sep. 5, 22

บทนำ

ภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด⁽¹⁾ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก และคุกคามต่อการพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และการสูญเสียทางเศรษฐกิจ^(2,3) ซึ่งหลายทศวรรษที่ผ่านมาประชาชนทั่วโลกบริโภคอาหารจากน้ำตาล น้ำมันและไขมัน อาหารแปรรูปและอาหารปรุงสำเร็จเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่มีการบริโภคอาหารที่มีเส้นใยสูงลดลง ซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽²⁾ และพบว่าคนไทยก็นิยมบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็มมากขึ้น ในขณะที่บริโภคผักผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่แนะนำ และมีแนวโน้มการบริโภคไขมันที่เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดยมีการศึกษาพบว่า ประชาชนในชุมชนกึ่งชนบทมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการรับประทานอาหารที่มีไขมันมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับอาหารประเภทอื่น นอกจากนั้นยังพบว่าในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารและปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง^(4,5)

จากสถานการณ์ปัจจุบันวัยผู้ใหญ่หรือวัยแรงงานเริ่มมีจำนวนลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา และกำลังจะเผชิญภาวะขาดแคลนกำลังคนในอนาคตที่อาจส่งผลกระทบต่อภาคการผลิตของประเทศ⁽⁶⁾ แต่พบการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึงร้อยละ 29 และมีสัดส่วนของผู้ที่มีน้ำหนักและอ้วนมากที่สุด⁽⁷⁾ พบว่าวัยผู้ใหญ่มีโรคอ้วน ร้อยละ 37.50 และรับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอตามข้อแนะนำ ร้อยละ 74.10 ซึ่งส่วนมากเป็นผลมาจากการทำงานตลอดทั้งวัน ส่งผลให้เกิดความเครียด เหนื่อยล้า จึงอาจทำให้มองข้ามการใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเอง⁽⁸⁾ และนำไปสู่ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามมา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับวัยนี้ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง กลยุทธ์การจัดการควรมุ่งไปที่ระดับบุคคลซึ่งทุกคนต้องมีหน้าที่ดูแลสุขภาพของตนเองตระหนักถึงคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าทางโภชนาการ⁽⁹⁾

ตำบลห้วยดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นชุมชนชนบทกึ่งเมือง จากวิถีชีวิตที่เริ่มเปลี่ยนแปลงไปและการได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมชาติอื่นๆ พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่ส่งผลให้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยดอน ในการคัดกรองสุขภาพประจำปีในกลุ่มอายุ 35-59 ปี พบว่ามีภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ร้อยละ 73.48 และมีน้ำหนักตัวปกติร้อยละ 26.51 พบความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระดับปานกลาง โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูงร้อยละ 69.00 รองลงมาคือโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.00 อย่างไรก็ตาม ชุมชนแห่งนี้มีคุณสมบัติที่เป็นจุดเด่นคือ การดำเนินงาน

ด้านสาธารณสุขที่ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากประชาชน และองค์กรต่างๆ ในชุมชน จึงเป็นโอกาสที่จะทำให้มีศักยภาพในการวิเคราะห์ปัญหาและร่วมวางแผนการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคที่อยู่บนพื้นฐานของบริบทชุมชนเพื่อให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสาเหตุและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวต่อรอบสะโพก)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ชนิดการประสานความร่วมมือในด้านวิชาการและเทคนิค (Technical collaborative approach)⁽¹⁰⁾ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model) ของ Becker⁽¹¹⁾ และแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ของ Albert Bandura⁽¹²⁾

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 19-59 ปี กลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณลักษณะที่กำหนด ได้แก่ BMI ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร² และ/หรือ มีเส้นรอบเอว ≥ 80 เซนติเมตรในเพศหญิง และ ≥ 90 เซนติเมตรในเพศชาย ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ และหลอดเลือด และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ในช่วงแรกของการวิจัยยังกำหนดขนาดตัวอย่างไม่ได้แน่นอน เมื่อข้อมูลเริ่มที่จะยุติการเลือกผู้ให้ข้อมูล การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้รวบรวมผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ตัวผู้วิจัย แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ 2 ชุด และเครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการ และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ปัญหาสุขภาพของบุคคลในครอบครัว และแหล่งที่มาในการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของไพรวัลย์ โคตรตะ และอมรรัตน์ นธะสนธิ⁽⁵⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะ

ด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) คะแนนรวมระหว่าง 0-60 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับต่ำ (0-20 คะแนน) มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปานกลาง (21-40 คะแนน) และ มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับสูง (41-60 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview form) เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดเพื่อศึกษาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อุปสรรคและปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิเคราะห์อุปสรรคและปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ข้อเสนอแนะแนวทางปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความต้องการความช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตัวอย่างแนวคำถาม ได้แก่ “ท่านมีแนวทางปฏิบัติอย่างไรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาอย่างไร” และ “หลังนำแนวทางไปปฏิบัติ ท่านมีปัญหา อุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างไร” เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำไปทดลองใช้กับผู้มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85 และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขและเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of objective congruence: IOC) พบว่ามีค่าตั้งแต่ 0.80-1.00 ทุกข้อแล้วนำไปลองสัมภาษณ์กับวัยผู้ใหญ่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการ ประกอบด้วย เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง และสายวัด แบบบันทึกค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวต่อรอบสะโพก

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกภาคสนาม เครื่องเล่น MP4 เพื่อบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษารั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารเลขที่ SSJ.UB 2564-009 วันที่รับรอง 2 กุมภาพันธ์ 2564 ก่อนที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการทำวิจัย

แจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ชี้แจงขั้นตอนวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับผู้ให้ข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดแบบเฉพาะเจาะจง เชิญชวนเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2) เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และแจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยพร้อมขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3) แจกเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมหนังสือยินยอมการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed consent form) ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณที่ รพ.สต. ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 25 นาที ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หากไม่สมบูรณ์เก็บข้อมูลเพิ่มโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง 4) ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-dept interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง พร้อมการบันทึกเสียงกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant interview) ใช้เวลา 30-60 นาที ต่อคนด้วยตัวผู้วิจัยโดยพิจารณาจากความอึดตัวของข้อมูล การสังเกตแบบมีส่วนร่วมทำไปพร้อมกับการสัมภาษณ์และการบันทึกภาคสนาม (Field note) ตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยวิธีการสัมภาษณ์ต่างเวลา สถานที่ และบุคคล ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล ทั้งในระหว่างและสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลและการศึกษาประเด็นเดียวกันในการสัมภาษณ์บุคคลที่หลากหลายกลุ่ม

การดำเนินการศึกษาใช้ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2564 ถึง 31 มีนาคม 2565 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้เวลา 2 เดือน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การศึกษาข้อมูลชุมชน และการคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ 1) แบบสอบถาม 2) แบบประเมินภาวะโภชนาการ และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) การสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกัน โดยผู้วิจัยนำเสนอประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และให้กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนคิดปัญหาพฤติกรรมบริโภคที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นอยู่ปัจจุบัน

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3 และ 4) ติดตามสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลในกรณีที่มีวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน โดยผู้วิจัยได้ทบทวนประเด็นที่จะสัมภาษณ์โดยดูประเด็นที่เกิดขึ้นจากการสนทนากลุ่ม และสร้างแบบสัมภาษณ์ขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการ ใช้เวลา 4 เดือน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กลุ่มตัวอย่างนำแนวทางกิจกรรมที่กำหนดและวางแผนการปฏิบัติร่วมกัน ไปลงมือปฏิบัติ (ระยะเวลา 1-8 สัปดาห์) โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านในช่วงการปฏิบัติเพื่อสังเกตพฤติกรรม และติดตามผล ทั้งนี้เนื่องจากเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 รุนแรงในพื้นที่จึงใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก รายบุคคล และสนทนากลุ่มผ่านระบบไลน์

กิจกรรมที่ 2 การสนทนากลุ่ม (สัปดาห์ที่ 9-16) หลังจากปฏิบัติครบ 2 เดือน ผู้ปฏิบัติร่วมกัน วิเคราะห์ผลการปฏิบัติและปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติใหม่ หากการปฏิบัติไม่เป็นผล โดยการสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 2 ใช้รูปแบบคล้ายการสนทนากลุ่มในครั้งที่ 1 เพื่อที่จะติดตามผลและรับทราบปัญหาการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลจากการสังเกต สัมภาษณ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ข้อขัดข้อง ในการปฏิบัติ หาแนวทางในการแก้ไขและกำหนดแนวการปฏิบัติที่เหมาะสมร่วมกันเพื่อสร้างรูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนนำไป ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

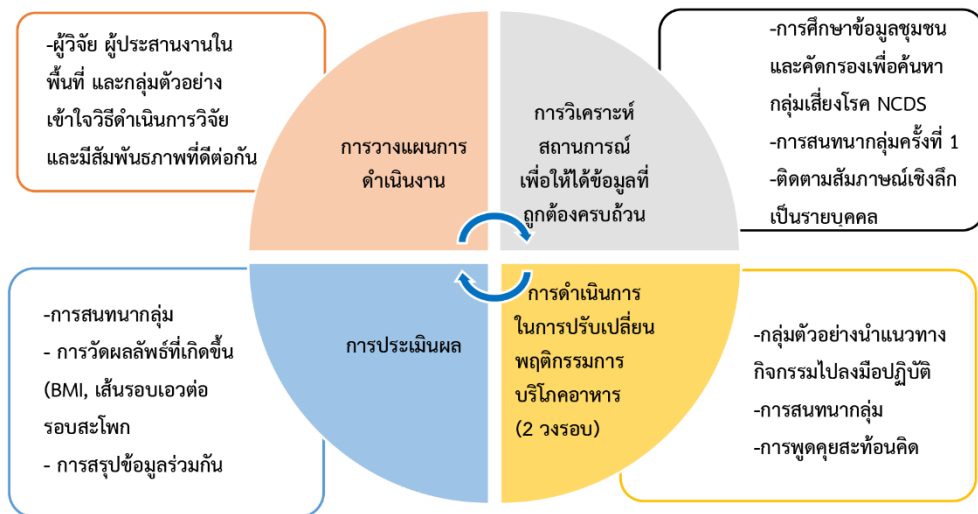
โดยขั้นตอนการนี้มีการปฏิบัติ 2 วงรอบ ซึ่งการปฏิบัติในแต่ละวงรอบประกอบด้วย การวางแผน การดำเนินงาน การดำเนินกิจกรรมตามแผน และการรวบรวมข้อมูลเพื่อปรับปรุงและวางแผนดำเนินการ ในวงรอบที่ 2 โดยการสนทนากลุ่มหลังทดลองปฏิบัติตามแนวทางที่ปรับปรุงแก้ไขใหม่ การพูดคุยสะท้อนคิด จากนั้นรวบรวมข้อมูลเพื่อปรับปรุงเป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนประเมินผล เป็นการประเมินผลของการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น โดยใช้กิจกรรมการสนทนากลุ่ม การวัดผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวต่อรอบสะโพก หลังจากนั้นนำข้อมูลมาสรุปร่วมกัน เพื่อให้ ได้วิธีการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ และจัดทำเอกสารเผยแพร่ แนวทางการปฏิบัติ สรุปการดำเนินการวิจัยโดยมีขั้นตอนต่างๆ ดังภาพที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะโภชนาการ (ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวต่อรอบสะโพก) และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้สถิติบรรยายและเปรียบเทียบคะแนน พฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ โดยใช้สถิติ Paired sample t-test และวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ตรวจสอบข้อมูล (Member checking) การตรวจสอบ

ความเชื่อถือได้ของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงแก่นสาระ (Thematic analysis)



ภาพที่ 1 การดำเนินการศึกษา

ผลการวิจัย

1. บริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ทุกรายเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี อายุเฉลี่ย 41.73 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.80) การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 54.50) ประกอบอาชีพเกษตรกร/ทำไร่/ทำนา (ร้อยละ 50.00) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,568.18 บาท บุคคลในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 68.20) โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 54.50) รองลงมาคือ เบาหวานและไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 27.30 และ 22.70) ตามลำดับ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวจากสื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ตมากที่สุด (ร้อยละ 77.30) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.85 กิโลกรัม/เมตร² (SD=3.89) โดยมีภาวะอ้วนระดับ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 68.20) รองลงมาคือ อ้วนระดับ 2 และน้ำหนักเกินมาตรฐาน (ร้อยละ 22.70 และ 9.10) ตามลำดับ สัดส่วนเส้นรอบเอวต่อรอบสะโพกเฉลี่ยเท่ากับ 0.88 (SD=0.07) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =34.83, SD=8.75)

บริบทพื้นที่ที่ศึกษาคือ ตำบลหัวดอน อ.เชียงใน จ.อุบลราชธานี เป็นหมู่บ้านชนบทกึ่งเมือง จำนวน 4 หมู่บ้าน มีแหล่งบริโภคอาหารในชุมชนที่สำคัญ ได้แก่ ตลาดนัด ร้านขายของชำ ร้านขายเครื่องดื่ม ประเภทยาหวาน ร้านอาหารเล็กๆริมทาง รถพ่วงขายอาหาร และการปลูกผักสวนครัวของแต่ละบ้าน

กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวว่า “...คิดว่าเสี่ยงนะ เพราะกินหวานมาก กินมัน ที่บ้านขายขนมไม่หยุดด้วย ก็กินด้วย...” 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคทั้งต่อตัวเอง ครอบครัวและสังคม ดังคำกล่าวที่ว่า “...เคยเห็นคนที่เป็เนเบาหวานบ่น และเล่าอาการให้ฟังว่า เป็นแล้วทำให้เหนื่อย ทำงานไม่ได้ เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น เราเป็นคนหารายได้ ถ้าเราป่วย ค่าใช้จ่ายก็จะเพิ่มขึ้น รายได้ก็จะหายไป...” 3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนเชื่อว่าการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสมจะทำให้สุขภาพแข็งแรง สามารถทำงานได้เป็นปกติ ไม่ทำให้ครอบครัวลำบาก ดังคำกล่าวที่ว่า “...จะทำให้สุขภาพแข็งแรงดีขึ้น ไม่ลำบากครอบครัว ได้ดูแลครอบครัวได้...” 4) ด้านการรับรู้อุปสรรค ผู้ให้ข้อมูลหลักคิดว่าเป็นเรื่องยาก และคิดว่าไม่ยากในการที่จะมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังคำกล่าวที่ว่า “...ตามใจปากเราเอง มันอร่อยก็กินเยอะ การรื้ออาหารด้วย เราเห็น ก็ทำตามเขา อยากกินอยากลอง...” 5) ด้านสิ่ง ชักนำให้มีการปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลหลักเกือบทุกคนคิดว่าความมุ่งมั่นและตั้งใจของตนเองเป็นสิ่งสำคัญและต้องได้รับการสนับสนุนจากภายนอกด้วย เช่น ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางสุขภาพ เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า “...เจ้าหน้าที่เขาก็บอกมาอยู่ ผ่าก อสม. มาบอก แต่เราก็กทำไม่ได้ทั้งหมด แต่ก็ดีกว่าเขาไม่บอก...” และ 6) ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ คำแนะนำความรู้ในการปฏิบัติตัว การกระตุ้นเตือน และติดตามเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ

2. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล การสนทนากลุ่ม การติดตามเยี่ยมบ้าน และการติดตามประเมินผลเป็นรายบุคคลผ่านระบบไลน์ ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19 ทั้งในระหว่างการปฏิบัติ และหลังทดลองปฏิบัติ ตามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ปรับปรุงแก้ไขใหม่โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ จนได้ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนอยู่ในระดับที่น่าพอใจ

จากประเด็นในการสนทนากลุ่มคือ ประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จ และอุปสรรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไปในทางที่เหมาะสม ดังคำกล่าวที่ว่า “...ลดข้าวเย็น ไม่เน้นข้าวเหนียว จะพยายามกินข้าวเจ้า กินผลไม้มากขึ้น ตอนเช้าก็วิ่งทุกวัน...” และมีอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังคำกล่าวที่ว่า “...เวลาทำงานเหนื่อย หิว ก็จะกินเยอะ ลืมตัว อดกินน้ำแดงพวกเฮลซ์บลูบอยไม่ได้ กินแล้วก็รู้สึกมันสดชื่น...”

แนวทางการแก้ไขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนะว่า แต่ละคนก็ควรหลีกเลี่ยง ปรับเปลี่ยนอาหารด้วยตัวเอง การพูดคุยทำความเข้าใจกับคนในครอบครัว การให้คนในครอบครัวกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรค่อยเป็นค่อยไป เป็นต้น

โดยสามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินการเป็นรูปแบบการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชนเพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้การยอมรับ และให้ความร่วมมือในการดำเนินโครงการวิจัย รวมทั้งศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน โดยมีการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มีความพร้อมและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นจะทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล การติดตามเยี่ยมบ้านในแต่ละราย เพื่อประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และภาวะโภชนาการเป็นรายบุคคล เพื่อทำความเข้าใจ ปัญหา อุปสรรคในแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติ ผู้วิจัยสร้างความตระหนักในการควบคุมน้ำหนัก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยการให้ข้อมูลเชิงวิชาการและทักษะการปฏิบัติตนในการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลเพื่อสังเกตการณ์ และให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งทางตรงและผ่านไลน์ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19 และการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล รวมทั้งประชุมกลุ่มเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ตรงกับความต้องการและดำเนินการตามรูปแบบที่กลุ่มกำหนด ดังนี้

1. การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชนและบุคลากรทางสุขภาพ โดย 1) ครอบครัว เพื่อนบ้าน และคนข้างเคียง สนับสนุนและให้กำลังใจในการลดน้ำหนัก 2) การไม่ช่วยให้บริโภคมากเกินไป 3) บุคลากรทางสุขภาพติดตามเยี่ยม ให้ข้อมูลและทบทวนความรู้ในการบริโภคอาหารอย่างสม่ำเสมอ 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบในแต่ละหมู่บ้านติดตามประเมินผลทุกสัปดาห์ และ 5) การใช้ไลน์ในการกระตุ้นเตือน การส่งข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. การควบคุมอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง โดย 1) การสังเกตใจและอารมณ์ของตัวเองไม่ให้บริโภคอาหารมากเกินไป 2) หากรู้สึกหิวให้เปลี่ยนอิริยาบถหรือหากิจกรรมอื่นทำ และ 3) การตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนัก

3. มีความรอบรู้ในด้านการบริโภคอาหาร โดย 1) การลดการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม 2) การลดเครื่องดื่ม เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม 3) การเพิ่มผัก ผลไม้ที่ไม่หวาน ธัญพืช/ข้าวที่ไม่ขัดสี 4) การเคี้ยวอาหารช้าๆ 5) การดื่มน้ำเปล่ามากๆ และ 6) การรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ ไม่รับประทานจุบจิบ

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการพัฒนาและปรับปรุง โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินหรือสะท้อนกลับผลการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลตามที่ผู้วิจัยได้บันทึกไว้ ตลอดจนวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน

อุปสรรค ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยใช้การสนทนากลุ่ม เพื่อประเมินผลและหาข้อสรุปร่วมกันเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล บริบทของสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น สรุปประเด็นจากการสนทนาและทำร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สำหรับผลลัพธ์ที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=34.83$, $SD=8.75$) และ ($\bar{X}=50.70$, $SD=3.92$) ตามลำดับ เมื่อการดำเนินโครงการวิจัยนี้ได้เสร็จสิ้นลง ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันพูดคุย เพื่อยืนยันถึงข้อสรุปจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมา ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล และกลุ่มบุคคลที่เข้าร่วมโครงการครั้งนี้โดยในระดับบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ ตระหนัก เรียนรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารเพื่อที่จะป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเกิดทักษะในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังเข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t-test) ของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย

คะแนนพฤติกรรมฯ	n	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย	20	34.83	8.75	-6.889	0.000*
หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย	20	50.70	3.92		

*p<0.05

อภิปรายผล

1. บริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างทุกรายเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และมีภาวะอ้วนระดับ 1 มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอ้วนลงพุงคือ เพศหญิงและสถานภาพสมรสคู่ โดยพบความเสี่ยงของเพศหญิงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงเป็น 9.83 เท่าของเพศชาย ($OR_{adj}=9.83$, 95% CI=3.45-27.99)⁽¹³⁾ และสถานภาพสมรสคู่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงเป็น 12.54 เท่าของผู้ที่สถานภาพโสด ($OR_{adj}=12.54$, 95% CI=1.31-120.27)⁽¹³⁾ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อายุ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีโอกาสภาวะโภชนาการเกินคิดเป็น 3.04 เท่าของผู้ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป^(14,15) โดยพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรม

การบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีกว่าผู้ใหญ่อื่นๆ ด้านการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถทำนายดัชนีมวลกายได้ร้อยละ 29.10 และสามารถทำนายอัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพกได้ร้อยละ 8.50⁽¹⁶⁾ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=34.83$, $SD=8.75$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.77$, $SD=1.30$)⁽¹⁷⁾ และการศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมีครรภ์มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.43$, $SD=0.43$) และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.24$, $SD=0.49$)⁽¹⁸⁾ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังมีสุขภาพยังแข็งแรงดี และยังไม่เกิดโรค ทำให้การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย จึงทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง⁽⁵⁾

ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ร่วมกันค้นหาประเด็นปัญหาที่ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่สำเร็จ คือ การไม่สามารถหักห้ามใจตนเองได้เมื่อมีสิ่งมากระตุ้น และการขาดความรู้ในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรู้ทางโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารร่วมกันมีความสัมพันธ์กับอัตราส่วนรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีอำนาจการพยากรณ์ร้อยละ 10.20⁽¹⁶⁾ และการศึกษาที่พบว่า ทักษะคิดของนักศึกษาในการป้องกันภาวะน้ำหนักตัวเกินอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 84.80 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักตัวเกินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.60 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดคิดว่าการปฏิบัติต้องได้รับแรงสนับสนุนจากภายนอก เช่น การได้รับการกระตุ้นหรือสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางสุขภาพ และการได้รับข้อมูล ข่าวสารต่างๆ⁽²³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=21.19$, $SD=3.65$) และปัจจัยกระตุ้นการบริโภคอาหารยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r=0.23$, $p<0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁵⁾ และพบว่า ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีผู้ใช้แรงงานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ได้ร้อยละ 33.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁹⁾ และการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ($Beta=0.464$) ความเครียดในชีวิตประจำวัน ($Beta=-0.232$) ระดับการศึกษา ($Beta=0.205$) และการรับรู้ประโยชน์ ($Beta=0.128$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 37.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽²⁾

2. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลโดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ ตระหนัก และเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารเพื่อที่จะป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเกิดทักษะในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยดูจากคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคหลังเข้าร่วมโครงการ และค่าคะแนนดัชนีมวลกายและสัดส่วนเส้นรอบเอวต่อรอบสะโพกที่ลดลง อาจเนื่องจากขั้นตอนการดำเนินการในการพัฒนารูปแบบการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การวางแผน การปฏิบัติ และการพัฒนาและปรับปรุง ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจและให้การยอมรับ และให้ความร่วมมือในการดำเนินโครงการวิจัยเป็นอย่างดีตั้งแต่ขั้นตอนแรกในการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และขั้นตอนในการพัฒนาปรับปรุง การวางแผน จากการติดตามเยี่ยมบ้านในแต่ละราย การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการประชุมกลุ่ม เพื่อประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทำให้เข้าใจปัญหา อุปสรรคของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละราย ทำให้ได้แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละบุคคล จึงทำให้ในขั้นตอนการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างจึงมีความเข้าใจและตระหนักรู้ด้วยตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ขั้นตอนนี้มีการติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลเพื่อสังเกตการณ์ และให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งทางตรงและผ่านไลน์ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 และการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อให้ได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนท้องถิ่น

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารในการที่จะป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยบางคนบอกว่าถึงแม้การควบคุมน้ำหนักเป็นเรื่องที่ทำได้ยากมาก แต่ตนเองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารไปในทางที่ดีขึ้นจากแต่ก่อน อย่างไรก็ตามจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างบางรายมีช่วงต้องกักตัวอยู่ที่บ้าน บางคนต้องไปอยู่ในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนามเป็นเวลาหลายวัน ไม่มีอะไรทำ ก็จะรับประทานอาหารบ่อยมากขึ้น และบางครั้งไม่สามารถเลือกชนิดของอาหารได้ ทำให้ควบคุมน้ำหนักได้ลำบาก บางคนทำอาชีพที่ต้องใช้แรงงานก็จะรู้สึกเหนื่อยและหิวมากกว่าปกติ ทำให้รับประทานอาหารมากเกินไป โดยเฉพาะน้ำหวาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า วัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มและอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาลมากกว่า วัยผู้ใหญ่ตอนกลางและวัยสูงอายุ⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายบอกว่าไม่สามารถจัดอาหารให้มีปริมาณอาหารที่รับประทานอาหารในแต่ละวันให้สม่ำเสมอทั้งปริมาณและคุณภาพได้ โดยให้เหตุผลว่าสมาชิกในครอบครัวมีส่วนทำให้ควบคุมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำได้ลำบาก สอดคล้องกับ

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.31$, $p<0.01$) และ ($r=0.37$, $p<0.01$)⁽²³⁾

อย่างไรก็ตามจากสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19 ในพื้นที่ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านในช่วงการปฏิบัติเพื่อสังเกตพฤติกรรมและติดตามผลได้ การประเมินผลระหว่างการปฏิบัติจึงใช้การสัมภาษณ์ผ่านโปรแกรมไลน์ (Line) ทั้งไลน์กลุ่มและไลน์ส่วนตัว และโทรศัพท์ติดต่อเป็นรายบุคคล โดยให้กลุ่มตัวอย่างส่งเมนูอาหารที่รับประทานในแต่ละวันผ่านไลน์ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะคอยให้การสนับสนุนในด้านข้อมูลเพิ่มเติมการให้คำปรึกษา และสะท้อนผลการปฏิบัติ และสรุปผลการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ และมีการกระตุ้นกลุ่มสมาชิกด้วยตนเอง ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างจะหาคำตอบว่า ต้องการเปลี่ยนอะไร มีข้อจำกัดอะไรบ้าง จะหาทางออกให้กับข้อจำกัดที่มีอะไรบ้าง และข้อผิดพลาดอะไรบ้าง แล้วมีแนวทางแก้ไขข้อผิดพลาดได้อย่างไร แล้วนำผลมาประเมินร่วมกัน ผลการประเมินจะย้อนไปสู่การวางแผนการปรับปรุงการปฏิบัติ เพื่อลงมือปฏิบัติอีกครั้งจนกว่าจะได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ซึ่งสามารถสรุปประเด็นสำคัญ ได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างจะเสี่ยงไม่รับประทานอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม และทำความเข้าใจกับคนในครอบครัวบ่อยๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุมีการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารรสเค็มดีกว่าผู้ใหญ่และไม่รับประทานเนื้อสัตว์ติดมันมากกว่าผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างต้องการให้คนในครอบครัวคอยกระตุ้นและให้กำลังใจ การค่อยๆ ปรับพฤติกรรมการบริโภคแบบค่อยเป็นค่อยไปแต่ให้มีความต่อเนื่อง⁽¹⁴⁾ แต่จากการวิจัย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²¹⁾ ขั้นตอนการพัฒนาปรับปรุง ทำให้มีการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนอุปสรรค ปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับบริบทในแต่ละบุคคล ทั้งประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง และบุคคลในครอบครัว หลักในการเลือกบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่หวาน มัน เค็ม การดื่มน้ำเพิ่มขึ้น การใช้หลักในการควบคุมจิตใจตนเอง และการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการให้ความรู้ และติดตามกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปในทางที่ดีขึ้น จากรูปแบบที่ได้สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังโดยมิติชุมชน กรณีศึกษาตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี มีรูปแบบการปรับพฤติกรรมประกอบด้วย 1) บริบทปัญหาและสาเหตุที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ 2) สร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมกลุ่มเสี่ยง 3) วิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหา 4) ร่างโปรแกรมการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 5) พัฒนาแนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 6) สร้างแกนนำนักปรับพฤติกรรมสุขภาพ 7) จัดกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง 8) ติดตามประเมินผลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และ 9) การสะท้อนผลการปฏิบัติ⁽²⁵⁾

ข้อเสนอแนะ

- 1) ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับชุมชน การวางแผน การปฏิบัติและการพัฒนาและปรับปรุง และสร้างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง การลดอุปสรรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารบริโภคอาหาร และควรมีการศึกษาให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการที่มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน ท้องถิ่นเพื่อให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน
- 2) ด้านวิจัย ควรมีการทำวิจัยกึ่งทดลองเพื่อทดสอบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในชุมชน เพื่อหาโปรแกรมที่เหมาะสม และควรทำวิจัยกึ่งทดลองเรื่องโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และควรวิจัยประเมินผลเพื่อติดตามผลลัพธ์ด้านภาวะโภชนาการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Cancer Research Fund International. The link between food, nutrition, diet and non-communicable diseases: Why NCDs need to be considered when addressing major nutritional challenges [serial online]. 2014 [cited 2018 August 26]. Available from: <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/07/WCRF-NCD-A4-WEB.pdf>
2. World bank. Health and Non-communicable disease [serial online] .2016 [cited 2020 March 15]. Available from: <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/143531466064202659-0070022016/original/pacificpossiblehealthsummary.pdf>
3. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด; 2557.
4. อมรรัตน์ นระสนธิ์, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, ไพลิน พินทอง. ความรู้ทางโภชนาการ ทักษะเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการในชุมชนกึ่งชนบท จังหวัดอุบลราชธานี. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร. 2560;23(3): 344-57.
5. ไพรวลัย โคตรตะ, อมรรัตน์ นระสนธิ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร. 2563;26(3):338-53.
6. สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 25]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422

7. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. เทรนด์วิจัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 16]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hsri.or.th/researcher/research/trend/detail/4999>
8. สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. ภัยทำงานเสี่ยงโรคเรื้อรังคุกคาม [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2561 กุมภาพันธ์ 13]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th>
9. Budreviciute A. et al. Management and prevention strategies for non-communicable diseases (NCDs) and their risk factors. *Frontiers in Public Health*. 2020 [cited 2021 March 8]. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.574111/full>
10. Masters J. The history of action research [Internet]. 1995 [cited 2020 May 19]. Available from: <http://www.behs.cchs.usyd.edu.au/arow/Reader/rmasters.htm>
11. Abraham C, Sheeran P. The health belief mode [Internet]. 2015 [cited 2020 June 7]. Available from: <http://www.researchgate.net/publication/290193215>
12. สิรินาถ ขาบุญเรือง, ประนอม รอดคำดี. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยกลุ่มเพื่อนต่อพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายของวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2557;32(3):119-26.
13. พลอยณณารินทร์ รวินิก, อติศักดิ์ สัตย์ธรรม. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากรตำบลชะแมบ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*. 2559;5(2):33-47.
14. วชิรพันธ์ วรรณ, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะน้ำหนักเกินในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมืองหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2560;32(4):344-50.
15. กรรณิการ์ ศรีสมทรง, เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์, นัยนา หนูนิล. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. *รามาชิตีพยาบาลสาร*. 2564;27(2):232-46.
16. ธัญพร มงคลมไฟ. ปัจจัยความรู้ทางโภชนาการ ทักษะติดต่ออาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบอาหารเพื่อโภชนาการ]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา; 2560.
17. ศัลยา วสุธาดา, ลลิตา เตชะวฑฺฒ, นันทวัน ไชยกล้า, สายใจ จารุจิตร. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 2561;29(2):47-59.

18. ปรีชาธิป ยีหริม, รุ่งระวี นาวิเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2559;27(2):31-42.
19. ณัฐชยา แก้วโกคา, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 2560;12(4):50-6.
20. สิรินันท์ เจริญผล, รัตนศิริ ทาโต. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีผู้ใช้แรงงานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2560;29(2):136-48.
21. ปันนดา จันทรสุกรี, นิตินัย รุ่งจินดารัตน์. การวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่นตอนปลายโดยใช้ตัวชี้วัดทางปัญญาสังคม: กรณีศึกษานักศึกษามหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เอ็น เอส พี เซอร์วิสเซ็นเตอร์; 2558.
22. ไวรัญจน์ เปรมสุข, รัตนศิริ ทาโต, ระพีณ ผลสุข. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารเกื้อการุณย์. 2562; 26(1):24-39.
23. ไพรวลัย โคตรตะ, กชพงศ์ สารการ, ปาริชาติ รัตนราช. ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2559;10(1):25-31.
24. อภิชัย คุณิพงษ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษาปริญญาตรี. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2560;10(37):58-66.
25. สิริพร วงศ์ตรี. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังโดยมิติดชุมชน กรณีศึกษาตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2561;4(2):93-113.

ศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกิน กอด เล่น เล่า และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ณ ตำบลนาเลี้ยว อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

ยุภาติ สงวนพงษ์^a, วาสนา แสงทอง^{**}, รจนา เมืองแสน^{**}, ศิริพร พึ่งเพ็ชร^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานวิธี เพื่อศึกษาศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกิน กอด เล่น เล่า และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลตำบลนาเลี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยแบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะ โดยระยะแรกที่เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า สภาพการณ์เกี่ยวกับศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน พบว่ามีปัญหาในศักยภาพของผู้ดูแล 5 ด้านได้แก่ 1) การรับประทานอาหารของเด็ก 2) การได้รับความอบอุ่นจากผู้ดูแล 3) การเล่นเกม 4) การเล่าเรื่องของเด็ก และ 5) การมีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนแสดงให้เห็นถึงปัจจัยด้านศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กใน 3 ด้านของผู้ดูแลที่มีความสำคัญ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และ ทศนคติที่ดีต่อการสนับสนุน ส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย ระยะที่สองเป็นการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ โดยกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลเด็กจำนวน 155 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามศักยภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 และ 0.94 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่าระดับคะแนนศักยภาพ มีระดับคะแนนเรียงจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ ด้านการกิน การเล่น การกอด และ การเล่า ตามลำดับ การมีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.79$, $SD=0.51$) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การอบรมเลี้ยงดูในฐานะผู้ดูแล ($\bar{X}=4.47$, $SD=0.43$) รองลงมาคือ การเรียนรู้ที่บ้าน ($\bar{X}=4.09$, $SD=0.47$)

คำสำคัญ: ศักยภาพ; การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย; กิน กอด เล่น เล่า; การมีส่วนร่วม

* หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

** อาจารย์ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

*** อาจารย์ สาขาวิชาหลักสูตรและการเรียนการสอน คณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

^a Corresponding author : ยุภาติ สงวนพงษ์ Email : tookyuphadi@gmail.com

รับบทความ: 17 ก.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 29 ก.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 29 ก.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 6 ก.ย. 65

Competency for raising early childhood through eat-hold-play-tell and caregiver participation in Na Siew Subdistrict, Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province

Yuphadi Sa-nguanphong^{*a}, Wassana Saengthong^{**},
Rojjana Muangsan^{**}, Siriporn Phungphet^{***}

Abstract

The purpose of this mixed-method study was to examine the competency of early childhood rearing by eat-hold-play-tell and the participation of caregivers in Na Siew sub-district, Mueang district, Chaiyaphum province. The study was conducted in 2 phases. In phase 1, in-depth interviews were conducted with 20 caregivers to understand situations regarding their child bearing competencies. The results from the interviews showed 5 issues on competencies among caregivers: 1) providing care in children's eating, 2) warmth from caregivers, 3) spending quality time playing with children, 4) encouraging children to express themselves and tell their stories, and 5) caregivers' participations in providing care for their children. In-depth interviews conducted with secondary informant stakeholders regarding the early childhood rearing competency of caregivers showed that three areas important in raising children were knowledge, skills, and positive attitudes towards early childhood education to promote child development according to age. The quantitative study in phase 2 was conducted using competency and participation of caregiver questionnaire with Cronbach's alpha coefficients of 0.92 and 0.94, respectively. Statistics used in this phase included percentages, means and standard deviations. It was found that the overall level of the caregiver's participation in early childhood rearing was at a high level ($\bar{X}=3.79$, $SD=0.51$) while the aspect of parenting as a caregiver had a highest average score ($\bar{X}=4.47$, $SD=0.43$) followed by learning at home ($\bar{X}=4.09$, $SD=0.47$).

Keywords : Competency; Raising early childhood; Eat-hold- play-tell; Participation

^{*} Chair, Department of Children and Teens Nursing, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

^{**} Instructor, Faculty of Business Administration, Chaiyaphum Rajabhat University

^{***} Instructor, Faculty of Education, Nakhonratchasima College

^a Corresponding author : Yuphadi Sa-nguanphong Email : tookyuphadi@gmail.com

Received: Jul. 17, 22; Revised: Jul. 29, 22; Accepted: Jul. 29, 22; Published Online: Sep. 6, 22

บทนำ

การลงทุนพัฒนาเด็กปฐมวัย เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าให้ผลตอบแทนแก่สังคมที่ดีที่สุดในระยะยาว⁽¹⁾ ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยจึงเป็นรากฐานที่มีผลต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของคนตลอดชีวิต และเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุด UNICEF⁽²⁾ ได้ให้ความสำคัญโดยเฉพาะในพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพราะสมองเติบโต พัฒนารวดเร็วที่สุด เนื่องจากเป็นช่วงที่จะมีการเชื่อมต่อกันของเซลล์สมอง (Synapse) และการที่เซลล์สมองมีการเชื่อมต่อกัน หรือส่งกระแสประสาทไปติดต่อกับเซลล์อื่นๆ จำนวนมาก นั้นหมายถึงความสามารถในการเรียนรู้ การจำ การคิด สติปัญญา และอารมณ์ จะเกิดการพัฒนามากเช่นกัน การที่ผู้ดูแลให้การกระตุ้นส่งเสริมให้เด็กวัยนี้เกิดการเรียนรู้อย่างเหมาะสม เป็นการกระตุ้นให้เซลล์สมองเกิดการเชื่อมต่อกันได้ดีที่สุด ทำให้เกิดศักยภาพสูงสุดของสมอง หากเด็กได้รับการอบรมเลี้ยงดูอย่างเหมาะสมตามช่วงวัย จะทำให้มีการเจริญเติบโตที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีพัฒนาการที่สมวัยจะเป็นพื้นฐานที่ดีในการพัฒนาไปสู่เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นต่อไป

ผู้ดูแลเด็กวัยนี้ต้องให้การอบรมเลี้ยงดู ปกป้องคุ้มครอง ให้ความรัก ความอบอุ่น เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด การอบรมเลี้ยงดูที่มีคุณภาพจะส่งผลให้เด็กเจริญเติบโต สุขภาพแข็งแรง ดังนั้นผู้ดูแลเด็กต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงการเสริมสร้างพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ สังคม ตระหนักถึงบทบาทเชิงปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อเด็ก เพื่อให้เด็กเจริญเติบโตเป็นสมาชิกของสังคมไทยในอนาคตที่เป็นเยาวชนและผู้ใหญ่ที่พึงประสงค์มีการปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ดี⁽³⁾ การพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างยั่งยืนจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลเด็กควรเสริมสร้างต้นทุนชีวิต (Life assets)⁽⁴⁾ ให้แก่เด็กโดยการเสริมทักษะรู้คิดและจิตสำนึกที่ดี โดยผ่านจากการเลี้ยงดูของผู้ดูแลที่มีความผูกพัน ผู้เลี้ยงดูซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดต้องสร้างให้เด็กเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการดำเนินชีวิต เด็กเจริญเติบโตได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับบทบาทของผู้ดูแลเด็กถึงแม้เด็กเข้าโรงเรียนแล้วก็ตาม แต่บ้านยังคงเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญที่มีอิทธิพลยิ่งต่อเด็ก Bronfenbrenner^(5,6) กล่าวว่าสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการเติบโตและพัฒนาการของเด็ก โดยสิ่งแวดล้อมชั้นแรกที่ใกล้ชิดตัวเด็กมากที่สุดคือครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยในการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ให้กับเด็ก

แนวคิด กิน กอด เล่น เล่า⁽⁷⁾ ประกอบด้วย 1) อาหารกับการเสริมสร้างสุขภาพเด็ก (กิน) ในช่วงแรกเกิด-3 ปีแรก สมองของเด็กเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วมากจนถึงร้อยละ 80 ของสมองผู้ใหญ่ ช่วงนี้ถือเป็นโอกาสที่เด็กจะได้เรียนรู้ และมีพัฒนาการทั้งทางร่างกายและสมอง 2) ความผูกพัน (กอด) ผู้ดูแลควรกอดเด็กทุกวัน เพื่อให้เด็กรับรู้ว่าคุณพ่อคุณแม่รักและห่วงใยกับเด็กเสมอ อีกทั้งการอบรมเด็กก็ต้องทำด้วยความรัก ความเข้าใจ และใช้เหตุผล 3) ส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยการเล่น (เล่น) ผู้ดูแลหลักคือของเล่นชิ้นแรกในชีวิตเด็ก 4) การใช้หนังสือเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (ด้วยการเล่านิทาน) ผู้ดูแลสามารถเล่านิทานให้ฟังเป็นประจำทุกวันต่อเนื่องจนกระทั่งเด็กโต นอกจากนี้ผู้ดูแลยังคิดว่าการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นหน้าที่ของครูที่

โรงเรียน ผู้ดูแลยังไม่เห็นคุณค่า และไม่เห็นประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในชีวิตประจำวัน การขาดการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการ การขาดการสื่อสารที่มีคุณภาพกับเด็ก ทำให้ผู้ดูแลไม่รับรู้ถึงการมีส่วนร่วม ปัญหาด้านทัศนคติ และความคิดที่แตกต่างกัน

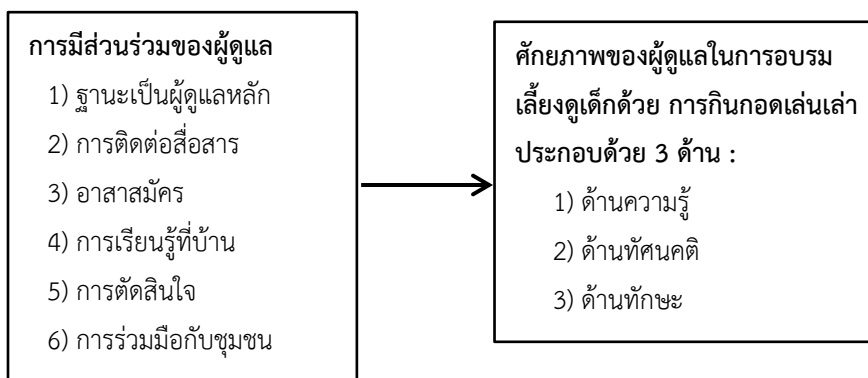
จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา “ศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกอดเล่นเล่า และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ตำบลนาเสียว อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ” เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกอดเล่นเล่า และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ตำบลนาเสียว อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกอดเล่นเล่า และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ณ ตำบลนาเสียว อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยอายุ (1-5 ปี) ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ศึกษาศักยภาพ 3 ด้านตาม แนวคิดของ (Bloom)⁽⁸⁾ ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านทักษะหรือพฤติกรรม โดยการกอดเล่นเล่า⁽⁷⁾ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ตามแนวคิดของ Epstein^(9,10) มีรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ดูแลหลัก 2) ด้านการติดต่อสื่อสาร 3) ด้านอาสาสมัคร 4) ด้านการเรียนรู้ที่บ้าน 5) ด้านการตัดสินใจ และ 6) ด้านการร่วมมือกับชุมชน ศักยภาพวิจัยระหว่างเดือน เมษายน ถึง กรกฎาคม 2565 จากข้อมูลในการทำวิจัยเชิงปริมาณ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงปริมาณดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประเภทของการวิจัย

ระเบียบวิธีที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีผสมผสานวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed method) แบบ Sequential exploratory design⁽¹¹⁾ แบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ศึกษาเอกสาร ทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และส่วนที่ 2 ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อจะได้ข้อมูลและองค์ความรู้เกี่ยวกับศักยภาพของผู้ดูแลในการอบรมเลี้ยงดูเด็กด้วยการกอดเล่นเล่าและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เก็บข้อมูลโดยการสังเกต การสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึกและการเฝ้าบ้าน โดยใช้แนวคำถามถึงโครงสร้างเกี่ยวกับกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก จากผู้ที่ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้ดูแลเด็ก ครูพี่เลี้ยง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ฝ่ายการศึกษาขององค์การบริหารเทศบาลตำบลนาเสียว อำเภอเมืองชัยภูมิ เพื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลไปพัฒนาและสร้างเครื่องมือในระยะต่อไป

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาระดับศักยภาพ และระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาจากการวิจัยระยะที่ 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็ก ครูพี่เลี้ยง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว และเจ้าหน้าที่ฝ่ายการศึกษาขององค์การบริหารเทศบาลตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เลือกตัวแทนจากประชากร ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย (อายุ 1-5 ปี) จำนวน 251 ครอบครัว ในตำบลนาเสียว อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลโดยใช้หลักการอ้างอิงด้วยบุคคลและผู้เชี่ยวชาญ (Snowball sampling technique)

2. กลุ่มเป้าหมายการวิจัยเชิงคุณภาพ เลือกตัวแทนเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวนทั้งหมด 20 คน ประกอบด้วย

2.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก กับผู้ดูแลจำนวน 9 คน

2.2 ผู้ให้ข้อมูลรอง ใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 11 คน ประกอบด้วย ผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จจำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน ครูพี่เลี้ยง จำนวน 2 คน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กจำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 1 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน และปราชญ์ชาวบ้าน จำนวน 1 คน

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างโดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา มีเกณฑ์ในการคัดเข้า ดังนี้ ผู้ดูแลอายุ ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงหรือความพิการ ดุแลเด็ก (อายุ 1 ปีบริบูรณ์ ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน) มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับเด็ก ดุแลเด็กนานมากกว่า 3 เดือน และเกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้ ผู้ดูแลที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจผู้ดูแลหรือครอบครัว ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

การศึกษาครั้งนี้ทำการคำนวณจำนวนตัวอย่างจากจำนวนของผู้ดูแลเด็ก จำนวน 251 คน ใช้สูตรในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย โดยใช้สูตรของ เครซีและมอร์แกน⁽¹²⁾ การวิจัยครั้งนี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเท่ากับ 155 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิ โดยมีการชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะการเก็บข้อมูล ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ลงนามในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และการนำเสนอข้อมูลนำเสนอในภาพรวม โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 65-1-005

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล เป็นแนวคำถามถึงโครงสร้างเกี่ยวกับศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล และคำถามปลายเปิดในการสนทนากลุ่ม การสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก และแบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูด้วยการกอดเล่นเล่าของผู้ดูแล และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ตำบลนาเสียว อำเภอมือง จังหวัดชัยภูมิ เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการสังเคราะห์เนื้อหา ประเด็นที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ โดยถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ภาวะสุขภาพและโรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินศักยภาพของผู้ดูแลด้านความรู้การอบรมเลี้ยงดูเด็ก จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่/ไม่แน่ใจ ตามความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล ให้ค่าคะแนนของคำตอบ คือ หากเป็นคำถามเชิงบวก ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน หากเป็นคำถามเชิงลบ ตอบใช่ ได้ 0 คะแนน ตอบ ไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ได้ 1 คะแนน คำถามมีจำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบประเมินศักยภาพของผู้ดูแลด้านทัศนคติการอบรมเลี้ยงดูเด็ก จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ

ตอนที่ 4 แบบประเมินศักยภาพของผู้ดูแลด้านทักษะการอบรมเลี้ยงดูเด็ก จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ตอนที่ 5 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล ตามแนวคิดของ Epstein ปรับปรุงจาก อันย์ สุภาแสน⁽⁹⁾ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และตรวจหาความความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดสอบกับผู้ดูแลเด็กตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน แบบสอบถามด้านความรู้ศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกินกอดเล่นเล่าของผู้ดูแล ใช้การทดสอบความเชื่อมั่นของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 แบบสอบถามด้านทัศนคติ ด้านทักษะศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกินกอดเล่นเล่าของผู้ดูแล และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล ใช้การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)⁽¹³⁾ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92, 0.94 และ 0.94 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นภาพรวมของแบบสอบถามเท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ถึงนายกองค์การบริหารตำบลนาฝาย
2. ทำหนังสือถึงผู้ดูแลเด็กเพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาประสานงานกับผู้นำชุมชน ครูพี่เลี้ยง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลนาฝาย เพื่อนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งเข้าชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถาม แบบขอความยินยอมชี้แจงความสำคัญวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม
3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง
4. ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูล ตรวจสอบความความสมบูรณ์ของข้อมูล ใส่รหัสและลงข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ นำมาทดสอบความสอดคล้องของข้อมูล ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ภายหลังจากการสนทนากลุ่ม คำสัมภาษณ์ การสังเกตของผู้ให้ข้อมูลนำมาถอดเทปตามคำสัมภาษณ์โดยปราศจากการตีความ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดิบทั้งคำสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลทั้งหมด มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล กับระดับศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กด้วยการกินกอด เล่นเล้าของผู้ดูแล ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยใช้ค่าเปรียบเทียบความแตกต่างของส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล ด้วยการวิเคราะห์สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายถึงศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกินกอดเล่นเล้า และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ตำบลนาเสียว อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

ผลการวิจัย

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ: ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล ประกอบด้วย ผลการทบทวนวรรณกรรม สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล สำหรับการวิเคราะห์เนื้อหา จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต และการติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้ข้อคำถามกึ่งโครงสร้าง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 9 คนและผู้ให้ข้อมูลรอง จำนวน 11 คนรวมทั้งสิ้นจำนวน 20 คน โดยการสัมภาษณ์ และสังเกตจากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.1 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล 5 ด้านได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหารของเด็ก 2) ด้านการได้รับความอบอุ่นจากผู้ดูแล 3) ด้านการใช้เวลาคุณภาพในการเล่นกับเด็ก 4) ด้านการส่งเสริมให้เด็กกล้าแสดงออกและเล่าเรื่องราวของตน และ 5) การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและเด็กในการทำกิจกรรมร่วมกัน ดังตัวอย่างข้อความการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

1.1.1 ด้านการรับประทานอาหารของเด็ก พบว่าผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูงอายุรับผิดชอบในการเตรียมอาหารให้แก่เด็กและสมาชิกในครอบครัว แต่ยังขาดความรู้ในการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับเด็ก มีการปรุงแต่งรสชาติของอาหารด้วยผงชูรส ไม่มีการเสริมเกลือไอโอดีนในอาหาร จัดเตรียมอาหารตามประสบการณ์เดิมของผู้ดูแล และให้เด็กเลือกอาหารจากร้านค้าได้เอง ตัวอย่างดังนี้

“...ก็เตรียมให้เขาคือกับคนอื่น ๆ ในบ้านละ...จะต้องเห็ดหลายอย่าง..เห็นเขากินได้อยู่...การเสริมเกลือไอโอดีนนี้บ่รู้ว่ามียะโยชน์ดอก..กะปรุงอาหารตามที่เคยเฮ็ดมาละ..บางเฮียกะใส่ผงชูรส..อยากให้เขากิน

ได้หลายๆ...บางเฮียกะให้เขาไปซื้อขนมในร้านค้าเอาเองเลย...เลือกเอา..มีทุกอย่าง...” (ยาย อายุ 60 ปีเลี้ยงหลานอายุ 3 ปี)

1.1.2 ด้านการได้รับความอบอุ่นจากผู้ดูแล พบว่า เด็กจะถูกปล่อยให้เด็กตามบริเวณบ้าน ผู้ดูแลจะไม่ค่อยมีเวลา ก่อนเข้านอนจะให้เด็กดูทีวีและนอนก่อน เด็กไม่ได้รับการกล่อม หรือการร้องเพลงกล่อม

1.1.3 ด้านการใช้เวลาคุณภาพในการเล่นกับเด็ก พบว่าผู้ดูแลไม่ได้เล่นกับเด็ก ไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันกับเด็กภายในครอบครัว เวลาส่วนมากจะเป็นเวลาในการประกอบอาชีพ ทำงานเสริม หรือมีกิจกรรมการเล่นกับเด็ก ตัวอย่างดังนี้

“ยายกะต้องเฮ็ดอย่างอื่นนำได้ บ่ได้เลี้ยงแต่หลานอย่างเดียว มื่อหนึ่งๆ กะเมิดเร็ว บ่ค่อยมีเวลาได้เล่นกับหลาน บางทีต้องปล่อยให้เขาเล่นผู้เดียว..ไม่ค่อยได้เล่นนำกันดอก” (ยายอายุ 42 ปีเลี้ยงหลานอายุ 3 ปี)

1.1.4 ด้านการเล่า พบว่าผู้ดูแลไม่ได้เล่านิทาน ไม่มีหนังสือนิทาน ไม่มีเวลาให้คำชี้แนะ จะปล่อยให้เด็กเล่นหรือดูโทรทัศน์ตามลำพังโดยขาดการชี้แนะที่ถูกต้องแก่เด็ก ตัวอย่างดังนี้

“...บ่ค่อยมีเวลาได้เล่นกับลูก บางทีต้องปล่อยให้เขาเล่นผู้เดียว ปล่อยให้เบิ่งโทรศัพท์คนเดียว ตอนแลงบกลับมาถึงบ้านกะเมิดแรงแล้ว ไม่ค่อยได้เฝ้ากับเขาดอก บางเฮียกลับมาเขาจะนอนหลับแล้ว..เขาเป็นคนนอนง้าย...” (มารดา อายุ 31 ปีเลี้ยงบุตรอายุ 4 ปี)

1.1.5 การมีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลที่เตรียมทุกอย่างให้เด็ก โดยไม่让孩子มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมประจำวัน ตัวอย่างดังนี้

“...ยายเห็นเขายังน้อยอยู่...กับข้าวกับน้ำ..ยายกะเตรียมให้เขาเมิดละ...เฮ็ดอ้อยกะบ่ทันใจ..ยายกะต้องเป็นคนตัดสินใจเอง...” (ยาย อายุ 52 ปีเลี้ยงหลานอายุ 2 ปี)

1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลรองจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล พบว่า เป็นความรู้เดิมตามที่ตนเองเคยปฏิบัติ ผู้ดูแลขาดศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความรู้ (2) ด้านทักษะ และ (3) ด้านทัศนคติที่ดีต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างข้อความการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

1.2.1 ด้านความรู้การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พบว่าผู้ดูแลไม่เข้าใจถึงพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย รวมทั้งการส่งเสริมการอบรมเลี้ยงดูเด็กให้มีพัฒนาการตามวัยได้อย่างเหมาะสม การใช้สื่อสารสนเทศผู้ดูแลขาดการให้คำแนะนำที่เหมาะสมและไม่มีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการจากสื่อต่างๆ เช่น โทรศัพท์มือถือ โทรทัศน์ ให้เหมาะสม ตัวอย่างดังนี้

“...เอาแต่ใจตัวเอง ถ้าบ่ได้ดังใจจะร้องด้นกับพื้นเลย ยายก็ตีเขาละบอกบ่ฟังหลาย.. แต่เวลาปล่อยให้เบิ่งโทรศัพท์นี่เบิ่งได้เมิดมือ ยายว่ามันกะเป็นผลดีกับเขาอยู่เดี๋ยละ เขามีสมาธิ..บ่มาควนดี ยายกะจะได้มีเวลาเฮ็ดอย่างอื่นเน ยายว่ามีโทรศัพท์หรือโทรทัศน์ไว้นี้ อย่างน้อยเป็นการเรียนรู้เพิ่มเติมไปพร้อมในส่วนที่ยายหาให้เขาบ่ได้...” (ยาย อายุ 60 ปีเลี้ยงหลานอายุ 4 ปี)

1.2.2 ด้านทักษะการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พบว่าผู้ดูแลยังขาดทักษะ การเล่นในกิจวัตรประจำวัน การอ่านหนังสือ ขาดหนังสือคุณภาพสำหรับเด็ก ผู้ดูแลไม่ได้อ่านนิทานและขาดทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย ตัวอย่างดังนี้

“..อย่าบ่อยอ่านหนังสือให้เขาฟังดอก เล่านิทานกะบ่เป็น..หนังสือนิทานกะบ่มีดอก.. อย่าให้เขาเล่นเกมในโทรศัพท์เอา...เดี๋ยวเขาจะเรียนรู้ของเขาเองละ..” (ย่า อายุ 56 ปีเลี้ยงหลานอายุ 3 ปี)

1.2.3 ด้านทัศนคติการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พบว่าผู้ดูแลคาดหวังให้เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีงานทำ เอาตัวรอดไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม ส่วนการอบรมเลี้ยงดูเด็กนี้จะดูแลด้านร่างกายให้เด็กรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การนอนหลับพักผ่อน การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย และให้เชื่อฟังคำสอน ตัวอย่างดังนี้

“...เห็นเขากินได้หลาย..นอนกะดี ตัวอ้วน..ฉันกะว่าเป็นตาซังดี อยากได้อันใดก็จะหาให้หมดละ...ขอให้เขาเป็นเด็กดี ใหญ่ขึ้นจะได้มีงานทำ เอาตัวรอดได้..” (ย่า อายุ 48 ปีเลี้ยงหลานอายุ 3 ปี)

1.3 ผู้ให้ข้อมูลรอง จากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 11 คน พบว่า สถานการณ์ศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลจังหวัดชัยภูมิ มีประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล ดังนี้

1.3.1 ผู้ดูแลขาดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย โดยเฉพาะด้านการเล่านิทานให้เด็กฟัง การมีหนังสือคุณภาพสำหรับเด็กในครอบครัว รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเด็กจะเป็นความรู้เดิมและประสบการณ์เดิมของผู้ดูแล ตัวอย่างดังนี้

“..ผู้ดูแลไม่ค่อยมีเวลาได้ดูแลเด็ก ปล่อยให้เด็กอยู่กับโทรศัพท์มือถือ ไม่ได้อ่านนิทานให้เด็กฟัง ไม่ได้ให้เด็กมีส่วนร่วมการทำกิจวัตรประจำวัน แต่จะมารับและส่งที่โรงเรียนตามเวลา..” (เจ้าหน้าที่กระทรวงศึกษาธิการ)

1.3.2 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก เนื่องจากมีการระบาดของโรคโควิด-19 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่สำคัญ ทั้งในฐานะผู้ดูแลหลัก การเรียนรู้ที่บ้าน การตัดสินใจแก้ไขปัญหา การติดต่อสื่อสารกับแหล่งประโยชน์และโรงเรียน การร่วมมือกับชุมชน รวมทั้งการเป็นอาสาสมัครในการช่วยเหลือในชุมชน พบว่าผู้ดูแลเป็นผู้ที่สำคัญในการขับเคลื่อนการอบรมเลี้ยงดูเด็กเพื่อให้มีประสิทธิภาพ เพราะต้องทำหน้าที่หลักควบคู่กันไปด้วย ตัวอย่างดังนี้

“...ช่วงนี้มีโรคโควิดระบาด ..ช่วงนี้ก็เน้นให้อยู่ในบ้าน.. ผู้ดูแลต้องเป็นคนที่ได้รับผิดชอบทั้งหน้าที่หลักในการดูแลเด็ก การติดต่อสื่อสารกับส่วนราชการ ครูและผู้นำในชุมชน การเรียนก็ต้องสอนทำการบ้านเด็กที่บ้าน..เดี๋ยวครูจะมาตามเก็บการบ้านเอง ..เขาจะต้องสอนให้ล้างมือด้วยสบู่บ่อยๆ ใส่ผ้าปิดปากเมื่อออกจากบ้าน..การร่วมมือกับชุมชน ให้งดการรวมกลุ่มกันของเพื่อนบ้าน..ท่าป่ซ้อยกันเฮ็ดแล้วผะจะมาซ้อยเฮลละ...” (เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข)

สรุปพบว่าเป็นปัญหาในการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล โดยเฉพาะการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ผลการศึกษาในระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าสภาพการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ มีผู้ดูแลขาดศักยภาพที่เหมาะสมใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านทัศนคติ และด้านการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการอบรมเลี้ยงดูเด็กเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการตามช่วงวัย จึงนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้ ค้นคว้างานวิจัย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 ต่อไป

2. การวิจัยเชิงปริมาณ: ศึกษาระดับศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกินกอดเล่นเล่า และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

การวิจัยเชิงปริมาณ จากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กจำนวน 155 คน พบว่าข้อมูลส่วนตัวของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.23 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 33.55 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 44.52 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.86 รายได้อยู่ต่ำกว่า 10,001 บาท ร้อยละ 41.93 ความเพียงพอของรายได้มีเงินออม ร้อยละ 43.87 ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 74.84 สมาชิกในครอบครัวจำนวน 4-5 คน ร้อยละ 35.48

ศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกินกอดเล่นเล่าของผู้ดูแลในแต่ด้านพบว่า

- 1) **ด้านความรู้** มีระดับศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกินกอดเล่นเล่าของผู้ดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=0.80$, $SD=0.05$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการกิน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=0.92$, $SD=0.10$) รองลงมา ได้แก่ ด้านการเล่น อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=0.81$, $SD=0.06$) ด้านการกอด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=0.75$, $SD=0.11$) และ ด้านการเล่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=0.71$, $SD=0.15$) ตามลำดับ
- 2) **ด้านทัศนคติ** มีระดับศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกินกอดเล่นเล่าของผู้ดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.43$, $SD=0.12$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการกิน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.83$, $SD=0.13$) รองลงมา ได้แก่ ด้านการเล่น อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.40$, $SD=0.29$) ด้านการกอด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.32$, $SD=0.29$) และ ด้านการเล่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.12$, $SD=0.32$) ตามลำดับ
- 3) **ด้านทักษะ** มีระดับศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกินกอดเล่นเล่าของผู้ดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.50$, $SD=0.33$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการกิน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.95$, $SD=0.32$) รองลงมา ได้แก่ ด้านการเล่น อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.85$, $SD=0.59$) ด้านการกอด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.12$, $SD=0.64$) และ ด้านการเล่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.09$, $SD=0.67$) ตามลำดับ สรุปในภาพรวมในระดับคะแนนในรายด้าน พบว่า มีระดับคะแนนเรียงจากมากไปหาน้อยทั้งหมดได้ดังนี้ ด้านการกิน ด้านการเล่น ด้านการกอด และ ด้านการเล่า ตามลำดับ ซึ่งพบว่าศักยภาพด้านที่น้อยที่สุดคือ การเล่า สรุปได้ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กด้วยการกินกอดเล่นเล่าของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย (n=155 คน)

ศักยภาพการอบรมเลี้ยงดู ของผู้ดูแล	ด้านความรู้		ด้านทัศนคติ		ด้านทักษะ		ระดับ
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
การกิน	0.92	0.10	2.83	0.13	3.95	0.32	สูง
การกอด	0.75	0.11	2.35	0.29	3.12	0.64	ปานกลาง
การเล่น	0.81	0.06	2.40	0.27	3.85	0.59	สูง
การเล่า	0.71	0.15	2.12	0.32	3.09	0.67	ปานกลาง
ภาพรวม	0.80	0.05	2.43	0.12	3.50	0.33	สูง

ระดับการมีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.79$, $SD=0.51$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการอบรมเลี้ยงดูในฐานะผู้ดูแล อยู่ในอันดับแรก อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.47$, $SD=0.43$) รองลงมา ได้แก่ ด้านการเรียนรู้ที่บ้าน ($\bar{X}=4.09$, $SD=0.47$) และ ด้านการร่วมมือกับชุมชน ($\bar{X}=3.28$, $SD=0.71$) มีคะแนนเฉลี่ยเป็นอันดับสุดท้าย สรุปได้ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล (n=155 คน)

การมีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การอบรมเลี้ยงดูในฐานะผู้ดูแล	4.47	0.43	มาก
การติดต่อสื่อสาร	3.74	0.90	มาก
การเป็นอาสาสมัคร	3.65	0.75	ปานกลาง
การเรียนรู้ที่บ้าน	4.09	0.47	มาก
การตัดสินใจ	3.51	0.76	ปานกลาง
การร่วมมือกับชุมชน	3.28	0.71	ปานกลาง
ภาพรวม	3.79	0.51	มาก

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแลตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคปัจจุบันเกี่ยวกับศักยภาพในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล สรุปได้ 5 ด้านดังนี้ 1) ด้านการรับประทานอาหารของเด็ก 2) ด้านการได้รับความอบอุ่นจากผู้ดูแล 3) ด้านการใช้เวลาคุณภาพในการเล่นกับเด็ก 4) ด้านการส่งเสริมให้เด็กกล้าแสดงออกและเล่าเรื่องราวของตน และ 5) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและเด็กในการทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้ดูแลขาดความรู้ ทัศนคติ

และทักษะที่ดีต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยให้ถูกต้องตามพัฒนาการตามวัยแบบองค์รวม การอบรมเลี้ยงดูเด็กจากแบบความรู้เดิม ขาดการมีส่วนร่วม เช่น การปรุงอาหารให้เด็กใส่ผงชูรส ไม่มีเวลาพาเด็กเล่น กล่อมนอน และไม่มีหนังสือนิทานให้เด็ก ซึ่งผู้ดูแลคิดว่า เด็กสามารถเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ได้เอง และการมีส่วนร่วมในกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลจะเตรียม และจัดการให้เด็กเกือบทั้งหมด สิ่งที่ค้นพบที่สำคัญจากการศึกษานี้ คือ การปล่อยให้เด็กอยู่กับสื่อดิจิทัลโดยไม่ได้คำชี้แนะจากผู้เลี้ยงดู โดยเฉพาะการใช้เวลาในการให้เด็กอยู่กับสื่อต่างๆ เป็นเวลานาน ควรมีคำแนะนำ ชี้แนะเด็กร่วมกับการใช้สื่อสารสนเทศอย่างสร้างสรรค์ ควรบริหารเวลาในการใช้สื่ออย่างเหมาะสม รูปแบบการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์⁽¹⁴⁾ ปัญหาการบริโภคสื่อและอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารในเด็กปฐมวัย พบว่าปัญหาพฤติกรรมต่างๆ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการใช้ และเนื้อหาของสื่อ ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งอเมริกา (American Academy of Pediatrics: AAP) แนะนำว่าเด็กอายุตั้งแต่ 2 ปี ไม่ควรใช้เวลากับการอยู่หน้าจอต่างๆ มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน จากประเด็นการใช้สื่อไม่เหมาะสมทำให้มีพัฒนาการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามศักยภาพการเลี้ยงดูของผู้ดูแล ถ้าผู้ดูแลสามารถพัฒนาศักยภาพของตนโดยผ่านกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยการกินกอดเล่นเล่า⁽⁷⁾ ได้จะทำให้การอบรมเลี้ยงดูเด็กเป็นไปตามพัฒนาการ เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิตต่อไป

2. ระดับศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกินกอดเล่นเล่า และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ตำบลนาเลี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ สรุปลได้ 2 ประเด็นหลักดังนี้

2.1 ระดับศักยภาพของผู้ดูแลในการอบรมเลี้ยงดูเด็กด้วยการกินกอดเล่นเล่า ตามศักยภาพใน 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านทักษะ พบว่าระดับศักยภาพในภาพรวมด้านความรู้อยู่ในระดับสูง ด้านทัศนคติอยู่ในระดับสูง และด้านทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 ศักยภาพด้านความรู้ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง พบว่า 1) การกิน อยู่ในระดับสูง ผู้ดูแลจัดเตรียมอาหารให้แก่เด็กครบ 5 หมู่ และการมีสุขนิสัยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีคะแนนร้อยละ 100 จะเห็นว่าผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในการจัดเตรียมอาหาร และจากการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้ดูแลเด็กและสมาชิกในครอบครัวรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการปฏิบัติตัวด้วยการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ได้เป็นอย่างดี⁽⁷⁾ 2) การกอด อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลรับรู้ว่าการกอดเป็นกิจกรรมที่สำคัญ ผู้ดูแลเด็กจะคิดว่าการสร้างความผูกพันทางอารมณ์เป็นเรื่องธรรมชาติสามารถเกิดขึ้นได้เอง 3) การเล่น อยู่ในระดับสูง ผู้ดูแลรับรู้ว่าการเล่นของเด็กเป็นสิ่งสำคัญ ช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กถ้ามีการจัดกิจกรรมการเล่นได้เหมาะสมตามช่วงวัย สอดคล้องกับจากการศึกษาของอุดมลักษณ์ กุลพิจิตร และพัชราภรณ์ พุทธิกุล⁽¹⁵⁾ มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และให้เด็กได้เล่นกับเพื่อนเป็นกลุ่มเล็กกลุ่มใหญ่ เรื่องราวต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้เด็กปรับตัวเข้าสังคมได้ 4) การเล่า อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลขาดความรู้ในการเล่า ไม่ทราบถึงประโยชน์ของการมีหนังสือคุณภาพสำหรับเด็กในครอบครัว การให้เด็กได้เล่าเรื่องราวพร้อมกับการส่งเสริมให้เด็ก

ได้เล่าเรื่อง มีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการโดยเฉพาะด้านสติปัญญา เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัมรา อารังทรัพย์ และคณะ⁽¹⁶⁾ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยการกินกอดเล่นเล่าส่งผลให้ความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้ดูแล มีความรู้เพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการส่งเสริม

2.1.2 ศักยภาพด้านทัศนคติ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง พบว่า 1) การกิน อยู่ในระดับสูง ผู้ดูแลมีทัศนคติในด้านการกินอาหารแบบตามใจ สามารถเข้าถึงการซื้ออาหารมากินจากร้านสะดวกซื้อ และคิดว่าเด็กอ้วนเป็นเด็กน่ารัก ควรเสริมให้ผู้ดูแลมีศักยภาพด้านการส่งเสริมภาวะโภชนาการให้แก่เด็กเป็นไปตามเกณฑ์อายุ มีความสมส่วนรูปร่างกายตามวัย พร้อมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการรับประทานอาหารของเด็กและเป็นการฝึกให้เด็กคุ้นเคยด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพพิศ สิงห์เสมและคณะ⁽¹⁷⁾ ซึ่งเด็กปฐมวัยไม่สามารถเตรียมอาหารได้เอง ผู้ปกครองจึงมีอิทธิพลต่อการรับประทานอาหารของเด็ก โดยเด็กจะรับประทานอาหารมากน้อย ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง เกิดจากความคุ้นเคยการฝึกหัด และการเห็นตัวอย่างของคนในครอบครัว 2) การกอด อยู่ในระดับสูง ผู้ดูแลเข้าใจถึงการกอด การให้กำลังใจแก่เด็ก ทำให้เด็กเกิดความรักความอบอุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมรา อารังทรัพย์ และคณะ⁽¹⁶⁾ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วย การกินกอดเล่นเล่าส่งผลให้ความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น 3) การเล่น อยู่ในระดับสูง การเล่นเป็นการเรียนรู้ของเด็กตามวัย เด็กสามารถเรียนรู้การเล่นตามจินตนาการตามช่วงวัย แต่จะปล่อยให้เด็กเล่นกับสื่อดิจิทัลภายในบ้าน ลดการเล่นกับเพื่อนนอกบ้าน แต่ผู้ดูแลจะจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยให้แก่เด็ก 4) การเล่า อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลไม่ได้ส่งเสริมกิจกรรมด้านการเล่าเรื่องราวกับเด็กในชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลไม่มีเวลา การมีหนังสือคุณภาพสำหรับเด็กเป็นที่น่าสนใจ เพราะเด็กจะฉีกและทำลายหนังสือ ผู้ดูแลคิดว่าการเรียนรู้และการเล่าเรื่องต่างๆ โดยการใช้สื่อดิจิทัลเป็นการเรียนรู้สิ่งใหม่ที่ตนเองไม่สามารถได้เด็กได้ เป็นสิ่งที่ทันสมัยและตนเองไม่มีเวลาเพียงพอ ดังนั้นศักยภาพด้านทัศนคติถึงแม้จะมีคะแนนในภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่พบว่าการให้เด็กเล่น หรือการเรียนรู้อยู่กับสื่อดิจิทัลโดยไม่มีผู้ดูแลชี้แนะ มีผลกระทบต่อการพัฒนาการในหลายด้าน

2.1.3 ศักยภาพด้านทักษะ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า 1) การกิน เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลมีระดับคะแนนสูงที่สุด ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่หลักของตนเองในการเตรียมอาหารให้เด็กและสมาชิกในครอบครัวด้วยความตั้งใจ ผู้ดูแลได้ปฏิบัติการจัดเตรียมอาหารในชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอทำให้เกิดทักษะในด้านนี้ 2) การกอด อยู่ในระดับปานกลาง การกอดเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลยังมีข้อจำกัดในการแสดงออกทางอารมณ์กับเด็ก รวมทั้งไม่มีเวลา การสัมผัสตัวเด็กอย่างอ่อนโยนในชีวิตประจำวันยังน้อยไม่ได้ทำเป็นปกติทุกวัน ซึ่งควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการเสริมสร้างความรักความผูกพันระหว่างเด็กและผู้ดูแล การมีแนวปฏิบัติ และการให้กำลังใจเด็ก จากการศึกษาสถานการณ์ของการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยผู้ดูแลที่ไม่ใช่พ่อแม่และการนำเสนอวัฒนธรรมเสริมสร้างความผูกพันในครอบครัว⁽¹⁵⁾ มีการแนะนำวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม จัดโอกาสและส่งเสริมให้เด็กเกิดความรู้สึกรักอบอุ่น มีความสุข และผูกพันกับคนใกล้ชิด

ฝึกให้เด็กแสดงความรู้สึกของตนเองได้ตามวัย จัดโอกาสและให้เด็กได้ทำกิจกรรมตามความสนใจ ความสามารถ และความพอใจตามวัย กล่าวชมเชยเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสม 3) การเล่น อยู่ในระดับสูง ถึงแม้จะมีการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้ดูแลจะจัดให้เด็กได้เล่นภายในบ้าน ไม่ค่อยปล่อยให้ไปเล่นกับเพื่อนนอกบ้านและไม่ได้ไปโรงเรียน กิจกรรมการเล่นของเด็กจะลดลงจากเดิม แต่ผู้ดูแลสามารถ จัดสิ่งแวดล้อมให้เด็กได้ตามสถานการณ์ 4) การเล่า อยู่ในระดับปานกลาง การเล่า เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแล มีระดับคะแนนต่ำกว่าทุกด้าน ซึ่งผู้ดูแลคิดว่า การเล่าที่เด็กสามารถเล่าได้เองตามช่วงอายุปกติ ภายใน ครอบครัวไม่มีหนังสือคุณภาพสำหรับเด็กและหนังสือนิทานให้เด็กอ่าน รวมทั้งการมีส่วนร่วมให้เด็กได้แสดง ความคิดเห็น เวลาส่วนมากเป็นช่วงในการทำงานเพื่อหารายได้เข้าครอบครัว แต่จะให้เด็กเรียนรู้จากสื่อดิจิทัล โดยไม่ได้ให้คำแนะนำแก่เด็ก การใช้สื่อดิจิทัลในการอบรมเลี้ยงดูเด็กเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย⁽¹⁸⁾ ศึกษาผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย โดยการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เกี่ยวกับพัฒนาการ และความต้องการพื้นฐานของเด็ก ด้วยความรักเอา ใจใส่ อบรมเลี้ยงดูด้วยความเข้าใจ และตอบสนองความต้องการของเด็ก มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนในเด็ก โดยการลด ละ เลิก การใช้สมาร์ทโฟน ซึ่งผู้ดูแลต้องกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด

เมื่อเปรียบเทียบศักยภาพของผู้ดูแลด้วยการกอดเล่นเล่าในภาพรวม พบว่า มีระดับศักยภาพทั้ง ความรู้ ทักษะ และทักษะด้วยการกอดเล่นเล่าเรียงตามลำดับมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ด้านการกอด การเล่น การกอด และการเล่า ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย อายุ 2-4 ปี โดย ยุกดี สงวนพงษ์ และธนิศา ผาติเสนะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าผู้ดูแลหลักเป็นปู่ย่าตายายมีลักษณะของครอบครัว แหว่งกลาง การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลยังไม่ได้ส่งเสริมพัฒนาการของเด็กตามวัย ปล่อยให้เด็ก ดูโทรศัพท์มือถือไม่มีคำชี้แนะ และผู้ดูแลไม่มีเวลา ไม่ได้ให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้ง มีการเรียนรู้ควบคู่กับการใช้สื่อที่เหมาะสม ซึ่งผู้ดูแลต้องกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด มีการกระตุ้นส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เหมาะสม ตามแนวทางส่งเสริมสุขภาพด้วยการกอด เล่น เล่า นอน รวมถึงการจัด สภาพสิ่งแวดล้อม และบรรยากาศ ที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กมีความมั่นใจและรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง อันจะส่งผลดีต่อพัฒนาการทั้งด้านร่างกายจิตอารมณ์ สติปัญญา และสังคมที่ดีสร้างความสุข ความอบอุ่น และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว เพื่อให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ เป็นที่ต้องการ ของสังคมต่อไป

2.2 ประเด็นด้านการมีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการอบรมเลี้ยงดูเด็กในฐานะผู้ดูแลหลักอยู่ในอันดับแรก ซึ่งผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อเด็ก มากที่สุดในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ยังขาดการให้เด็กมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบัน มีการระบาดของโรคโควิด-19 การเรียนรู้จากเดิมจะมีการเข้าสังคมนอกบ้านและมีเพื่อนที่โรงเรียน แต่เมื่อ มีโรคระบาดเกิดขึ้น ทำให้ ช่วงเวลาของการเรียนรู้ของเด็กอยู่ภายในบ้านเป็นส่วนใหญ่ ส่วนด้านการร่วมมือ

กับชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยเป็นอันดับสุดท้าย เนื่องจากภาวะความยากลำบากในการดำรงชีวิตจากโรคระบาดที่มีผลกระทบในวงกว้าง การเข้าถึงสังคม การปฏิบัติตัวตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัดไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ขึ้น ควรมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดแนวทางในการพัฒนาที่มีความมั่นคงในชุมชนต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ปัญญานนท์⁽¹⁰⁾ แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการจัดการศึกษาปฐมวัย ได้แก่ 1) ด้านการอบรมเลี้ยงดูในฐานะผู้ปกครอง 2) ด้านการติดต่อสื่อสาร 3) ด้านการอาสาสมัคร 4) ด้านการเรียนรู้ที่บ้าน 5) ด้านการตัดสินใจ ได้แก่ ควรฝึกให้เด็กกล้าและตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ และ 6) ด้านการร่วมมือกับชุมชน

สรุปจากการศึกษารั้วนี้ พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลในตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ สรุปได้ 5 ประเด็นหลักได้แก่ 1) การรับประทานอาหารของเด็ก 2) การได้รับความอบอุ่นจากผู้ดูแล 3) การใช้เวลาคุณภาพในการเล่นกับเด็ก 4) การส่งเสริมให้เด็กกล้าแสดงออกและเล่าเรื่องราวของตนในชีวิตประจำวัน และ 5) ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการอบรมเลี้ยงดูเด็กในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะช่วงมีการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้ดูแลเด็กเป็นบุคคลที่สำคัญมากในการทำหน้าที่หลักการอบรมเลี้ยงดูเด็กให้มีคุณภาพชีวิต มีพัฒนาการตามวัย ดังนั้นควรมีการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กด้วยกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยการกิน กอด เล่น เล่า และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในทุกกิจกรรมอย่างรอบด้านและเท่าทัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมรา อารังทรัพย์ และคณะ⁽¹⁶⁾ ผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย ด้วยนำกิจกรรม กินกอดเล่นเล่า ไปดำเนินการเพื่อเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ในกลุ่มเด็กวัยแรกเกิด-5 ปีและผู้เลี้ยงดูหลัก ขยายผลสู่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเลี้ยงดูเด็ก เช่น สมาชิกทุกคนในครอบครัว ครูและชุมชนทุกตำบลต่อไป สอดคล้องกับการศึกษา กุลชาติ พันธวรกุล และเมษา นวลศรี⁽²⁰⁾ เด็กยุคใหม่ต้องก้าวไปอยู่ในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีซึ่งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ที่เด็กจำเป็นต้องมีทักษะที่เกี่ยวข้องกับสื่อเทคโนโลยี ในยุคนี้ไม่ว่าจะเป็นทักษะและความรู้ในการใช้สื่อทักษะและความรู้ในการใช้เทคโนโลยีรวมถึง ทักษะและความรู้ในการใช้สารสนเทศ เพื่อพัฒนาไปสู่ทักษะในการรู้เท่าทันสื่อในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรวางแผนและมีแนวทางการสร้างเสริมศักยภาพของผู้ดูแลเด็กด้วยการกิน กอด เล่น เล่า เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงวัย
2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัว ชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างเครือข่ายในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพิง เป็นวัยแห่งการเรียนรู้ ดังนั้นทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญ เพื่อเด็กจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของประเทศชาติต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ สื่อดิจิทัลมีผลกระทบต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย
2. ควรมีการศึกษา การพัฒนาศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแลด้วยวิธี หรือรูปแบบอื่น เช่น การอบรมเลี้ยงดูเด็กด้วยความรัก ความผูกพัน สร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เป็นต้น
3. จากโครงสร้างของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่ามีลักษณะครอบครัวแห่งกลางเพิ่มมากขึ้น ควรศึกษา ศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กโดยผู้สูงอายุในครอบครัวแห่งกลาง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Heckman JJ. The Case for Investing in Disadvantaged Young Children. Mimeo University of Chicago; 2008.
2. องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. คู่มือการฝึกอบรมครูและผู้ดูแลเด็ก. กรุงเทพฯ: วาย.เค.เอช กราฟิก แอนด์ เพรส; 2561.
3. อุดมลักษณ์ กุลพิจิตร, พัทธภรณ์ พุทธิกุล. การวิเคราะห์สถานการณ์ของการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย โดยผู้ปกครองที่ไม่ใช่พ่อแม่และการนำเสนอวัฒนธรรมเสริมสร้างความผูกพันในครอบครัว. วารสาร ครุศาสตร์. 2563; 45(3):188-205.
4. สุริยเดว ทวีปาตี. คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: ปิเคเคโพร; 2559.
5. Bronfenbrenner U. The Bioecological Theory of Human Development. New York: Elsevier; 2001.
6. ภาณุการ เพชรเขียว. การพัฒนาตัวตนเพื่อยุติการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นนสลัม. [ดัชนีนิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษาศาสตร์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ สำหรับเด็กแรกเกิด-5 ปี ด้วย “กิน กอด เล่น เล่า”. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
8. Bloom BS. Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain. New York: David McKay; 1964.
9. Epstein JL. School/family/community partnerships: Caring for the children we share. Phi Delta Kappa 1995; 76(9): 701-12.
10. สุกัญญา ปัญญานนท์, สุขุม มูลเมือง และสมหญิง จันทุไทย. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมการเรียนรู้ของนักเรียนโรงเรียนบ้านผึ่ง (มรุสิทธิ์ประชาสรรค์) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษา ศรีสะเกษ เขต 1. คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ 2564; 4(3): 81-93.

11. Creswell J.W, Plano Clark V.L. Designing and Conducting Mixed Methods Research. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2011.
12. อีรวิมล เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. อุบลราชธานี: วิทยาออฟเซตการพิมพ์; 2552.
13. สุวิมล ติรณานันท์. การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
14. คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์. ปัญหาการบริโภคสื่อและอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในเด็กปฐมวัย ในคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: ปิเคเคโพร; 2559.
15. อุดมลักษณ์ กุลพิจิตร, พัทธราภรณ์ พุทธิกุล. การวิเคราะห์สถานการณ์ของการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย โดยผู้ปกครองที่ไม่ใช่พ่อแม่และการนำเสนอนวัตกรรมเสริมสร้างความผูกพันในครอบครัว. วารสารครุศาสตร์. 2563; 45(3):188-205.
16. อัมรา อารังทรัพย์, ผุสดี กุลสุวรรณ, รัตนา ศิวีสาร์. ผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปีที่มีพัฒนาการสมวัยด้วยกิจกรรมกินกอดเล่นเล่าต่อความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลัก จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2561; 14(1):35-41.
17. ประไพพิศ สิงหเสน, ศักรินทร์ สุธรรมเวหา, อติญาน์ ศรีเกษตรริน. การส่งเสริมโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4(3): 226-35.
18. จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย, สุจิตา ติลการยทรัพย์. ผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย: บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือดูแล. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2564; 8(10): 113-24.
19. ยุกดี สงวนพงษ์, ธนิตา ผาติเสนะ. คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย (อายุ 2-4 ปี) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2563; 63(4):41-55.
20. กุลชาติ พันธวรกุล, เมษา นวลศรี. เด็กปฐมวัยกับการเป็นพลเมืองดิจิทัล: โอกาสหรือความเสี่ยง. วารสารครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2562; 47(2):1-23.

ผลของกิจกรรมเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ ต่อทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดศรีสะเกษ

ทิพย์ธัญญา อุ่นท้าว*, ปวีณา ลิ้มปิธิปราการ**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (the one group pretest posttest design) เพื่อเปรียบเทียบผลของการจัดกิจกรรมเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ ที่มีต่อทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ เด็กอายุ 2-6 ปี ที่กำลังศึกษาระดับปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 33 คน ได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน Paired-sample t-test ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร ด้านการยืดหยุ่นทางความคิด ด้านความจำขณะทำงาน และด้านการวางแผนจัดการ หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ครูหรือผู้ดูแลเด็กควรส่งเสริมกิจกรรมที่พัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร เช่น ทำงานที่ได้รับมอบหมายได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องคอยเตือนเก็บของเล่นเข้าที่เมื่อเล่นเสร็จ เมื่อทำน้ำหกรู้จักหาผ้ามาเช็ด กิจกรรมโยนห่วงสีตามคำสั่ง เพื่อดูว่าเด็กสามารถจำคำสั่งหรือกติกาในการเล่นในตอนแรกได้หรือไม่ ทั้งนี้ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อทักษะการคิดเชิงบริหาร เพื่อนำผลที่ได้มาแก้ไขระบบต่อไป

คำสำคัญ: การคิดเชิงบริหาร; การเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์; เด็กปฐมวัย

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

^a Corresponding author: ปวีณา ลิ้มปิธิปราการ Email: Pawena.l@ubu.ac.th

รับบทความ: 22 ก.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 3 ส.ค. 65; ตอรับตีพิมพ์: 3 ส.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 8 ก.ย. 65

The Effects of Creative Movement Activities on Executive Functions in Preschool: A Case Study of One Child Development Center in Sisaket Province

Tiptanya Untao^{*}, Pawena Limpiteeprakan^{**a}

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study using the one-group pretest-posttest design was to compare the results of creative movement activities on executive function skills in preschool children in a child development center in Sisaket province. The samples were 33 children aged 2-6 years old who were attending preschool classes at Ban Born child development center, Yang Chum Noi district, Sisaket province during the second semester of 2021 academic year. The samples were selected through purposive sampling technique. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and paired-sample t-test. The results showed that the development of executive function skills in shift/cognitive flexibility, working memory, and planning/organizing scores significantly increased from before attending these activities. Therefore, teachers and other child caregivers should promote activities that develop executive function skills, such as being able to do assignments on their own without admonition, putting toys back when finished playing, finding cloths to wipe it up when spilling water, throwing colored hoops as instructed to see if the children could remember commands or rules of play on the first attempt. It was suggested that further research studies should focus on factors affecting executive function skills and use the results from the study as guidelines to systematically solve these issues.

Keywords : Executive functions; creative movement; preschool child

^{*} Master of Public Health Candidate, Public Health Program, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

^{**} Assistant Professor, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

^a Corresponding author: Pawena Limpiteeprakan Email: Pawena.l@ubu.ac.th

Received: Jul. 22, 22; Revised: Aug. 3, 22; Accepted: Aug. 3, 22; Published Online: Sep. 8, 22

บทนำ

การคิดเชิงบริหาร (Executive Functions: EF) เป็นการทำหน้าที่ระดับสูงของสมองช่วยให้มนุษย์ควบคุมอารมณ์ ความคิด และการกระทำ จนเกิดพฤติกรรม มุ่งสู่เป้าหมายซึ่งสามารถพัฒนาได้ตั้งแต่ช่วงวัยเด็ก โดยเฉพาะในเด็กก่อนวัยเรียนเป็นวัยที่สำคัญ เป็นช่วงเวลาที่เด็กมีการพัฒนาทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะสมองส่วนหน้าซึ่งทำหน้าที่ กำหนดเป้าหมาย วางแผน การยับยั้งใจ การควบคุมอารมณ์ การยืดหยุ่นทางความคิด และการจดจำ ซึ่งมนุษย์ไม่ได้เกิดมาพร้อมทักษะ EF แต่สามารถพัฒนาได้ด้วยการฝึกฝนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยช่วงเวลาที่ดีที่สุดในการพัฒนาทักษะ EF คืออายุ 4-6 ขวบ เพราะสมองส่วนหน้าพัฒนาได้มากที่สุด⁽¹⁾ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเจริญพัฒนาของทักษะสมอง EF แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลักคือ ปัจจัยตามธรรมชาติ ได้แก่ พันธุกรรม ความแข็งแรง ความปกติของสรีระและสมองตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา การตั้งครรภ์เป็นไปด้วยดี พ่อแม่มีการสื่อสารสร้างความรักความผูกพันกับลูกในครรภ์ พื้นฐานทางอารมณ์หรือลักษณะนิสัยของเด็กแต่ละคน และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การเลี้ยงดูของพ่อแม่ การตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางร่างกายและจิตใจ การจัดสิ่งแวดล้อม และมีวิธีการดูแลเด็กที่เหมาะสมกับพัฒนาการเด็ก พ่อแม่มีทักษะสมอง EF ในการดูแลเด็ก⁽²⁾ นอกจากนี้เด็กที่มีการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยจะส่งผลต่อระดับสติปัญญา และความคิดเชิงเหตุผลของเด็กด้วย⁽³⁾ เด็กที่มีการพัฒนาด้านการคิดเชิงบริหารที่ดีจะมีความพร้อมและประสบผลสำเร็จทางการเรียนมาก มีความสำคัญต่อความสำเร็จของชีวิตในระยะยาว สมองส่วนหน้าสุดทำงานร่วมกับสมองส่วนอื่นๆ ทำให้เด็กมีสมาธิจดจ่อกับงานที่ทำ ไม่วอกแวก ยังคิดก่อนทำ ไม่หุนหันพลันแล่น ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้ กำกับตนเองได้ ทั้งอารมณ์ ความคิด และการกระทำ ตรงกันข้ามถ้าเด็กที่ EF ไม่ดี จะมีปัญหาด้านการคิดยืดหยุ่น ปรับตัวยาก อารมณ์เสียเมื่อสิ่งที่เคยทำเปลี่ยนไปจากเดิม ใช้เวลานานในการปรับตัว มีปัญหาด้านการรู้จักคิด ต้องคอยเตือนให้เริ่มทำงาน ติดกับปัญหาเล็กน้อยจนลืมหืมภาพรวมของงาน ทำงานไม่เสร็จทั้งของเกื่อนกลาด ต้องคอยตามเก็บ ทำของหายบ่อย หาข้าวของไม่เจอ มีปัญหาด้านการกำกับตนเอง อยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย สมาธิสั้น วอกแวก หุนหันพลันแล่นทำโดยไม่คิด ไม่รู้ตัวว่ากำลังรบกวนผู้อื่น⁽⁴⁾

ศรัล ขุนวิทยา ได้ทำการสำรวจความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในเด็กวัยเรียนจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 428 คน พบว่า ส่วนองค์ประกอบความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้าน Working memory, Plan/Organize, Organization of materials, Monitor, Metacognition index (MI), Global executive composite (GEC) อยู่ในเกณฑ์ควรได้รับการส่งเสริม⁽⁵⁾ จะเห็นได้ว่าการที่เด็กมี EF ในช่วงปฐมวัยที่ดีจะมีความสำคัญเมื่อเติบโตเข้าสู่วัยเรียน วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาทักษะ EF ให้แก่เด็กอายุ 2-6 ปี เพราะเป็นช่วงอายุที่สำคัญ นอกจากนั้น

จากผลการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง 2,965 คนทั่วทุกภาคของประเทศไทยในช่วงปี 2558-2559 ด้วยแบบประเมินพัฒนาการด้าน EF ในเด็กปฐมวัยที่พัฒนาโดยมหาวิทยาลัยมหิดลพบว่า เด็กวัย 2-6 ปี มีปัญหาพฤติกรรมที่เป็นความบกพร่องของ EF ประมาณร้อยละ 30.00 คือเป็นเด็กที่มีความบกพร่องอย่างชัดเจนร้อยละ 16 และบกพร่องเล็กน้อย ร้อยละ 14.00 ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการด้าน EF ล่าช้าคือพบประมาณ ร้อยละ 29.00 โดยเป็นเด็กที่มีพัฒนาการด้าน EF ต่ำกว่าเกณฑ์อย่างชัดเจน ร้อยละ 14.00 และต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย ร้อยละ 15.00 ทั้งนี้ทักษะสมองด้าน EF ที่เป็นปัญหามากอันดับ 1 คือ ปัญหาด้านการหยุด ตามมาด้วยปัญหาด้านความจำขณะทำงาน และปัญหาการควบคุมอารมณ์ ซึ่งจะส่งผลด้านลบต่อความพร้อมและความสำเร็จทางการเรียนในระดับที่สูงขึ้นไป⁽⁶⁾

จากการที่ผู้วิจัยได้สำรวจเด็กวัย 2-6 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนาร่อง EF ต้นแบบ จังหวัดศรีสะเกษ อำเภอละ 1 ศูนย์ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมเด็กเบื้องต้น ทำการประเมินโดยคุณครูหรือพี่เลี้ยงประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผลการสำรวจพบว่าเด็กมีความบกพร่องด้าน EF ร้อยละ 40.00 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านการหยุด ยับยั้งพฤติกรรม คัดไตร่ตรอง (Inhibitory control) มีความบกพร่องร้อยละ 20.00 ด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotion control) มีความบกพร่องร้อยละ 10.00 ด้านการยืดหยุ่นความคิด (Shift/Cognitive flexibility) มีความบกพร่อง ร้อยละ 10.00 ในงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีการพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยที่หลากหลาย เช่น งานวิจัยของ อภิรัตน์ ตาแม็ก⁽⁷⁾ ที่พัฒนาโปรแกรม I AM TAP ขึ้น เพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยอายุ 4-6 ปี เป็นโปรแกรมการใช้กิจกรรมกลุ่มจำนวน 10 กิจกรรม สำหรับใช้ร่วมกับแผนการเรียนการสอนในห้องเรียนเด็กปฐมวัย เพื่อส่งเสริมทักษะพื้นฐานของทักษะสมอง EF ในเด็กปฐมวัย โดยแต่ละกิจกรรมถูกพัฒนาขึ้นตามหลักการวางแผนการจัดประสบการณ์ตามหลักการทำงานของสมองและทักษะสมองของ EF Guideline ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม I AM TAP เด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงบริหารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัญชนา ใจหวัง และคณะ⁽⁸⁾ พัฒนากิจกรรมการเดินสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารด้านพื้นฐานในเด็กปฐมวัย โดยกิจกรรมประกอบด้วย การเดินสร้างสรรค์ 10 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที แบ่งเป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งหมด 5 สัปดาห์ หลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเดินพบว่า เด็กมีทักษะการคิดเชิงบริหารด้านพื้นฐานสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากสภาพสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนไปเด็กส่วนใหญ่โดยเฉพาะในเขตนอกเมือง มีแนวโน้มที่จะได้รับการส่งเสริมพัฒนาการจากที่บ้านได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากพ่อแม่ไม่มีเวลาดูแลหรือส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับตา ยาย พ่อแม่ส่วนใหญ่จึงฝากลูกไว้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีครูผู้สอนที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านเด็กมากกว่าด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการพัฒนากิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยขึ้น โดยประยุกต์การจัดกิจกรรมมาจากกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลก

ของกองกิจกรรมทางกาย กรมอนามัย⁽⁹⁾ และนำไปทดลองใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดศรีสะเกษ โดยกิจกรรมเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 11 กิจกรรม ดำเนินการเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์และประเมินผลทักษะการคิดเชิงบริหารโดยใช้แบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ในเด็กก่อนวัยก่อนเรียน (แบบ MU.EF-101) โดยเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยใน 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม ด้านการเปลี่ยน/ความคิดยืดหยุ่นในการคิด ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านความจำขณะทำงาน และด้านการวางแผนจัดการระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาใช้เป็นต้นแบบการจัดกิจกรรมการพัฒนาทักษะ EF สำหรับศูนย์เด็กเล็กอื่นๆ ในจังหวัดศรีสะเกษได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของการจัดกิจกรรมเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ที่มีต่อทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest posttest design) เพื่อเปรียบเทียบผลของการจัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ที่มีผลต่อการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กอายุ 2-6 ปี ที่กำลังศึกษาระดับปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 549 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ เด็กอายุ 2-6 ปี ที่กำลังศึกษาระดับปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 33 คน ได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เนื่องจากเป็นศูนย์เด็กเล็กแห่งเดียวที่เปิดสอนเต็มรูปแบบในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ สามารถสื่อสารภาษาไทย พูดคุย และตอบคำถามได้ สามารถร่วมทำกิจกรรมเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ และกิจกรรมเต้นเชิงสร้างสรรค์ที่ผู้วิจัยกำหนดได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย และต้องเป็นเด็กที่อยู่ในชั้นเรียนหรือคุ้นเคยกับคุณครูที่ทำแบบประเมินมาก่อนแล้วอย่างน้อย 3 เดือน

เกณฑ์การคัดออก คือ เด็กที่เป็นออทิสติก (Autism spectrum disorders) คือ ไม่ใช้ภาษาท่าทาง เช่น ไม่สบตา ไม่แสดงสีหน้า สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่เหมาะสมกับอายุ ไม่อยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจกับคนอื่น ๆ ไม่มีอารมณ์ตอบสนองกับสังคม เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

(Intellectual disabilities: ID) โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตแพทย์เด็ก เด็กกลุ่มนี้จะได้เข้าร่วมกิจกรรมทุกอย่างแต่จะไม่นำมาประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือ 2 ส่วน ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรมเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ รวมทั้งหมด 11 กิจกรรม ที่ประยุกต์มาจากกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลกของกองกิจกรรมทางกาย กรมอนามัย⁽⁷⁾ และแบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ในเด็กก่อนวัยเรียน (แบบ MU.EF-101)

รายละเอียดของการจัดกิจกรรมเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มกิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมการเคลื่อนไหวและจังหวะ มี 7 กิจกรรม

- 1) ทำคู่สู้ใจกลาง (ระยะเวลา 45 นาที/ครั้ง ทำทั้งหมด 3 ครั้ง)
- 2) ล. ลิงปีนปาย (ระยะเวลา 45 นาที/ครั้ง ทำทั้งหมด 2 ครั้ง)
- 3) กระโดด วิ่งคว้าน (ระยะเวลา 40 นาที/ครั้ง ทำทั้งหมด 2 ครั้ง)
- 4) กบกระโดด (ระยะเวลา 50 นาที/ครั้ง ทำทั้งหมด 3 ครั้ง)
- 5) วิ่ง กระโดดสู้ฟัน (ระยะเวลา 50 นาที/ครั้ง ทำทั้งหมด 3 ครั้ง)
- 6) เคลื่อนไหวหรรษา (ระยะเวลา 45 นาที/ครั้ง ทำทั้งหมด 2 ครั้ง)
- 7) รูปทรงมหาสนุก (ระยะเวลา 50 นาที/ครั้ง ทำทั้งหมด 3 ครั้ง)

กิจกรรมการเดินอย่างสร้างสรรค์ มี 4 กิจกรรม

- 1) การเคลื่อนไหวร่างกายตามสัญญาณเคาะ (ระยะเวลา 40 นาที/ครั้ง ทำทั้งหมด 1 ครั้ง)
- 2) กิจกรรมเต้นประกอบเพลง (อิสระ) (ระยะเวลา 40 นาที/ครั้ง ทำทั้งหมด 2 ครั้ง)
- 3) กิจกรรมเต้นเพลงโบก เวอร์ชันสัตว์ (ระยะเวลา 40 นาที/ครั้ง ทำทั้งหมด 2 ครั้ง)
- 4) กิจกรรมเต้นประกอบเพลง ฝนเทลงมา (ระยะเวลา 30 นาที/ครั้ง ทำทั้งหมด 4 ครั้ง)

ผู้วิจัยแบ่งทำกิจกรรมทั้งหมด 40 ครั้ง จาก 11 กิจกรรม เฉลี่ยสัปดาห์ละ 4-6 ครั้ง โดยกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ทำวันละ 40-50 นาที ขึ้นกับประเภทของกิจกรรม กิจกรรมเดินอย่างสร้างสรรค์ ทำครั้งละ 40 นาที ในแต่ละวันทำสลับกันโดยไม่ซ้ำกิจกรรม สัปดาห์แรกจะจัดกิจกรรมจำนวน 3 วัน เช้า และบ่าย ช่วงละ 45-50 นาที สัปดาห์ที่สอง จะจัดกิจกรรม 2 วัน เช้า และบ่าย ช่วงละ 45-50 นาที เช่นกัน จากนั้นจะจัดกิจกรรมสลับกันไปทุกสัปดาห์จนครบ 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ในเด็กวัยก่อนเรียน (แบบ MU.EF-101) พัฒนาโดย รศ.ดร.นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล และคณะ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)⁽⁴⁾ โดยผู้วิจัยได้เข้ารับการอบรมตามขั้นตอนของสถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล เมื่อวันที่ 28-29 ตุลาคม 2564 และขออนุญาตใช้เครื่องมือกับสถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล

มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เนื่องจากเครื่องมือฉบับนี้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน จึงไม่จำเป็นต้องทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้ที่ใช้แบบประเมินตามเครื่องมือ คือ ครูผู้ดูแลเด็ก/ ครูอนุบาล ที่เป็นบุคคลที่รู้จักคุ้นเคยพฤติกรรมเด็กเป็นอย่างดี และต้องสอนหรือดูแลเด็กที่ถูกประเมินมาแล้วอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 3 เดือน แบบประเมินประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของครูและเด็กนักเรียน ได้แก่ เพศ และ อายุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ในเด็กวัยก่อนเรียน (แบบ MU.EF-101) จำนวน 32 ข้อ แบ่งเป็น 5 ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วย ตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านการหยุดการยับยั้งพฤติกรรม จำนวน 10 ข้อ ตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านการเปลี่ยน/ความคิดยืดหยุ่นในการคิด จำนวน 5 ข้อ ตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านการควบคุมอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านความจำขณะทำงาน จำนวน 6 ข้อ และตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านการวางแผนจัดการ จำนวน 6 ข้อ เป็นการประเมินว่าเด็กมีพฤติกรรมเหล่านี้บ่อยแค่ไหนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยมีสเกลการประเมินอยู่ที่ 5 ระดับ และการแปลผลคะแนน ดังนี้ ไม่เคย ได้ 0 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/เดือน ได้ 1 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ได้ 2 คะแนน ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ได้ 3 คะแนน ปฏิบัติ ทุกวัน ได้ 4 คะแนน

การแปลผลแบบประเมิน

เมื่อได้คะแนนรวมแต่ละด้านของเด็กแต่ละคน จะนำมาเทียบกับตารางสรุปผลการประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร โดยตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม คะแนนเต็ม 40 คะแนน ตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านการเปลี่ยน/ความคิดยืดหยุ่นในการคิด คะแนนเต็ม 20 คะแนน ตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านการควบคุมอารมณ์ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านความจำขณะทำงาน คะแนนเต็ม 24 คะแนน ตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านการวางแผนจัดการคะแนนเต็ม 24 คะแนน และคะแนนพัฒนาการโดยรวม คะแนนเต็ม 128 คะแนน โดยในแต่ละตัวบ่งชี้จะมีการแบ่งระดับคะแนนรวมออกมาตามค่า T-Score เป็น 5 ระดับ จากนั้นก็จะนำมาเทียบกับกราฟตามเพศ และอายุ ในพัฒนาการแต่ละด้าน โดย T-Score คือคะแนนที่มีคะแนนเฉลี่ย 50 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10 เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน T-Score ของแบบประเมิน MU.EF-101 มีดังนี้

T-Score >60	หมายถึง สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก (ดีมาก)
T-Score 56-60	หมายถึง สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (ดี)
T-Score 45-55	หมายถึง เกณฑ์เฉลี่ย (ปานกลาง)
T-Score 40-44	หมายถึง ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย (ควรพัฒนา)
T-Score <40	หมายถึง ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก (ควรปรับปรุง)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แผนการจัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวย่างสร้างสรรค์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กจำนวน 3 ท่าน โดยตรวจสอบว่าแต่ละกิจกรรมมีความสอดคล้องกับการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยทั้งหมด 5 ทักษะหรือไม่ จากนั้นก็นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาทำการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมให้เหมาะสมมากขึ้น

ขั้นตอนการวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้เริ่มจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรม โดยผู้วิจัยได้เข้าร่วมอบรมกับสถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อเรียนรู้การใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลตามแบบประเมิน MU.EF-101/102 จากนั้นทำการเก็บข้อมูลก่อนทำกิจกรรม โดยให้คุณครูประเมินพัฒนาการตามแบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ในเด็กก่อนวัยเรียน (แบบ MU.EF-101) และดำเนินการทดลองกิจกรรมการเคลื่อนไหวย่างสร้างสรรค์ที่มีต่อทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยตามแผนกิจกรรมที่วางไว้เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ทำกิจกรรม ได้ทำการเก็บข้อมูลหลังการเข้าร่วมกิจกรรมอีกครั้งโดยใช้แบบประเมินชุดเดิม และทำการประเมินโดยคุณครูผู้ดูแลเด็ก จากนั้นผู้วิจัยได้ร่วมกับคุณครูผู้ดูแลเด็กในการสรุปผลของการทำกิจกรรม และรับฟังข้อคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการเคลื่อนไหวย่างสร้างสรรค์ว่าพบปัญหาอะไรบ้าง ทำการวิเคราะห์ผลและสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเคลื่อนไหวภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และแปลผลพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) เป็นจำนวนร้อยละตามระดับ T-score

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

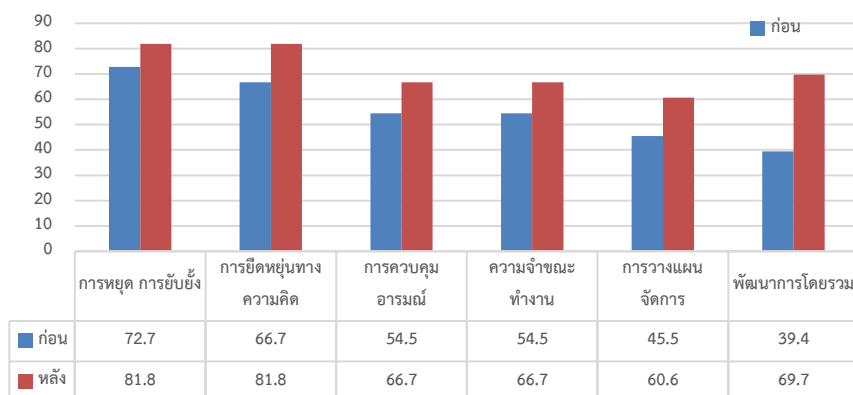
การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในการดำเนินการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตามหมายเลขใบรับรอง UBU-REC-115/2564 วันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2564 และผู้วิจัยได้จัดประชุมร่วมกับผู้ปกครอง และคุณครู เพื่ออธิบายถึงขั้นตอนของการทำวิจัยรวมถึงกิจกรรมทั้งหมดที่จะจัดให้กับเด็ก และให้ผู้ปกครองเซ็นอนุมัติในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตนของเด็ก

ผลการวิจัย

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้พัฒนากิจกรรมเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ เพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร ในเด็กในเด็กปฐมวัย มีทั้งหมด 11 กิจกรรม แบ่งเป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวและจังหวะ 7 กิจกรรม และกิจกรรมการเต้นอย่างสร้างสรรค์ อีก 4 กิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.60 อายุอยู่ในช่วง 4 ปี-4 ปี 11 เดือน ร้อยละ 51.50 ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ กลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม อยู่ในระดับดีมาก ($T > 60$) สูงที่สุด ร้อยละ 72.70 รองลงมาคือ มีพัฒนาการด้านการยืดหยุ่นทางความคิด ร้อยละ 66.70 ดังแสดงในรูปที่ 1 โดยพบพัฒนาการด้านการวางแผนจัดการอยู่ในระดับควรปรับปรุง ($T < 40$) ร้อยละ 6.10 หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม และพัฒนาการด้านยืดหยุ่นทางความคิด อยู่ในระดับดีมาก ($T > 60$) สูงที่สุด ร้อยละ 81.80 โดยมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการด้านการวางแผนจัดการจากเดิมพบในระดับควรปรับปรุง เพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับปานกลาง ($T > 60$) ร้อยละ 3.0 และในระดับดีมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.50 เป็นร้อยละ 60.60 เมื่อพิจารณาการพัฒนาการโดยรวมก่อนหลังพบว่า เดิมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 39.40 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 69.70 ระดับปานกลางจากร้อยละ 18.20 เปลี่ยนเป็นไม่มีเลย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กก่อนวัยเรียน ของศูนย์พัฒนาเด็กบ้านบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ จำแนกตามระดับ T score ($n=33$)

พัฒนาการด้าน การคิดเชิงบริหาร	T>60 ดีมาก		T 56-60 ดี		T 45-55 ปานกลาง		T 40-44 ควรพัฒนา		T < 40 ควรปรับปรุง	
	%		%		%		%		%	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1. ด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม	72.7	81.8	15.2	18.2	12.1	0	0	0	0	0
2. ด้านการยืดหยุ่นทางความคิด	66.7	81.8	12.1	18.2	21.2	0	0	0	0	0
3. ด้านการควบคุมอารมณ์	54.5	66.7	30.3	30.3	12.1	3.0	3.0	0	0	0
4. ด้านความจำขณะทำงาน	54.5	66.7	18.2	30.3	27.3	3.00	0	0	0	0
5. ด้านการวางแผนจัดการ	45.5	60.6	24.2	36.4	21.2	3.00	3.0	0	6.1	0
6. คะแนนพัฒนาการโดยรวม	39.4	69.7	42.4	30.3	18.2	0	0	0	0	0



รูปที่ 1 ร้อยละของพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กก่อนวัยเรียน ก่อนและหลัง การเข้าร่วมกิจกรรมเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ จำแนกตามระดับ T score>60 สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก (ดีมาก)

เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวมก่อน-หลัง ที่จะทำการแปรผลเป็นคะแนน T-score ไปทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กบ้านบอน อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดสุโขทัย (n=33)

พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร	$\bar{X}$	SD	Mean diff	95% CI		p-value
				Lower	Upper	
1.ด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม						
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	34.63	5.05	4.06	2.34	5.77	<0.001
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	38.69	2.37				
2. ด้านการเปลี่ยน/ความยืดหยุ่นทางความคิด						
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	17.57	2.47	1.81	0.89	2.73	<0.001
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	19.39	0.78				
3. ด้านการควบคุมอารมณ์						
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	16.00	2.81	2.60	1.53	3.67	<0.001
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	18.60	1.98				

ตารางที่ 2 (ต่อ) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย
ของศูนย์พัฒนาเด็กบ้านบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ (n=33)

พัฒนาการด้านการคิด เชิงบริหาร	$\bar{X}$	SD	Mean diff	95% CI		p-value
				Lower	Upper	
4. ด้านความจำขณะทำงาน						
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	19.78	3.15	2.21	1.22	3.19	<0.001
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	22.00	2.25				
5. ด้านการวางแผนจัดการ						
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	19.45	3.99	3.42	2.15	4.69	<0.001
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	22.87	1.29				
คะแนนพัฒนาการโดยรวม						
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	107.45	14.10	14.1	9.57	14.1	<0.001
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	121.58	6.67				

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนรวมเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม การเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ พบว่าพัฒนาการรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการหยุด การยับยั้ง ด้านการยืดหยุ่นทางความคิด ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านความจำขณะทำงาน ด้านการวางแผนจัดการ และพัฒนาการโดยรวม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์แตกต่างกับหลังเข้าร่วมกิจกรรม การเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

หลังเข้าร่วมกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ พบว่าพัฒนาการรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่าง มีความแตกต่างกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์ชญา ทาระชัย และยุพิน ยืนยง⁽¹⁰⁾ ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาชุดกิจกรรมร้องเต้นเล่นทำตามแนวคิดจิตตปัญญาเพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหาร ด้านการควบคุมอารมณ์สำหรับเด็กปฐมวัยที่พบว่าหลังการใช้ชุดกิจกรรมร้องเต้นเล่นทำตามแนวคิด จิตตปัญญาส่งเสริม ให้เด็กได้ใช้ร่างกายเป็นสื่อกลางในการแสดงออกทางอารมณ์และ ความคิดสร้างสรรค์ ตามจังหวะ เสียงดนตรี และเสียงเพลง โดยการเคลื่อนไหวอย่างอิสระ เด็กมีทักษะการคิดเชิงบริหาร ด้านการควบคุมอารมณ์ก่อนและหลังใช้ชุด กิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในด้านการหยุดการยับยั้ง กิจกรรมที่ใช้ในงานวิจัยนี้จะเน้นให้เด็กสามารถรอคอยได้ มีทักษะในการหยุดเพื่อคิดทบทวน มีทักษะจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่จะทำ การจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม เช่น สามารถเข้าคิวรอทำกิจกรรมได้นาน สะท้อนความต้องการของตนเองได้แม้อยากได้สิ่งของที่อยากได้ เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กิจกรรมกบกระโดดที่จัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายตามสัญญาณเคาะ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง นั้นเป็นกิจกรรมที่ทำให้เด็กได้หยุดเพื่อคิด ก่อนเปลี่ยนเป็นทำอื่น ซึ่งช่วยกระตุ้นพัฒนาการด้านการหยุดการยับยั้งได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดา สมศรี⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการเล่นพื้นบ้านเพื่อเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งในนักเรียนประถมศึกษา โดยพบว่ากิจกรรมการเล่นพื้นบ้านนั้นสามารถช่วยส่งเสริมความแข็งแรง ความคล่องแคล่วว่องไว และความอดทนของระบบหายใจ ซึ่งคล้ายคลึงกับกิจกรรมกบกระโดด และกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายตามสัญญาณเคาะ ที่เน้นให้เด็กมีการหยุดคิดก่อนเปลี่ยนท่า มีการรู้จักยับยั้งความคิด รู้จักคิด ตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ในด้านการเปลี่ยนการยืดหยุ่นทางความคิด กิจกรรมที่ใช้ในงานวิจัยนี้จะฝึกความยืดหยุ่นทางความคิดให้เด็กในเรื่อง เมื่อทำผิดกติกาสามารถยอมรับเพื่อนในกลุ่มได้ ปรับตัวได้ง่ายเมื่อไปสถานที่ใหม่ รับฟังเหตุและผลเมื่อมีการเปลี่ยนแผน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าเด็กมีพฤติกรรมรายชื่อในเรื่องเมื่อถูกเพื่อนปฏิเสธที่จะเล่นด้วยหรือถูกแย่งของเล่นเด็กสามารถเปลี่ยนไปเล่นอย่างอื่นโดยไม่หงุดหงิด และทำกิจกรรมต่อไปได้ แม้สิ่งแวดล้อมจะยุ่งวุ่นวายจ๊ากแจกจ้อแจ เปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัดหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ อาจเนื่องมาจาก กิจกรรมรูปทรงมหาสนุก สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง และกิจกรรมเต้นเพลงโบกเวอร์ชันสัตว์ ที่จัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมเข้าจังหวะที่เล่นคนเดียวก็ได้หรือจะเล่นเป็นกลุ่ม ทำให้ได้ทั้งสังคม การฟัง พัฒนาด้านทักษะการยืดหยุ่นทางความคิด ในกิจกรรมรูปทรงมหาสนุกเด็กจะเปลี่ยนการกระโดดด้วยขาสองข้าง และทำกิจกรรมตามฐานต่างๆ ตามที่ครูระบุไว้ เช่น วิ่งซิกแซกอ้อมเชือกแต่ละเส้น เดินต่อเท้าตามแนวแถบสี ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว ส่งเสริมเด็กให้สามารถยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนการเล่นไปตามสถานการณ์ ช่วยกระตุ้นด้านการเปลี่ยนการยืดหยุ่นทางความคิด สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตติกาญจน์ ภายสิทธิ์⁽¹²⁾ ที่ศึกษาเรื่องกิจกรรมสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองของเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมที่จัดให้เด็กได้แก่ เชือกहरษา พับส้อมหัดศรชัย การวาดภาพจากการฟังนิทาน สอดคล้องกับกิจกรรมรูปทรงมหาสนุกที่มีการวิ่งต่อเท้าตามแนวแถบสี วิ่งซิกแซกอ้อมเชือกแต่ละเส้น ทำให้เด็กเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดยืดหยุ่นสามารถวิ่งได้หลากหลายแบบตามเส้นเชือกที่ครูวางไว้

ในด้านการควบคุมอารมณ์ กิจกรรมที่ใช้ในงานวิจัยนี้จะเน้นเรื่องการจัดการกับสังคม เล่นร่วมกับผู้อื่น ควบคุมอารมณ์ ควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ มีทักษะทางสังคมในการเล่นร่วมกับผู้อื่น เช่น ไม่แสดงอารมณ์ฉุนเฉียว สามารถฟื้นฟูอารมณ์ได้อย่างรวดเร็ว เมื่อเผชิญกับ ความผิดหวังเล็กๆ น้อยๆ ได้แก่

กิจกรรมเท้าคู่สู้ใจกลางที่จัด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และกิจกรรมวิ่ง กระโดดคู่ฝุ่นที่จัด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เพราะกิจกรรมเท้าคู่สู้ใจกลาง ผูกเด็กกระโดดด้วยขาสองข้างจากจุดเริ่มต้นไปถึงจุดสิ้นสุดผ่านวงกลมทั้ง 9 ห่วง ทำให้เด็กฝึกความอดทนและควบคุมอารมณ์ตนเองในการทำกิจกรรมจนจบได้ เพราะเด็กบางคนจะมีอารมณ์โมโหได้ง่ายเนื่องจากเหนื่อยและต้องอดทนเป็นอย่างมาก ส่วนกิจกรรมวิ่ง กระโดดคู่ฝุ่น จะเล่นเป็นทีมโดยมีตัวกลางคือลูกบอล คนที่ 1 เล่นเสร็จ ส่งต่อให้เพื่อนในทีมคนที่ 2 เล่น ถ้าเพื่อนเล่น แพ้ทีมอื่น จะทำให้เด็กมีอารมณ์โมโหได้ง่าย ดังนั้นทั้งสองกิจกรรมนี้ช่วยฝึกเรื่องการควบคุมอารมณ์ตนเองและการเข้าสังคมร่วมกับผู้อื่น

ในด้านความจำขณะทำงาน กิจกรรมที่ใช้ในงานวิจัยนี้จะเน้นการฝึกความจำว่าเด็กสามารถจำที่คุณครูอธิบายวิธีการเล่นได้หรือไม่ เด็กสามารถจำเสียงสัตว์แต่ละชนิดได้หรือไม่ ฝึกความจำของสีและความจำว่าวงกลมสีใดที่ต้องกระโดดสองขาหรือขาเดียว ฝึกความจำเกี่ยวกับรูปทรง เรียนรู้รูปทรงเพื่อฝึกสมาธิ การจดจำ โดยในงานวิจัยนี้ได้มีการจัดกิจกรรมเคลื่อนไหวทหรรษา สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง กิจกรรมเต้นประกอบเพลง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง และกิจกรรมเต้นประกอบเพลงฝนตกลงมา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่มีเงื่อนไขในการเล่นเยอะจึงสามารถฝึกให้เด็กมีความจำในเรื่องของกติกาการเล่น จำแถบสีที่ติดบนพื้นเพื่อให้เด็กเดินตามแนวแถบสี นอกจากนี้เด็กยังได้ฝึกจำแผนรูปภาพที่ระมัดรูปทรงที่ครูกำหนด เพื่อหยิบให้ถูกต้องตามกติกา กิจกรรมเต้นประกอบเพลง และกิจกรรมเต้นประกอบเพลงฝนตกลงมา ฝึกเรื่องความจำท่าเต้นและจังหวะของบทเพลงให้ไปในทิศทางเดียวกัน จะเห็นว่า กิจกรรมดังกล่าวส่งเสริมและกระตุ้นความจำของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญญา ไหวหวัง และคณะ⁽⁸⁾ ซึ่งได้ศึกษาผลของกิจกรรมการเดินสร้างสรรค์ที่มีต่อทักษะการคิดเชิงบริหารด้านพื้นฐานในเด็กปฐมวัย มีทั้งหมด 10 กิจกรรม หนึ่งในกิจกรรมที่สอดคล้องกันคือเป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวประกอบจังหวะที่ สนุกสนาน โดยการเคลื่อนไหวมาจากเด็กที่เป็นผู้ออกแบบด้วยตนเองตามโจทย์ที่กำหนดของกิจกรรมในแต่ละครั้ง รวมถึงการใช้อุปกรณ์ต่างๆ มาออกแบบเป็นท่าเต้นและการเคลื่อนไหวได้อย่างสร้างสรรค์ เด็กได้สำรวจส่วนต่างๆ ของร่างกาย กับกิจกรรมเต้นประกอบเพลงรู้จักฟังและแยกความแตกต่างของระดับเสียง สูง-ต่ำ ดัง-ค่อย หนัก-เบา แห่ลม-หุ้ม รู้จักแยก อัตรารับจังหวะช้า-ปานกลาง-เร็ว อันเป็นพื้นฐานในการฟังและวิเคราะห์ลักษณะ การออกเสียงและความหมายต่างกัน โดยการประเมินจะดูจากการที่เด็กลงมือปฏิบัติในสิ่งที่เคยถูกสอนได้ บอกข้อตกลงในการเล่นได้ เล่าเรื่องที่ผ่านไปแล้วเมื่อสักครูได้ ทำตามขั้นตอนที่ครูบอกไปเมื่อสักครูได้ถูกต้อง ตอบได้ตรงคำถามมากขึ้น

ในการวางแผนจัดการ กิจกรรมที่ใช้ในงานวิจัยนี้จะเน้นให้เด็กฝึกทักษะการฟังและการวางแผนแก้ปัญหา วางแผนจัดการตนเองในการเคลื่อนที่ไปสู่เป้าหมายที่ตนเองกำหนดได้ และวางแผนการทำงานเป็นทีม เพื่อให้ทีมทำกิจกรรมได้สำเร็จ โดยกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะด้านนี้ คือ กิจกรรม ล.ลิงปีนปาย และกิจกรรมวิ่ง กระโดดคู่ฝุ่น โดยจัดกิจกรรมดังกล่าว สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ทำให้เด็ก

รู้จักวางแผนว่าจะต้องทำอะไรในการเล่นเพื่อป็นปายให้ถึงเป้าหมาย และวางแผนการกระโดดเพื่อให้สำเร็จเหมือนเพื่อนคนอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาฏ รักษ์⁽¹³⁾ ซึ่งได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะสมองการรู้คิดเชิงบริหาร ผ่านกิจกรรมบูรณาการประสาทสัมผัสในเด็กปฐมวัย โดยให้เด็กทำกิจกรรมประสาทสัมผัสทั้ง 20 กิจกรรม หนึ่งในกิจกรรมทั้งหมดที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านการวางแผนจัดการคือกิจกรรมการเคลื่อนไหวและจังหวะประสาทสัมผัสทางหู เช่น การเคลื่อนไหวพื้นฐานที่เน้นให้เด็กเคลื่อนไหวร่างกายตามจินตนาการตามจังหวะเคาะหรือเสียงดนตรี และครูสร้างข้อตกลงกับเด็กว่าเมื่อไหร่ที่ครูเคาะติดต่อกัน 2 ครั้งให้เด็กหยุดเคลื่อนไหวในท่าทางนั้น หรือถ้าครูหยุดเพลงเด็กจะต้องหยุดเคลื่อนไหวทันที แสดงให้เห็นว่าเด็กจะต้องฟังและปฏิบัติตามข้อตกลงที่ครูบอกจึงทำให้เด็กสามารถทำกิจกรรมนี้ได้ถูกต้อง หรือกิจกรรมการเคลื่อนไหวตามคำสั่ง เช่น ครูสั่งให้เด็กเคลื่อนไหวเลียนแบบท่าทางสัตว์ท่าทางของคน หรือการเคลื่อนไหวเลียนแบบธรรมชาติ ซึ่งคล้ายกับกิจกรรม ล. ลิงป็นปายที่เน้นการเคลื่อนไหว ใช้ส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อป็นให้ไปถึงยังจุดหมายตามคำสั่งที่คุณครูบอก และเด็กต้องวางแผนว่าจะป็นอย่างไรเพื่อให้สำเร็จและไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง เช่นเดียวกันกับกิจกรรม กระโดดวิ่งคว่ำฝืน ที่ป็นการเคลื่อนไหวตามกติกาและคำสั่งที่คุณครูตั้งไว้ก่อนเริ่มการเล่น โดยแบ่งทีมในการเล่น เด็กจะต้องวางแผนว่าทำอะไรเพื่อให้ไปถึงยังจุดหมายและชนะทีมอื่น ซึ่งการเคลื่อนไหวมีทั้งวิ่งและกระโดดสลับกันไป

เมื่อพิจารณาพัฒนาการโดยรวม เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นในทุกด้านหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ มีความครอบคลุมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารทั้ง 5 ด้าน โดยด้านการหยุดยั้ง กิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการคือ กบกระโดด กิจกรรมการเคลื่อนไหวตามสัญญาณเคาะ ด้านการเปลี่ยน การยืดหยุ่นทางความคิดกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการคือ กิจกรรมรูปทรงมหาสนุก กิจกรรมเต้นเพลงโบกเวอร์ชันสัตว์ กิจกรรมเข้าจังหวะ พัฒนาการด้านการควบคุมอารมณ์ กิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการคือกิจกรรมเท่าคู่สู่ใจกลาง กิจกรรมกระโดดวิ่งคว่ำฝืน พัฒนาการด้านความจำขณะทำงาน กิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการคือกิจกรรมเคลื่อนไหวหรรษา กิจกรรมเต้นประกอบเพลงฝนทองมา พัฒนาการด้านการวางแผนจัดการ กิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการคือ กิจกรรม ล. ลิงป็นปาย กิจกรรมกระโดดคว่ำฝืน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลรัตน์ คณองเดช และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ทำการศึกษาผลการจัดประสบการณ์โดยใช้สื่อและของเล่นที่มีต่อทักษะ EF ของเด็กปฐมวัย ในโรงเรียนร่วมพัฒนาวิชาชีพครู เขตพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ กิจกรรมที่ผู้วิจัยใช้ที่ตรงกันคือ กิจกรรมบัตรภาพสร้างสรรค์คล้ายกิจกรรมกบกระโดด เพื่อพัฒนาทักษะความจำเพื่อใช้งาน ทักษะการยั้งคิดไตร่ตรอง ทักษะจดจ่อใส่ใจ กิจกรรมรูปทรงที่หายไปคล้ายกับกิจกรรมรูปทรงมหาสนุก พัฒนาทักษะความจำเพื่อใช้งาน ทักษะการยั้งคิดไตร่ตรอง ทักษะการจดจ่อใส่ใจ กิจกรรมสูงๆ ต่ำๆ พัฒนาทักษะความจำเพื่อใช้งาน ทักษะการยั้งคิดไตร่ตรอง ทักษะการจดจ่อใส่ใจ ทักษะการควบคุมอารมณ์

เกมส์จับคู่พระราชลัทธิกิจกรรมวิ่งกระโดดฝุ่น พัฒนาทักษะความจำเพื่อใช้งาน ทักษะการยั้งคิดไตร่ตรอง ทักษะการจดจ่อใส่ใจ กิจกรรมบันไดงูคล้ายกิจกรรมวิ่งกระโดดฝุ่น พัฒนาทักษะความจำเพื่อใช้งาน ทักษะการยั้งคิดไตร่ตรอง ทักษะการยืดหยุ่นความคิด ทักษะการจดจ่อใส่ใจ และทักษะการควบคุมอารมณ์ โดยเด็กในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการคิดเชิงบริหารโดยรวม หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบอนควรพัฒนากิจกรรมที่ส่งเสริมด้านการยืดหยุ่นทางความคิด ด้านความจำขณะทำงาน ด้านการวางแผนจัดการ ให้มากยิ่งขึ้น เพราะมีผลต่อการพัฒนาการบริหารสมองส่วนหน้า โดยครูหรือผู้ดูแลเด็กควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านการหยุดการยับยั้ง เช่น กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายตามสัญญาณเคาะ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที หรือกิจกรรมกบกระโดด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที กระตุ้นพัฒนาการด้านการหยุดการยับยั้ง จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านการเปลี่ยน การยืดหยุ่นทางความคิด เช่น กิจกรรมรูปทรงมหาสนุก สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง และกิจกรรมเต้นเพลงโบกเวอร์ชันสัตว์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านการควบคุมอารมณ์ เช่น กิจกรรมกิจกรรมเก้าอี้สุญญากาศ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และกิจกรรมกระโดดวิ่งคว่ำฝุ่น สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านความจำ เช่น ส่งเสริมการเล่นิทาน ผูกให้เด็กสามารถสรุปรวบยอดได้ถึงเรื่องที่คุ้นเคยแล้วไป กิจกรรมที่ส่งเสริมเด็กเล่าเรื่องราวในชีวิตประจำวันของตนเอง ได้พบเจอมา กิจกรรมโยนห่วงสีตามคำสั่งเพื่อดูว่าเด็กสามารถจำคำสั่งหรือกติกาในการเล่นในตอนแรก ได้หรือไม่ จัดกิจกรรมการเปิดโอกาสให้เด็กฝึกคิดวางแผนแก้ไขปัญหา ตามความเหมาะสมแต่ละช่วงวัย และสอดแทรกวินัยเชิงบวก เช่น ทำงานที่ได้รับมอบหมายได้ด้วยตนเอง โดยครูไม่ต้องคอยเตือนซ้ำ รู้จักเก็บของเล่นเข้าที่เมื่อเล่นเสร็จ เมื่อทำน้ำหกรู้จักหาผ้ามาเช็ดเป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

โรงเรียนสามารถนำกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านการวางแผนจัดการ การควบคุมอารมณ์ และความจำขณะทำงาน ไปบูรณาการร่วมหลักสูตรของโรงเรียน และจัดทำเป็นคู่มือกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาทักษะด้านการคิดเชิงบริหารให้กับผู้ปกครองได้ อย่างไรก็ตามควรเน้นการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เพื่อช่วยพัฒนาทักษะด้านการคิดเชิงบริหารโดยรวมของเด็กให้ดีขึ้น และทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 8 สัปดาห์ รวมถึงการนำผู้ปกครองเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารด้วย เช่น เล่นบทบาทสมมติกับลูกที่บ้าน เข้าครัวประกอบอาหารร่วมกัน ซึ่งจะทำให้เด็กมีประสบการณ์กับสิ่งใหม่ๆ เพิ่มขึ้น กิจกรรมเคลื่อนไหวอย่างสร้างสรรค์ในงานวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมให้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นๆ ในจังหวัดศรีสะเกษ

เพื่อช่วยพัฒนาทักษะด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยได้ ในงานวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อทักษะการคิดเชิงบริหาร เพื่อนำผลที่ได้มาแก้ไขในเชิงระบบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหาร คณะครู และเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ จนเสร็จสิ้นกระบวนการ

เอกสารอ้างอิง

1. จุฬินทิพา นพคุณ. การพัฒนาทักษะสมองเพื่อชีวิตที่สำเร็จในศตวรรษที่ 21 สำหรับเด็กปฐมวัยผ่าน การสอนแบบมอนเตสซอรี; วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2561;16(1):75-90.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ สถาบัน RLG (รักลูก เลิร์นนิ่ง กรุ๊ป). คู่มือพ่อแม่ พัฒนาทักษะสมอง EF-Executive Functions ตั้งแต่ปฏิสนธิ-3 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด; 2561.
3. Zysset AE, Kakebeeke TH, Messerli-Burgy NM, Meyer AH, Stulb K, Leeger-Aschmann CS, et al. Predictors of executive functions in preschools: Finding from the SPLASHY study. Frontiers in Psychology 2018;9:1-11.
4. นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล. การพัฒนาทักษะสมอง Executive Functions-EF (ทักษะสมองเพื่อชีวิต ที่สำเร็จ) ในเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: สถาบันอาร์แอลจี; 2558.
5. ศรีล ขุนวิทยา. รายงานการวิจัยความสัมพันธ์ของภาวะโรคอ้วนและความสามารถในการคิดเชิงบริหารของ สมอในเด็กวัยเรียน. กรุงเทพฯ: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
6. นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล. รายงานการวิจัย การพัฒนาและหาค่าเกณฑ์มาตรฐานเครื่องมือประเมินการ คิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยประสาทวิทยาศาสตร์สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
7. อภิรักษ์ ตามะกัง, ปนัดดา ธนเศรษฐกร, พชรินทร์ เสรี, วรสิทธิ์ ศิริพรพานิชย์. ผลของ โปรแกรม I AM TAP ต่อทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย. วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2562;14(1):182-3.
8. อัญญา ใจหวัง, ชัญญา ลีศัตร์พ่าย, ภิญญาพันธ์ เพียชัย. ผลของกิจกรรมการเดินสร้างสรรค์ที่มีต่อ ทักษะการคิด เชิงบริหารด้านพื้นฐานในเด็กปฐมวัย. วารสารวิจัยทางการศึกษา สาขาจิตวิทยา พัฒนาการ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2562;33(108):186-97.

9. กองกิจกรรมทางกาย กรมอนามัย. คู่มือเล่นเปลี่ยนโลก สำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธันวาคม 19]. เข้าถึงได้จาก: https://dopah.anamai.moph.go.th/web-upload/8x6b2a6a0c1f8e85a9c274e6419fdd6071/202203/m_magazine/24466/3603/file_download/89dd292e432724d6ab1d7cee606f8893.pdf
10. พิมพ์ชา ทาระชัย, ยุพิน ยืนยง. การพัฒนาชุดกิจกรรมร้องเต้นเล่นทำตามแนวคิดจิตปัญญาเพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารด้านการควบคุมอารมณ์สำหรับเด็กปฐมวัย.วารสารมนุษยสังคมปริทัศน์ (มสป.). 2562;21(1):92-109.
11. ธิดา สมศรี, จุฑามาศ แหนจอน, วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์. การพัฒนาโปรแกรมการเล่นพื้นบ้านเพื่อเสริมสร้างการควบคุมยั้งในนักเรียนประถมศึกษา.วารสารพยาบาลทหารบก. 2563;21(2):222-30.
12. ชุตติกาญจน์ ภายสิทธิ์. กิจกรรมสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองของเด็กปฐมวัย. หลักสูตรศึกษาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาศึกษาปฐมวัย คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต (ศูนย์นครราชสีมา); 2561.
13. นุชนาฏ รักษ์. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะสมองการรู้คิดเชิงบริหาร ผ่านกิจกรรมบูรณาการประสาทสัมผัสในเด็กปฐมวัย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธันวาคม19]. เข้าถึงได้จาก: https://op.mahidol.ac.th/ra/2018/08/15/cf_2561-06/
14. กมลรัตน์ คนองเดช, สุนิศา ธรรมปัญญา, อาทิตยา วงศ์มณี, เสาวลักษณ์ สมวงษ์, นวพร แซ่เลื่อง. ผลการจัดประสบการณ์โดยใช้สื่อและของเล่นที่มีต่อทักษะ EF ของเด็กปฐมวัยในโรงเรียนร่วมพัฒนาวิชาชีพครู เขตพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ [อินเทอร์เน็ต] 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธันวาคม19]. เข้าถึงได้จาก: <https://wb.yru.ac.th/xmlui/bitstream/handle/yrui/4197/ผลการจัดประสบการณ์โดยใช้สื่อและของเล่นที่มีต่อทักษะ%20EF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

รัศมี ชุตินิมา^a

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีกิจกรรมดังนี้ 1) อบรมความรู้และทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ดูแล ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญด้านดูแลใจ” 2) สร้างระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เสี่ยงก่อความรุนแรง ด้วย 2ย. 1ส. (ยาดี/ญาติดี/หลักเสี่ยงสุรา สารเสพติด) และเฝ้าระวัง 5 อาการสำคัญ (5 Red Flags) 3) สร้างเครือข่าย 7 สหาย คลายทุกข์ 4) แลกเปลี่ยนนวัตกรรมจากตำบลต้นแบบ นำไปปรับใช้ทุกตำบล และ 5) เพิ่มระบบพี่เลี้ยง และกำกับติดตามประเมินผล การสร้างความร่วมมือ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และกำหนดบทบาทหน้าที่ทุกภาคส่วนให้ชัดเจน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีค่าความเที่ยง 0.94 แบบวัดดัชนีความสุข มีค่าความเชื่อมั่น 0.70 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมมีค่าความเชื่อมั่น 0.77 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง จำนวน 88 คน ญาติผู้ป่วย จำนวน 88 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 98 คน

ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.01$ ($t=6.983$, $p<0.001$) 2) คะแนนดัชนีชี้วัดความสุขของญาติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.01$ ($t=12.837$, $p<0.001$) 3) คะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.01$ ($t=11.606$, $p<0.001$) และ 4) มีประยุกต์ใช้นวัตกรรมจากตำบลต้นแบบ

งานวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรพัฒนาต่อยอดหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญด้านดูแลใจ” ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน วัดผลการใช้นวัตกรรม และขยายผลต่อ เพื่อประโยชน์อย่างกว้างขวาง และสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วยโดยส่งเสริมการสร้างอาชีพให้กับผู้ป่วยที่มีความพร้อม

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง; ชุมชน; การพัฒนารูปแบบ; การมีส่วนร่วม

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

^a Corresponding author : รัศมี ชุตินิมา Email : rchudpimail@gmail.com

รับบทความ: 24 ก.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 17 ส.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 17 ส.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 7 ก.ย. 65

Development of a Care Model for Chronic Psychiatric Patients At-Risk Groups in the Community through the Participation Process of Network Partners, Lamplaimat District, Buriram Province

Ratsamee Chudpimai^{*a}

Abstract

The objective of this study was to evaluate the care-giving model for chronic psychiatric patient at-risk groups through the participation process of the network partners using a model that included activities as follows: 1) training of caregivers and relatives with a course titled “CG specialized in caring for the mind,” 2) building a surveillance system for the patients at-risk of violence with “2-Yor, 1-Sor” (in Thai) (good drugs/good relatives/avoiding alcohol and addictive substances) and 5 important symptoms (5 Red Flags), 3) building a care network with “7 supportive friends” networks, 4) sharing innovations from one sub-district to be applied to all other sub-districts, and 5) applying a mentor system for the monitoring and evaluation process while building collaborations with partners through workshops to clearly define roles and responsibilities of all sectors. Tools used in this study included “the life skills assessment form for psychiatric rehabilitation” with a reliability score of 0.94, “the happiness index measuring form” with a confidence value of 0.70, and “a participation questionnaire” with the confidence value of 0.77. The samples were comprised of 88 chronic psychiatric patient at-risk group, 88 relatives of the patients, and 98 network members.

Results showed that, at the end of the program, 1) scores on the psychiatric rehabilitation skills significantly improved ($t=6.983$, $p<0.001$), 2) scores on relatives’ happiness index significantly increased ($t=12.837$, $p<0.001$), 3) scores on participations of the network significantly increased ($t=11.606$, $p<0.001$), and 4) there were successful adoptions of innovations to other sub-districts.

^{*} Public Health Technical Officer, Professional Level, Lamplaimat District Public Health Office, Buriram

^a Corresponding author : Ratsamee Chudpimai Email : rchudpimai@gmail.com

Received: Jul. 24, 22; Revised: Aug. 17, 22; Accepted: Aug. 17, 22; Published Online: Sep. 7, 22

It is recommended that “CG specialized in caring for the mind” should be conducted in all areas. The innovations should also be distributed to all areas. Promoting and building career for those who are ready is recommended.

Keywords: Psychiatric patient at-risk group; Community; Model development; Participation

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนลดลง มีการระบาดของยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศ มีปัญหาสุขภาพจิต⁽¹⁾ ก่อให้เกิดความพิการและสูญเสียสุขภาพสูงเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศในปี พ.ศ. 2547 ปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงญาติ ผู้ดูแล และบุคคลในสังคม⁽²⁾ จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรง ร้อยละ 14.3 โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.8 โรคซึมเศร้า ประมาณร้อยละ 2.8 โรคจิตเภท (Schizophrenia) นับเป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงถึงร้อยละ 20⁽³⁾ ปัจจุบันมีเหตุการณ์ก่อความรุนแรงสะเทือนขวัญ ซึ่งพบได้ตามสื่อต่างๆ ความรุนแรงที่เกิดขึ้น ส่วนหนึ่งของผู้ก่อเหตุพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ในประชากรอายุ 18 ปี ขึ้นไป พบปัญหาการก่อความรุนแรงร้อยละ 4.1 โดยมีปัจจัยที่ทำให้อัตราการก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดยา การไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ปัญหาการใช้สารเสพติด ขาดผู้ดูแล รวมถึงขาดการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ⁽²⁾

อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ พบผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี 2562 จนถึงปี 2564 ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ ปัญหาการขาดยา จากปี 2562 ถึงปี 2564 คิดเป็นร้อยละ 5.89 ร้อยละ 6.90 และ ร้อยละ 13.64 ตามลำดับ ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง เสี่ยงต่อการก่อปัญหาความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นได้⁽⁴⁾ การขาดยาของผู้ป่วยจิตเวชเพียง 1 ราย ทำให้เกิดปัญหารุนแรงตามมาได้เนื่องจากปัญหาหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงขึ้นกว่าเดิม อันดับ 1 คือการขาดยา จากสาเหตุ 4 ประการ ได้แก่ 1) ไม่ยอมกินยาเพราะคิดว่าไม่ได้ป่วย 2) กลัวเกิดผลข้างเคียงของยา 3) กลัวจะติดยา และ 4) คิดว่าตนเองหายแล้ว⁽²⁾ ผู้ป่วยจิตเวชจะถูกมองว่าเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ เป็นภาระของสังคม แต่ในความเป็นจริงแล้ว ผู้ป่วยจิตเวชต้องการให้ทุกคนเห็นคุณค่า ต้องการอยู่ร่วมกับครอบครัว กับคนที่เขารัก หากเพียงคนใกล้ชิดหรือคนในชุมชนให้โอกาส ให้กำลังใจ การทำให้ครอบครัวและชุมชนมีความเข้าใจ มีส่วนร่วมในการดูแล จะทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง และสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชได้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของญาติหรือคนในครอบครัว ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย และการแก้ไขปัญหาเดิมนั้นบทบาทหน้าที่หลักเป็นของ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขาดการบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างจริงจัง ขาดการประสานงานระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ครอบครัวและชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง มีความรู้สึกกังวล หวาดกลัว รวมทั้งยังไม่มีระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงอย่างชัดเจน การป้องกันและแก้ไขปัญหา จำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย ให้มีทักษะ มีความรู้ความเข้าใจ มีส่วนร่วมในการสร้างระบบเฝ้าระวัง และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกระดับ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลต่อเนื่อง เกิดระบบเฝ้าระวัง เกิดรูปแบบการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และเกิดเครือข่ายในการดูแล ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อเป็นรูปแบบแนวทางในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง โดยศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดัชนีความสุขของญาติผู้ป่วย และทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีกิจกรรมดังนี้ 1) การอบรมเพิ่มความรู้และทักษะที่จำเป็นให้กับญาติผู้ป่วยและผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง 2) สร้างระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง ด้วย 2 ย. 1ส. (ยาดี/ญาติดี/หลีกเลี่ยงสุรา สารเสพติด) และ 5 อาการหลักสำคัญที่ผู้ดูแลต้องเฝ้าระวัง 3) สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงด้วยเครือข่าย 7 สหายคลายทุกข์ 4) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้วัฒนธรรมจากตำบลต้นแบบ นำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกตำบล และ 5) เพิ่มระบบการสนับสนุนจากพี่เลี้ยงและกำกับติดตามประเมินผล ในการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย การกำหนดบทบาทหน้าที่ และระบบกำกับติดตามประเมินผล ใช้วิธีประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁽⁵⁾ ในผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกรกฎาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ทุกตำบลในอำเภอลำปลายมาศ จำนวน 112 คน
- 2)ญาติผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ทุกตำบลในอำเภอลำปลายมาศ จำนวน 112 คน
- 3) ผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ทุกตำบลในอำเภอลำปลายมาศ จำนวน 112 คน
- 4) ภาาติเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ในเขตอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จาก 16 ตำบล 20 หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 721 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณ เมื่อทราบจำนวนประชากรโดยใช้สูตรทาโร่ ยามาเน่⁽⁶⁾ เมื่อแทนค่าในสูตร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเขตอำเภอลำปลายมาศ จำนวน 88 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง
- 2) ญาติผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเขตอำเภอลำปลายมาศ จำนวน 88 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง
- 3) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเขตอำเภอลำปลายมาศ จำนวน 88 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง
- 4) ภาาติเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเขตอำเภอลำปลายมาศ จำนวน 98 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง จากเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ 2 คน และภาาติเครือข่ายจากทุกตำบล ละ 6 คน แต่ละตำบลประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต กำนัน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และภาาติเครือข่ายผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต⁽⁷⁾ ถามถึงประสบการณ์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ให้สำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึกว่าอยู่ในระดับใดแล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริง มากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว การให้คะแนนพิจารณาข้อความหมายทั้งทางบวกและทางลบ โดยเกณฑ์ให้คะแนนข้อความทางบวกตั้งแต่ “ไม่เลย” เท่ากับ 0 คะแนน จนถึง “มากที่สุด” เท่ากับ 3 คะแนน ส่วนข้อความทางลบให้คะแนนกลับกัน มีคะแนนเต็ม 45 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้ว นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป เท่ากับ 35-45 คะแนน มีสุขภาพจิตเท่ากับคน

ทั่วไป เท่ากับ 28-34 คะแนน และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป เท่ากับ 27 คะแนนหรือน้อยกว่า เครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.70

2. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล การตอบแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยระดับต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน ระดับสูงสุด เท่ากับ 5 คะแนน นำคะแนนเฉลี่ยมาเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้ 1) คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 ระดับการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด 2) คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 ระดับการมีส่วนร่วมน้อย 3) คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง 4) คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 ระดับการมีส่วนร่วมมาก และ 5) คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) มากกว่า 0.50 คะแนน และมีการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.772

3. แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช⁽⁸⁾ ประเมินความสามารถของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ เพื่อประเมิน ทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน ทักษะด้านการผ่อนคลาย และ ทักษะด้านการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ ข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) และสามารถแปลผล ดังนี้ ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 0-0.5 คะแนน หมายถึง ขาดความสามารถในการทำกิจกรรมนั้น ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 0.51-1.5 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่เต็มใจ ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 1.51-2.5 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ต้องช่วยเหลือทุกครั้ง ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 2.51-3.5 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 3.51-4.0 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เอง เครื่องมือประยุกต์ใช้จากการพัฒนา ของพิทักษ์พลบุญมาลิก และคณะ⁽⁸⁾ มีค่าความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับ เท่ากับ 0.94

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ภายหลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ระยะก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

มีการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัย ซึ่งแจ้งผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ ซึ่งแจ้งให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ์ และการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

2. กระบวนการที่จัดทำในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

2.1 คัดเลือกข้อมูลให้ภาคีเครือข่าย รับรู้สถานการณ์ เห็นความสำคัญในการร่วมกันแก้ไขปัญหา

2.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการ ผ่าน 4 คำถาม (ORID Method) ให้ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการ พชอ. ผู้นำชุมชน อปท. รพ.สต. มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น กำหนดกิจกรรม

2.3 วางแผนดำเนินกิจกรรมดูแล ตามรูปแบบ ที่ภาคีเครือข่ายร่วมกันกำหนด ได้แก่

2.3.1 พัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็น ได้แก่

1) ทักษะในการดูแล พันฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ให้กับญาติและผู้ดูแล ได้แก่ ทักษะด้านสุขอนามัยส่วนตัว ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน ทักษะด้านการผ่อนคลาย และ ทักษะด้านการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ

2) ทักษะการเยี่ยมบ้าน และการติดตามประเมิน

3) ทักษะการจัดการกรณีฉุกเฉิน

4) อบรมหลักสูตร CG เชี่ยวชาญด้านดูแลใจ สำหรับผู้ช่วยดูแล (CG)

2.3.2 สร้างระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง (ตาข่ายดักจับกลุ่มเสี่ยง ด้วย 2 ย. 1ส (ยาดี/ญาติดี/หลักเลี้ยงสุรา สารเสพติด) และ 5 อาการหลักสำคัญ ที่ผู้ดูแลต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหวาดระแวง

2.3.3 สร้างเครือข่าย 7 สหายคลายทุกข์ เฝ้าระวัง ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

2.4 จัดเวทีแลกเปลี่ยนนวัตกรรมจากตำบลต้นแบบ เพื่อนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย

2.5 สร้างระบบสนับสนุน ติดตามการดำเนินงาน เพื่อนำข้อเสนอแนะไปสู่การแก้ไขปัญหา

2.6 สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และให้ข้อเสนอแนะ แนวทางพัฒนาต่อเนื่อง

3. ระยะหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

3.1 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

3.2 ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่าข้อมูลไม่มีความสมบูรณ์ ต้องติดตามเป็นการเฉพาะรายอย่างเร่งด่วน ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้จะนำข้อมูลชุดนั้นออกจากการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับและคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดัชนีความสุขของญาติผู้ป่วย ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ก่อน-หลังดำเนินการ ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2021R-021 รับรองวันที่ 24 กันยายน 2564 ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ โดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ข้อมูลก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป และภาวะสุขภาพกาย ของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงเป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.7) อายุเฉลี่ย 47.68 ปี (SD=12.51) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 34.1) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 43.2) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 43.2) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.4) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 5,332.95 บาทต่อเดือน (SD=3,759.69) ส่วนใหญ่รายได้ครอบครัว ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 48.3) ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาโรคจิตเวชเรื้อรังต่อเดือน ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 54.5) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 52.3) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชเรื้อรัง เฉลี่ย 8.31 ปี (SD=4.612) ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 6-10 ปี (ร้อยละ 45.5) ส่วนใหญ่วินิจฉัย รหัส F20-F29 Psychotic disorder (Schizophrenia) (ร้อยละ 71.59) เมื่อเจ็บป่วยมีผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 95.5)

2. ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

ผลประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทักษะด้านสุขอนามัยส่วนตัว มีคะแนนเฉลี่ย 3.64 คะแนน (SD=0.55) อยู่ในระดับ 5 (สามารถทำได้เอง) ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน มีคะแนนเฉลี่ย 3.34 คะแนน (SD=0.69) อยู่ในระดับ 4 (สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง) ทักษะด้านการสื่อสาร มีคะแนนเฉลี่ย 3.46 คะแนน (SD=0.59) อยู่ในระดับ 4 (สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง) ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ย 3.27 คะแนน (SD=0.89) อยู่ในระดับ 4 (สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง) ทักษะด้านการผ่อนคลาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.32 คะแนน (SD=0.766) อยู่ในระดับ 4 (สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง) ทักษะด้านการงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ มีคะแนนเฉลี่ย 2.69 คะแนน (SD=1.119) อยู่ในระดับ 4 (สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง)

เมื่อพิจารณาภาพรวมทุกด้าน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 (SD=0.686) อยู่ในระดับ 4 (สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง) รายละเอียดดังตารางที่ 1 ทั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 5 สามารถทำได้เอง (ร้อยละ 43.2) รองลงมาอยู่ในระดับ 4 สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง (ร้อยละ 40.9) และอยู่ในระดับ 3 สามารถทำได้แต่ต้องช่วยเหลือทุกครั้ง (ร้อยละ 14.8) ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง ที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและระดับทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของผู้ป่วย (n=88)

ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	Mean	SD	แปลผล
1. ทักษะด้านสุขอนามัยส่วนตัว	3.64	0.548	ระดับ 5
2. ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน	3.34	0.698	ระดับ 4
3. ทักษะด้านการสื่อสาร	3.46	0.593	ระดับ 4
4. ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน	3.27	0.896	ระดับ 4
5. ทักษะด้านการผ่อนคลาย	3.32	0.766	ระดับ 4
6. ทักษะด้านการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ	2.69	1.119	ระดับ 4
ภาพรวมทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ	3.23	0.686	ระดับ 4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของผู้ป่วย (n=88)

ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	ระดับความสามารถ (n=88)				
	(1) ขาดความสามารถ n (%)	(2) ทำได้แต่ไม่ทำ n (%)	(3) ทำได้แต่ต้องช่วยเหลือทุกครั้ง n (%)	(4) ทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง n (%)	(5) ทำได้เอง n (%)
ภาพรวมทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช					
ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ	0 (0.0)	1 (1.1)	13 (14.8)	36 (40.9)	38 (43.2)

3. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง

เมื่อพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง พบว่า ในภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.47 (SD=0.395) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.65 คะแนน (SD=0.483) รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.54 คะแนน (SD=0.538) และด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.44 คะแนน (SD=0.583) ตามลำดับ ส่วนระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ที่มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือการมีส่วนร่วม ในการประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.24 (SD=0.693) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (n=98)

ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง	Mean	SD	ระดับ
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.54	0.538	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	3.65	0.483	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	3.44	0.583	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.24	0.693	ปานกลาง
ภาพรวมการมีส่วนร่วม	3.47	0.395	มาก

4. ดัชนีความสุขของญาติ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง

ผลการประเมินดัชนีความสุขของญาติผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีดัชนีความสุขอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 77.3 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 15.9 และมีดัชนีความสุข อยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 6.8 ภาพรวมคะแนนดัชนี ชีวิตความสุข มีคะแนนเฉลี่ย 32.13 คะแนน (SD=3.838) รายละเอียดดังแสดงในตาราง ที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลผลการประเมินดัชนีความสุขของญาติ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง (n=88)

ระดับดัชนีความสุข	จำนวน	ร้อยละ
มีสุขภาพจิตดี (Good) 35-45 คะแนน	14	15.9
มีสุขภาพจิตปกติ (Fair) 28-34 คะแนน	68	77.3
มีสุขภาพจิตเสี่ยง (Poor) 27 คะแนนหรือน้อยกว่า	6	6.8
รวม	88	100.0
(Mean=32.13, SD=3.838)		

5. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ได้แก่

5.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า ระดับคะแนน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนร่วมกิจกรรม อยู่ในระดับน้อย และหลังร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพิ่มขึ้นจากก่อนร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.01$ ($t=11.606$, $df=97$, $p<0.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ($n=98$)

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{x}$	SD	ระดับ	t	df	p-value
การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย							
ก่อนร่วมกิจกรรม	98	2.58	0.763	น้อย	11.606	97	<0.001**
หลังร่วมกิจกรรม	98	3.47	0.395	มาก			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยง พบว่า คะแนนดัชนีชี้วัดความสุข มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 27.51 เป็น 32.13 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.01$ ($t=12.837$, $df=87$, $p<0.001$) และพบว่าญาติผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยง มีดัชนีความสุขในระดับเสี่ยงลดลง จากร้อยละ 55.7 เป็นร้อยละ 6.8 มีดัชนีความสุขในระดับปกติ เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 38.6 เป็นร้อยละ 77.3 และมีดัชนีความสุขในระดับดีเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 5.7 เป็นร้อยละ 15.9 รายละเอียดดังตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขญาติผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนา ($n=88$)

กลุ่มทดลอง	N	$\bar{X}$	SD	ระดับ	t	df	p-value
ระดับดัชนีความสุข							
ก่อนร่วมกิจกรรม	88	27.51	5.248	ต่ำ	12.837	87	<0.001**
หลังร่วมกิจกรรม	88	32.13	3.838	ปกติ			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 7 ดัชนีความสุขญาติผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการพัฒนาแบบการดูแล ($n=88$)

ดัชนีชี้วัดความสุข ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เรื้อรังกลุ่มเสี่ยง	ก่อนกิจกรรม		หลังกิจกรรม	
	n	%	n	%
ดัชนีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good) 35-45 คะแนน	5	5.7	14	15.9
ดัชนีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair) 28-34 คะแนน	34	38.6	68	77.3
ดัชนีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor) 27 คะแนนหรือน้อยกว่า	49	55.7	6	6.8
รวม	88	100.0	88	100.0

5.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ก่อนและหลังได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่า ระดับคะแนนทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชก่อนได้รับการพัฒนา ภาพรวมอยู่ในระดับ 4 สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง หลังได้รับการพัฒนาอยู่ในระดับ 4 สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เพิ่มขึ้นจากก่อนร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.01$ ($t=6.983$, $df=87$, $p<0.001$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ($n=88$)

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	SD	ระดับ	t	df	p-value
ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช							
ก่อนร่วมกิจกรรม	88	3.02	0.823	4	6.983	87	<0.001**
หลังร่วมกิจกรรม	88	3.23	0.686	4			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

6. สรุปรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง

6.1 พัฒนาคำถาม และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง

กิจกรรมของหลักสูตรอบรม มาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ร่วมกันพิจารณาว่าเนื้อหาความรู้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ว่าควรประกอบด้วยอะไรบ้างที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องเรียนรู้ และทักษะอะไรบ้างที่ต้องฝึกปฏิบัติ ควรมีการสนับสนุนอย่างไรเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มีศักยภาพที่จำเป็นในการดูแล จากนั้นจึงรวบรวมเนื้อหา กิจกรรมหลักสูตรอบรมจากการศึกษาเอกสาร คู่มือ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง มี 6 ทักษะตามคู่มือ 2) ทักษะการเยี่ยมบ้านและการติดตามประเมินผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง 3) ทักษะการจัดการกรณีฉุกเฉิน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt aggression scale: OAS)⁽²⁾ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มกรณีกึ่งเร่งด่วน Semi-urgency (คะแนน OAS=1) กลุ่มกรณีเร่งด่วน Urgency (คะแนน OAS=2) กลุ่มกรณีฉุกเฉิน Emergency (คะแนน OAS=3) ซึ่งแจ้งแนวทางการปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้ทราบแนวทางปฏิบัติในแต่ละกลุ่ม 4) อบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญด้านดูแลใจ” เพิ่มเติมเนื้อหาอบรมจากหลักสูตร Caregiver 70 ชั่วโมง และจัดกิจกรรมการสร้างสุข 5 มิติ⁽⁹⁾ สำหรับผู้ป่วยและญาติ

6.2 ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง

สร้างระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่จะก่อความรุนแรง (ตาข่ายดักจับกลุ่มเสี่ยง ด้วย 2.ย 1ส. (ยาดี/ญาติดี/หลักเสี่ยงสุรา สารเสพติด) และผู้ดูแลชุมชนรับรู้ 5 อาการหลักสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง (5 Red flags) ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปมา พุดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหวาดระแวง ฝึกใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย. 1ส.) รายละเอียดดังภาพที่ 1 และประเมินอาการเตือน รายละเอียดดังภาพที่ 2

ภาพที่ 1 แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)⁽²⁾

หัวข้อการประเมิน	แนวทางการประเมิน		
1. การกินยา	☐ ไม่กินยา	☐ กินยาไม่สม่ำเสมอ	☐ กินยา
2. ยาดี/ผู้ดูแล	☐ ขาดผู้ดูแล	☐ มีปัญหาในการดูแล	☐ ไม่มีปัญหาในการดูแล
3. การใช้สารเสพติด	☐ ใช้ประจำ	☐ ใช้บ้าง	☐ ไม่ใช้

การแปลผลแนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส) ประเมินจากการสอบถามผู้ป่วย หรือ ยาดี/ ผู้ดูแล/ ผู้ใกล้ชิด เพื่อแบ่งระดับความรุนแรง เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับความรุนแรงต่ำ (สีเขียว) ยาดี-ญาติดี-ไม่ใช้สารเสพติด อสม. ผู้ดูแล ติดตามเยี่ยมภายใน 1 เดือนเพื่อให้กำลังใจญาติและผู้ป่วย
2. ระดับความรุนแรงปานกลาง (สีเหลือง) มีอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ดี อสม.ผู้ดูแล พร้อมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ติดตามเยี่ยมภายใน 15 วัน เพื่อประเมินซ้ำ
3. ระดับความรุนแรงสูง (สีแดง) ผู้ป่วยจิตเวช ยาไม่ดี-ญาติไม่ดี-ใช้สารเสพติด อสม. ผู้ดูแล แจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ลงประเมินซ้ำ เพื่อแก้ไข ปัญหา

ภาพที่ 2 แบบประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)⁽²⁾

อาการเตือน	มี	ไม่มี
1. ไม่หลับไม่นอน :มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆตื่นๆ		
2. เดินไปเดินมา :พูดลวกพูดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ		
3. พุดจาคนเดียว :พูด ยืม หัวเราะคนเดียว		
4. หงุดหงิดฉุนเฉียว :อารมณ์แปรปรวน เดียวดีเดี๋ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว		
5. เทียวหวาดระแวง :มีอาการหวาดระแวง คิดว่าคนไม่หวังดี นินทาว่าร้าย มีคนคอยติดตาม คอยทำร้าย และถูกกลั่นแกล้ง		

การแปลผล: กรณีพบข้อใดข้อหนึ่ง ให้อาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้ดูแล ภาศิเครือข่าย แจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาต่อไป

6.3 สร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วม และกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

เครือข่าย 7 สหาคลยทุกข” ในการเฝ้าระวัง ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ **สหายที่ 1** องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดูแลเรื่องงบประมาณในการดูแลช่วยเหลือ ประสานหน่วยงานอื่น เพื่อให้การช่วยเหลือ **สหายที่ 2** ผู้นำชุมชน ให้การดูแลเรื่องความปลอดภัยเป็นเหตุเป็นตาสอดส่องในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ให้ความร่วมมือช่วยเหลือในกรณีประสานขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพตามสโลแกน “เรือกง่าย ใช้คล่อง โทรวิต ไม้อัดอด” **สหายที่ 3** อาสาสมัครสาธารณสุข ในแต่ละหมู่บ้านสอดส่องมองหา เยี่ยมติดตามผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของตนเอง ในระดับหมู่บ้าน ร่วมคิดค้นนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง **สหายที่ 4** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีหน้าที่กำกับ ติดตาม วางแผนการดูแล ประสานภาศิเครือข่าย ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหา มีความเสี่ยงที่จะก่อความรุนแรง ให้ความรู้ คำแนะนำกับญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วย ประเมินอาการผู้ป่วย ประเมินความเครียดผู้ดูแล แนะนำกิจกรรมหาวิธีคลายเครียด ออกกำลังกาย ให้คำปรึกษา ร่วมคิดค้นนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง **สหายที่ 5** โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ช่วยประสานต่อ **สหายที่ 6** ตำรวจให้ความช่วยเหลือในกรณีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการทำร้ายร่างกายของตนเองและผู้อื่น มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด เป็นต้น **สหายที่ 7** โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา รับประสานให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ และส่งต่อข้อมูล ในกรณีผู้ป่วยสีแดง เยี่ยมติดตามผู้ป่วย และให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นต้น

6.4 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในอำเภอ

แลกเปลี่ยนนวัตกรรมจากตำบลต้นแบบสู่ทุกตำบล เพื่อให้ผู้ดูแลนวัตกรรมการไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ นวัตกรรม “กินยาต่อหน้าอำปาก ไม่คายทิ้ง” ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ขาดยา อาการผู้ป่วยดีขึ้นทั้งสุขภาพทางร่างกาย และสุขภาพจิต เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจ เกิดความเชื่อถือ เห็นความตั้งใจและหวังดีในทุกๆ วัน เกิดความศรัทธาในผู้ดูแล ทำให้ง่ายในการแนะนำผู้ป่วยและญาติ

6.5 ระบบสนับสนุน และระบบกำกับติดตาม ประเมินผล

เพิ่มระบบสนับสนุนจากทีมพี่เลี้ยง โดยกำกับให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ให้บริการดูแลครอบคลุมทุกราย และดูแลตามความจำเป็นของผู้ป่วย แต่ละราย สร้างระบบปรึกษาทางกลุ่มไลน์ ให้คำปรึกษา ประสานการดูแล ประเมินผลการดูแล และปรับแผนการดูแลร่วมกับผู้ดูแล

ภาพที่ 3 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนา

รูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง	รูปแบบใหม่ในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง
1. ญาติและผู้ดูแล ดูแลตามแนวทางที่ได้รับมอบหมาย แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ	✓ เน้นการฝึกทักษะ ฝึกปฏิบัติจริงและปรับตามสภาพปัญหา ที่พบในการดูแล ✓ เน้นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และการดูแลทางสังคม
2. การพัฒนาความรู้ และทักษะ ไม่ครอบคลุมตามประเด็นสำคัญที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย 3. ขาดการฝึกฝนทักษะความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย	✓ ผู้ดูแลได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็น มีความรู้ และทักษะในการดูแล และสามารถบอกต่อแนะนำได้ 1. ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ครอบคลุมทักษะ 6 ด้าน 2. ทักษะการเยี่ยมบ้าน และการติดตามประเมินผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง 3. ทักษะการจัดการกรณีฉุกเฉิน 4. อบรมหลักสูตร CG เชี่ยวชาญด้านดูแลใจ สำหรับผู้ช่วยดูแล ✓ ผู้ดูแลได้รับการฟื้นฟูพัฒนาความรู้ และทักษะการดูแลที่สำคัญ สร้างความมั่นใจในการดูแลในการดูแลผู้ป่วย การดูแลสภาพจิตใจ ญาติผู้ป่วย
4.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงยังไม่ครอบคลุม	✓ ได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการดำเนินงาน โดยมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในอำเภอ แลกเปลี่ยนนวัตกรรมจากตำบลต้นแบบ สู่ทุกตำบล
5.ขาดการประเมินผลการดูแล	✓ ติดตามการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ✓ มีระบบดูแล กำกับ ติดตาม แบบระบบพี่เลี้ยง
6.การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจน	✓ เสริมพลังให้ เครือข่าย มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาร่วมดูแลสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งให้ภาคีเครือข่ายครอบครัว และชุมชน ✓ ปรับกระบวนการดำเนินงานโดยอาศัยแนวคิดการแก้ปัญหาโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐานในการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ
7.ยังไม่มีระบบเฝ้าระวังที่ชัดเจน	✓ มีระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่จะก่อความรุนแรง โดยฝึกให้ญาติ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย สามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำด้วย 2ย1ส (ยาดี/ญาติดี/หลีกเลี่ยงสุรา สารเสพติด) และแบบประเมินอาการเตือน 5 อาการหลักสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน สอดคล้องกับรายงานวิจัยของ พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ได้รายงานสถานการณ์ของผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง มีอาการทางจิตประสาท ที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้นตลอดระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปี 2555-2559 โดยสวนใหญ่เป็นเพศชายที่อยู่ในวัยทำงาน 23-59 ปี โดยครั้งนี้พบว่า

ผลการเปรียบเทียบระดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลอยู่ในระดับน้อย และหลังพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุเทพ พลอยพลาญแก้ว และคณะ⁽¹¹⁾

จากผลการศึกษานี้ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความรู้ และทักษะที่จำเป็น มีการทบทวนและกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลให้ครอบคลุมทักษะที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะด้านสุขอนามัยส่วนตัว ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน ทักษะด้านการผ่อนคลาย และทักษะด้านการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขยายผลนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจากตำบลต้นแบบ สู่ตำบลอื่นๆ ทำให้นวัตกรรมถูกนำไปปรับใช้ส่งผลต่อความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีระบบดูแล กำกับ ติดตามแบบระบบพี่เลี้ยง มีการวัดผล และประเมินผล สู่การปรับปรุงพัฒนา ส่งผลให้เห็นความเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการพัฒนาอย่างชัดเจน โดยพบว่า คะแนนทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับและค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับน้อย และหลังพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนดัชนีชี้วัดความสุข มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ญาติผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงมีดัชนีความสุขในระดับเสี่ยงลดลง มีดัชนีความสุขในระดับปกติเพิ่มขึ้น และมีดัชนีความสุขในระดับดีเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาต่อยอดหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญด้านดูแลใจ” ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน
2. มีการวัดผล การใช้นวัตกรรม และขยายต่อ เพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างกว้างขวาง
3. ควรมีกิจกรรมในการสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย เช่น ส่งเสริมให้มีการสร้างอาชีพให้กับผู้ป่วย
4. ชุมชนชนบทในภาคอีสาน จะมีวัฒนธรรมการดื่มสุราตามประเพณีต่างๆ ของชุมชน ผู้ป่วยเพศชายนิยมดื่มสุรา ซึ่งทำให้เกิดอาการกำเริบ ควบคุมอาการได้ยาก จึงควรมีการนำมาตรการเฝ้าระวัง 2 ย 1 ส (ยาตี/ญาติตี/หลักเลี้ยงสุรา สารเสพติด) มาใช้อย่างจริงจังในชุมชน
5. ควรศึกษาการนำเทคโนโลยี มาใช้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บริษัท วิคทอรีอิมเมจ จำกัด; 2560.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2559.

3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด; 2561.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำปลายมาศ. สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวช. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำปลายมาศ; 2564.
5. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, พิมพิมล วงศ์ไชยา. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : ลักษณะสำคัญ และการประยุกต์ใช้ในชุมชน. วารสารมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2560;36(6):193-200.
6. Yamane T. Statistic: An introductory analysis. 3rd ed. Tokyo: Harper International; 1975.
7. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, ทวี ตั้งเสรี, วัชนิ หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย, วรวรรณ จุฑา. รายงานการวิจัย การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2552.
8. พิทักษ์พล บุญยมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. รายงานการ วิจัยการพัฒนาแบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
9. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือวิทยาการจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2560.
10. พรทิพย์ วชิรติลล, อีระ ศิริสมุท, อนุรัตน์ สมตน. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2561;32(2):69-83.
11. สุเทพ พลอยพลายแก้ว, นิษฐา หุ่นเกษม, อรุณ ภาชีน, ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนจังหวัดลพบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2556; 14(1):61-70.

บทความวิชาการ

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตร

สุพรรณษา จิตรสม^{*a}, บานเย็น แสนเรียน^{*}, พรหมกาย์ ดั่นทอง^{**}

บทคัดย่อ

ความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นปัญหาที่สำคัญ เป็นความรู้สึกและประสบการณ์ของมารดาหลังคลอดที่รับรู้ถึงความปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายจากการผ่าตัด เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารกระตุ้นความปวด ส่งผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ทำให้อ่อนเพลีย วิตกกังวล รู้สึกไม่สุขสบาย ส่งผลต่อกิจวัตรประจำวัน การดูแลบุตรหลังคลอดและสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร ดังนั้นการดูแลการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยให้มารดาหลังคลอดเผชิญความปวดและควบคุมความปวดได้ โดยการจัดการความปวดมีทั้งวิธีที่ใช้ยา เช่น พาราเซตามอล ยา NSAIDs ยากลุ่มสเตียรอยด์ เป็นต้น ซึ่งเป็นบทบาทตามแผนการรักษาของแพทย์ และวิธีที่ไม่ใช้ยาซึ่งเป็นบทบาทอิสระ เช่น การจัดท่า การนวด การสัมผัส การใช้ผ้ารัดหน้าท้อง และการจัดทำให้นมบุตร เป็นต้น พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการบูรณาการวิธีการเจ็บปวดผสมผสานกันทั้ง 2 วิธี เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความรุนแรงของอาการปวด ทำให้มารดาสามารถฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ส่งผลให้มารดาหลังคลอดสามารถปรับตัวและแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การจัดการความปวด; ผ่าตัดคลอด

^{*} อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล

^{**} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

^a Corresponding author : สุพรรณษา จิตรสม E-mail: paesupansa@gmail.com

รับบทความ: 29 ก.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 21 ส.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 21 ส.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 15 ก.ย. 65

Review Article

Pain Management After Cesarean Section

Supansa Chitsom^{*a}, Banyen Saenrian^{*}, Pornpaka Tonthong^{}**

Abstract

Pain after cesarean section is a major problem. It is the feelings and experiences of postpartum mothers who perceive pain from a tissue injury damaged by surgery. Changes in pain stimulants affect the body and mind. Maternal emotions cause fatigue, anxiety, and discomfort and affect daily routine. Therefore, care for pain management after cesarean section correctly and appropriately helps postpartum mothers to face and control pain. Pain management includes medications such as paracetamol, NSAIDs, addictive drugs, etc.; based on doctors' treatment plans, and non-medicinal methods that are independent roles such as positioning, massaging, touching, using of abdominal bandages, and positioning during breastfeeding, etc. It is the nurses' important role in integrating both methods for effective pain management and effective pain relief which will ultimately allow mothers to recover faster so postpartum mothers can adapt and play a maternal role appropriately.

Keywords : Pain management; Cesarean section

^{*} Lecturer, Faculty of Nursing, Western University Watcharapol Campus

^{**} Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

^a Corresponding author : Supansa Chitsom E-mail: paesupansa@gmail.com

Received: Jul. 29, 22; Revised: Aug. 21, 22; Accepted: Aug. 21, 22; Published Online: Sep. 15, 22

บทนำ

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นหัตถการทางศัลยกรรมที่สำคัญ เป็นการผ่าตัดบริเวณผนังหน้าท้องและผนังมดลูก เพื่อนำตัวเด็กในครรภ์ออกมาทางแผลผ่าตัด⁽¹⁾ ในรายที่ไม่สามารถคลอดเองตามธรรมชาติ หรือในรายที่แพทย์เห็นชอบให้ผ่าตัดคลอด ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงมาก มีการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไป หรือยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน มีการสูญเสียเลือด ร่วมกับกระบวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ระหว่างผ่าตัด⁽²⁾ ส่งผลกระทบต่อความสบายของมารดาหลังคลอดอย่างมาก โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงแรก⁽³⁾ ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากปัญหาหรืออาการต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอาการปวดหลังผ่าตัดคลอดที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย⁽⁴⁾ เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความผิดปกติในร่างกาย เป็นความรู้สึกไม่สบาย ทุกข์ทรมานและประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกันไป ลักษณะความปวดเกิดจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด ทำให้มีการฉีกขาดเพิ่มขึ้น มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ เอ็น ฟังผืด หลอดเลือดและเส้นประสาท⁽⁵⁾ ก่อให้เกิดการอักเสบ อาจเกิดการติดเชื้อ มีการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด และอาจมีการปวดตะคริว รู้สึกไม่สบายเนื่องจากมดลูกหดตัวและกลับเข้าสู่ขนาดปกติก่อนการตั้งครรภ์^(3,6) ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนถึงการทำลายเป็นความผิดปกติในร่างกาย นอกจากนี้ ความปวดยังทำให้ผู้ประสบความปวดนั้นเกิดความกลัวและความทุกข์ทรมานมากที่สุด

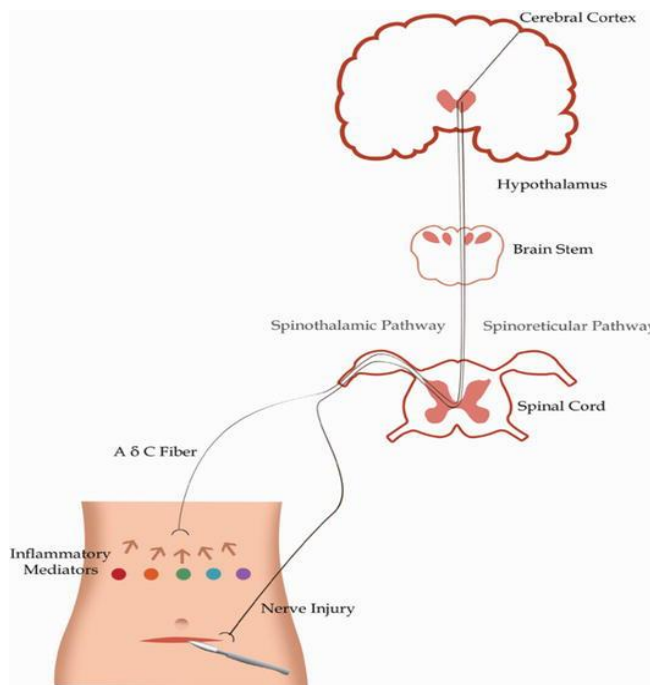
มารดาหลังคลอดจะมีความเจ็บปวดเฉียบพลันและรุนแรง เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเผชิญ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการเคลื่อนไหว และความรุนแรงจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีการขยับพลิกตัว มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่จึงมักนอนเกร็งตัว ไม่ยอมลุกขึ้นเดินหรือขยับตัว มักนอนในท่าเดียวนานๆ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อทางด้านจิตใจทำให้เกิดความกลัว ความทุกข์ทรมาน และวิตกกังวล เครียด และนอนไม่หลับ เป็นต้น⁽⁷⁾ อีกทั้งความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องยังเป็นอุปสรรคต่อการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและบุตร⁽⁵⁾ ส่งผลให้เริ่มให้นมบุตรได้ช้าอีกด้วย^(6,8) อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น ภาวะปอดแฟบ ลิ้มเลือดอุดตัน การทำงานของลำไส้ลดลง การติดเชื้อ และเกิดพังผืดในช่องท้องได้⁽⁴⁾ หากไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพก็จะส่งผลให้เกิดอาการปวดเรื้อรัง ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้การรักษามีความยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มขึ้น

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทำได้หลายวิธี ทั้งโดยวิธีการใช้ยาและการไม่ใช้ยา ที่ต้องใช้ร่วมกันทั้ง 2 วิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง ระยะเวลา และชนิดของความเจ็บปวดหรือความต้องการของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวด

โดยไม่ใช้ยาอยู่หลายวิธี อาทิเช่น การประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด การเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่า การนอนนิ่งๆ การใช้เข็มขัดผ้ารัดหน้าท้อง การนวด การประคบเย็น การจัดทำหุ่นบุนทร เป็นต้น ซึ่งการจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวของมารดาหลังการผ่าตัดคลอด ถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วย การจัดการความปวดอย่างรวดเร็ว จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานลดลง เป็นบทบาทที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ จำเป็นต้องให้ความสำคัญและค้นหาแนวทางการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย และส่งเสริมให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเผชิญความเจ็บปวด และควบคุมความปวดด้วยตนเองได้เพิ่มขึ้น

ดังนั้น ผู้เขียนจึงทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับกลไก การประเมิน ผลกระทบ รวมทั้งการรักษา และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการ และวางแผน การให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีความปวดได้ดียิ่งขึ้น ช่วยลดอาการปวดหลังผ่าตัดคลอดและช่วยให้มารดาหลังคลอดฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น สามารถดูแลตนเองและทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลไกการเกิดความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง



ภาพที่ 1 กลไกการเกิดความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตร⁽²¹⁾

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Cesarean section) เป็นการทำการคลอดทารกผ่านรอยผ่าตัดที่ผนังมดลูกและผนังหน้าท้อง^(1,2) ซึ่งลักษณะความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เกิดจากการที่เนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องและผนังกล้ามเนื้อมดลูกได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ทำให้เนื้อเยื่อปล่อยสารกระตุ้นความเจ็บปวด ได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) โพแทสเซียม (Potassium) ฮิสตามีน (Histamine) แบรดีไคนิน (Bradykinins) พรอสตาแกลนดิน (Prostaglandins) และ ซับสแตนท์ พี (Substance P) ก่อให้เกิดการอักเสบต่อเนื้อเยื่อรอบๆ แผลผ่าตัดและไปกระตุ้นตัวรับรู้ความรู้สึกที่ปลายประสาท ส่งสัญญาณอาการปวดไปตามเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ (A-delta fiber) และเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (C-fiber)⁽⁹⁾ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดอร์ซอล (Dorsal horn) ในไขสันหลัง นอกจากนี้เมื่อสัญญาณอาการปวดถูกส่งต่อไปยังสมอง ซึ่งเป็นแหล่งรับรู้และแปลข้อมูลอาการปวด สามารถทำให้เพิ่มระดับความรุนแรงและระยะเวลาของอาการปวดนานขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การหดตัวของมดลูกในระยะหลังคลอด การมีแก๊ซจำนวนมากในกระเพาะอาหารและลำไส้ การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง จากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ทำนอนไม่ถูกต้อง เป็นต้น ซึ่งความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน พยาบาลควรมีการสังเกตและประเมินความปวดหลังผ่าตัดคลอด ดังนี้

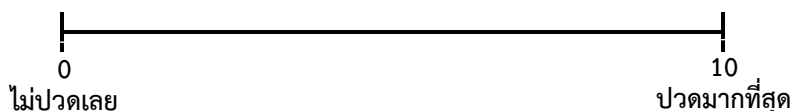
การประเมินความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

การประเมินความปวดเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เป็นวิธีประเมินที่ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง สิ่งที่ต้องซักถามในการประเมินความปวด คือ ความรุนแรงของความปวดโดยให้ผู้ป่วยบอกระดับความปวดด้วยตนเอง ตามเครื่องมือวัดความรุนแรงของความปวด เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ มีดังนี้⁽⁹⁻¹⁰⁾

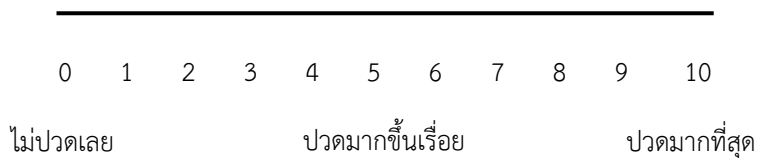
1. **มาตรวัดความปวดด้วยคำบรรยาย (Verbal rating scale: VRS)** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถบอกระดับความเจ็บปวดเป็นตัวเลขได้ เป็นการจัดระดับความปวดเป็นคำอธิบายสั้นๆ เป็นลำดับ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย ได้แก่ ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมากและปวดมากที่สุด

ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด

2. **มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา (Visual analogue scale: VAS)** มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่อยู่ในแนวนอนหรือแนวตั้งหรือแนวนอนมีความต่อเนื่องจาก 0-10 เซนติเมตร ด้านซ้ายสุดแสดงถึงไม่เจ็บปวดเลย และด้านขวาสุดแสดงถึงความรู้สึกเจ็บปวดมากที่สุด โดยให้ผู้ป่วยประเมินและทำเครื่องหมายกากบาทบนเส้นตรงตำแหน่งที่เป็นระดับความเจ็บปวดของตนในขณะนั้น



3. **มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numerical rating scale: NRS)** มีลักษณะเป็นเส้นตรง เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันจากเลข 0-10 หรือ 0-100 โดยการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความเจ็บปวด คะแนน 10 หรือ 100 หมายถึง มีความเจ็บปวดมากที่สุด เป็นการถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบตัวเลขหรือให้ระดับตัวเลขบนเส้นตรง และบอกเป็นตัวเลขที่เป็นระดับความเจ็บปวดของตนในขณะนั้น



4. **McGill's pain questionnaire (MPQ)** เป็นแบบสอบถามความเจ็บปวดที่ประเมินได้ทั้งอาการปวดแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง สามารถวัดระดับความเจ็บปวด ความรู้สึกต่อความเจ็บปวด และผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บปวด เป็นการประเมินที่มีหลายมิติ ครอบคลุมด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึก เช่น แบบประเมินความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดของ สินีนาฏ หงส์ระนัย⁽¹¹⁾ ที่พัฒนามาจากแบบประเมินความปวดแมคกิลล์ฉบับย่อภาษาไทย (Thai short-form McGill's pain questionnaire)

การประเมินความปวดสามารถประเมินได้หลายวิธี พยาบาลควรเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย และประเมินความปวดซ้ำหลังจากให้การดูแลรักษา รวมทั้งมีการบันทึกผลการประเมินอย่างเป็นระบบและบันทึกความปวดแบบต่อเนื่อง

ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

ความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตร ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก หากไม่ได้รับการตอบสนองต่อการเผชิญกับความเจ็บปวด จะส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด ความปวดมีผลเสียต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย มีผลต่อการเคลื่อนไหว การหายใจ อารมณ์ และการนอนหลับ รบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในด้านการทำกิจวัตรประจำวันของมารดา อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ได้แก่ ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ปวดแน่นท้อง ตลอดจนความผูกพันต่อทารกแรกเกิด ยังเป็นสาเหตุที่รบกวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้นมบุตร และการดูแลทารก⁽⁶⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สาเหตุที่ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทุกข์ทรมานด้านร่างกายมากที่สุด คือ ความเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหวร่างกาย ความรุนแรงของอาการปวดแผลผ่าตัด และอาการปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผลกระทบทางด้านจิตใจพบว่า มีความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง และกิจกรรมการเลี้ยงดูบุตร⁽²⁾ กลัวความเจ็บปวด กลัวสัมผัสสภาพกับสามี

เปลี่ยนแปลง ทำให้คุณภาพการนอนหลับเปลี่ยนแปลง อาจนอนหลับได้ยาก ตื่นบ่อย และนอนต่อไม่หลับ^(5,7) หากปล่อยให้มีความปวดยังคงอยู่นานจะมีโอกาสกลายเป็นความปวดเรื้อรัง ทำให้การรักษาซับซ้อนขึ้น และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิต

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดมี 2 วิธีหลัก คือ ดังนี้

1. การจัดการความปวดแบบใช้ยา (Pharmacological therapy)^(9,10,12) เป็นบทบาทตามแผนการรักษาของแพทย์ มีดังนี้

1.1 พาราเซตามอล (Paracetamol) เป็นยาระงับปวดและลดไข้แต่ไม่ลดการอักเสบ มีความปลอดภัยสูง ใช้บรรเทาความปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีกลไกออกฤทธิ์ยับยั้ง Prostaglandins ในบริเวณที่มีการบาดเจ็บ

1.2 ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-steroids anti-inflammatory drugs: NSAIDs) เป็นยาระงับปวด ต้านการอักเสบ และลดไข้ อาจใช้เพียงอย่างเดียว สำหรับปวดไม่รุนแรง หรือปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง ถ้าปวดมากควรเลือกใช้ร่วมกับยาอื่น มีกลไกออกฤทธิ์ยับยั้ง Prostaglandins ในระบบประสาทส่วนปลายและส่วนกลาง เมื่อใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม Opioids ก็จะเสริมฤทธิ์ในการระงับปวดมากขึ้น และลดผลข้างเคียงของ Opioids เพราะใช้ Opioid น้อยลง เช่น Diclofenac และ Ibuprofen

1.3 ยาระงับปวดชนิดเสพติด (Opioid or narcotic analgesic drug) ใช้บรรเทาปวดในระดับรุนแรงถึงปานกลาง ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางโดยกระตุ้น Opioid receptor ภายในสมอง หรือ Dorsal horn ของไขสันหลัง ออกฤทธิ์ต่อศูนย์ควบคุมการหายใจ ซึ่งมีฤทธิ์การออกฤทธิ์ระงับปวดได้รวดเร็ว เป็นยาระงับปวดที่ใช้สำหรับปวดรุนแรงมากแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.3.1 กลุ่มที่มีฤทธิ์อ่อน (Weak opioid) ใช้บรรเทาความปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เช่น Tramadol, Codeine, Oxycodone เป็นต้น ออกฤทธิ์ผ่าน 2 กลไก คือ กลไกแรกจับกับ μ -Opioid receptor กลไกที่ 2 คือยับยั้งการนำกลับของ Serotonin และ Norepinephrine ในระบบประสาทส่วนกลาง ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ 4-6 ชั่วโมง ผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ที่พบน้อยแต่รุนแรง เช่น กดการหายใจและท้องผูก ขนาดยาที่แนะนำ 50-100 มิลลิกรัม

1.3.2 กลุ่มที่มีฤทธิ์แรง (Strong opioid) ใช้บรรเทาความปวดในระดับรุนแรง เช่น Morphine และ Pethidine เป็นต้น เป็นยาในกลุ่ม Opioid ออกฤทธิ์ผ่านกลไกเช่นเดียวกับ Tramadol แต่ จับกับ μ -Opioid receptor ได้มากกว่า ออกฤทธิ์แรงกว่า และนานกว่า Tramadol เมื่อฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ระยะเวลาการเริ่มออกฤทธิ์ 5-20 นาที และออกฤทธิ์นาน 2-4 ชั่วโมง ผลข้างเคียง เช่น ง่วงซึม หรือ กดการหายใจ

2. การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological therapy) เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลกระทำโดยไม่มีข้อห้าม เพื่อสนับสนุนให้การรักษาอาการปวดจากการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากจะช่วยลดอันตรายจากผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับมารดาและทารกยังทำให้มารดาเกิดความภาคภูมิใจและตนเองมีคุณค่า รู้สึกถึงความสามารถในการคุมตนเองได้ ซึ่งการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยามีหลายวิธีให้เลือกใช้ ดังนี้

2.1 การให้ข้อมูล ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลต่างๆ ก่อนผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้อง การให้ความรู้ สร้างความเข้าใจของผู้ป่วยต่อความปวดและข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของความปวด ระยะเวลาหรือความรุนแรงของความปวด การประเมินความปวด วิธีลดอาการปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา การปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการปวด แนะนำให้ผู้สามารถขอพยาบาลปวดตั้งแต่ระยะเริ่มปวด เพื่อให้การระงับปวดมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนให้การบรรเทาความปวดโดยใช้ยาได้ผลดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พงนิ วรงค์ศิริ และศุภกิตวัน พิทักษ์แทน⁽¹³⁾ โดยการให้โปรแกรมการจัดการความปวดซึ่งมีการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติแบบง่าย การใช้สื่อต่างๆ เช่น หนังสือ คู่มือ การฟังเทป การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เป็นต้น โดยการให้ข้อมูลทั่วไปเพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญความปวด จะช่วยลดความรู้สึกไม่ตรงกันระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์ความรู้สึกและลดการตอบสนองทางอารมณ์ได้ การให้ความสนใจเอาใจใส่และรับฟังปัญหาผู้ป่วยทำให้เกิดความพึงพอใจ รู้สึกประทับใจ จะช่วยบรรเทาอาการปวดลงได้ดีกว่าการจัดการความปวดด้วยยาอย่างเดียว

2.2 การจัดท่าผู้ป่วย (Positioning) การจัดท่าที่ถูกต้องจะช่วยลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อและขจัดแรงกดและความตึงของบริเวณที่เจ็บปวด โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย หรือนอนในท่าศีรษะสูง 30 องศา และช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ช่วยให้อาการกล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัว ลดการตึงตัวของแผลผ่าตัด ลดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดการรับรู้ความปวดหลังผ่าตัดและกล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เรืองศรี⁽¹⁴⁾ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีหลังผ่าตัดคลอด การพลิกตะแคงตัว/เปลี่ยนอิริยาบถ โดยให้พลิกตะแคงตัวซ้าย-ขวา เมื่อรู้สึกตัว เริ่มจากให้ตะแคงตัวก่อนลูกนั่ง ใช้แขนลดความตึงของท้อง ปรับเตียงให้ศีรษะสูง ลูกนั่งช้าๆ สักพัก และหยุดพักก่อนยืน ใช้มือประคองแผลและควรพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงสามารถผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีการแข็งเกร็ง ลดความปวดได้ดี



ภาพที่ 2 การจัดทำนอนศรีษะสูงลดปวด⁽¹⁴⁾

2.3 การสัมผัสหรือการนวด เป็นการสื่อสารแบบไม่ใช้ภาษาที่ทำให้ผู้ป่วยแสดงสิ่งที่ตนเองรู้สึก ระหว่างสัมผัสหรือนวดผู้ป่วยได้มีการพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทำให้รู้สึกผ่อนคลาย⁽¹⁴⁾ ทำให้เกิดการกระตุ้นศูนย์ควบคุมความปวดที่สมองให้หลั่งสารเอ็นโดฟิน (Endorphins) และ เอนเคฟาลินส์ (Enkephalins) เพื่อยับยั้งความเจ็บปวด ช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและส่งเสริมให้หลอดเลือดขยายตัว จึงมีการไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงกล้ามเนื้อมากขึ้นทำให้เซลล์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไม่มีกรดแลคติกมากระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวดทำให้ความปวดลดลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น จากการศึกษา นพรัตน์ ชารานะ⁽¹⁵⁾ พบว่า การนวดมือและเท้าข้างละ 5 นาที รวม 20 นาที จะกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic) ส่งผลให้หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง หายใจช้าลง ส่งผลให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ทำให้อาการปวดแผลผ่าตัดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา ผลงาม และรัชนาถ มั่นคง⁽¹⁶⁾ โดยการนวดประคบด้วยเจลความร้อนขึ้น ร่วมกับการนวดหัวนมและลานนม เพิ่มการไหลเวียนเลือด เพิ่มการซึมผ่านของ Prolactin และ Oxytocin ไปสู่ lactocyte และ alveolar cell ทำให้เกิดการสร้างและหลั่งน้ำนม ช่วยบรรเทาอาการปวด

2.4 การใช้ผ้ารัดหน้าท้อง (Abdominal binder) โดยใช้ผ้าที่มีคุณสมบัติยืดหยุ่นและกระตุ้นใช้พันหน้าท้องของผู้ป่วยในระดับเดียวกับแผลผ่าตัด และไม่รัดแน่นหรือหลวมเกินไป ทำให้บริเวณที่ได้รับการผ่าตัดตลอดตั้งแต่ชั้นผิวหนัง ชั้นไขมัน ชั้นกล้ามเนื้อตลอดจนกล้ามเนื้อดลูก ได้รับการประคับประคองลดแรงกระแทกต่างๆ โดยเฉพาะขณะการเคลื่อนไหว ไอ จาม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเลี้ยวดูทารกแรกเกิด เพื่อความสบาย ทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกมีความสุข สงบ พึงพอใจ และความปวดแผลผ่าตัดลดลง มีการใช้ผ้าชนิดสเปนเด็กพันรอบลำตัวบริเวณหน้าท้อง โดยแบ่งผ้าออกเป็นแถบผ้าด้านในมีความยาว 47 นิ้ว ความกว้าง 9 นิ้ว และด้านนอกเป็นเส้นยางยืดสีดำ มีความยาว 38 นิ้ว ความกว้าง 6 นิ้ว พร้อมทั้งติดเทปตีนตุ๊กแก (Velcro tape) เพื่อปรับระดับให้กระชับกับสรีระของมารดาหลังผ่าตัดคลอด รองรับอาการกดทับที่แผลผ่าตัดคลอดจากเส้นยางยืดด้านนอก⁽³⁾ จะช่วยประคับประคอง

บริเวณแผลผ่าตัด เพิ่มสมรรถภาพของปอดและลดการการเคลื่อนไหวของผนังกล้ามเนื้อหน้าท้อง ช่วยให้มดลูกหดรัดตัวเร็วขึ้น ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณเนื้อเยื่อผ่าตัดเพิ่มขึ้น⁽⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญารัตน์ สิงห์แดง อุษณีย์ สังคมกำแหง และธนิตย สังคมกำแหง⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า การใช้ที่รัดหน้าท้องมีการปวดแผลหลังผ่าตัดที่ 6, 24 และ 48 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน



ภาพที่ 3 การใช้ผ้ารัดหน้าท้องลดปวด⁽³⁾

2.5 การประคบเย็น (Cold pack) การใช้ความเย็นบริเวณผิวหนังที่น้อยกว่า 15 องศาเซลเซียส นาน 10-30 นาที ช่วยลดอุณหภูมิที่ผิวหนังและกล้ามเนื้อ ลดการไหลเวียนเลือด ลดการเผาผลาญของเนื้อเยื่อ ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นการกระตุ้นประสาทส่วนปลายทำให้เกิดการส่งกระแสประสาทล่าช้า ทำให้ความปวดลดลง¹⁵ จากการศึกษาของศศินาภรณ์ โลหิตไทย และบุญยิ่ง ทองคุปต์⁽¹⁸⁾ โดยใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นออกแบบผ้าเป็น 5 ส่วนโดยใช้ผ้าโสร่ง ที่มีคุณสมบัติในการระบายอากาศได้ดี และทำความสะอาดได้ง่าย ด้านหน้ามีช่องกระเปาะสามารถดูดซับได้ (สำหรับใส่ Cold pack) ด้านในกระเปาะบุด้วยผ้าใยขนาด 8 x 10 นิ้ว เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำจากการคลายความเย็นของถุงเจล ไหลซึมไปยังบริเวณแผล ซึ่งอาจทำให้แผลอักเสบและติดเชื้อได้ พบว่า มีค่าเฉลี่ยความปวดแผลผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องลดลงอย่างต่อเนื่อง การประคบเย็นและการรัดหน้าท้อง เป็นการปรับเปลี่ยนความรู้สึกเจ็บปวด โดยเกิดการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้ปิดประตูโดยทำให้เกิดกระแสประสาทที่มีกลไกยับยั้งเกิดขึ้น และการกดทำให้สารเบต้าเอนโดर्फิน ซึ่งสามารถออกฤทธิ์ในการลดความเจ็บปวดได้ รู้สึกมีความสุขพึงพอใจและสุขสบายขึ้น ดังนั้นการรัดผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นจึงสามารถลดอาการปวดแผลผ่าตัดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ พยาบาลสามารถนำผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นไปประยุกต์ ใช้ควบคู่กับวิธีการใช้ยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการบรรเทาปวดได้

2.6 การฝังดนตรี ดนตรีบำบัดทำให้เกิดการกระตุ้นผ่านกระบวนการได้ยินและระบบประสาทไปยังสมอง ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางกายได้ เป็นผลให้สมองหลั่งสารเอนโดर्फิน ซึ่งเป็นสาร

ที่มีคุณสมบัติคล้ายฝัน มีผลต่อการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ส่งผลให้มีความปวดลดลง จากผลการศึกษาของ อัจราพร โชติพจน์ และอวยพร ภัทรภักดีกุล⁽¹⁹⁾ โดยให้ผู้ป่วยได้รับการฟังดนตรี เช่น เพลงร้องลูกทุ่ง เพลงร้องลูกกรุง เพลงบรรเลงทั่วไป และเพลงบรรเลงไทยเดิม โดยมีจังหวะไม่เร็วเกินไป ประมาณ 60 ปีท่อนาที จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที โดยครั้งแรกหลังจากได้รับยา morphine 3 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมง ในช่วงที่ 2 จัดให้ฟังดนตรีตามชอบ 1 ครั้ง จากนั้นจัดให้นอนในท่าที่สบาย และประเมิน ความปวดและสัญญาณชีพหลังจากฟังดนตรี พบว่า ความปวดลดลง เพราะจะทำให้ผู้ฟังรู้สึกสงบ ผ่อนคลายได้ เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจมุ่งความสนใจไปยังสิ่งอื่น

2.7 การจัดทำให้นมบุตร มี 4 ช่วง คือ ก่อนให้นมบุตร เตรียมให้นมบุตร ขณะให้นมบุตร และ ให้นมบุตรเสร็จ ซึ่งแต่ละช่วงของการจัดทำมารดาจำเป็นต้องขับ พลิกตัว กล้ามเนื้อหน้าท้องถูกดึงรั้ง และกระทบกระเทือน ทำให้ปวดแผลผ่าตัดคลอดมากขึ้น จากการศึกษาของ ทิพาพรรณ คำห้าง สุนิสา ปัทมา ภรณ์พงศ์ และสิริธร สงวนเจียม⁽⁵⁾ พบว่า การจัดทำให้นมบุตรหลังของมารดาผ่าตัดทำคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ท่านอนหงายแบบประยุกต์ (Modified lying position: MLP) โดยการจัดให้มารดานอน หงายราบหนุนหมอน 1 ใบ สะโพกและหลังอยู่ในแนวตรง บุตรนอนด้านข้างของมารดาในท่าตะแคง เข้าหามารดา เพื่อป้องกันการกดทับแผลผ่าตัด บุตรนอนบนที่นอนหรือหมอนหนุนที่มีความยาวตั้งแต่ รักแร้มารดาจนถึงสะโพก มีความสูงระดับเดียวกับลำตัวมารดาหรือต่ำกว่าเล็กน้อย มีความกว้างพอ ที่จะรองรับตัวบุตร มารดาใช้แขนโอบกอดบุตรโดยให้ศีรษะบุตรหงายคอเล็กน้อยอยู่บนต้นแขนของมารดา หรือใช้หมอนหนุนศีรษะเพื่อปรับระดับปากของบุตรให้อยู่ในระดับพอดีกับหัวนมมารดา จะช่วยลดระดับ ความปวดแผลผ่าตัดคลอดได้และเพิ่มความสุขสบายในการให้นมบุตรมากกว่าท่านอนตะแคง สอดคล้องกับ การศึกษาของ นูริฮา ฤทธิหมุน และอัญชลี อินทสร⁽²⁰⁾ ที่พบว่า ระดับความปวดแผลผ่าตัดโดยรวม ช่วงให้นมบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์ต่ำกว่าท่านอนตะแคงอย่างมีนัยสำคัญ (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 การจัดทำให้นมบุตร ท่านอนหงายประยุกต์และท่านอนตะแคง⁽¹⁹⁾

2.8 การกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนัง (Transcutaneous electrical nerve stimulation: TENS) เป็นการกระตุ้นเส้นประสาทด้วยคลื่นไฟฟ้าผ่านผิวหนัง โดยจะกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ได้ เมื่อใยประสาทขนาดใหญ่ถูกกระตุ้น จะนำไปสู่ขบวนการยับยั้งการทำงานของเซลล์ที (T cell) จะทำให้เกิดการกระตุ้นศูนย์ควบคุมความปวดที่สมองให้มีการหลั่งสารยับยั้งสัญญาณเจ็บปวด จึงทำให้ความปวดลดลง^(10,12)

ตัวอย่างการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

ผู้เขียนได้ศึกษาจากแนวคิดทฤษฎีข้อค้นพบจากการศึกษาเอกสาร ตำรา บทความทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. บทความวิจัย เรื่อง **ผลของรูปแบบผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดแผลผ่าตัดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง**⁽¹⁸⁾ ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 25 ราย โดยการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นหลังผ่าตัดคลอดครบ 8 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความปวดในระยะก่อน ระยะหลังใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นทันที และระยะหลังใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นในช่วงวันที่ 4, 8, 12 และ 16 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และในระยะหลังใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความปวดแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องลดลงอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญ

2. บทความวิจัย เรื่อง **การจัดทำให้นมบุตรเพื่อลดระดับความปวดแผลผ่าตัดและเพิ่มประสิทธิภาพการให้นมของมารดาหลังผ่าตัดคลอด**⁽⁵⁾ ในมารดาผ่าท้องทำคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก จำนวน 350 ราย หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลแพร่ โดยให้ผู้ป่วยจับฉลากทำให้การให้นมบุตร ถ้าครั้งที่ 1 จับฉลากได้ทำนอนหงายแบบประยูกต์ ครั้งที่ 2 จะใช้ทำนอนตะแคง ถ้าครั้งที่ 1 จับฉลากได้ทำนอนตะแคง ครั้งที่ 2 จะใช้ทำนอนหงายแบบประยูกต์ ทำการทดลอง 1 รอบ รวมเป็น 2 ครั้ง ห่างกันทุก 2-3 ชั่วโมง หรือ 1 มื้อนม พบว่า ระดับความปวดแผลผ่าตัดโดยรวมช่วงให้นมบุตรโดยการจัดทำนอนหงายแบบประยูกต์ต่ำกว่าทำนอนตะแคง ($p < 0.0001$) และค่าความสุขสบายทำนอนหงายแบบประยูกต์มีค่าสูงกว่าทำนอนตะแคง

3. บทความวิจัย เรื่อง **การพัฒนาแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีหลังผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลเกาะสมุย**⁽¹⁴⁾ ในสตรีผ่าตัดคลอดโดยการดมยาสลบ จำนวน 35 คน โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีหลังผ่าตัดคลอด ประกอบด้วย ให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติการลดความปวด เช่น การฝึกการหายใจลึกๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว/การเปลี่ยนอิริยาบถ การใช้มือลูบบริเวณแผล สวดมนต์ ฟังเพลงที่ชอบ หรือใช้ยาตามแผนการรักษาหากไม่ได้ผล สอนการประเมินความปวดหลังผ่าตัด สังเกตชีพจร ความดันโลหิต และให้ปฏิบัติตัวตามที่แนะนำไว้ พบว่า สตรีหลังผ่าตัดคลอดมีความปวดลดลงหลังการผ่าตัด เมื่อรู้สึกตัวก่อนออกจากห้องพักฟื้น

บทสรุป

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องอย่างมีประสิทธิภาพนั้น อาจมีความจำเป็นต้องผสมผสานทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่น การให้ข้อมูล การจัดทำให้นมบุตร การสัมผัส การนวด การใช้ผ้ารัดหน้าท้อง การประคบเย็น การฟังดนตรี การกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนัง เป็นต้น ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของระดับการปวด หรือประสบการณ์การรับรู้และความทนต่อการเจ็บปวดของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกันไป พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะในการประเมินความปวด เพื่อให้การบริหารจัดการความปวด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการความปวด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องได้ตรงตามความต้องการ อันจะนำมาซึ่งการฟื้นตัวของมารดาหลังคลอดได้เร็วยิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ปัญญา สนั่นพานิชกุล. แนวคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. วารสารศูนย์การศึกษา แพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2561;35(3):312-20.
2. ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, พรพรรณ ภูสาหัส. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานของสตรีหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วารสารพยาบาลทหารบก. 2558;16(1):101-8.
3. คะเนิงนิตย์ อ่อนปาน, นราภรณ์ ขุนกำแหง. ผลของผ้ารัดหน้าท้องต่อความปวดแผลหลังผ่าตัดคลอด. วารสารศูนย์การแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2563;37(3):196-203.
4. Ibrahim Karaca, Mustafa Ozturk, Ismail Alay, Onur Ince, Suna Yildirim Karaca, Volkan Sakir Erdogan, Murat Ekin. Influence of abdominal Binder usage after cesarean delivery on postoperative mobilization, pain and distress: A randomized controlled trial. The Euracian Journal of Medicine. 2019;51(3):214-8.
5. ทิพาพรรณ คำห้าง, สุนิสา ปัทมาภรณ์พงศ์, สิริธร สงวนเจียม. การจัดทำให้นมบุตรเพื่อลดระดับความปวดแผลผ่าตัดและเพิ่มประสิทธิภาพการให้นมของมารดาหลังผ่าตัดคลอด. Journal of the Phrae Hospital. 2559;23(2):38-46.
6. Deussen AR, Ashwood P, Martis R, Stewart F & Grzeskowiak LE. Relief of pain by uterine cramping or involution after giving birth. Cochrane Database Syst Rev. 2020; 51(4): 34-40.
7. วิศิษฐ์ จันทร์คุณาภาส, กิตติภัต เจริญขวัญ. การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มเพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดและการฟื้นตัวของการทำงานในสตรีมีครรภ์หลังจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มที่ใช้ผ้าที่ยึดรัดหน้าท้องกับรายที่ไม่ใช้ผ้าที่ยึดรัดหน้าท้อง. [รายงานการวิจัย]. เชียงใหม่: ภาควิชา สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.
8. ปาริฉัตร นิลแย้ม, ลัดดา เพิ่มพูนผลประเสริฐ, ปาริชาติ อภิเดชากุล, ชุษณา รุ่งจินตมัย. การเปรียบเทียบการประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราชโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและบุคลากรจากหน่วยระงับปวดในโรงพยาบาลศิริราช. วิสัณณสาร. 2559;42(4):292-9.

9. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;34(1):6-14.
10. มณฑิรภัชร์ สุนทรกุลวงศ์. คุณภาพการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2561.
11. สีนินาถ หงษ์ระนัย. การเปรียบเทียบความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดระหว่างผู้คลอดครรภ์แรกและครรภ์หลังในระยะที่หนึ่งของการคลอด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561;26(2):76-83.
12. กันตา โกลุสมภ์. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปราจีนบุรี. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557.
13. พงนี วงศ์ศิริ, ศุภดิวัน พิทักษ์แทน. ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดต่อการลดความปวด ความวิตกกังวลและความพึงพอใจในผู้ป่วยคลอดบุตรที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบห้องพักฟื้น โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต. 11;33(3):441-60.
14. เพ็ญศรี เรืองศรี. การพัฒนานาฏปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลสมุย. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม. 2564;8(9):144-60.
15. นพรัตน์ ธาราณะ. การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด. พยาบาลสาร. 2564;48(4):324-35.
16. ชนิษฐา ผลงาม, รัชนาถ มั่นคง. ผลการนวดประคบเต้านมด้วยเจลความร้อนขึ้นร่วมกับการกระตุ้นหัวนมและลานนมต่อการหลั่งน้ำนมครั้งแรกและปริมาณการไหลของน้ำนมในมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ. 2564;14(1):156-69.
17. ธัญญารัตน์ สิงห์แดง, อุษณีย์ สังคมกำแหง, ธนิตย์ สังคมกำแหง. การใช้ที่รัดหน้าท้องเพื่อลดการปวดแผลผ่าตัดหลังคลอดบุตร. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. 2563;28(1):52-9.
18. ศศินาภรณ์ โลหิตไทย, บุญยิ่ ทองคุปต์. ผลของรูปแบบผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดแผลผ่าตัดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562;27(1): 23-32.
19. อัจราพร โชติพจน์, อวยพร ภัทรภักดีกุล. ผลของการฟังดนตรีตามชอบต่อความปวดและสัญญาณชีพในผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดช่องท้อง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2558;26(2):43-53.
20. นุรียา ฤทธิหมื่น, อัญชลี อินทสร. ผลของการจัดทำหมอนหนุนต่อระดับความปวดแผลผ่าตัดและประสิทธิภาพการให้นมมารดาหลังผ่าตัดคลอด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2555;32(3): 37-50.
21. Al-Mahrezi A, Al-Shidhani A. Is Chronic Post-Surgical Pain Preventable?. In: Shallik NA, editor. Pain Management in Special Circumstances [Internet]. London: IntechOpen; 2018 [cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/62711>

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

จตุพงษ์ พันธุ์ไธ พย.ม.*, นิรมัย มณีรัตน์ พย.บ.*, สุพัตรา ปวนไผ่ พย.ม.*,
สุชาธิณี ศรีสวัสดิ์ พย.ม.*, วินัฐ ดวงแสนจันทร์ พย.ม.**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 138 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเครื่องมือได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (median=17 และ 103 คะแนน ตามลำดับ) ในขณะที่ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง (median=110 คะแนน) ความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.416$ และ 0.362 ตามลำดับ, $p<0.05$)

สรุปผล: ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง

คำสำคัญ : ความรู้; ความเชื่อด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง; ผู้สูงอายุ

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

^a Corresponding author: วินัฐ ดวงแสนจันทร์ Email: winut.du@up.ac.th

รับบทความ: 9 ส.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 21 ส.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 21 ส.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 15 ก.ย. 65

Correlation between Knowledge, Health Belief and Stroke Prevention Behavior among Older People with Stroke Risk in Chiang Mai Neurological Hospital

Jatupong Panwilai M.N.S.^{*}, Niramai Maneeratana B.N.S.^{*},
Supattra Puanphai M.N.S.^{*}, Sucharinee Srisawat M.N.S.^{*},
Winut Duangsanjun M.N.S.^{**a}

Abstract

This study aimed to explore the level of knowledge, health belief, and stroke prevention behaviors among older people with stroke risk and the correlation between knowledge, health belief, and stroke prevention behaviors among older people with stroke risk in Chiang Mai Neurological Hospital.

Methods: The sample was consisted of 138 older people utilizing the services at Chiang Mai Neurological Hospital. They were purposively selected following the inclusion criteria. The research instruments included the demographic, stroke knowledge, health belief, and stroke prevention behavior questionnaire. The validity and reliability of the research instruments were approved prior to data collecting. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's correlations.

The findings: The results revealed that the level of stroke knowledge and the overall health belief of older people were at a high level (median=17 and 103, respectively), whereas the level of stroke prevention behaviors was at a moderate level (median=110). Stroke knowledge and the overall health belief of older people had a positive statistically significant correlation with the stroke prevention behaviors among older people with stroke risk ($r=0.416$ and 0.362 respectively, $p<0.05$).

Conclusion: The findings of this study can be used as basic information for healthcare team in guidance of promoting stroke prevention behaviors among older people at risk of stroke.

Keywords : Knowledge; Health belief; Stroke prevention behaviors; Older people

^{*} Registered Nurse, Chiang Mai Neurological Hospital, Chiang Mai Province

^{**} Lecturer, School of Nursing, University of Phayao

^a Corresponding author : Winut Duangsanjun Email: winut.du@up.ac.th

Received: Aug. 9, 22; Revised: Aug. 21, 22; Accepted: Aug. 21, 22; Published Online: Sep. 15, 22

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลก เนื่องจากมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 54.7 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1990 เป็น 101.5 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2019⁽¹⁾ สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยพบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากเป็นอันดับ 4 จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2561-2563 เป็น 42.94, 48.80 และ 46.74 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป⁽²⁾ จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย เป็นสาเหตุหลักของความพิการและคุณภาพชีวิตลดลงในผู้สูงอายุ และนำไปสู่การเสียชีวิตตามมา นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ โดยเฉพาะเรื่องค่าใช้จ่ายด้านค่ารักษาพยาบาล ทั้งค่าใช้จ่ายโดยตรงจากค่ารักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการดูแลรักษาต่อเนื่องเมื่อกลับมาพักฟื้นที่บ้าน⁽³⁾ โดยผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.44 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 11,262 บาท⁽⁴⁾ รวมทั้งจากกระบวนการรักษาทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตหลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาโรคร่วมตามมา ซึ่งโรคร่วมจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล และการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁵⁾ จากผลกระทบดังกล่าว การให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองเป็นวิธีการหนึ่งในการป้องกันและแก้ไขได้ ซึ่งการตรวจคัดกรองเป็นบริการป้องกันโรคเพื่อเป็นการค้นหากลุ่มป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา และหาทางป้องกันไม่ให้กลุ่มเสี่ยงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต จากการสำรวจอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยร้อยละ 50 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดขึ้นในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี⁽⁶⁾ ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงควรมีการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อไม่ให้มีโอกาสป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ในอนาคต โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสมทั้งด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะมีประสิทธิภาพได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีผลต่อการป้องกันโรคคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Rosenstock⁽⁷⁾ อธิบายไว้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิตได้ รับรู้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคถ้าหากป่วยเป็นโรคนั้นๆ และรับรู้ว่าเป็นการกระทำที่ไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ จากการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ในตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽⁹⁾ นอกจากนี้การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง จนรู้สึกอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดการตระหนักและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันจากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ พบว่าความรู้โรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ⁽¹⁰⁾ จะเห็นได้ว่าหากผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความรู้โรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ แต่มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และความเชื่อว่าการปฏิบัติตนตามคำแนะนำจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคได้⁽¹¹⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง แต่ไม่พบการศึกษาในพื้นที่ในบริบทของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าว โดยคาดว่าผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการวางแผนการดูแลให้ผู้สูงอายุ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง

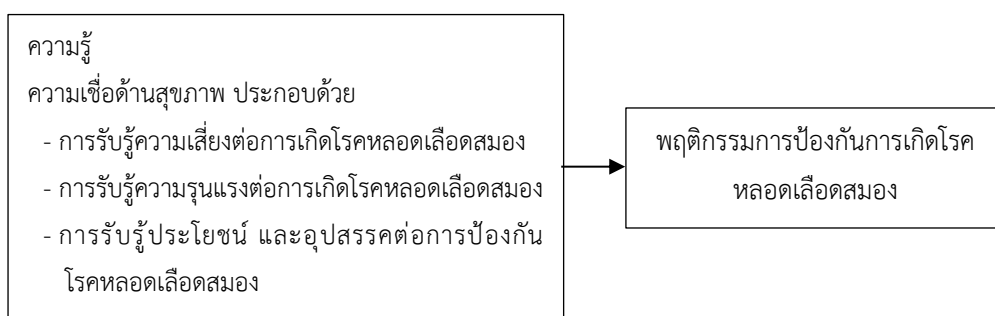
คำถามการวิจัย

1. ระดับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงเป็นอย่างไร

2. ระดับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock⁽⁷⁾ ที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation study) เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke risk scorecard) ของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ (National Stroke Association)⁽¹²⁾ ประกอบด้วย 8 ข้อคำถามที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ 1) ความดันโลหิต 2) ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว 3) การสูบบุหรี่ 4) ระดับโคเลสเตอรอล 5) การเป็นโรคเบาหวาน 6) การออกกำลังกาย 7) ภาวะโภชนาการ และ 8) ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว โดยผลการคัดกรองแบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความเสี่ยงสูง (High risk) ควรระวัง (Caution) และความเสี่ยงต่ำ (Low risk)

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณได้จาก G*Power โดยกำหนด Effect size เป็น 0.3 (Medium) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 138 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านสติปัญญาและการรับรู้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และการมีโรคประจำตัว
2. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ของลินจง โปธิบาล⁽¹³⁾ มีจำนวน 22 ข้อ โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถามให้ 1 คะแนน คือตอบถูก และ 0 คะแนน คือตอบผิดหรือไม่แน่ใจ แปลความหมายของคะแนนใช้ค่าพิสัย⁽¹⁴⁾ โดยคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วเอาผลลัพธ์ที่ได้แบ่งเป็น 3 ช่วง เท่าๆ กัน ดังนี้ ความเชื่อด้านสุขภาพระดับต่ำ (0-7 คะแนน) ความด้านสุขภาพระดับปานกลาง (8-14 คะแนน) และความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูง (15-22 คะแนน)
3. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ของ บุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล⁽¹⁵⁾ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถามเป็น 1, 2 และ 3 คะแนน แปลความหมายของคะแนนโดยรวมใช้ค่าพิสัย⁽¹⁴⁾ โดยคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วเอาผลลัพธ์ที่ได้แบ่งเป็น 3 ช่วง เท่าๆ กันดังนี้ ความเชื่อด้านสุขภาพระดับต่ำ (43-72 คะแนน) ความด้านสุขภาพระดับปานกลาง (73-101 คะแนน) และความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูง (102-129 คะแนน)
4. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาโดย รัตนารณ ศิริเกศ และคณะ⁽¹⁶⁾ จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 18 ข้อ และคำถามเชิงลบ 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถามเป็น 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน แปลความหมายของคะแนนใช้ค่าพิสัย⁽¹⁴⁾ โดยคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วเอาผลลัพธ์ที่ได้แบ่งเป็น 3 ช่วง เท่าๆ กัน ดังนี้ พฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับต่ำ (30-70 คะแนน) พฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง (71-110 คะแนน) และพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับดี (111-150 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรง (Validity)

แบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากการศึกษาก่อนหน้านี้แล้ว ผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงเครื่องมือ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงในการศึกษาครั้งนี้

การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 15 ราย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82, 0.85 และ 0.81 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล

หลังจากการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากทะเบียนรายชื่อที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง และอธิบายการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เลขที่ EC 009-63 ก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถบอกเลิกจากการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลใดๆ การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนของความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์

ของตัวแปร โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 138 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.52 มีอายุเฉลี่ย 66.42 ปี (SD=5.22) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 81.88 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 47.83 รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 37.68 การประกอบอาชีพเป็นข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 37.68 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.48 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 34.06

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง (Median=17 คะแนน) คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Median=103 คะแนน) เพื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง (median=34 คะแนน) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง (Median=30 และ 40 คะแนนตามลำดับ) สำหรับคะแนนพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (Median=110 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุดของระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ระดับของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับของพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง (n=138)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (median=17, Min-Max= 9-22)		
ต่ำ (0-7 คะแนน)	0	0
ปานกลาง (8-14 คะแนน)	28	20.29
สูง (15-22 คะแนน)	110	79.71
ระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ		
1) ระดับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (median=34, Min-Max=23-45)		
ต่ำ (15-24 คะแนน)	3	2.17
ปานกลาง (25-34 คะแนน)	71	51.45
สูง (35-45 คะแนน)	64	46.38

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุดของระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ระดับของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง (n=138)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (median=30, Min-Max=21-36)		
ต่ำ (12-19 คะแนน)	1	0.72
ปานกลาง (20-27 คะแนน)	51	36.96
สูง (28-36 คะแนน)	86	62.32
3) ระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (median=40, Min-Max=24-46)		
ต่ำ (16-22 คะแนน)	0	0
ปานกลาง (23-29 คะแนน)	32	23.19
สูง (30-48 คะแนน)	106	76.81
4) ระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม (median=103, Min-Max=73-123)		
ต่ำ (43-72 คะแนน)	0	0
ปานกลาง (73-101 คะแนน)	58	42.03
สูง (102-129 คะแนน)	80	57.97
ระดับของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (median=110, Min-Max=76-139)		
ต่ำ (30-70 คะแนน)	0	0
ปานกลาง (71-110 คะแนน)	70	50.72
ดี (111-150 คะแนน)	68	49.28

3. ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.416$ และ 0.362 ตามลำดับ, $p<0.05$) เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเล็งต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.254$, 0.392 , และ 0.284 ตามลำดับ, $p<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกัน
การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง (n=138)**

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		ระดับ ความสัมพันธ์
	Spearman	p-value	
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	0.416	<0.001	ปานกลาง
ความเชื่อด้านสุขภาพ			
- การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	0.254	0.003	ต่ำ
- การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	0.392	<0.001	ปานกลาง
- การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคต่อการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	0.284	0.001	ต่ำ
- การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	0.362	<0.001	ปานกลาง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง (Median=17 คะแนน) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 47.83) สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล องค์ความรู้ และการเลือกแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือในการหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความรู้และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่าผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเป็น 8 เท่าของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา⁽¹⁷⁾ และการศึกษาเกี่ยวกับความรู้โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง⁽⁸⁾

ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Median=103 คะแนน) เพื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (Median=34 คะแนน) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และระดับการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง (Median=30 และ 40 คะแนนตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อรายด้าน 2 ด้านอยู่ในระดับสูง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.48 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 34.06 ซึ่งจะต้องมารับการตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง จึงทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูงคือโรคหลอดเลือดสมอง

จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อโดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง⁽⁹⁾

พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (Median=110 คะแนน) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง⁽⁹⁾ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่ามีความเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง⁽¹¹⁾ การที่พบกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 66.42 ปี (SD=5.22) ทำให้การจดจำในสิ่งที่แพทย์แนะนำได้ลดลงจากกระบวนการชรา สอดคล้องกับ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดำรงชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป ได้แก่ การทำอาหารส่วนใหญ่ไม่ได้ทำอาหารรับประทานเอง⁽¹⁸⁾

ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.416$, $p<0.05$) อธิบายได้ว่าการที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง จนรู้สึกอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดการตระหนักและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน จากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ พบว่าความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้านี้พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 43.48 เป็นเพศชาย ซึ่งเพศชายถ้าไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงจะไม่ไปรักษาในโรงพยาบาล แต่เพศหญิงหากมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อมาดูแลสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความรู้และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่าเพศเป็นปัจจัยทำนายความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁷⁾

ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.362$, $p<0.05$) เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพ

รายด้าน พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.254, 0.392$, และ 0.284 ตามลำดับ, $p<0.05$) อธิบายได้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสรiskต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิตได้ รับรู้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคถ้าหากป่วยเป็นโรคนั้นๆ และรับรู้ว่าเป็นการกระทำที่ไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $0.05^{(9)}$ อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้านี้พบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีปัจจัยอื่นที่มีความสำคัญและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา เป็นต้น หรือการมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹⁹⁾ ดังนั้นการผันแปรของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว

การศึกษาค้นคว้าพบว่า ความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.416$ และ 0.362 ตามลำดับ, $p<0.05$) สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้มาเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง และเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการ ควรมีการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในเรื่องความรุนแรงและสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้านการศึกษาวิจัย สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อทราบรายละเอียดเชิงลึกแล้วนำมาพัฒนางานควบคุมป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเติม เช่น เพศ อายุ การศึกษา หรือการมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเพื่อจะได้ข้อมูลเพิ่มเติมที่สามารถนำมาใช้อธิบายถึงพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022 [published correction appears in Int J Stroke. 2022 Apr;17(4):478]. Int J Stroke. 2022;17(1):18-29. doi:10.1177/17474930211065917
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการตายของโรคไม่ติดต่อ ปี พ.ศ. 2559-2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 สิงหาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020>
3. Rochmah TN, Rahmawati IT, Dahlui M, Budiarto W, Bilqis N. Economic Burden of Stroke Disease: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(14):7552. Published 2021 Jul 15. doi:10.3390/ijerph18147552
4. กฤษณา เขียวเปลื้อง. ผลของการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันใน โรงพยาบาลระนอง. วารสารวิชาการแพทย์เขต11. 2561;32(2):1083-94.
5. Yousufuddin M, Young N. Aging and ischemic stroke. Aging (Albany NY). 2019;11(9): 2542-4. doi:10.18632/aging.101931
6. Lui SK, Nguyen MH. Elderly Stroke Rehabilitation: Overcoming the Complications and Its Associated Challenges. Curr Gerontol Geriatr Res. 2018;2018:9853837. Published 2018 Jun 27. doi:10.1155/2018/9853837
7. Rosenstock IM. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Health Education Monographs. 1974;2(4):354-86. doi:10.1177/109019817400200405
8. สุริยา หล้าก้า, ศิราณี อินทรหนองไผ่. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2560;9(2):85-94.
9. ณัฏชา เจริญสรรพกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การเตือน กับ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและ เวชศาสตร์ครอบครัว. 2563;3(3):46-58.
10. Pothiban L, Srirat C. Association between stroke knowledge, stroke awareness, and preventive behaviors among older people: A cross-sectional study. Nurs Health Sci. 2019;21(3):399-405. doi:10.1111/nhs.12614

11. ปิยะนุช จิตตุนนท์, อารณทิพย์ บัวเพชร, พิมพ์า ศักดิ์สองเมือง, วิชัย อารับ, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, ญันท วอลเตอร์. ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. วารสารสงขลานครินทร์. 2564;41(2):13-25.
12. National Stroke Association. Stroke Risk Scorecard [Internet]. 2018 [2022 jul 9]. Available from: <https://www.stroke.org/stroke-risk-scorecard-2018/>
13. Pothiban L, Khampolsiri T, Srirat C. Knowledge and awareness of stroke impacts among northern Thai population. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2018 Jun 7;22(3):212-22.
14. จิตติมา ภูริทัตกุล. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
15. บุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยประยุกต์ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลโนนสำราญอำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา. 2554;17(2):28-38.
16. รัตนภรณ์ ศิริเกตม, สุรชาติ สิทธิปกรณ์, พร้อมจิตร ห่อนบุญheim. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2558;30(3):299-304.
17. สาวิตรี สิงหาด. ปัจจัยทำนายความรู้และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2558;8(2):182-8.
18. ชูชาติ กลิ่นนาคร, ส่วยิน แชนัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;2(2):62-77.
19. อดิญา ลาคุน, ไพฑูรย์ วุฒิส. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาล. 2564;70(2):27-36.

ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 6

ศรัชมา กาญจนสิงห์^a

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา ใช้ CIPP Model เป็นหลักในการศึกษาสภาพการดำเนินงานการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย โดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มผู้รับบริการในสถานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอลำปาง จำนวน 624 ราย ใช้การสุ่มเลือกพื้นที่แบบขั้นลำดับ และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีเกณฑ์ ประกอบด้วยผู้บริหาร 144 ราย ผู้ให้บริการ 192 ราย และผู้รับบริการ 288 ราย ที่รับบริการที่คลินิกฝากครรภ์และคลินิกสุขภาพเด็กดี ใน 24 จังหวัด จาก 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศ เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงานการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก นำมาจัดทำร่างระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยและทดลองใช้ระบบในเขตสุขภาพที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังทดลองใช้ระบบเฝ้าระวังฯ ด้วย Paired-sample t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1) การดำเนินงานการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก **ด้านบริบท:** ผู้บริหารและผู้ให้บริการในทุกระดับมีความเห็นว่ายโยบายการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเป็นนโยบายที่ดี ทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย แต่พบว่าสถานบริการบางแห่งไม่จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เนื่องจากไม่ทราบแนวทางการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ชัดเจน การจัดซื้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็กใช้งบประมาณสนับสนุนจากงบส่งเสริมป้องกันของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ **ด้านปัจจัยนำเข้า:** ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่ทราบว่า การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เด็กอายุ 6 เดือน-2 ปี อสม. เป็นผู้ติดตามให้ผู้ดูแลเด็กมารับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ในเด็กอายุ 3-5 ปี จะประสานให้ครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นผู้ให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก **ด้านกระบวนการ:** สถานบริการส่วนใหญ่ขาดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนขาดการวิเคราะห์และเก็บข้อมูลภาวะซีด ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่ทราบประโยชน์ ขนาดและวิธีรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กแต่ละช่วงอายุ และ **ด้านผลลัพธ์:** ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ทราบสถานการณ์การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ไม่มีรายงานและการติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไม่ครอบคลุมและพบปัญหาเกี่ยวกับรสชาติของยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก 2) ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยทำให้ผลการดำเนินงานการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

คำสำคัญ : ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย; การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก; เด็กปฐมวัย

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

^a Corresponding author : ศรัชมา กาญจนสิงห์ Email : S-rush-K@hotmail.com

รับบทความ: 29 ก.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 21 ส.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 22 ส.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 15 ก.ย. 65

The Anemia Surveillance System in Childhood in Health Region 6

Srush-shar Karnjanasingha^{*a}

Abstract

This descriptive study used CIPP Model in study of operation of iron supplement in preschool children. The samples were selected by multi-stages cluster sampling in 3 levels: province, district and sub-district. Research instruments were semi-structured and in-depth interviews with 624 volunteers who were directors, service providers and client groups. Information received from the interviews were used to create, test and evaluate the anemia surveillance system in childhood in health region 6. The data were analyzed using descriptive and content analyses. Results can be categorized into 2 areas: the operation of iron supplement in preschool children and the anemia system in childhood. ***In context evaluation***, all levels of directors and service providers agreed that iron supplements policy support the children to be healthy and have a good development. The clinics have not dispensed iron supplements due to not knowing the policy and clear guidelines. Regarding ***input***, all hospitals purchased iron supplements by using prevention and promotion budget from National Health Security Office (NHSO). Child caregivers were lack of understanding and awareness for needs for iron supplements in childhood. In process valuation, most of the directors and service providers knew that dispensing iron supplements is in NHSO's benefits. Taking iron supplements among children aged 6 months to 2 years was monitored by village health volunteers while children aged 3-5 years were monitored by teachers in child development centers. ***In process evaluation***, most clinics could not dispense iron supplements for service recipients due to lacking of clear operational guidelines and issues on data collection and analysis of child anemia in the areas. Child caregivers did not know the benefits and dosage of iron supplement in each age group. ***In outcome evaluation***, most directors and service providers did not know the situations regarding iron supplementation disperse situation hence no reports and follow-ups in each area was made available resulting in low coverage of iron supplements intake among children. The children also reported that the taste of iron supplements was unpleasant. It was found in the study

^{*} Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Health Literacy and Communication Promotion Division, Department of Health, Ministry of Public Health

^a Corresponding author Srush-shar Karnjanasingha Email : S-rush-K@hotmail.com

Received: Jul. 29, 22; Revised: Aug. 21, 22; Accepted: Aug. 22, 22; Published Online: Sep. 15, 22

that the anemia surveillance system in childhood was proved to be effective in increasing the intake rates of iron supplements among children with significant differences in iron supplement dispense at $p=0.01$.

Keywords : The anemia surveillance system in childhood; Iron supplements; Childhood

บทนำ

ในปัจจุบันพบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรมที่เด็กได้รับสืบทอดมาจากพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับระดับเขาวนปัญญาร้อยละ 50⁽¹⁾ ภาวะโภชนาการของแม่ระหว่างตั้งครรภ์และระหว่างการเติบโตช่วงปฐมวัย ที่พบว่าสารไอโอดีนและธาตุเหล็กเป็นสารอาหารที่มีความจำเป็นต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและการพัฒนาของระบบประสาท⁽²⁻⁵⁾ การขาดธาตุเหล็กก่อให้เกิดภาวะโลหิตจาง ที่องค์การอนามัยโลกระบุว่าเป็นปัญหาสุขภาพโภชนาการที่พบมากที่สุดในโลก โดยเฉพาะประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยสูงเป็นอันดับ 2 (ร้อยละ 65.5) รองจากประเทศในทวีปแอฟริกา (ร้อยละ 67.6) และพบได้ในทุกกลุ่มอายุโดยเฉพาะเด็กต่ำกว่า 2 ปี พบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมากที่สุด (ร้อยละ 47.4)⁽⁶⁻⁷⁾ ซึ่งปัจจัยการขาดธาตุเหล็กที่กล่าวมาสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยปี 2557⁽⁸⁾ และ 2560⁽⁹⁾ พบว่าเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าถึงร้อยละ 27.2 และ 32.5 ตามลำดับ โดยเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าไม่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กร้อยละ 81.5 และ 70.3 ตามลำดับ ธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบสำคัญของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงธาตุเหล็กมีมากในสมองและมีส่วนสำคัญในการป้องกันเชื้อโรค ดังนั้นการขาดธาตุเหล็กจึงส่งผลเสียต่อการสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการเจ็บป่วย และพัฒนาการของสมองโดยเฉพาะในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 2 ปี อีกทั้งยังส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้ตามศักยภาพอย่างถาวร⁽¹⁰⁾ การเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยมีสาเหตุหลักมาจากการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ และจากการเสียเลือดเฉียบพลัน จากการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กไทยภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey พ.ศ. 2553-2555⁽¹¹⁾ พบเด็กอายุ 6 เดือน-3 ปี ในชนบทมีความชุกโลหิตจางสูงถึงร้อยละ 41.7 และในเขตเมือง ร้อยละ 26 ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยปี 2557⁽⁸⁾ และปี 2560⁽⁹⁾ ที่พบว่าเด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและกินเป็นประจำเพียงร้อยละ 11.5 และ 16.8 ตามลำดับ

แนวทางการแก้ปัญหาชี้ตจากการขาดธาตุเหล็ก องค์การอนามัยโลก (WHO) และกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย มีนโยบายให้เด็กได้กินนมแม่อย่างเดียตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน (Exclusive breast feeding) และการให้ยาเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ร่วมกับการกำหนดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามกลุ่มวัย

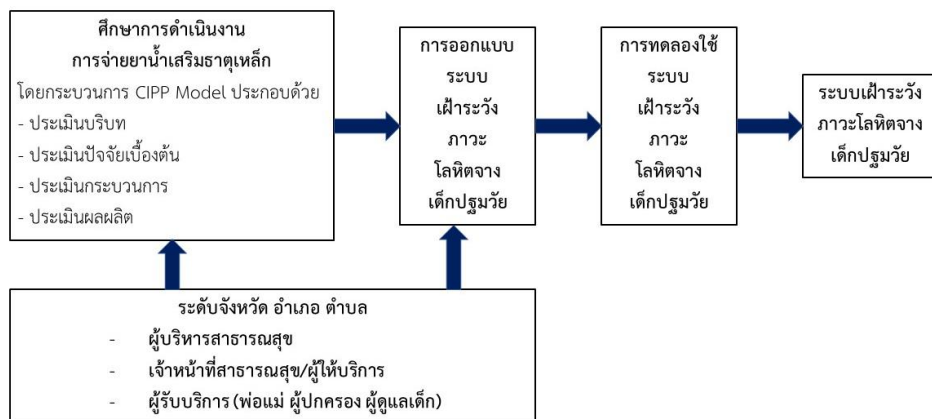
(ชุดสิทธิประโยชน์) ปี 2559 ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 ในการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก รวมทั้งกำหนดให้เจาะเลือดเพื่อหาภาวะซีดในเด็กอายุ 6-12 เดือนและ 3-5 ปี อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ส่งผลให้ภาวะโลหิตจางยังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในเด็กปฐมวัยไทยที่ต้องการมาตรการเชิงรุกในการป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ เพื่อลดโอกาสการเกิดผลเสียอย่างถาวรในเด็ก^(7,11-14) ดังนั้นเพื่อลดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยไทยต้องมีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย จากตัวพ่อแม่เอง เครือญาติ ผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานของรัฐ รวมทั้งการมีนโยบายที่สนับสนุนแนวทางการปฏิบัติ การบริหารจัดการ การเฝ้าระวัง การคัดกรอง การเข้าถึงบริการ และการกำกับติดตามที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงศึกษานโยบาย แนวปฏิบัติ การบริหารจัดการ การกำกับติดตาม และผลดำเนินการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยยิ่งขึ้น อันจะทำให้ภาวะซีดในเด็กปฐมวัยไทยลดลงและส่งผลการสนับสนุนให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการดำเนินการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย
2. เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี มีหลายปัจจัยที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพัฒนาการเด็กในทุกๆ ด้าน อันเกิดจากตัวของพ่อแม่เด็กเอง เกิดจากพฤติกรรมการดูแลเด็ก ภาวะโภชนาการ และการเข้าถึงบริการของรัฐ ปัจจัยใดที่ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยก็ควรส่งเสริมให้เด็กได้รับต่อไป แต่ปัจจัยใดที่ส่งผลให้พัฒนาการเด็กไทยล่าช้าก็ควรศึกษาให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน และนำข้อมูลนั้นมาศึกษาหาแนวทาง แก้ไขปัญหา และวางระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพต่อไป ดังกรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงานการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยไทย โดยใช้การประเมินแบบ CIPP Model เป็นหลักในการศึกษา ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเป็นเครื่องมือสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกลุ่มผู้รับบริการในสถานบริการระดับจังหวัด อำเภอและตำบล รวมทั้งสิ้น 624 ราย จากนั้นนำข้อมูลมาจัดทำร่างระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยและทดลองใช้ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 6

กลุ่มตัวอย่างและการเลือกพื้นที่

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการดำเนินงานการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ใช้หลักการเลือกแบบมีเกณฑ์ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้บริหาร 144 ราย 2) ผู้ให้บริการ 192 ราย ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการให้บริการอย่างน้อย 2 ปี และ 3) ผู้รับบริการ 288 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ขึ้นไป และผู้มารับบริการที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี ที่เป็นแม่ พ่อหรือผู้ดูแลเด็กที่มีเด็กอายุ 8 เดือน 16 วัน ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ยินยอมให้ข้อมูล

การสุ่มเลือกพื้นที่ใช้การสุ่มแบบขั้นลำดับ (Multi-stages cluster sampling) โดยสุ่มจังหวัดในเขตสุขภาพเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่งเขตละ 2 จังหวัด สุ่มเลือกอำเภอเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง และสุ่มเลือกตำบลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ทั้งสิ้น 624 คน จาก 24 จังหวัด ใน 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศ

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษากระบวนการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย ในสถานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ของ 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษากระบวนการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย ตามรหัสโครงการวิจัยที่ 172

ผลการศึกษา

1. การดำเนินงานการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก พบว่า **ด้านบริบท:** ผู้บริหารและผู้ให้บริการทุกระดับมีความเห็นว่ายโยบายการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กเป็นนโยบายที่ดี ทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยสมองดีและมีสุขภาพดีขึ้น เด็กทุกคนจำเป็นต้องได้รับยาเสริมธาตุเหล็กโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ผู้บริหารได้ถ่ายทอดแนวทางการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กในเด็ก 6 เดือน-5 ปี ผู้ปฏิบัติในทุกระดับ โดยมีหนังสือสั่งการผ่านการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (MCH Board) และการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลของจังหวัด แต่พบว่าสถานบริการบางแห่งไม่มีนโยบายและ

การขับเคลื่อนที่ชัดเจนในการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก บางแห่งไม่ทราบว่าเด็กควรได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กตามสิทธิประโยชน์ ผู้บริหารส่วนใหญ่ไม่ทราบปัญหาอุปสรรคของการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในพื้นที่ การจัดซื้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็กใช้งบประมาณการส่งเสริมป้องกัน โดย รพ.สต. จะเบิกยาน้ำเสริมธาตุเหล็กจากโรงพยาบาลแม่ข่ายทุกเดือน ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลแม่ข่ายบางแห่งไม่ได้ดำเนินการจัดซื้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก สำหรับผู้รับบริการพบว่า พ่อ แม่ ผู้ปกครองขาดความเข้าใจ ขาดความตระหนักและไม่เห็นประโยชน์ของการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กแต่ละช่วงอายุที่ถูกต้อง **ด้านปัจจัยนำเข้า:** ผู้บริหารและผู้ให้บริการบางแห่งไม่ทราบรายละเอียดของการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กที่ระบุในชุดสิทธิประโยชน์ ทำให้เด็กไม่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กทุกคน รวมถึงขาดการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขเพื่อสนับสนุนให้เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง สถานบริการที่ขึ้นกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีปัญหาเรื่องงบประมาณในการจัดซื้อ ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กขององค์การเภสัชกรรม มีรสชาติเผื่อนคล้ายเหล็กทำให้เด็กรับประทานยากหรือไม่รับประทาน ขนาดบรรจุภัณฑ์ไม่เหมาะสมกับปริมาณการกิน และการผลิตยาน้ำเสริมธาตุเหล็กขององค์การเภสัชกรรมบางครั้งมีไม่เพียงพอ ทำให้การจ่ายและการสนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไม่ต่อเนื่อง ต้องสั่งซื้อจากบริษัทเอกชนซึ่งมีราคาสูง โดยส่วนใหญ่สถานบริการมีปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการซื้อยา บทบาทหน้าที่รวมถึงแนวทางการดำเนินงานและการติดตามการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ชัดเจน ส่วนหนึ่งพบว่าการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้เด็ก 6 เดือน-2 ปี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ.สต. จะประสานให้ อสม.เป็นผู้ติดตามกำชับให้ พ่อ แม่ ผู้ปกครองมารับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ รพ.สต. สำหรับเด็ก 3-5 ปี จะประสานครูหรือพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นผู้ให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กกับเด็กทุกสัปดาห์ สำหรับ ผู้รับบริการ พ่อแม่ ผู้ปกครองขาดความรู้ ความตระหนักและเห็นความสำคัญของการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ทำให้โรงพยาบาลและ รพ.สต. บางส่วนจัดให้ความรู้ สานิตกับพ่อแม่ ผู้ปกครอง ให้สามารถให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กได้อย่างถูกต้องตามช่วงอายุ **ด้านกระบวนการ:** ข้อมูลจากผู้บริหารและผู้ให้บริการ พบว่าการเข้าถึงบริการ งบประมาณการจัดซื้อยา การได้รับการสนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ และการกระจายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในพื้นที่เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้อย่างครอบคลุมยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน สถานบริการส่วนใหญ่ไม่ได้เก็บข้อมูลภาวะซีดในเด็ก 6 เดือน-5 ปี บางแห่งเก็บข้อมูลแต่ไม่ครอบคลุม ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ทราบว่ายาน้ำเสริมธาตุเหล็กมีประโยชน์ในการบำรุงสมอง ช่วยป้องกันภาวะโลหิตจาง เด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี ควรรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กขนาด 12.5 mg. ต่อสัปดาห์ เด็กอายุ 2-5 ปี ควรรับประทาน 25 mg. ต่อสัปดาห์ สำหรับผู้รับบริการ พ่อ แม่ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ไม่ทราบถึงประโยชน์และช่วงอายุในการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ขนาดของบรรจุภัณฑ์ไม่เหมาะสมกับระยะเวลาที่รับประทาน และ**ด้านผลผลิต:** พบว่าการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็ก 6 เดือน-5 ปี ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (ร้อยละ 70) ที่กรมอนามัยกำหนดไว้ เด็ก 6 เดือน-2 ปี

มีภาวะซีด ร้อยละ 34.32 อายุ 3-5 ปี มีภาวะซีด ร้อยละ 19.58 ซึ่งมีภาวะซีดค่อนข้างสูง ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ทราบสถานการณ์การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและภาวะซีดในเด็ก 6 เดือน-5 ปีในพื้นที่ ไม่มีรายงานและการติดตามในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ผู้รับบริการหรือดูแลเด็กไม่ทราบสิทธิที่เด็กจะได้รับในชุดสิทธิประโยชน์และการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาภาวะซีด รวมทั้งรสชาติของยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเป็นอุปสรรคต่อการรับประทาน

2. ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยก่อนและหลังทดลองใช้ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย พบว่าการดำเนินการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเขตสุขภาพที่ 6 หลังทดลองใช้ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนใช้ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางประกอบด้วย บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ แนวทางการตรวจคัดกรองและจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย และแนวทางการติดตามการตรวจคัดกรองภาวะซีด

อภิปรายผลการวิจัย

1. การดำเนินการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ด้านบริบท (Context): เมื่อพิจารณาหลักการเหตุผลความจำเป็นต่อการส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยไทยได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กพบว่าเหตุผลความจำเป็นเพียงพอที่ต้องเร่งดำเนินการตามนโยบายการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กไทยภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey พ.ศ. 2553-2555⁽¹¹⁾ พบเด็กอายุ 6 เดือน-3 ปี ในชนบทมีความชุกโลหิตจางสูงถึงร้อยละ 41.7 และในเขตเมือง ร้อยละ 26 โดยพบว่าเด็กปฐมวัยได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในปี 2557⁽⁸⁾ และปี 2560⁽⁹⁾ เพียง ร้อยละ 18.5 และ 33.3 เท่านั้น ซึ่งภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กจะส่งผลเสียต่อการทำงานด้านกายภาพ (พัฒนาการ) การสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย การพัฒนาของสมอง และการสูญเสียความสามารถในการเรียนรู้ในเด็ก⁽¹⁰⁾ การกำหนดนโยบายการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของกรมอนามัยจึงเป็นแนวทางที่ดี โดยกระทรวงสาธารณสุขมีหนังสือขอความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัดให้จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้บริหารและผู้ให้บริการสาธารณสุขทุกระดับที่มีความเห็นว่่านโยบายการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเป็นนโยบายที่ดีทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย สมอดีและมีสุขภาพดีขึ้น และเด็กทุกคนจำเป็นต้องได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งการถ่ายทอดนโยบายการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเป็นไปตามหลักการของการสั่งการที่มีประสิทธิภาพ ผ่านหนังสือสั่งการที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการกำกับติดตามการดำเนินงานและเพิ่มช่องทางการสั่งการสู่ผู้ปฏิบัติทางการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดและระดับอำเภอ (MCH Board) ในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งสั่งการผ่านการประชุม

คณะกรรมการวางแผนและประเมินผลของจังหวัดอีกด้วย แต่การรับทราบการสั่งการของผู้ปฏิบัติ อาจเป็นเพียงแค่รับทราบเนื้อหาในหนังสือสั่งการแต่แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนยังมีปัญหา จึงทำให้การจ่าย ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไม่ครอบคลุมในทุกหน่วยบริการ

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input): การกำหนดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่ง ตามกลุ่มวัย (ชุดสิทธิประโยชน์) ปี พ.ศ. 2559⁽¹²⁾ ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 ในการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ไม่ได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจนให้ผู้ปฏิบัติและผู้มีสิทธิทราบอย่างทั่วถึง จึงทำให้ผู้ปฏิบัติไม่เข้าใจ หลักและแนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้องและผู้มีสิทธิอันพึงจะได้รับสิทธิอื่นๆ ก็ไม่ทราบสิทธิประโยชน์ รวมถึง ผู้บริหารไม่ทราบรายละเอียดการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ถูกบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้วย ทำให้ การดำเนินการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไม่ครอบคลุมตามแนวทางที่ควรจะเป็นอันประกอบด้วยช่วงอายุ ที่ควรจะได้รับ ขนาดของยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในแต่ละช่วงอายุ การคัดกรอง/การเจาะเลือดหาภาวะซีด การส่งต่อ/เฝ้าระวัง ติดตามเด็กที่มีภาวะซีด จึงทำให้ไม่มีระบบการกำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน ไม่มีข้อมูล ภาวะซีดทั้งที่เป็นระบบ Manual และในระบบ Health data center (HDC) ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเนื่องจาก ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดหลักของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁵⁾ การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กถูกบรรจุอยู่ใน ชุดสิทธิประโยชน์ การจัดซื้อต้องใช้งบประมาณจากงบส่งเสริมป้องกันของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ สถานบริการบางแห่งที่จัดซื้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็กจะสั่งซื้อจากองค์การเภสัชกรรม ซึ่งบางช่วง การผลิตยาน้ำเสริมธาตุเหล็กขององค์การเภสัชกรรมมีความล่าช้าและไม่เพียงพอ จึงทำให้การจ่ายยาน้ำ เสริมธาตุเหล็กในเด็กขาดความต่อเนื่องและต้องสั่งซื้อจากบริษัทเอกชนซึ่งมีราคาสูง⁽¹⁶⁾ การจ่ายยาน้ำ เสริมธาตุเหล็กส่วนใหญ่จะแบ่งเป็น 2 ช่วงอายุคือ เด็ก 6 เดือน-2 ปี ที่ผู้ดูแลเด็กต้องพาเด็กมารับวัคซีน ตามช่วงอายุ 6, 9, 12, 18 และ 24 เดือน⁽¹⁷⁾ ที่สถานบริการสาธารณสุข เด็กจะได้รับคำแนะนำและ ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ซึ่งการให้บริการการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในช่วงอายุนี้นั้นค่อนข้างง่าย สะดวก และครอบคลุม แต่ก็พบว่ามีเด็กที่ไม่ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กเนื่องจากไปรับบริการที่คลินิกและสถานบริการ เอกชน จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องติดตามเด็กกลุ่มนี้เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กไปรับยาน้ำ เสริมธาตุเหล็กที่สถานบริการใกล้บ้าน และช่วงเด็กอายุ 3-5 ปี เด็กจะมารับวัคซีนที่สถานบริการเมื่ออายุ 4 ปี หลังจากได้รับวัคซีนไปเมื่ออายุ 2 ปี ทำให้การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กช่วงวัยนี้มีความยากลำบาก ขาดความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอ และเพื่อความปลอดภัยของการจ่ายน้ำเสริมธาตุเหล็ก สถานบริการ บางแห่งในบางพื้นที่จะประสานครูหรือพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่รับดูแลเด็กตั้งแต่อายุ 3-5 ปี เป็นผู้ดูแลและรับผิดชอบให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กสัปดาห์ละครั้ง ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากปัจจัยนำเข้า ทำให้พบว่าสถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่มีปัญหาการบริหารจัดการ การจัดซื้อ บทบาทหน้าที่ และการติดตามการดำเนินงาน

ด้านกระบวนการ (Process): เป็นการตรวจสอบหาข้อบกพร่องของนโยบายการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กจากข้อมูลด้านบริบทและปัจจัยนำเข้าที่กล่าวมาทำให้ทราบว่า การบริหารจัดการเพื่อตอบสนองการเข้าถึงบริการ งบประมาณการจัดซื้อ การกระจายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และการประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ที่ยังไม่มีแนวทางดำเนินงานและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนอันทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้อย่างครอบคลุม ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ไม่ทราบประโยชน์และช่วงอายุในการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ซึ่งอาจเกิดจากไม่ได้รับทราบข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ได้รับทราบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ทางสื่อโซเชียลมีเดีย และการขาดความตระหนักหรือลืมในช่วงของการร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ที่คลินิกสุขภาพเด็กดี⁽¹⁸⁾ ขนาดบรรจุภัณฑ์ของยาน้ำเสริมธาตุเหล็กมีขนาดไม่เหมาะสมกับระยะเวลาที่รับประทานเนื่องจากเด็ก 6 เดือน-2 ปี รับประทานสัปดาห์ละครั้งช้อนชา⁽⁷⁾ จะรับประทานได้ 24 ครั้งหรือ 24 สัปดาห์ ซึ่งเท่ากับ 6 เดือน โดยการเก็บรักษายาน้ำเสริมธาตุเหล็กจะระบุไว้ข้างกล่องว่า “เก็บที่อุณหภูมิไม่เกิน 30°C ได้นาน 3 เดือนและเก็บในตู้เย็นได้นาน 4 เดือน”⁽¹⁹⁾ ดังนั้นยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเมื่อเปิดใช้แล้วจะหมดอายุก่อนที่เด็ก 6 เดือน-2 ปี จะรับประทานหมดใน 1 ขวด จึงทำมีตัวยาเหลือทิ้งและเกิดความสิ้นเปลือง และเนื่องจากระบบ HDC⁽¹⁵⁾ ไม่มีข้อมูลภาวะซีดในช่วงอายุ 6 เดือน-2 ปี และ 3-5 ปี แต่สถานบริการต้องเก็บข้อมูลเพราะเป็นข้อกำหนดหนึ่งในสิทธิประโยชน์ที่เด็กควรได้รับ จึงมีสถานบริการบางแห่งที่เห็นความสำคัญก็จะเก็บข้อมูลเองแต่ไม่ครอบคลุมเพียงพอที่จะนำมาใช้ประโยชน์ได้ทั้งหมด

ผลผลิต (Product): จากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยปี 2560⁽⁹⁾ พบว่าเด็กปฐมวัยได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและกินเป็นประจำเพียงร้อยละ 16.8 เท่านั้น เมื่อเทียบข้อมูลจาก HDC ปี 2560 พบว่า เด็ก 6 เดือน-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพียงร้อยละ 10.92 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 70) และจากข้อมูล HDC⁽¹⁵⁾ เขตสุขภาพที่ 6 พบภาวะซีดในเด็ก 6 เดือน-1 ปี ร้อยละ 29.5 แต่ในความจริงของการปฏิบัติงานในพื้นที่ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ทราบสถานการณ์ความชุกของภาวะซีดและการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย เนื่องจากไม่มีรายงานและการติดตามในพื้นที่ที่รับผิดชอบ นอกจากขนาดของปริมาณยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไม่สัมพันธ์กับบรรจุภัณฑ์แล้วยังพบว่า ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กมีรสเผื่อนคล้ายเหล็ก⁽¹⁹⁾ เด็กรับประทานยากและไม่ยอมรับประทาน

2. ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย ที่ทดลองใช้ในเขตสุขภาพที่ 6 จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการบริหารจัดการ การเฝ้าระวัง การคัดกรอง การติดตามการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้กับเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ได้เป็นอย่างดี ทำให้มีแนวทางในการปฏิบัติและทราบบทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจนมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นระดับนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ รวมทั้ง พ่อแม่ ผู้ปกครองที่มาใช้บริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี มีความรู้ เข้าใจ เห็นความสำคัญ และสามารถให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กได้ถูกต้อง และต่อเนื่องในแต่ละช่วงอายุ ตามการกำหนดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามกลุ่มวัย

(ชุดสิทธิประโยชน์) ปี พ.ศ. 2559⁽¹²⁾ ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 ในการให้น้ำเสริมธาตุเหล็ก

นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี สามารถใช้แนวทางการตรวจคัดกรองและจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย ในการส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง และเด็กปฐมวัยได้รับการแก้ไขภาวะซีดที่ทันท่วงที รวมทั้งต้องบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองและการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเด็กทุกรายในระบบ เพื่อง่ายและสะดวกแก่การติดตามและเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย ในระดับจังหวัด ระดับเขตต่อไป ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย จึงมีกระบวนการได้มาซึ่งระบบแบบมีส่วนร่วมทั้งในระดับผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ เพื่อก่อให้เกิดแนวทางการดำเนินงานการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องชัดเจน และเป็นที่ยอมรับในการปฏิบัติงาน จนทำให้มีผลการดำเนินงานการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่สูงขึ้น ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 0-5 ปีลดลง ส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย มี EQ/IQ สูงขึ้น และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติและบริหารบ้านเมืองต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะในระดับนโยบาย

1. ต้องประสานข้อมูลปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข องค์การเภสัชกรรม และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อปรับกระบวนการดำเนินงานที่ทำให้เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ครอบคลุม
2. จัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและภาวะซีดในเด็กปฐมวัยระดับประเทศ และระดับเขตอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ติดตามและชี้เป้าให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. จัดกิจกรรมรณรงค์ สร้างกระแสการป้องกันภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยไทย

ข้อเสนอแนะในระดับพื้นที่

1. ผู้บริหารควรได้รับการสะท้อนข้อมูลของปัญหาและภาวะซีดที่เกิดขึ้นในพื้นที่และการเข้าถึงการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ผลเสียจากภาวะซีดที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็กให้กับผู้บริหารได้รับทราบ
2. ผู้บริหารและผู้ให้บริการควรพัฒนาระบบข้อมูล ระบบการบริหารจัดการ การติดตามและประเมินผลในพื้นที่อย่างเป็นระบบ
3. จัดรณรงค์สร้างกระแสให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้และเกิดความตระหนักต่อการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็ก 6 เดือน-5 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. Plomin R, Craig I. Human behavioural genetics of cognitive abilities and disabilities. Bioessays. 1997;19(12):1117-24. doi:10.1002/bies.950191211
2. Rajatanavin R, Chailurkit L, Winichakoon P, et al. Endemic cretinism in Thailand: a multidisciplinary survey. Eur J Endocrinol. 1997;137(4):349-55. doi:10.1530/eje.0.1370349
3. Labbé RF, Vreman HJ, Stevenson DK. Zinc protoporphyrin: A metabolite with a mission. Clin Chem. 1999;45(12):2060-72.
4. แสงโสม สีนะวัฒน์ และคณะ. สถานการณ์ของภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียน. Fact sheet สถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. 2547 [เข้าถึงเมื่อ 2558 พฤษภาคม 11]. เข้าถึงได้จาก: <http://advisor1.anamai.moph.go.th/factsheet/student/anemia.html>
5. ดวงทิพย์ ธีระวิทย์. สถานการณ์ด้านโภชนาการของเด็กและเยาวชน. สถานการณ์สุขภาพเฉพาะกลุ่มอายุ. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2558 พฤษภาคม 6]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/hiso5/analysis/analysis7_1.php?number=1
6. ศูนย์การเรียนรู้สู่ศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ. โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. สารสุขภาพ-โรคภัยโรคไม่ติดต่อ.ฝ่ายสุขภาพและประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. 2551 [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2558 พฤษภาคม 7]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.vachiraphuket.go.th/www/publichealth/?name=knowledge&file=readknowledge&id=121>
7. นภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล, บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย; 2558.
8. พนิต โล่เสถียรกิจ, วรณภา กางกั้น, กรวิกา ภู่งศ์พันธุ์กุล, โชติรส พันธุ์พงษ์, มลลธิ์ แสนใจ, ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ และคณะ. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยในปี พ.ศ. 2557. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560; 26(ฉบับเพิ่มเติม 2):S199-S208.
9. จินตนา พัฒนพงศ์ธร และคณะ. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึง เมื่อ 2560 ธันวาคม 30]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.cgtoolbook.com/books003/4/>
10. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. คณะกรรมการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2558.

11. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). ร่างมาตรฐานการทำงานการป้องกันโลหิตจางในเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2558 พฤษภาคม 6]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/12/QS-animia.pdf>
12. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามกลุ่มวัย (ชุดสิทธิประโยชน์) ปี พ.ศ. 2559. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2558 พฤษภาคม 6]. เข้าถึงได้จาก: http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1239
13. World Health Organization. Guideline: Daily Iron and Folic Acid Supplementation in Pregnant Women. Geneva: World Health Organization; 2012.
14. World Health Organization. Strategies to Prevent Anaemia: Recommendations from an Expert Group Consultation. New Delhi, India: World Health Organization; 2016.
15. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2561 พฤศจิกายน 2]. เข้าถึงได้จาก: <http://neo.moph.go.th/hdc/>
16. จงกล เลิศเจียรดำรง และคณะ. การสำรวจราคายา 40 รายการ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจัดซื้อในปี 2539. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2561 พฤศจิกายน 25]. เข้าถึงได้จาก:
<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1771?locale-attribute=th>
17. กรมอนามัย. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
18. กรมอนามัย. คู่มือโรงเรียนพ่อแม่เพื่อลูกรัก “สุขภาพดี สมองดี อารมณ์ดี มีความสุข”. พิมพ์ครั้งที่ 3. กลุ่มอนามัยแม่และเด็กสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: นิเวศรรดาการพิมพ์ (ประเทศไทย); 2559.
19. องค์การเภสัชกรรม. ยาน้ำแขวนตะกอน เฟอรัส ฟumarate 76 มิลลิกรัม/5มิลลิกรัม (เฟอโรโรดิด 60 มิลลิกรัม). กรุงเทพฯ: องค์การเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

การจัดการของชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19)

กฤติยาพร พลาเศรษฐ^a, นิชนันท์ สุวรรณภูมิ^{**},
ภูษณิศรา มีนาเขตร^{**}, สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์^{***}

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม และศึกษาเอกสาร ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผู้ให้ข้อมูล 50 คน คือ แพทย์ 1 คน พยาบาล 4 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน พยาบาลที่ทำงานในเทศบาลนคร 1 คน อสม. 36 คน จิตอาสา 2 คน ผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด 19 5 คน ผู้ให้ข้อมูลมีอายุระหว่าง 25-60 ปี

ผลวิจัย พบว่า การจัดการของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 คือ 1) คลินิกหมอครอบครัว มีการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ เช่น ประเมินความเสี่ยง แยกโซนตรวจรักษา ปรับวิธีการรับยาต่อเนื่อง การส่งต่อ การเยี่ยมบ้าน ปรับใช้ Telemedicine บริการวัคซีนเชิงรุก และบริการสุขภาพในทันตสถาน 2) เทศบาลนครร่วมให้บริการวัคซีนในชุมชน จัดทำเอกสารรับรองการกักตัว คัดกรองเชิงรุก จัดการสิ่งแวดล้อม ทำแผนปฏิบัติการ 3) ภาคประชาชน เช่น อสม. จิตอาสา ประชาชน ร่วมแจ้งข่าว ร่วมรับส่งยา และประสานงานในชุมชน 4) องค์กรศาสนา วัด คริสตจักร ร่วมสนับสนุนสถานที่ฉีดวัคซีน คัดกรอง และปฏิบัติตามมาตรการ **อุปสรรคในการจัดการ** คือ บุคลากรอ่อนล้า และภาระงานเพิ่มขึ้น ข่าวสารที่ไม่เป็นจริง ขาดการประชาสัมพันธ์ในแนวเดียวกัน การส่งต่อผู้ป่วยมีขีดจำกัด **ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ** คือการมีส่วนร่วม การประสานงาน การประชาสัมพันธ์ที่ถูกต้องชัดเจน และบุคลากรที่มีศักยภาพ **ข้อเสนอแนะ** ในการให้บริการสุขภาพ ควรมีการพัฒนาเครือข่ายการทำงานร่วมกันในท้องที่ การประชาสัมพันธ์ข่าวสารที่ถูกต้องชัดเจนจากผู้รับผิดชอบโดยตรง จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านบริการในสถานการณ์ของโรคอุบัติใหม่ และความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน

คำสำคัญ : การจัดการของชุมชน;; ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19

^a พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

^{**} อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

^{***} ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

^a Corresponding author : กฤติยาพร พลาเศรษฐ Email : moobeb8784@gmail.com

รับบทความ: 9 ส.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 21 ส.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 22 ส.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 16 ก.ย. 65

Community Management for Caring People with COVID-19 Infections

Kittiyaporn Parasate^{*a}, Nitchanun Suwannakoot^{**},
Phusanisa Meenakate^{**}, Suvapat Nakrukamphonphatn^{***}

Abstract

This qualitative research aimed to study the community management for caring people with COVID-19 infections. The data collection was administered through observations, in-dept interviews, and document studies. Triangulation was employed to verify the reliability of data. The data were analyzed using content analysis. The informants included 50 persons including 1 physician, 4 nurses, 1 public health officer, 1 nurse working in the municipality, 36 village health volunteers (VHV), 2 volunteers, and 5 former COVID-19 patients. The informants' age ranged between 25 and 60 years old.

Results: the management for caring people with COVID-19 infections were 1) family doctor clinic made some adjustments of their services such as providing health risk assessments, separating treatment zones, providing medication deliveries, referrals, and home visits, using telemedicine and other technologies, providing mobile COVID-19 vaccination services, and health services in prison; 2) municipal government participated in providing COVID-19 vaccines in the communities, issuing isolation certificates for patients and risk groups, performing outreach screenings, managing environments and make an action plan; 3) community sector including VHVs and community volunteers helped delivering both news and medication as well as coordinating with any services in their communities; and 4) religious organizations including temples and churches supported locations for vaccination while follow the measures. Management barriers included fatigue among staffs due to increased

* Registered Nurse, Professional Level, Tha Wang Hin Family Doctor Clinic, Sunpasitthiprasong Hospital

** Instructor, Faculty of Nursing, Ubonratchathani University

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubonratchathani University

^a Corresponding author : Kittiyaporn Parasate Email : moobeb8784@gmail.com

Received: Aug. 9, 22; Revised: Aug. 21, 22; Accepted: Aug. 22, 22; Published Online: Sep. 16, 22

workloads, overloaded with fake news, and referrals were limited. **Success factors** included participations, coordination, accurate public relations, and abilities among personnel. **Suggestions** for public health sectors should collaborate well with local authorities and information for public should be clear, correct, and responsible. Staff training especially in preparing for emerging diseases and improving health literacy in population are recommended in the future.

Keywords : Community management; COVID-19 infection's patients

บทนำ

ทั่วโลกพบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) มากกว่า 400 ล้านคนและเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 กว่า 6 ล้านคน ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 3,226,697 คน และในจำนวนนั้นเสียชีวิต 23,851 คน⁽¹⁾ ผู้ติดเชื้อโควิด 19 กระจายไปทั่วประเทศ ซึ่งในจังหวัดอุบลราชธานีพบผู้ป่วยสะสมเริ่มจาก พ.ศ. 2563 ถึง มีนาคม 2565 จำนวน 95,944 คน⁽²⁾ การติดเชื้อโควิด 19 นั้น พบว่าจะมีความรุนแรงในผู้ที่พฤติกรรมเสี่ยงและโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคอ้วน⁽³⁾ โรคติดเชื้อโควิด 19 สามารถแพร่เชื้อผ่านทางละอองฝอย ไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย เมื่อติดเชื้อแล้วจะมีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก การรับรสผิดปกติ บางรายมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ไตวาย ปอดบวม ปอดอักเสบ ที่นำไปสู่การเสียชีวิต มีมาตรการจากหน่วยงานภาครัฐในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 เช่น เว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ แยกของใช้ส่วนตัว หลีกเลี่ยงการออกนอกบ้าน และการฉีดวัคซีน⁽⁴⁾

องค์การอนามัยโลกได้มีแผนยุทธศาสตร์การเตรียมและการสนองตอบโควิด 19 (COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan) มีเป้าหมายเพื่อเป็นแนวทางให้กับประเทศต่างๆ ประยุกต์ใช้ความรู้และแนวทางในการดำเนินการกับการระบาดของโรคโควิด 19⁽⁵⁾ ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มีการดำเนินการในด้านต่างๆ เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อจากภาวะวิกฤตฉุกเฉินนี้ได้มีการจัดทำเป็นแผนเฉพาะกิจภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติอันเนื่องมาจากสถานการณ์โควิด 19 ตามประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่องประกาศแผนแม่บทเฉพาะกิจภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติอันเป็นผลมาจากสถานการณ์โควิด 19 พ.ศ. 2564-2565 โดยได้นำแนวคิด ล้มแล้วลุก ประกอบด้วย การพร้อมรับ (Cope) การปรับตัว (Adapt) และ เปลี่ยนแปลงเพื่อพร้อมเติบโตอย่างยั่งยืน (Transform) ใน 4 ประเด็นการพัฒนาเสริมสร้างความเข้มแข็งของเศรษฐกิจในประเทศ ยกกระดับความสามารถของประเทศ เพื่อรองรับการเติบโตอย่างยั่งยืนในระยะยาว การพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของคนให้เป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ (Human capital) การปรับปรุงและพัฒนาปัจจัยพื้นฐานเพื่อส่งเสริม

การฟื้นฟูและพัฒนาประเทศ (Enabling factors)⁽⁶⁾ นำมาสู่การกำหนดนโยบาย แผนกลยุทธ์การบริหารจัดการวัคซีนโควิด 19 พ.ศ. 2564 และแนวปฏิบัติต่าง ๆ ซึ่งชุมชนเป็นอีกส่วนหนึ่งที่ต้องร่วมดำเนินการ อาจแตกต่างกันตามบริบทสังคม วัฒนธรรมโดยเฉพาะในส่วนของคนบทยและเขตเมืองเพื่อนำไปสู่การจัดบริการให้กับประชาชนในพื้นที่

มาตรการที่เกิดขึ้นในแต่ละระลอกนำให้เกิดการปรับเปลี่ยนการให้บริการของภาครัฐและเอกชน เช่น รักษาเว้นระยะห่าง จำกัดจำนวนผู้รับบริการ ทำงานที่บ้าน ระบบการนัดหมาย หรือการกำหนดเงื่อนไขการรับวัคซีน ตรวจโควิดด้วยตนเอง (Antigen test kit: ATK) ก่อนการรับบริการ ซึ่งในระบบบริการสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนจากการบริการปกติ โดยเฉพาะในมิติการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ⁽⁷⁾ ซึ่งในหน่วยบริการนั้นต้องให้การดูแลทั้งในกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสุขภาพดี ในสถานการณ์ปัจจุบันได้มีการกระจายตัวของกลุ่มผู้ติดเชื้อทั้งในชุมชนชนบทและชุมชนเมืองที่มีความแตกต่างของความหนาแน่นของประชากร บริบทที่ตั้ง ที่อยู่อาศัย ดังนั้นการจัดการจึงมีความต่างกัน การให้ความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ มีส่วนให้เกิดการขับเคลื่อนของ 4 องค์กรหลัก ได้แก่ ท้องถิ่น ท้องที่ ภาคประชาชนและหน่วยงานภาครัฐซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมชุมชนเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้⁽⁸⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาประเด็นการจัดการของชุมชนเมืองในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 เป็นอย่างไร จากทบทวนงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ที่มุ่งศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พยาบาล และคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด มีประเด็นการจัดการขยะ การเฝ้าระวัง การส่งเสริมป้องกันโรค การรับรู้บทบาทของ อสม. บทบาทของพยาบาลในการควบคุมป้องกันโรค และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ Hospitel รูปแบบการดูแลครอบครัวและชุมชนที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งไม่พบการศึกษาการจัดการของชุมชนเมืองในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในเขตเมือง ผู้วิจัยเชื่อว่าหากมีการศึกษาการจัดการของชุมชนเมืองในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 จะสามารถนำองค์ความรู้ไปเติมเต็มระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19 และการจัดบริการในหน่วยงาน รวมทั้งการวางแผนตั้งรับกับโรคติดเชื้ออื่นที่มีลักษณะคล้ายกันได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ได้ทำการรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2565 โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ที่มีประสบการณ์ตรงกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลที่ทำงานในเทศบาลนคร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสา ผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด 19 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงนัดหมายวันเวลาในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งภายหลังกินยอมตนเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วหากรู้สึกไม่สบายใจ ถัดอีก ไม่สะดวกในการให้ข้อมูลสามารถขอยุติการให้ข้อมูลได้ทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แนวคำถามการสัมภาษณ์ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 มีตัวอย่างคำถาม ได้แก่ วิธีการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 เป็นอย่างไร มีประเด็นปัญหาความต้องการอะไรบ้าง เป็นต้น ได้ผ่านการตรวจสอบจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน คือ พยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือในการบันทึกภาคสนาม ได้แก่ เทปบันทึกเสียง และการบันทึกภาคสนาม และนักวิจัย โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาขั้นตอนวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพก่อนการดำเนินการวิจัย

การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 051/2565 ได้รับการรับรองวันที่ 5 กรกฎาคม 2565 และ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการวิจัยให้ผู้วิจัยทราบถึงสิทธิในการยินยอม ปฏิเสธ หรือการขอยุติการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับไม่ระบุตัวตนผู้ตอบ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม การรวบรวมข้อมูลระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 คือ ผู้วิจัยได้รับวัคซีนตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เตรียมอุปกรณ์การป้องกันเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์เพื่อล้างมือและทำความสะอาด เว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย วัดอุณหภูมิ ก่อนการรวมกลุ่มทุกครั้ง และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และปฏิบัติตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำบันทึกข้อความถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ นายกเทศมนตรีเทศบาลนคร อุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจง

รายละเอียด พร้อมกับนัดหมายวันเวลาในการสัมภาษณ์ เมื่อถึงวันนัดหมายก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียด ได้แก่ วัตถุประสงค์ สิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย การขอยุติการสัมภาษณ์ การรักษาความลับ และขออนุญาตจัดบันทึกการบันทึกเทปเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เชิงลึกในห้องปิดส่วนตัวใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที หรือจนข้อมูลอิ่มตัว เมื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมตนเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยได้ทำการถอดเทปคำต่อคำและใส่รหัสข้อมูล วิเคราะห์ประเด็นหลัก ประเด็นย่อย โดยดึงความสำคัญของการจัดการของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขเพื่อจัดทำเป็นข้อสรุปตอบวัตถุประสงค์การวิจัย

ความน่าเชื่อถือในการวิจัย (Trustworthiness) ผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือได้ (Credibility) โดยใช้การโยงข้อมูลสามเส้า (Data triangulation) โดยการเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายคน และแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน และทำการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member check) ด้านความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) วิเคราะห์และทำความเข้าใจเรื่องราวมองเห็นภาพประสบการณ์เหมือนเกิดขึ้นกับตนเอง ด้านความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยการทำงานร่วมกับทีมวิจัยเพื่อการตรวจสอบข้อมูล และด้านความสามารถในการยืนยัน (Confirmability)⁽⁹⁾

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลจำนวน 50 คน คือ แพทย์ 1 คน พยาบาล 4 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน พยาบาลที่ทำงานในเทศบาลนคร 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 36 คน จิตอาสา 2 คน ผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด 19 5 คน มีอายุระหว่าง 25 ถึง 60 ปี มีหน่วยบริการในชุมชนคือคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ดูแลประชากรประมาณ 24,381 คน บุคลากรประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ชุมชน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 7 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1 คน เจ้าพนักงานทันตภิบาล 1 คน นักการแพทย์แผนไทย 1 คน ผู้ช่วยเภสัชกร 2 คน ผู้ช่วยทันตภิบาล 2 คน บริบทพื้นที่เป็นชุมชนเมือง ประชากรอาศัยอยู่ค่อนข้างแออัด มีโรงเรียนมัธยมขนาดใหญ่ มีประชากรแฝงจำนวนมาก ผู้รับบริการเฉลี่ยวันละ 60-100 คน ให้บริการเชิงรุก ส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพในพื้นที่รับผิดชอบ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 นั้นมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการประชาชนเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

การจัดการของพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในช่วงการระบาดของโควิด 19 มีการจัดการของพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 กลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปเกิดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในเขตเมือง ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพ

เทศบาลนคร ภาคประชาชน องค์การศาสนา มีการปรับวิธีการดำเนินการและสนับสนุนระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ดังรายละเอียด

1. **หน่วยบริการ** ในหน่วยบริการปฐมภูมิมีการให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ โดยได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินการในสถานการณ์โควิด 19 ได้แก่ การให้บริการรักษาพยาบาลในคลินิก การส่งต่อ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และให้บริการสุขภาพในทันตสถาน ภายใต้การกำกับดูแลของโรงพยาบาลแม่ข่ายและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ดังนี้

1.1 **การให้บริการในคลินิก** วิธีการให้บริการในคลินิกเดิมจะเป็นการให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังสามารถควบคุมการดำเนินของโรคได้ และยังไม่มีความแทรกซ้อนมากเกินไป หากมีภาวะแทรกซ้อนหรือต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 มีการเปลี่ยนแปลง 4 ประเด็น คือ

1) การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยมีการคัดกรอง วัดอุณหภูมิ ชักประวัติความเสี่ยง ประวัติการสัมผัสผู้ติดเชื้อ การตรวจ ATK ก่อนการเข้ารับบริการ และมีการตรวจยืนยันโรคด้วยเทคนิคการตรวจ RT-PCR (Real Time Polymerase Chain Reaction: RT-PCR) หากมีผลบวกจะส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือสถานที่ที่จัดไว้ ดังคำกล่าว “เน้นการตรวจ PCR มากกว่า ATK” (แพทย์, พยาบาล) “คัดกรองความเสี่ยงก่อนเข้าพบแพทย์ ต้องตรวจ ATK ให้กับผู้รับบริการ” (พยาบาล)

2) แยกโซนการตรวจรักษา เพื่อลดการปะปนของผู้รับบริการโดยจัดแยกเฉพาะโรคทางเดินหายใจ ดังคำกล่าว “มีการตรวจรักษาโรคทางเดินหายใจในการตรวจรักษาจะมีการแยกโซน หากไม่ใช่โควิด ก็จะไม่รักษาโดยให้ยา” (แพทย์) “การให้บริการจะแยกผู้ป่วย ประเมิน หากมีความเสี่ยงจะแยกจุดให้พักคอยตรวจด้านนอก” (พยาบาล) “ศูนย์ให้นั่งรอด้านหน้า มีจัดแยกเพื่อรอตรวจ” (อสม.)

3) ปรับเปลี่ยนวิธีการตรวจรักษารับยาต่อเนื่อง มีการปรับเปลี่ยนวิธีการให้บริการแบ่งเป็น 2 กรณี คือ (1) ขอรับยาต่อเนื่องกรณีไม่มีอาการผิดปกติ เดิมผู้รับบริการขึ้นบัตร ประเมิน และรอพบแพทย์ แต่ในช่วงการระบาดของโควิด 19 นั้น มีการปรับวิธีการโดยให้วางบัตรเพื่อขอรับยาดังคำกล่าว “ปรับเปลี่ยนการให้บริการในศูนย์ โดยให้วางบัตรเพื่อรับบริการ” (พยาบาล, แพทย์) (2) ขอรับยาต่อเนื่องกรณีมีอาการผิดปกติ เช่น ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับปกติ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย หน้ามืด เป็นต้น มีการดำเนินการ คือ สามารถเข้ารับบริการได้ในศูนย์บริการใกล้บ้านหรือสามารถแจ้งอาการและพบแพทย์ได้หากไม่มีความเสี่ยง ดังคำกล่าว “มีอาการผิดปกติสามารถเข้ารับบริการได้เลย ในศูนย์บริการใกล้บ้าน หรือตรวจที่ศูนย์ก็ได้” “สามารถแจ้งอาการและพบแพทย์ได้หากไม่มีความเสี่ยงโควิด หรือต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลแม่ข่าย” (พยาบาล)

4) ปรับใช้เทคโนโลยีในการให้บริการ ประกอบด้วย ก) Google form, QR code “การใช้ google form QR code ให้แสกนและระบุบริการที่ต้องการ เช่น ต้องการให้แพทย์ติดต่อกลับ ขอรับยาเดิม

3 เดือน” (แพทย์) “ให้มีการลงทะเบียนก่อนการรับบริการ” (พยาบาล ข) Official Line account มีการให้บริการด้านขอรับยา ปรีกษาอาการผิดปกติ ผ่านไลน์ ดังคำกล่าว “บางคนที่มี official account ของศูนย์ ก็จะมีการวัดความดันด้วยตนเอง และส่งยาให้คนให้ใช้ และให้มารับยาเองที่ศูนย์ตอนบ่ายสอง โดยมีการให้เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยรวบรวมข้อมูลช่วย โดยใน account จะมีหัวหน้าและหมออยู่ใน line นั้น” (แพทย์) “มีการประสานงานกันระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทางไลน์” (พยาบาล) “มีหลายช่องทางในการดำเนินการ ดูประวัติ โทรคุย ส่งยา หากมีอาการผิดปกติสามารถมารับยาที่ศูนย์ได้” (แพทย์) “ผู้ป่วยมารับยาต่อเนื่องที่ไม่มีอาการสามารถขอผ่านไลน์ได้ และมีคนตอบไลน์” (อสม.-2) ค) บริการที่ศูนย์โดยการใช้ Zoom และ Google meet ในการให้บริการมีการดำเนินการผ่าน Zoom และ Google meet เพื่อลดการสัมผัส เว้นระยะห่างระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ดังคำกล่าว “มีการนั่งรอด้านในศูนย์และมีการตรวจในห้องตรวจ ต้องมีการปรับโดยการจัดให้นั่งด้านนอกและค่อยเดินมาตรวจเนื่องจากต้องการเว้นระยะห่าง แต่ในช่วงหลัง นั้นเปลี่ยนเป็นคุยกันผ่านจอ โดยผ่าน Zoom, Google meet และแพทย์อยู่ด้านในและคนไข้อยู่ด้านนอก ยกเว้นจำเป็นต้องตรวจร่างกาย ต้องเดินไป” (แพทย์) “จัดที่สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการเพื่อรอตรวจ ผ่านกล้องที่ตั้งไว้ด้านหน้า หากไม่ได้ทำตามเงื่อนไขที่โรงพยาบาลแม่ข่ายกำหนด เช่น การได้รับวัคซีน ไข้” (พยาบาล) “มีข้อกำหนดเพิ่มขึ้นหรือไม่ มีการดำเนินการล๊อคกับ รพ. เช่น ในช่วงหนึ่ง รพ.ได้กำหนดให้มีการฉีดวัคซีน แต่ไม่ได้ให้กลับบ้านก็ยังทำการรักษาแต่เพียงแยกที่นั้ร่อ และให้แพทย์เดินเพื่อไปตรวจด้านนอก เนื่องจากต้องทำตามนโยบายของ รพ.สรรพสิทธิประสงค์” (พยาบาล)

1.2 การส่งต่อ การดำเนินการใน 2 กรณี คือ ก) กรณีทราบว่าเป็นโควิด 19 จะมีการประสานงาน เพื่อการส่งต่อ และมีการแยกการส่งตัว “ช่วงที่มี HI จะมีการส่งชื่อตามระบบ และติดตามอาการ เช่น ต้องส่งต่อ ต้องประสาน SAT (ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ [Situation Awareness Team]) แพทย์ และ ต้องโทรติดต่อประสานรถรับส่ง และประสานผู้ป่วย หรือหากต้องประสานที่ ER ก่อนว่าต้อง admit หรือไม่ ต้องประสาน ER แพทย์ต้องทำการประสานทุกหน่วยงาน และ ปรีกษาให้ครอบคลุมทุกสายมีการประสานงาน ที่มาก” (แพทย์) “หลังจากที่แพทย์รับเคส พยาบาลจะทำหน้าที่ส่งเวร และช่วงที่รอส่งต่อจะแยกผู้ป่วย ให้นั่งคอยอีกจุดเพื่อเป็นการลดการสัมผัส” (พยาบาล ข) กรณีที่ไม่ทราบว่าเป็นโควิด ระยะแรกชักประวัติ ให้การรักษา และประเมินคัดกรอง ATK หากมีการติดเชื้อจะแยกการส่งต่อ “กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ศูนย์ พบว่ามีความดันต่ำ ได้มีการรักษาโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชักประวัติและส่งต่อ ER ในช่วงแรก จะมีการถามประวัติวัคซีน และประวัติเสี่ยง” (แพทย์) และระยะหลังให้ตรวจ ATK ก่อนการส่งต่อ “ในระยะ หลังให้มีการตรวจ ATK ก่อน การส่งต่อหากผลเป็นบวกให้แจ้งทีมที่ออกรับ เพื่อเตรียมรถเฉพาะของโควิด เพื่อลดการปนเปื้อน โดยเป็นรถของ รพ.” (แพทย์)

1.3 เยี่ยมบ้าน เดิมมีการให้บริการที่บ้าน เช่น ทำแผล เปลี่ยนสายยาง ประเมินอาการที่บ้าน แต่เมื่อมีการระบาดของโควิด 19 มีการปรับเปลี่ยนวิธีการ คือ แพทย์ได้ดำเนินการตามแนวทางของเวชศาสตร์

ราชวิทยาลัย เยี่ยมในกรณีที่ต้องเปลี่ยนสายยาง ทำแผล หรือมีอาการผิดปกติ และมีบางรายที่ปฏิเสธการเยี่ยมบ้าน ดังรายละเอียด ก) **ปฏิบัติตามแนวทางของเวชศาสตร์ราชวิทยาลัย** ดังคำกล่าว “การเยี่ยมบ้านยังมีการดำเนินการ และดำเนินการตามแนวทางของเวชศาสตร์ราชวิทยาลัย ว่าการเยี่ยมบ้านต้องทำอะไร เตรียมตัวอย่างไร หรือเจ้าหน้าที่ต้องไม่มีความเสี่ยง” (แพทย์) ข) **เยี่ยมในกรณีที่ต้องเปลี่ยนสายยาง ทำแผล หรือมีอาการผิดปกติ** การเยี่ยมบ้านในกรณีที่ต้องเปลี่ยนสายยางให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ ทำแผลเรื้อรัง หรือติดตามเยี่ยมอาการที่ผิดปกติ แต่ในกรณีอื่นที่ไม่จำเป็นจะงดการเยี่ยมบ้านเนื่องจากการป้องกันการความเสี่ยงเรื่องการติดเชื้อ ดังคำกล่าว “เยี่ยมบ้านในกรณีเปลี่ยนสายยาง ทำแผล หรือมีอาการผิดปกติ” (พยาบาล) ผู้รับบริการมีความกลัวปฏิเสธการรับบริการจากเจ้าหน้าที่ ดังคำกล่าว “คนไข้มีความกลัว ครอบครัวไม่กล้าให้เข้าเยี่ยมเพราะกลัวเรา โดยบอกว่าไม่ค่อยสบายใจในการให้คนไปที่บ้าน” (แพทย์) “ญาติผู้ป่วยไม่ให้เข้าเยี่ยมเพราะกลัวเจ้าหน้าที่เอาเชื้อโควิดไปติด” (พยาบาล) ค) **ใช้รูปแบบ telemedicine** ดังคำกล่าว “การระบาดระลอกต่อมาได้มีการปรับรูปแบบการเยี่ยมบ้าน โดยการใช้ tele กับญาติ โดยใช้ line call” (แพทย์) “แต่กรณีที่ต้องเปลี่ยนสายยางให้อาหารก็ไป” (แพทย์ พยาบาล)

1.4 การส่งเสริมป้องกันโรค โดยการให้วัคซีนเชิงรุกในหน่วยบริการวัคซีน บ้าน วัด โรงเรียน ดังรายละเอียด ก) **วัด** **คริสตจักร ตลาด โรงเรียน** “โดยมี PCU 5 แห่ง โดยครอบคลุม วัด คริสตจักร ตลาด โรงเรียน เวลานโยบายมาจะเป็นการฉีดวัคซีนเชิงรุกในโรงเรียน” (แพทย์) “ให้บริการวัคซีนเชิงรุก ตั้งหน่วยฉีดที่วัด และ คริสตจักรด้วย” (พยาบาล) “มีแพทย์ มีการเจอว่าผู้ป่วยติดเชื้อ และมีการประสานงานขอรับวัคซีน” ข) **ศูนย์วัคซีน** “หากมีการดำเนินงานที่ศูนย์โรงเรียนขนาดเล็กจะมีการนำนักเรียนไปที่ศูนย์ฉีด แพทย์ พยาบาล ก็จะเดินทางไปพร้อมกับศูนย์ฉีดวัคซีน เพื่อเป็นการช่วยเหลือกันของบุคลากรทางการแพทย์” (แพทย์) ค) **โรงเรียน** “โรงเรียนขนาดใหญ่ จะมีทีมฉีดของโรงเรียน มีรถ Ambulance โดยจะมีการประสานงานกัน” (แพทย์) ง) **บ้าน** “ให้บริการวัคซีนที่บ้านกับผู้ที่ติดเตียง แต่มีบางรายที่ญาติปฏิเสธเนื่องจากมีอายุมาก”

1.5 บริการในทันตสถาน มีผู้ต้องขังติดเชื้อโควิด 19 จึงได้มีการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก โรงพยาบาลแม่ข่ายได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด โดยมีการประสานการช่วยเหลือและจัดทำแผนและระบบงานจากแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการมาช่วยงานของ รพ.บุษราคัม มีรายละเอียด คือ 1) **การประสานงานการช่วยเหลือ** ดังคำกล่าว “การประสานงานผ่านช่องทางในการให้บริการผู้ป่วย ทันตสถานกลางประมาณ 7,000 ราย” (แพทย์) 2) **ร่วมทีมการดูแลในทันตสถาน** คือ ก) **ใช้ประสบการณ์จาก รพ.บุษราคัม** เพื่อการวางแผนจัดระบบงานในทันตสถาน “ขณะนั้นได้มีการคัดแพทย์ไปอยู่ทันตสถาน และมีการช่วยกันวางระบบจากประสบการณ์ที่แพทย์ไปช่วย รพ.บุษราคัม และช่วงหลังมีการสลับเวรเพื่อให้บุคลากรได้มีการพักด้วย” (แพทย์) “ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย

โรคโควิด 19 ในโรงพยาบาลบุษราคัม ทำให้เกิดการวางระบบงานจากโรงพยาบาลบุษราคัมสู่ระบบงานในทันตสถาน ” (แพทย์) “ทีมโรงพยาบาลมีการช่วยวางระบบ” (พยาบาล) **ข) ร่วมทีมให้บริการในทันตสถาน** ในสถานการณ์วิกฤตได้มีการเข้าไปช่วยเหลือในทันตสถานเพื่อนำไปสู่การป้องกันการแพร่กระจาย และการรักษาบรรเทาอาการ ลดความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยการให้บริการตรวจรักษา ประสานงาน การบริการเอกเรย์เคลื่อนที่ ดังคำกล่าว “มีการแยกแดนในทันตสถาน แยกหนึ่งออกเป็นโรงพยาบาลสนาม หากใครติดก็จะนำมาพักที่แดนนี้ รถเอกซเรย์พร้อมเจ้าหน้าที่ให้บริการเฉพาะ 1 คัน มีพยาบาลในทันตสถานเป็นพยาบาลเวชกรรม ทำหน้าที่ประสานงาน จัดยา ทำอาหาร แพทย์ให้การตรวจรักษา มีการเปลี่ยนเวรกันเป็นกะ จำกัดการใช้เครื่องมือสื่อสาร”(แพทย์)

สิ่งที่ได้รับการสนับสนุน มีดังนี้

1) โรงพยาบาลแม่ข่าย คือ การบริการปฐมภูมิของคลินิกอยู่ภายใต้โรงพยาบาลแม่ข่ายโดยได้รับการสนับสนุน แนวปฏิบัติ อุปกรณ์ การรับส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณ ดังคำกล่าว **ก) สนับสนุนแนวปฏิบัติ อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์** “โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ให้การสนับสนุนแนวปฏิบัติ อุปกรณ์ การส่งต่อ” (แพทย์ พยาบาล) **ข) การรับส่งต่อผู้ป่วย** “เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้รับส่งเคสผู้ป่วย” (แพทย์ พยาบาล) “มีการใช้รถรับส่งผู้ป่วยเพื่อไปโรงพยาบาลโดยเฉพาะ” (พยาบาล) **ค) งบประมาณ** ดังคำกล่าว “ศูนย์อยู่ภายใต้โรงพยาบาล ไม่ได้มีปัญหาเรื่องงบประมาณทุกอย่างเบิกได้” (พยาบาล) “งบประมาณควบคุมโรคสามารถให้เบิกย้อนหลังได้ เช่น ค่าเวร ก็จะเบิกให้ ส่วนค่าเสี่ยงภัยมาทีหลังและอาจต้องทำใจว่าจะไม่ได้ แต่งานต้องทำไปก่อน แต่การทำงานไปก่อนก็เบิก OT ให้ การเงิน CUP ไม่ค่อยมีปัญหา อยู่ภายใต้ รพ. โครงสร้างไม่ซับซ้อน ดำเนินการง่ายไม่ซับซ้อน” (พยาบาล)

2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดทำแผนการดำเนินงานและมีภารกิจที่โดดเด่นในจัดทำข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และประสานงานในกรณีส่งต่อนอกเขตบริการ คือ **ก) รายงานข้อมูล** โดยรวบรวมข้อมูลจากรายงานประจำวันของหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ดังรายละเอียด “รายงานในระบบของ สสจ. ทุกวัน” (พยาบาล) **ข) ประสานงานในกรณีส่งต่อประชากรนอกเขตบริการ** โดยประสานการส่งต่อนอกเขตบริการเพื่อให้ได้รับการรักษา กักตัว ดังคำกล่าว “คนที่มาตรวจเป็นประชากรแฝงในพื้นที่ หากผลตรวจเป็นบวกจะประสาน สสจ. เพื่อให้ติดต่อพื้นที่ส่งต่อ” (แพทย์ พยาบาล)

2. **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลนคร)** เป็นหน่วยงานที่เป็นหลักและให้การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ดังนี้

2.1 การมีส่วนร่วมในการให้บริการวัคซีนในชุมชน “มีส่วนร่วมในการฉีดวัคซีนในชุมชน โดย ทน. จะประสานงานกับทีม อสม. ซึ่งอยู่ในการดูแลของ ทน. จะไม่ค่อยได้มากับเรามาก” (แพทย์ พยาบาล อสม. จิตอาสา)

2.2 การออกเอกสารรับรองการกักตัว และดูแลระหว่างการกักตัว “ศูนย์ฯ จะออกใบรับรองแพทย์ ให้กรณีรับการรักษา หรือตรวจที่ศูนย์ หากไม่ได้รับการบริการก็ไม่สามารถรับรองให้ได้ แต่ผู้เสี่ยงที่ต้องกักตัว สามารถขอรับเอกสารรับรองที่เทศบาล” (แพทย์ พยาบาล ผู้มีประสบการณ์ติดเชื้อ อสม.) “เทศบาล สนับสนุนอาหาร เครื่องยังชีพให้กับผู้กักตัว” (อสม. พยาบาล ผู้มีประสบการณ์ติดเชื้อ อสม. จิตอาสา)

2.3 การคัดกรองเชิงรุก เทศบาลให้บริการคัดกรองเชิงรุกโดยการร่วมทีมกับศูนย์เคลื่อนที่ หน่วยพระราชทาน เพื่ออำนวยความสะดวกและจัดหาผู้เข้ารับการตรวจเชิงรุก ดังคำกล่าว “เทศบาล จะมีบทบาทมาก จะมีรถตรวจคัดกรองเชิงรุก มีเชิงรุกจำนวนมาก และศูนย์ทำหน้าที่รักษา” (พยาบาล อสม. จิตอาสา)

2.4 การจัดการสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครมีการดำเนินการเพื่อการจัดการสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสำรวจสิ่งแวดล้อมก่อน และหลังการกักตัวโดยการฉีดพ่นทำลายเชื้อ การจัดเก็บขยะติดเชื้อ ดังคำกล่าว ก) การสำรวจสิ่งแวดล้อมก่อน-หลังการกักตัวโดยการฉีดพ่นทำลายเชื้อ คือ “เทศบาลนำทีมไปฉีดพ่นทำลาย เชื้อในพื้นที่เสี่ยง” “การกักตัวต้องไปดูบ้านหรือไม่ เทศบาลไปตรวจดูสิ่งแวดล้อมว่าสามารถกักตัวได้หรือไม่” (ผู้มีประสบการณ์ติดเชื้อ อสม. จิตอาสา พยาบาล) ข) การจัดเก็บขยะติดเชื้อ มีการดำเนินการในช่วงแรก คือการส่งพิกัดให้กับรถเก็บขยะเพื่อการจัดเก็บ ดังคำกล่าว “ช่วงแรกของการทำ HI จะมีขยะของเทศบาล โดย ศูนย์จะเป็นคนส่งสถานที่ให้ว่าเป็นบ้านหลังไหน และให้ถุงแดงไป” “แต่ช่วงหลังมีจำนวนมากขึ้น เก็บไม่ไหวไม่มีคนเก็บ ให้มัดปากถุงให้มิดชิด เนื่องจากไม่มีคนเก็บ มีการวาดรูปบ้าน และบางครั้งใช้ Google map ก็มี และมีการเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินงานตลอดเวลา” (ผู้มีประสบการณ์ติดเชื้อ อสม. จิตอาสา พยาบาล)

2.5 การทำแผน เพื่อให้เกิดการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีงบประมาณในการดำเนินการ ที่ชัดเจนสอดคล้องกับสภาพปัญหา เทศบาลจึงมีการดำเนินการจัดทำแผน ดังคำกล่าว “ประชุมเทศบาล จะเป็นหัวหน้ากลุ่มงาน ส่วนใหญ่จะมีการเรียกประชุมในพื้นที่ และ เทศบาลนครจะให้แผนมาและศูนย์ ก็มาปรับแผนการดำเนินการของตนเอง” (พยาบาล)

3. ภาคประชาชน ได้แก่ อสม. จิตอาสา ประชาชน ได้เข้าร่วมดำเนินการ ดังนี้

3.1 แจ้งข่าว คือ อสม. ได้นำข่าวสารแจ้งในชุมชนในการปฏิบัติตัวเบื้องต้น เชิญชวนเพื่อ เข้ารับวัคซีน และมีการแจ้งข่าวให้กับทีมสุขภาพด้วย ดังคำกล่าว “แนะนำเรื่องการรับวัคซีน เชิญให้ไป และเป็นคนแจ้งพิกัดว่าคนไข้ติดเตียงที่ยังไม่ได้รับวัคซีนอยู่ที่ไหน” (อสม. จิตอาสา) “ชี้เป้าว่าใครบ้าง ที่เป็นโรคโควิด 19 และพาไปรับยา ประสานงานในพื้นที่” (อสม. จิตอาสา) “เมื่อหายป่วยแล้ว ก็มาช่วย ทำงาน” (จิตอาสา) “นำส่งของบริจาคให้กับประชาชน และทำงานร่วมกับ อสม.” (จิตอาสา)

3.2 บริจาคสิ่งของ ประชาชนได้มีการบริจาคสิ่งของในช่วงแรก เช่น หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์ ชุด PPE ข้าวสาร อาหารแห้ง ดังคำกล่าว “ประชาชนบริจาคของให้กับคนป่วยโควิด และบริจาค PPE หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์” (แพทย์ อสม. พยาบาล จิตอาสา)

3.3 ช่วยเหลือกันเองในชุมชน เช่น การส่งอาหารให้เพื่อนบ้าน การรับส่งยาให้เพื่อนบ้านในใกล้เคียง ประสานขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ ดังคำกล่าว “ส่งอาหารให้คนข้างบ้านที่ป่วย ใช้เงินส่วนตัว” “อสม. ส่งยาให้ที่บ้านเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อให้กับชุมชน” (อสม. จิตอาสา พยาบาล)

4. ศาสนา วัด คริสตจักร มีส่วนในการสนับสนุนการดำเนินการเพื่อการดูแลป้องกันโรคโควิด 19 ได้แก่ การสนับสนุนสถานที่ในการดำเนินการฉีดวัคซีน และปฏิบัติตามมาตรการ ดังคำกล่าว การสนับสนุนสถานที่ในการฉีดวัคซีน ดังคำกล่าว “วัดให้สถานที่ในการฉีดวัคซีน” “เมื่อมีพิธีทางศาสนาจะมีการดำเนินการตามมาตรการของหน่วยงานที่แจ้ง” (อสม. จิตอาสา พยาบาล)

ปัญหาและอุปสรรค ในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 มีอุปสรรคในการให้บริการสุขภาพ คือ

1) บุคลากรมีภาระงานเพิ่มขึ้น “ในช่วงการระบาดของโควิด คือ จำนวนเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย work load มาก ทั้งผู้ป่วยเดิม และมีผู้ป่วยโควิดมาก็เพิ่ม วัคซีน AI clinic การทำงานเชิงรุก ทำงานไม่ได้พัก”

2) การประสานงานข้อมูลข่าวสาร “การประชาสัมพันธ์ นโยบาย การทำงานในภาพรวมไม่ชัดว่าใครดูแลอะไร ประชาชนมีคำถาม ทำให้เราเื่อว่าเราต้องทำหรือไม่ เช่น การประชาสัมพันธ์การรักษาแบบ HI ในช่วงแรก บางครั้งเรื่องการประชาสัมพันธ์ และมีการไว้วางใจจากประชาชน การประสานงาน การติดต่อ”

3) การส่งต่อที่มีข้อจำกัด “ช่วงที่เตียงเต็ม ประสานงานยากไม่รู้จะให้ไปไหน ช่วงหลังนี้คนไม่ยอมไปนอน จะให้ไปนอนไม่ยอมไป”

ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ

- 1) การมีส่วนร่วมของหน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน
- 2) การสื่อสาร ได้แก่ การมีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายให้สอดคล้องกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย
- 3) งบประมาณ
- 4) นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ในบริบทสังคมเมืองที่มีความหนาแน่นของประชากร หน่วยบริการกระจายตัวตามพื้นที่ต่างๆ เพื่อลดความคับคั่งของโรงพยาบาลศูนย์ การให้บริการเป็นบริการแบบตั้งรับ การเชิงรุกในช่วงเวลา รวมทั้งการให้บริการส่งเสริมป้องกันโรคร่วมกับเทศบาลเมืองที่มีหน่วยสาธารณสุขที่กำกับดูแล อสม. ในพื้นที่ ภายใต้บริบทชุมชนเมืองการดูแลที่ดูเหมือนจะไม่ขาดแคลน แต่ก็ยังต้องการการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 กลุ่มเสี่ยง

การจัดการดูแลของชุมชนเมืองในมิติการเปลี่ยนแปลงเผยให้เห็นภาพการดำเนินงานของการให้บริการสุขภาพ ได้แก่ บริการสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนการให้บริการในมิติต่าง ๆ เพื่อเป็นการประเมินความเสี่ยง การจัดแยกพื้นที่บริการ สะท้อนภาพการจัดการพื้นที่ในการให้บริการเพื่อลดการแพร่กระจาย ซึ่งเป็นลักษณะของหน่วยงานที่ต้องดำเนินการ ในกรณีที่ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาต่อเนื่อง มีการปรับเปลี่ยนวิธีการให้บริการแบ่งเป็น 2 กรณี คือ รับยาต่อเนื่องไม่มีอาการผิดปกติ และมีอาการผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา ชุมอินทร์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่ามีการปรับช่องทางการรับยา แม้ว่า จะมีการส่งยาทางไปรษณีย์ แกรป หรือ อสม.นำส่ง ทำให้เห็นช่องทางการส่งยาต่อเนื่องในโรคอื่นในภาวะปกติ ได้ การปรับใช้เทคโนโลยี โลก Google Form, Official Line Account และบริการที่ศูนย์โดยการใช้ Zoom และ Google Meet เพื่อใช้ในการลงทะเบียนเพื่อขอรับบริการ และการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้รับบริการ และบุคลากรทางการแพทย์และการตรวจรักษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ตติยา ทุมเสน และจุไรรัตน์ ชลกรโชติทรัพย์⁽¹¹⁾ การดำเนินการดังกล่าวอาจสะท้อนการใช้เทคโนโลยีของประชาชน รวมทั้งการเข้าถึง เทคโนโลยีที่มีราคา ในสถานการณ์การระบาด ความขาดแคลน เครือข่ายที่เป็นภาระค่าบริการ อาจส่งผลกระทบต่อข้อจำกัดของผู้รับบริการที่มีความยากจน ด้านการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการทำแผล เปลี่ยนสายยาง ประเมินอาการที่บ้าน แต่เมื่อมีการระบาดของโควิด 19 มีการปรับเปลี่ยนวิธีการ คือ แพทย์ ได้ดำเนินการตามแนวทางของเวชศาสตร์ราชวิทยาลัย เยี่ยมในกรณีที่ต้องเปลี่ยนสายยาง ทำแผล หรือ มีอาการผิดปกติ ใช้รูปแบบ Telemedicine ซึ่งพบว่าการบริการด้านการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้มีการปรับเปลี่ยน แต่ก็ยังมีการดำเนินการตามบทบาทที่มีการเปลี่ยนแปลง^(12,13) ความต่อเนื่องของการดูแล อาจมีผลกระทบ แต่อย่างไรก็ตามการเดินทางเข้ารับการรักษาในชุมชนเมืองอาจสะดวกกว่าชนบทในมิติของพื้นที่ก็ได้ การส่งเสริมป้องกันโรค มีการให้วัคซีนในเชิงรุกในหน่วยบริการวัคซีนและการให้บริการนอกสถานที่ แต่พบว่าการให้บริการในเขตเมืองนั้นจะมีการให้บริการที่หลากหลายมีการใช้เทคโนโลยี การเชื่อมต่อประสานระหว่างหน่วยงานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกศรา แสนศิริวิสุข, วนิดา ดิษวิเศษ และ ละมัย ร่มเย็น⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าในเขตเมืองมีสิ่งสนับสนุนมากกว่าในเขตชนบท แสดงให้เห็นว่าสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ก็ยังมีความกระจุกในเขตเมือง ภายใต้วิกฤตที่มีความซับซ้อนอยู่บ้าง ส่วนการบริการที่เพิ่มขึ้นจากการให้บริการในทันตสถาน มีผู้ต้องขังติดเชื้อโควิด 19 จึงได้มีการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก โรงพยาบาลแม่ข่ายได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด โดยการประสานงานการช่วยเหลือ และร่วมทีมการดูแลในทันตสถานจากการใช้ประสบการณ์จาก รพ.บุษราคัม มาจัดทำแผนและวางระบบงานในทันตสถานร่วมทีมให้บริการในทันตสถาน แม้ว่ามีแนวทางการดำเนินการ แต่บริบทที่หลากหลายก็มีการปรับใช้วิธีการจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์จะสามารถทำให้ผ่านเรื่องราวที่ซับซ้อนได้ อาจต้องมีการซ่อมแผนเพิ่มเติมในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อซึ่งเป็นอีกหนึ่งในสถานการณ์ที่ภัยพิบัติที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ความซับซ้อนของการดำเนินการ

ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ คลินิกครอบครัวท่าวังหินเป็นการบริการปฐมภูมิอยู่ภายใต้โรงพยาบาลแม่ข่าย โดยโรงพยาบาลให้การสนับสนุน แนวปฏิบัติ อุปกรณ์ รับส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณ และ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่มีความโดดเด่นในการรวบรวมข้อมูลและประสานการส่งต่อเป็นจุดแข็งของระบบบริการสุขภาพของหน่วยงานดังกล่าว **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** เป็นหน่วยงานหลักที่ให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โดยมีส่วนร่วมในการให้บริการวัคซีนในชุมชน ทำเอกสารรับรองการกักตัว การคัดกรองเชิงรุก การจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดทำแผนดำเนินการ **ภาคประชาชน** เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการในช่วงเวลาที่ยากลำบาก โดยมี อสม. จิตอาสา และประชาชนเข้าร่วมดำเนินการแจ้งข่าว บริจาคสิ่งของและร่วมทีมในการบริการรับส่งยา ประสานงานช่วยเหลือในชุมชน ซึ่งบทบาทของภาคประชาชนมีการดำเนินการจากการเป็นจิตอาสา และส่วนที่ทราบบทบาทของตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของ สรุติ เอี่ยมน้อย⁽¹⁵⁾ และ **ศาสนา** คือ วัดคริสตจักร มีหน้าที่ในการหนุนเสริมการดำเนินการในการดูแลประชาชนในชุมชน

จากสถานการณ์การระบาดนี้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลากหลายประเด็น เช่น การเพิ่มขึ้นของภาระงาน เกิดความเหนื่อยล้าของบุคลากรสาธารณสุข แต่ก็มี การให้ความช่วยเหลือขององค์กร หน่วยงาน สถานการณ์พยาบาล แพทย์สภา ในการให้ความสำคัญกับการสื่อสารประชาสัมพันธ์ การให้องค์ความรู้ที่ถูกต้อง และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในบทบาทของพยาบาล⁽¹³⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการพัฒนาเครือข่ายการทำงานร่วมกันในท้องที่ การประชาสัมพันธ์ข่าวสารที่ถูกต้องชัดเจนจากผู้รับผิดชอบโดยตรง และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรภาครัฐ ภาคประชาชนให้สามารถดูแลตนเอง และเพื่อนบ้านข้างเคียงได้

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดำเนินการบริการสุขภาพในชุมชนเขตเมือง ในช่วงสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปที่ต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการทำงานร่วมกันเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลจากหน่วยงานเทศบาลนคร นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและจิตอาสาในชุมชนที่สละเวลาในการให้ข้อมูล และขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และนายกเทศมนตรีเทศบาลนคร ที่สนับสนุนและเอื้ออำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 29]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 29]. เข้าถึงได้จาก: <http://mis.phoubon.in.th/web/>
3. Kluge HHP, Wickramasinghe K, Rippin HL, et al. Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. Lancet. 2020;395(10238):1678-1680. doi:10.1016/S0140-6736(20)31067-9
4. กรมควบคุมโรค. COVID-19 (EOC-DDC Thailand) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กุมภาพันธ์ 6]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65>
5. World Health Organization. COVID-19 Strategic preparedness and response plan [Internet]. 2021 [cite 2022 February 16]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-WHE-2021.02>
6. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนแม่บทเฉพาะกิจภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติอันเป็นผลมาจากสถานการณ์โควิด 19 พ.ศ.2564-2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กุมภาพันธ์ 16]. เข้าถึงได้จาก: <http://nscr.nesdc.go.th/cpcovid/>
7. กรมควบคุมโรค. แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กุมภาพันธ์ 19]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf
8. ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. การพัฒนาทักษะกระบวนการวิจัยชุมชนเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเร่งด่วน (RECAP). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2558.
9. ชาย โพธิ์สิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2559.
10. ชลธิชา ชุมอินทร์, ศิริรัตน์ อินทร์ตัน, สุธิมาภรณ์ วินฉ้วน, ธีรภัทร ปานดา, อภิษฎา นัยผุด, ฮาซันอักกริม ดงนะเต็ง. กลไกการให้บริการในวิกฤตโควิด-19 กรณีศึกษา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองมวน ตำบลหนองปรือ อำเภอรัญญา จังหวัดตรัง. วารสารการบริหารนิเทศและนวัตกรรมท้องถิ่น. 2564;7(5):295-309.

11. ตติยา ทมเสน, จุไรรัตน์ ชลกรโชติทรัพย์. บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบสุขภาพแบบวิถีชีวิตใหม่. วารสารวิชาการอิสเทิร์นเอเชีย. 2564;15(2):29-41.
12. กันติชา ธนทอง, ธีรณัฐ ยินดีสุข, ปาริฉัตร บรรเทือง, สุเพียร โภคทิพย์, สุธัญทิพ จารุขวีวงศ์. บทบาทพยาบาลในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(1):203-13.
13. แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล, สายสมร เฉลยกิตติ. การเยี่ยมบ้านวิถีใหม่: บทบาทพยาบาลชุมชนไทยต่อการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด 19) ในหน่วยงานบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ. 2565;8(1):1-13.
14. เกศรา แสนศิริทวีสุข, วนิดา ดิษวิเศษ, ละมัย ร่มเย็น. แนวทางการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเมือง เปรียบเทียบกับชุมชนบท เขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. 2564;1(1):1-15.
15. สรุฑิ เอี่ยมน้อย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2564;1(2):75-90.

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเครียด ของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน

จิราณวิวัฒน์ ขาญสูงเนิน^{*a}, ธิดารัตน์ สุภานันท์^{*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านระหว่างกลุ่มที่รับโปรแกรมการจัดการกับอาการกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง ที่เป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุของผู้ดูแลต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศของผู้ดูแลและระดับความพิการอยู่ในระดับเดียวกัน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการและการดูแลตามปกติ ซึ่งโปรแกรมฯ นี้ได้พัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล 2) การพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการ 3) การจัดการอาการด้วยตนเองที่บ้าน และ 4) การประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และแบบประเมินความเครียด ซึ่งมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และสถิติทดสอบที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ 4 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=12.089$, $p<0.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=12.427$, $p<0.05$)

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการกับอาการ; ผู้ดูแลผู้พิการ; ความเครียด; ที่บ้าน

^{*} อาจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรีัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^a Corresponding author : จิราณวิวัฒน์ ขาญสูงเนิน Email: jiranuwatth@bcnt.ac.th

รับบทความ: 10 ส.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 21 ส.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 23 ส.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 16 ก.ย. 65

Effectiveness of Symptom Management Program on Stress Reduction among Caregivers of Home Complete Dependent Persons with Disabilities

Jiranuwat Chansungnoen^{*a}, Tidarat Supanunt^{*}

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to compare the effect of symptom management program on stress among caregivers of disabled at home that was 40 qualified cases. 20 cases were the control group, 20 cases were the experiment group by considering on similarity of the caregiver's age, differed 5 years, the gender of the caregivers and the disability level in the same level. The control group received routine care. The experimental group received the symptom management practice program and the usual care. The program was developed based on the symptom management model of Dodd et al. including 4 stages namely 1) symptom experience assessment, 2) the potential development on the symptom management, 3) self-management at home and 4) evaluation. The instruments were demographic data sheet and stress questionnaire. The stress questionnaire was tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of 0.86 Data were analyzed using descriptive statistics dependent t-test and independent t-test. The research result were The stress score of the experimental group after the end of the program 4 weeks less than that before receiving the program with statistical significance ($t=12.089$, $p<0.05$) and The stress score of the experimental group after the end of the program 4 weeks less than the control group with statistical significance ($t=12.427$, $p<0.05$)

Keywords : Symptom management program; Caregivers for persons with disabilities; Stress; At home

^{*} Instructor, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^a Corresponding author : Jiranuwat Chansungnoen Email : jiranuwat@bcnt.ac.th

Received: Aug. 10, 22; Revised: Aug. 21, 22; Accepted: Aug. 23, 22; Published Online: Sep. 16, 22

บทนำ

ผู้พิการเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่นับวันจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากสถิติทั่วโลกพบว่า มีคนพิการมากกว่า 1,000 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 15 ของประชากรทั่วโลก ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทยพบว่า ในปี 2561 ถึง 2565 มีผู้พิการจำนวน 2,022,481 คน 2,015,385 คน 2,076,313 คน 2,102,384 คน และ 2,116,751 คน ตามลำดับ ร้อยละ 3.05 ร้อยละ 2.89 ร้อยละ 3.12 ร้อยละ 3.18 และร้อยละ 3.20 ของประชากรทั้งประเทศ โดยประเภทความพิการที่มากที่สุด คือ ความพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหว ร้อยละ 49.65 49.39 49.73 50.17 และ 50.43 ตามลำดับ⁽²⁾ ในจังหวัดตรังมีผู้พิการรวมทุกประเภทจำนวน 19,542 คน ในจำนวนนี้มีผู้พิการด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว จำนวน 10,734 คน ร้อยละ 54.92 ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการบาดเจ็บศีรษะ ปัญหาของหลอดเลือดสมอง การได้รับอุบัติเหตุ บริเวณไขสันหลัง สมองพิการแต่กำเนิด ฯลฯ เป็นต้น⁽³⁾ ผู้พิการกลุ่มนี้จะมีควมบกพร่องด้านร่างกาย เช่น อาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง สูญเสียความสามารถในการทรงตัว⁽⁴⁾ และทางด้านการจิตใจ เช่น มีความบกพร่องทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย มีพฤติกรรมและบุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม^(4,5) ทำให้มีการสูญเสียความสามารถในระดับรุนแรง นอนอยู่แต่บนเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านกิจวัตรประจำวัน หรือต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด (The Modified Rankin Scale ระดับ 5)⁽³⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวต้องมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่หรือน้อง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน^(6,7) ต้องมารับบทบาทการเป็นผู้ดูแล ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยนั้น เป็นบทบาทที่ไม่ได้คาดหวังมาก่อน^(6,8) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ให้การดูแลโดยลำพัง โดยให้การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลาไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และยังส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 40 ในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย^(9,10) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญตา บุญวาศ, อิศารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี และนิมิตศุรา แว⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียงที่บ้านอยู่ในระดับสูง และความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียง ในจังหวัดตรัง ได้แก่ ต้องการความรู้ คำแนะนำในการดูแลผู้พิการ เป็นต้น ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลผู้พิการเกิดความเครียด โดยเฉพาะความเครียดในระดับสูงนั้น จะทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบในด้านต่างๆ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ปากแห้ง ร่างกายทรุดโทรม ท้องผูก นอนไม่หลับ ใจสั่น กระสับกระส่าย ความดันโลหิตสูง หงุดหงิดง่าย ตกใจง่าย หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ การทำงานผิดพลาด การตัดสินใจไม่ดี การเรียนรู้และความทรงจำลดลง อีกทั้งความพิการของผู้ป่วยการเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเป็นระยะเวลานาน ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าผลที่ตามมานั้นจะทำให้ผู้พิการสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้เพียงใด ผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับความขัดแย้ง ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนักเกินความสามารถของตนเองที่จะกระทำได้และอาจนำมาซึ่งการทอดทิ้งผู้ป่วยได้ในที่สุด⁽¹¹⁻¹³⁾ ในภาวะเช่นนี้ผู้ดูแลจึงต้องการการพยาบาล

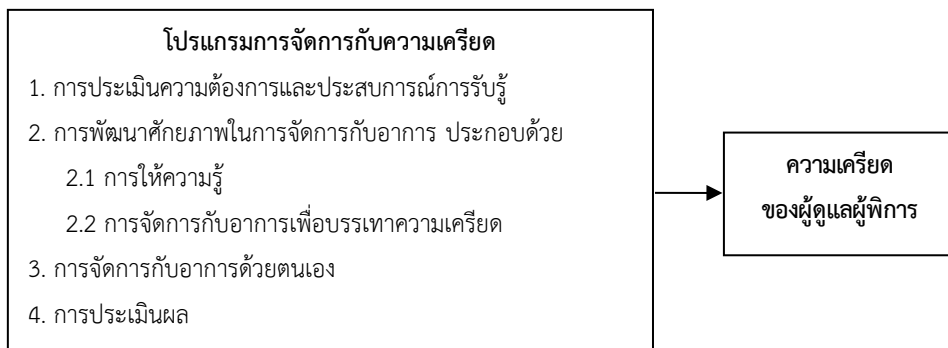
เพื่อลดอาการดังกล่าว⁽¹⁴⁾ ดังนั้นดูแลผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถให้การดูแลผู้พิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการกับอาการเป็นการควบคุมอาการ การลดอาการ หรือป้องกันการเกิดอาการ ถือเป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของพยาบาลตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์⁽¹⁵⁾ บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะช่วยลดอัตราของการเจ็บป่วย การจัดการกับอาการต้องมุ่งเน้นการปรับประสบการณ์ คือ ปรับการรับรู้ การประเมินและตอบสนองต่ออาการ และปรับกลวิธีในการจัดการกับอาการให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้อาการรุนแรงลดลง หรือป้องกันการเกิดอาการ⁽¹⁶⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นผู้ดูแลมีการดูแลตนเองเพื่อจัดการความเครียดตามความเชื่อหรือประสบการณ์เดิมที่เกิดขึ้นในอดีตหรือจากคำแนะนำของบุคคลอื่นมาใช้จัดการกับอาการของตน และพบว่าวิธีที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเลือกใช้ส่วนใหญ่ คือ พฤติกรรมที่แสดงออกทางอารมณ์หรือเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อปัญหา โดยการการจัดการกับอารมณ์ที่เลือกใช้กันมากที่สุด คือ กังวลใจ เตรียมพร้อมรับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น คิดไปต่างๆ นานา รู้สึกหงุดหงิดกระวนกระวายใจ เพื่อเป็นการลดความเครียด⁽¹⁷⁾ แต่กลวิธีในการดูแลตนเองดังกล่าว ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการบรรเทาความเครียดได้ทั้งหมด ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเครียด รวมถึงการเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ข้อมูล ความรู้ และกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเครียดเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง โดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ⁽¹⁶⁾ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้พิการมีความรู้ความเข้าใจตามสาเหตุของอาการและการดูแลตนเองในการจัดการกับอาการ ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล และมีกลวิธีเป็นแนวทางในการบรรเทาอาการได้ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความสงบและผ่อนคลายมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ⁽¹⁶⁾ มาสร้างเป็นโปรแกรมเพื่อจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการที่บ้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการที่บ้านภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มที่รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการที่บ้านหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการที่บ้านกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง ญาติ ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้พิการที่บ้าน ในจังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง ญาติ ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้พิการติดเตียงที่บ้าน ในเขตจังหวัดตรัง จำนวน 40 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแลตามเกณฑ์ ดังนี้ สามารถติดต่อสื่อสารอ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ เป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง เป็นผู้ดูแลหลักทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้พิการที่บ้าน ซึ่งไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน เป็นผู้ดูแลผู้พิการที่ติดเตียง ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน แต่ละกลุ่มไม่ควรน้อยกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรจะมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ไดจากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้นและมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลงทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด⁽¹⁸⁾ โดยการศึกษาครั้งนี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติมากขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้ ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้พิการที่เทศบาล อบต.

ต่างๆ และพบผู้ดูแลผู้พิการ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยจัดเข้ากลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุของผู้ดูแลต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศของผู้ดูแล และระดับความพิการของผู้พิการอยู่ในระดับรุนแรง ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้พิการแต่ละคนและบันทึกลักษณะของตัวแปรควบคุมของผู้ดูแลผู้พิการ หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกและดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองโดยอาศัยความคล้ายคลึงกันตามเกณฑ์การจับคู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้พิการ ลักษณะคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ และระดับความพิการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังที่ได้รับอนุญาตจากผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านแล้ว โดยรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และประเมินจากผู้ป่วย ทั้งนี้ระดับความพิการ ประเมินจากตามแบบประเมินดัชนี Barthel ADL index (Barthel activity of daily living index)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล มีลักษณะคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวนทั้งหมด 13 ข้อ และแบบวัดความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย 13 ข้อ คำถาม โดยลักษณะการให้คะแนน ถ้าตอบว่า "ใช่" หมายถึง 1 คะแนน และตอบว่า "ไม่" หมายถึง 0 คะแนน การประเมินระดับความเครียดมีคะแนนตั้งแต่ 0-13 คะแนน โดย Robinson⁽¹⁹⁾ แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ	ความหมาย
≤ 2	ผู้ดูแลผู้พิการมีภาวะความตึงเครียดระดับต่ำ
3 - 7	ผู้ดูแลผู้พิการมีภาวะความตึงเครียดระดับปานกลาง
> 7	ผู้ดูแลผู้พิการมีภาวะความตึงเครียดระดับสูง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเครียด เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ⁽¹⁶⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการ การให้ความรู้และการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเครียด ขั้นตอนที่ 3 การจัดการอาการด้วยตนเองที่บ้าน และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นแบบบันทึกการจัดการกับอาการที่บ้าน ให้ผู้ดูแลบันทึกทุกครั้ง ที่ปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยสร้างไว้ในส่วนท้ายของคู่มือ โดยบันทึกวัน เดือน ปี ท่าที่ใช้ในการฝึกและระยะเวลา ในการฝึก โดยผลที่วิเคราะห์ได้จะนำไปเป็นส่วนของการอภิปรายผลการทดลอง

5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือกำกับการทดลอง

5.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้อง ตามเกณฑ์การให้คะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รูปแบบ ความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา ความสอดคล้องและความเหมาะสมระหว่างสื่อที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จากนั้นคำนวณหา ดัชนีความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับแก้ให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิ เท่ากับ 1

5.2 การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปหาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน ที่มีคุณสมบัติลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บราก (Cronbach's alpha coefficient) และนำเครื่องมือที่ใช้ ในการทดลองที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา ระยะเวลาที่ใช้กับผู้ดูแลผู้พิการ ติดเตียงที่บ้านแต่ละกิจกรรม และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม ซึ่งแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล ผู้พิการติดเตียงที่บ้านมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณา จริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรีง โดยมีขั้นตอน การดำเนินการ ดังนี้

1. คณะผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรีง ถึงนายกองค์การ บริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อพบกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในชุมชนในจังหวัดตรีง โดยสำรวจรายชื่อผู้พิการ จากองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพบผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน เฉพาะที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยจัดผู้ดูแล ผู้พิการติดเตียงที่บ้านเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

3. ดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับดูแลตามมาตรฐานปกติจากพยาบาลชุมชน และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติและได้รับโปรแกรมฯ
4. ประเมินความเครียดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ของทั้งสองกลุ่ม
5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน โดยสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวหลังจากผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เลขที่รับรอง 15/2562 เรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้เพื่อเป็นการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน การรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการดำเนินการวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับการตอบรับหรือการปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มีการบังคับ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนการวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านก่อนและหลัง การทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบสองกลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านก่อนและ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ผู้พิการกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่า 60 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35.00 และมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้พิการเป็นกลุ่มติดเตียง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 46-60 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35.00 และมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้พิการเป็นกลุ่มติดเตียง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.00 มีอายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.00 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 45.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา และ ปวช./อนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 35.00 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.00 ทั้งหมดไม่มีกิจกรรมผ่อนคลาย คิดเป็นร้อยละ 100.00 ทั้งหมดไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ไม่มีภาระที่จะต้องให้การดูแลอื่นนอกจากผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 70.00 ส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลที่บ้าน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 55.00 และส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.00 มีอายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.00 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 35.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 65.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.00 ทั้งหมดไม่มีกิจกรรมผ่อนคลาย คิดเป็นร้อยละ 100.00 ทั้งหมดไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ไม่มีภาระที่จะต้องให้การดูแลอื่นนอกจากผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลที่บ้าน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 40.00 และส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 55.00

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองเท่ากับ 7.900 ซึ่งอยู่ในระดับสูง และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ เท่ากับ 8.950 ซึ่งอยู่ในระดับสูง ดังตาราง 1 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 8.100 ซึ่งอยู่ในระดับสูง และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ เท่ากับ 4.650 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=20)

ความเครียด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
กลุ่มควบคุม	7.900	1.333	8.950	1.234
กลุ่มทดลอง	8.100	1.210	4.650	0.933

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านของกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ (n=20)

ความเครียด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มควบคุม	7.900	1.333	8.950	1.234	19	6.842
กลุ่มทดลอง	8.100	1.210	4.650	0.933	19	12.089

p<0.05

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.900 ซึ่งอยู่ในระดับสูง และกลุ่มทดลองเท่ากับ 8.100 ซึ่งอยู่ในระดับสูง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Independent t-test กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน ไม่แตกต่าง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง
ที่บ้าน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

ความเครียด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	7.900	1.333	8.100	1.210	38	0.497

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.950 ซึ่งอยู่ในระดับสูง และกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.650 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Independent t-test หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า

กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน สูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน หลังการทดลอง 4 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

ความเครียด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	8.950	1.234	4.650	0.933	38	12.427

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการที่บ้านหลังได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการที่บ้านกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน

สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน เป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ⁽¹⁶⁾ ซึ่งมีแนวคิดว่าการจัดการกับอาการต้องมุ่งขจัดสาเหตุของอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กัน และนำทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงก มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านมีความรู้และทักษะในการจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง และเกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล เป็นการส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้พิการ และดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดนเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง เป็นการสร้างความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลมากขึ้น จากนั้นประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเครียด โดยให้ผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์การรับรู้และการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ดูแลเอง จากนั้นผู้วิจัยเริ่มปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้เกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแล ให้มีการรับรู้ตรงตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเครียด

ตามสาเหตุที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเครียด ในเรื่องของความเครียด สาเหตุ ผลกระทบของความเครียด การบรรเทาความเครียด ให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติ และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการบริหารกายจิตด้วยซิงก์ โดยปฏิบัติเป็นรายบุคคลจนกว่าผู้ดูแลจะสามารถปฏิบัติได้และเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับการให้คู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเครียด หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลทบทวนต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งนี้วิธีการดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและรับรู้ถึงสาเหตุของการเกิดอาการได้ถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งมีทักษะที่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากนั้นประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเครียดไปใช้ว่าได้ผลเพียงใด มีปัญหาอุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัย ร่วมกับประเมินว่าผู้ดูแลปฏิบัติได้ผลอย่างไรและสม่ำเสมอหรือไม่

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.950 ซึ่งอยู่ในระดับสูง และกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.650 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เห็นได้ว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดเพิ่มมากขึ้น ส่วนกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนความเครียดลดลงเรื่อย ๆ อาจเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด ประกอบกับสุขภาพของผู้พิการที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีอาการไม่ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดตามมา ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ กรกฎ สุวรรณอัคระเดช⁽²⁰⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ขบา เรียนรมย์⁽²¹⁾ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม

การจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แบบซิงก์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.12, p < 0.05$) ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการสามารถบรรเทาความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านได้ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดการใช้กลวิธีในการจัดการกับความเครียด

โดยคำนึงถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแล ตามกล่าวไว้ในแบบจำลองการจัดการกับอาการร่วมกับการฝึกปฏิบัติการบริหารกายจิตด้วยสิ่งที่เป็นการดูแลแบบผสมผสานที่ให้ผู้ดูแลเป็นผู้ปฏิบัติด้วยตัวเอง โดยมีพยาบาลสนับสนุนและเติมเต็มส่วนที่ขาด สอดคล้องกับการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถบรรเทาความเครียดลงได้ ทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดำรงบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการเยี่ยมบ้านให้มีความเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ดูแลนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการบรรเทาความเครียดของตนเองที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการดำรงบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. ด้านการบริการพยาบาล ส่งเสริมให้มีการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านให้กับพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขได้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญ เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญให้กับผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านต่อไป

3. ด้านการศึกษาวิจัย ส่งเสริมการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยการนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัยทางการพยาบาลที่เป็นรูปแบบการดูแล โดยสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและค้นหารูปแบบการพยาบาลอื่นๆ ที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านในระยะเวลาที่นานขึ้น เพื่อผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านมีระดับของความเครียดลดลงมากขึ้นต่อไป

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการเพื่อใช้ในการบำบัดกลุ่มอาการอื่นๆ ของผู้ดูแลและผู้พิการติดเตียงที่บ้าน หรือกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ในระยะพักฟื้นหรือระยะเรื้อรัง

3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการหรือโปรแกรมอื่นๆ เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Disability and health. [Internet]. 2018 [cited 2022 May 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
2. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ด้านคนพิการ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ค. 30]. เข้าถึงได้จาก: <https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge-base/disabled-person-situation>
3. ชื่นชม ชื่นลือชา. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ธรรมชาติเวชสาร. 2555; 12(1):97-110.
4. สงวนสิน รัตนเลิศ. บาดเจ็บที่ศีรษะการดูแลตามระบบคุณภาพ HA. กรุงเทพฯ: โอเอส พรินติ้งเฮาส์; 2546.
5. พาริตา อิบราฮิม. ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาททางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2542.
6. Marsh NV, Kersel DA, Havill JH, Sleight JW. Caregiver burden during the year following severe traumatic brain injury. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology 2002;24(4):434-47.
7. จิราวัฒน์ ขาญสูงเนิน, เพ็ญจันทร์ มณีโชติ, ดวงใจ สวัสดิ์. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 2560;10(1):71-8.
8. Hickey JV. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. 5th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1992
9. Kreutzer JS, Marwitz JH, Kepler K. Traumatic brain injury: family response and outcome. Arch Phys Med Rehabil 1992;73(8):771-7.
10. Bond AE, Draeger CR, Mandleco B, Donnelly M. Needs of family members of patients with severe traumatic brain injury. Implications for evidence-based practice. Crit Care Nurse. 2003;23(4):63-72.
11. ขวัญตา บุญวาศ, จิตารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, นิมิตต์ธูรา แว. ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;4(1):205-16.
12. สุดาสิณี สุทธิฤทธิ์, อรณัศ ยวงทอง, วราภา จันทร์เอียด, สุวรรณิ นิยมจิตร. ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2564;35(2):1-12.

13. Pasquali EA. Humor: preventive therapy for family caregivers. *Home Healthc Nurse*. 1991;9(3):13-7. doi:10.1097/00004045-199105000-00008
14. Carey PJ, Oberst MT, McCubbin MA, Hughes SH. Appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*. 1991;18(8):1341-8.
15. สุรีพร ธนศิลป์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, รุ่งระวี นาวิเจริญ. เอกสารคำสอนการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง 2. เอกสารอัดสำเนา: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552
16. Dodd M, Janson S, Facione N, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001;33(5):668-76. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x
17. ดารารัตน์ ปานดี. ปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549.
18. Burn N, Grove SK. *Nursing research*. 5th ed. U.S.A.: W.B. Saunders; 2005.
19. Robinson BC. Validation of a Caregiver Strain Index. *J Gerontol*. 1983;38(3):344-8. doi:10.1093/geronj/38.3.344
20. กรกฎ สุวรรณอัครเดชา. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกันต่อความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
21. ขบา เรียนมัย. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งกันต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.

การพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์

ศาสตรา เข็มบุบผา, พ.บ.*^a

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการระหว่างวันที่ ตุลาคม 2563-กันยายน 2564 ขั้นตอนประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของระบบการให้บริการฯ ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบ ระยะที่ 3 การนำไปทดลองใช้ ระยะที่ 4 การปรับปรุงพัฒนาระบบ และระยะที่ 5 การประเมินผล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 167 คน ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามการมีส่วนร่วม แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และแบบประเมินความสามารถตามดัชนีบาร์เฮลเอดีแอล วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความรู้ก่อนและหลังอบรมฯ ใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการฯ ประกอบด้วย การพัฒนาบุคลากร ด้วยการอบรมฯ การพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ และสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดบริการ เชื่อมโยงกับชุมชน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีผู้ป่วยกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 70.37 และผู้ป่วยติดเตียงดีขึ้นเป็นผู้ป่วยติดบ้านร้อยละ 20.00 และมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบฯ อยู่ในระดับมาก-มากที่สุด (ร้อยละ 60.47) ดังนั้นการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว จะดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพได้ ต้องได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการร่วมคิด ร่วมดำเนินกิจกรรม และร่วมประเมินผล

คำสำคัญ : พัฒนาระบบ; เชื่อมโยงการให้บริการ; การดูแลระยะกลาง; การดูแลระยะยาว

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์

^a Corresponding author: ศาสตรา เข็มบุบผา Email: sastra265@gmail.com

รับบทความ: 4 ส.ค. 65; รับประทานแก้ไข: 11 ก.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 11 ก.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 26 ก.ย. 65

The Development in Network of Intermediate Care to Long-Term Care System in Bandan District, Buri Ram Province

Sastra Khemboobpa, MD^{*a}

Abstract

This research and development project aimed to develop and evaluate a new networking system that connected intermediate care to long-term care for patients at Bandan district, Buriram province. The study was conducted during October 2020 and September 2021 and was consisted of 5 main steps. step 1: situational and problem analysis of the existing system; step 2: designing and developing the new networking system; step 3: implementing and testing of the new system; step 4: adjusting the system based on findings from step 4; and step 5: evaluating the effectiveness and efficacy of the system. The samples included 167 persons selected purposively from the pool of health-care providers clients and stakeholders. The data were collected using knowledge test, participation questionnaire, home visit record, and Barthel ADL assessment before and after the implementation of the system. The data were analyzed using percentages, means, and standard deviations for descriptive purpose and paired t-test to determine differences between before and after the intervention. The significant level was set at $p\text{-value} < 0.05$. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The study showed that the development of the service linkage system was consisted of personnel development, an integrated home visiting process and create participation in providing services to connect with the community. Knowledge level among participants improved significantly after implementation the system ($p < 0.05$). There was a 70.37% increase in the number of patients who improved to independency while 20% reported improving from complete dependence to partial dependence. About 60.47% reported having good to very good levels of participations to the system. This study demonstrates that the intermediate to long-term health network system will be effective with participations from all sectors in the planning, implementation, and evaluation of the process.

Keywords : System development; Networking of care; Intermediate care, Long-term care

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level, Director of Bandan Hospital, Buriram Province

^a Corresponding author: Sastra Khemboobpa Email : sastra265@gmail.com

Received: Aug. 4, 22; Revised: Sep. 11, 22; Accepted: Sep. 11, 22; Published Online: Sep. 26, 22

บทนำ

จากการที่อัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกที่มีแนวโน้มลดลง บวกกับการที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น เนื่องจากการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น และประชากรที่เกิดในยุคคนที่มียุคคนที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 58 ปี หรือคนที่เข้าสู่วัยเกษียณ (Baby boomers) ได้เข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้หลายประเทศในโลก เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสังคมที่สำคัญ นั่นคือ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว อาทิ ฝรั่งเศส สวีเดน ญี่ปุ่น⁽¹⁾ ข้อมูลของประเทศไทยพบว่า ในปี 2565 ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ⁽²⁾

ระบบสุขภาพของประเทศไทยเน้นงานรักษาพยาบาลมากกว่างานฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้โรงพยาบาลต้องบริหารจัดการเตียง เพื่อรองรับผู้ป่วยระยะเฉียบพลันให้ได้มากที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เมื่อพ้นระยะวิกฤติ จะถูกจำหน่ายให้กลับบ้านทันที แต่เมื่อกลับไปอยู่บ้านพบว่าญาติไม่พร้อมในการดูแล ขาดอุปกรณ์ช่วยในการดูแล ต้องการความช่วยเหลือด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานแก่ผู้ป่วย การปรับปรุงบ้านที่พักอาศัย ทำให้บ่อยครั้งผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร จนเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น จากปัญหาดังกล่าว แนวคิดเรื่องการดูแลระยะกลาง (Intermediate care: IMC) จึงได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น เพื่อหวังที่จะ เต็มเต็มช่องว่างของระบบบริการ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะ ร่างกาย จิตใจ การทำกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ทั้งการกลับสู่สังคมได้ เต็มศักยภาพ และเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับญาติหรือผู้ดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรง ในการพยากรณ์โรคและการฟื้นตัวไม่ดี⁽³⁾

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งดูแล ผู้ป่วยระยะกลาง โดยรับผู้ป่วยพ้นวิกฤติมาดูแล “เน้น 3 โรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมอง และการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง” เพื่อลดการนอนโรงพยาบาลในรายที่ไม่จำเป็น และลดจำนวนผู้ป่วย ที่ต้องการการดูแลระยะยาวที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น มีแผนให้บริการรายบุคคล มีเป้าหมายฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมสุขภาพ แต่ถ้าผู้ป่วยมีความพิการและจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูและมีการสนับสนุนต่อไปอีกเพื่อการคงสภาพผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นการออกจากโปรแกรมบริการ ระยะกลางแต่เข้าสู่ระบบบริการระยะยาว⁽⁴⁾ ซึ่งการดูแลระยะยาวจะเป็นการดูแลสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ชุมชนและสังคมมีส่วนร่วม⁽⁵⁾ ซึ่งหากมีระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวที่ดี

จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดฟื้นฟู รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ในปีงบประมาณ 2561-2563 โรงพยาบาลบ้านด่าน มีจำนวนผู้ป่วยดูแลระยะกลาง (Intermediate care: IMC) เฉลี่ย 23 รายต่อปี โดยพบผู้ป่วย Ischemic stroke มากที่สุดร้อยละ 80.88 และจำหน่ายเป็นผู้ป่วยดูแลระยะยาว (Long term care: LTC) จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.08 โดยทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านด่าน ได้มีการวางระบบที่เน้นการให้บริการแบบ“บ้านด่าน โมเดล” ตั้งแต่ในโรงพยาบาล โดยพิจารณาการดูแลให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย การเสริมพลังผู้ป่วยและญาติ ในการฟื้นฟูสภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ที่เพิ่มขึ้น⁽⁶⁾ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยดูแลระยะกลางที่จำหน่ายเป็นผู้ป่วยดูแลระยะยาวไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ฟื้นฟูสภาพ หรือได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดำรงชีวิต รวมถึงผู้ดูแลหลัก/ญาติของผู้ป่วยขาดความพร้อมในการดูแล สภาพแวดล้อมที่พักอาศัยที่ไม่เหมาะสม ขาดภาคีเครือข่ายที่จะร่วมบูรณาการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาและประเมินผลการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก/ญาติดีขึ้น ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคมในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว

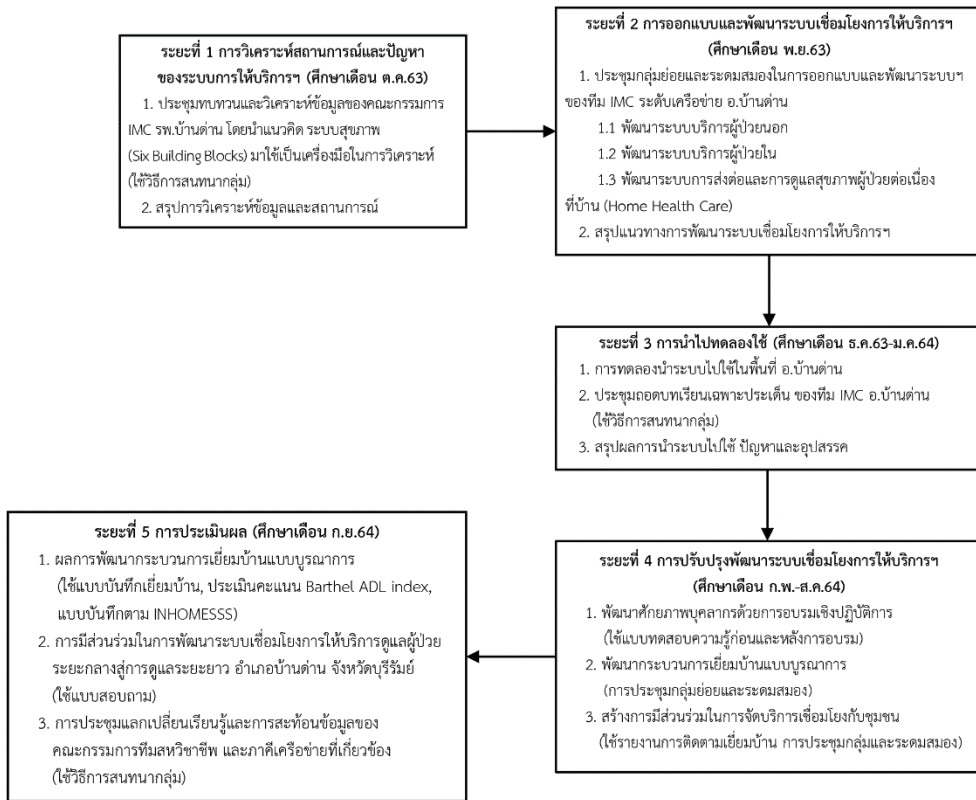
ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมุ่งเน้นศึกษาการพัฒนาระบบและผลการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2563–กันยายน 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลฟื้นฟู พยาบาลปฐมภูมิ นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย รวม 12 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม มีประเด็นคำถามตามหลักการ Six Building Blocks⁽⁷⁾ และปัญหาที่พบในด้านต่างๆ รวมถึงผลการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางและผู้ป่วยระยะยาว ตั้งแต่ปี 2561–2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พยาบาลปฐมภูมิ ทีมสหวิชาชีพจาก รพ.สต. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวทางการให้บริการดูแลระยะกลาง แนวทางการให้บริการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล ร่วมกับคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ⁽⁸⁾ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มย่อยและระดมสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 3 การนำไปทดลองใช้ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการฯ พยาบาลปฐมภูมิ ทีมสหวิชาชีพจาก รพ.สต. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมด 40 คน และผู้ดูแลระยะกลาง 9 คน รวมทั้งหมดจำนวน 49 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยดูแลระยะกลางในช่วงเดือนธันวาคม 2563-มกราคม 2564 แนวทางการสนทนากลุ่ม

โดยมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยดูแลระยะกลาง การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ระบบการส่งต่อการประสานงานและสถานที่ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 4 ปรับปรุงพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว โดยดำเนินการ ดังนี้

1) พัฒนาศักยภาพบุคลากร กลุ่มตัวอย่างคือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และ Caregiver ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะกลางหรือระยะยาว ที่มีความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัย รวมทั้งสิ้น 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และการดูแลระยะยาว และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการให้บริการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบปรนัย 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ หากตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ฯ ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 คน จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ เท่ากับ 0.83 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมฯ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบผลการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

2) พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาระบบฯ พยาบาลปฐมภูมิ ทีมสหวิชาชีพจาก รพ.สต. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate care in community)⁽⁹⁾ และประเด็นคำถามเกี่ยวกับนโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

3) สร้างการมีส่วนร่วมในการจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งสิ้น 167 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community)⁽⁹⁾ คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁰⁾ และประเด็นคำถามเกี่ยวกับนโยบายและแนวทาง

การสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 5 การประเมินผล ได้แก่

1) ผลการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ จะติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยดูแลระยะกลาง 22 คน ผู้ป่วยดูแลระยะกลางที่จำหน่ายเป็นผู้ป่วยดูแลระยะยาว 5 คน ในเขตพื้นที่ อำเภอบ้านด่าน รวมทั้งสิ้น 27 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือใช้ ได้แก่ แบบบันทึกเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะกลางและระยะยาว ที่ประกอบด้วยแบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel activities of daily living: Barthel ADL index) และแบบบันทึกเยี่ยมบ้านตาม INHOMESSS ของโรงพยาบาลบ้านด่าน โดยแบบประเมิน Barthel ADL index จะมีคำถาม 10 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนนรวม ADL 20 คะแนน⁽¹¹⁾ การแปลผลคะแนน 12 คะแนนขึ้นไปอยู่ใน กลุ่มติดสังคม 5-11 คะแนน อยู่ในกลุ่มติดบ้าน และ 0-4 คะแนน อยู่ในกลุ่มติดเตียง โดยในการศึกษาของ กษกร สายบุญศรี และอัครนิ วันชัย⁽¹¹⁾ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินกิจวัตรประจำวันโดยวิธีสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ขณะออกเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

2) ผลการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่ การดูแลระยะยาว จะประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการ ดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบปลายปิด ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบมาตรวัดของ ลิเคิร์ต (Likert's scale)⁽¹²⁾ มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผล ค่าคะแนนการมีส่วนร่วม แบ่งได้ 5 ระดับ⁽¹³⁾ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึงระดับการมีส่วนร่วมมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึงระดับ การมีส่วนร่วมปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึงระดับการมีส่วนร่วมน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึงระดับการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด แบบสอบถามการมีส่วนร่วมฯ สร้างขึ้นโดยกำหนดขอบเขต และโครงสร้างเนื้อหา ให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความชัดเจนของภาษา แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.85 กลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ 26 คน กลุ่มผู้รับบริการ 8 คน และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 133 คน รวมทั้งสิ้น 167 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ที่มีความสามารถสื่อสาร อ่านออก เขียนได้ ด้วยภาษาไทย เป็นญาติ/ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย IMC และ/หรือ LTC ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกันยายน 2564 เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดการ วิจัย เป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการฯ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูลโดย

การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 167 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

3) ผลการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนข้อมูล กลุ่มตัวอย่างคือ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการฯ พยาบาลปฐมภูมิ ทีมสหวิชาชีพจาก รพ.สต. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่มีความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม โดยมีประเด็นคำถาม/เนื้อหาในการสนทนากลุ่ม อาทิเช่น สิ่งที่ได้ดีแล้ว สิ่งที่ได้ยังไม่ดี ปัญหา/อุปสรรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ตามเอกสารรับรองเลขที่โครงการ BRO 2020-030 ลงวันที่ 4 กันยายน พ.ศ.2563 และเลขที่โครงการ BRO 2020-030 ลงวันที่ 4 กันยายน พ.ศ.2564 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด หัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแจ้งให้ทราบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปราย หรือพิมพ์เผยแพร่จะไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างและเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของระบบการให้บริการฯ โดยอ้างอิงกรอบแนวคิด Six building blocks⁽⁷⁾ มีดังนี้

1. **ระบบบริการ** ปัญหาที่พบ คือ 1) ระบบการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับมาจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ 2) ปัญหาด้านโครงสร้างอาคารสถานที่คับแคบและจำกัดจำนวนเตียงที่รองรับผู้ป่วยดูแลระยะกลาง 3) ผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับมาจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ หรือโรงพยาบาลอื่นๆ มาถึงโรงพยาบาลบ้านด่านนอกเวลาราชการ ทำให้ไม่ได้รับการฟื้นฟูตั้งแต่วันแรกที่มาถึงโรงพยาบาล และ 4) ผู้ป่วยบางรายที่นอนโรงพยาบาล 5-7 วันแต่อาการยังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยหรือญาติไม่มีความพร้อมในการดูแลที่บ้าน ที่อยู่อาศัยสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม

2. **กำลังคนด้านสุขภาพ** ปัญหาที่พบ คือ 1) ไม่มีนักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัดมาร่วมทีมในการดูแลผู้ป่วย 2) มีการโยกย้ายเจ้าหน้าที่มารับงานใหม่ยังขาดความรู้ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และ 3) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3. **ระบบข้อมูลสารสนเทศ** ข้อมูลผู้ป่วยจะได้รับการบันทึกไว้ในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม HOSxP บันทึกในเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยใน บันทึกในแบบฟอร์ม IMC

protocol, Standing doctor order sheet, Team meeting report และ Activities protocol for intermediate care ซึ่งไม่พบปัญหาด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ

4. **สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์** ปัญหาที่พบ คือ โรงพยาบาลจัดให้มีศูนย์ยืมคืนอุปกรณ์ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เช่น ไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดิน (Walker) รถเข็นนั่ง ที่นอนลม ถังออกซิเจน เป็นต้น ซึ่งบางครั้งอุปกรณ์มีจำนวนไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากมีจำนวนจำกัด หรือชำรุดรอซ่อม

5. **ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ** ปัญหาที่พบ คือ การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างโรงพยาบาล ที่ยังไม่มีระบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลแบบรายกรณี (On top) ที่สามารถรองรับการพัฒนาระบบบริการการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

6. **ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล** ปัญหาที่พบ คือ คณะกรรมการ IMC และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องขาดการประชุมเพื่อทบทวนปัญหาร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละราย รวมถึงการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากมีหลากหลายวิชาชีพที่มีส่วนสำคัญในการดูแลรักษา และมีเวลาว่างที่ไม่ตรงกัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์

สถานการณ์ผู้ป่วยดูแลระยะกลาง ของโรงพยาบาลบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2561-2563 มีจำนวนผู้ป่วย IMC รวมทั้งสิ้น 68 ราย พบผู้ป่วยเพศชาย จำนวน 42 ราย เพศหญิง 26 ราย ผู้ป่วยที่จำหน่ายโดยเสียชีวิตรวม 10 ราย และจำหน่ายเป็น Long term care จำนวน 2 ราย โดยปีงบประมาณ 2562 พบผู้ป่วย IMC มากที่สุด จำนวน 32 ราย ในส่วนของ 4 กลุ่มโรค พบว่า กลุ่มโรคที่พบมากที่สุด คือ Stroke จำนวน 55 ราย รองลงมาเป็น Traumatic brain injury จำนวน 8 ราย และ Spinal cord injury จำนวน 5 ราย และไม่พบผู้ป่วยกลุ่มกระดูกสะโพกหักในอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยระยะกลางที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ Urinary tract infection ร้อยละ 7.35 รองลงมาคือ Pressure sore ร้อยละ 2.94 และ Aspirate pneumonia ร้อยละ 1.47 ตามลำดับ โดยปีงบประมาณ 2563 พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด ร้อยละ 22.22 และพบผู้ป่วยดูแลระยะกลาง (IMC) ที่จำหน่ายเป็นผู้ป่วยดูแลระยะยาว (LTC) จำนวน 2 ราย โดยในปีงบประมาณ 2561 เป็นผู้ป่วยโรค Traumatic brain injury จำนวน 1 ราย และปีงบประมาณ 2562 เป็นผู้ป่วยโรค Hemorrhage จำนวน 1 ราย

ระยะที่ 2 ผลการออกแบบและพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง สู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ วงรอบที่ 1 แบ่งเป็น 3 ระบบ ดังนี้

1. **พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก** โดยทีมนักกายภาพบำบัดนัดผู้ป่วยให้การดูแลแบบผู้ป่วยนอก ร่วมกับแพทย์แผนไทย เดือนละ 2 ครั้ง อย่างน้อยครั้งละ 45 นาที จนครบ 6 เดือน หรือ Barthel ADL index เท่ากับ 20 ซึ่งในวันที่ทีมกายภาพบำบัดมาที่โรงพยาบาล จะมีการประสานทีมเยี่ยมบ้าน (Home health care)

ให้การดูแลทางการแพทย์ (Nursing care) 1 ครั้งต่อเดือน ครั้งละ 45 นาที หากในกรณีที่ผู้ป่วยส่งตัวกลับมาจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ หรือโรงพยาบาลอื่นๆ แล้วมาถึงโรงพยาบาลบ้านด่านนอกเวลาราชการ ทางโรงพยาบาลเพิ่มการจัดเวรให้บริการกายภาพบำบัดนอกเวลาราชการทุกวันจันทร์-วันศุกร์ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการฟื้นฟูตั้งแต่วันแรกที่มาถึงโรงพยาบาล

2. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยใน โดยจะให้บริการผู้ป่วยที่มีค่า Barthel ADL index < 15 หรือ Barthel ADL index ≥ 15 แต่มี Multiple impairment โดยแรกเริ่มจะมีการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยใน Thai COC หากพบปัญหาการส่งต่อข้อมูล จะประสานโรงพยาบาลบุรีรัมย์ลงทะเบียนผู้ป่วย ระบบบริการผู้ป่วยในจะให้บริการ Intermediate ward ทั้งหมด 14 เตียง โดยให้บริการ Intensive IPD rehabilitation program ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วัน ต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง Nursing care) เน้นการทำกิจกรรม Team meeting ของทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งหากสหวิชาชีพมีเวลาว่างที่ไม่ตรงกัน จะกำหนดให้อย่างน้อยต้องมีแพทย์ พยาบาล IMC และนักกายภาพบำบัดที่จะสรุปประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และแผนการดูแลต่อเนื่อง ในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายนอนโรงพยาบาล 5-7 วันแล้ว อาการยังไม่ดีขึ้น ญาติไม่มีความพร้อมในการดูแลที่บ้าน รวมถึงสถานที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม อาจพิจารณาในพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อเนื่อง โดยเน้นที่ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นสำคัญ

3. พัฒนาระบบการส่งต่อและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home health care: HHC) กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมรับผิดชอบเป็นศูนย์ HHC ของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่รพ.สต. เยี่ยมบ้านตามเขตรับผิดชอบ เป็นสหสาขาวิชาชีพจะให้บริการตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย มีพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์ HCC เป็น Care manager และผู้ประสานงาน โดยจะมีการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ให้บริการรักษาเบื้องต้น การพยาบาลที่บ้าน การสร้างเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ การเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อน/ความพิการ การฟื้นฟูสภาพ การติดตามการใช้ยา การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ

ระยะที่ 3 ผลการนำไปทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ในช่วงที่ศึกษา (ธันวาคม 2563-มกราคม 2564) มีผู้ป่วยดูแลระยะกลาง จำนวน 9 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 66.67) เป็นเพศหญิง จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 33.33) อยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 19-89 ปี โดยพบเป็นผู้ป่วย Stroke จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 77.78) โดยเป็นกลุ่ม Ischemic stroke จำนวน 5 ราย Hemorrhagic stroke จำนวน 2 ราย Traumatic brain injury จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 22.22) ไม่พบผู้ป่วย Spinal Cord Injury วันนอนเฉลี่ย 12.8 วัน เมื่อนำระบบบริการผู้ป่วยนอก ระบบบริการผู้ป่วยใน และระบบการส่งต่อและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home health care) ที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้

และติดตามผู้ป่วย (ยังไม่ครบ 6 เดือน) พบว่ามีค่า Barthel ADL index เพิ่มขึ้น จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 88.89) เท่าเดิม จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 11.11) ไม่พบผู้ป่วยที่มีค่า BI ลดลงหรือเสียชีวิต แต่จากการประชุมถอดบทเรียนเฉพาะประเด็นของทีม IMC ยังพบว่า 1) ไม่มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยดูแลระยะกลางที่จำหน่ายเป็นผู้ป่วยดูแลระยะยาว ขาดการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในชีวิตประจำวัน 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ไม่ได้เข้าร่วมทุกครั้ง ทำให้การประสานขอรับสนับสนุนอุปกรณ์หรืองบประมาณล่าช้า และ 3) บุคลากรขาดการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาวต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน และกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ไม่ชัดเจน

ระยะที่ 4 ผลการปรับปรุงพัฒนาระบบฯ ประกอบด้วย

1. **ผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากร** พบว่า ก่อนการอบรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้การให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและการดูแลระยะยาวเท่ากับ 9.48 และหลังการอบรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 13.07 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการอบรมฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนอบรมและหลังอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) โดยที่คะแนนหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและการดูแลระยะยาว ก่อนและหลังการอบรมฯ (n=40)

ความรู้การให้บริการดูแลผู้ป่วย ระยะกลางและระยะยาว	ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้			
	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนการอบรม	9.48	1.88	-10.22	0.00*
หลังการอบรม	13.07	1.21		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. **ผลการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ** โดยจะพัฒนาการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ 1) เครือข่ายภายในโรงพยาบาล มีช่องทางการปรึกษา สื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผ่านกิจกรรมของ Team meeting เพื่อให้เกิดกิจกรรมเสริมพลังผู้ป่วย ญาติ หรือ Caregiver และ 2) เครือข่ายภายนอกโรงพยาบาลผ่านทางช่องทางไลน์กลุ่ม โทรศัพท์ และเอกสารส่งตัวในการประสานงานกับทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร่วมกับส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม Thai COC ให้ลงเยี่ยมต่อเนื่องและตอบกลับภายใน 14 วัน ประสานยืมอุปกรณ์ในผู้ป่วยที่จำเป็น และประสานศูนย์ส่งต่อเพื่อนำส่งในกรณีไม่มีรถกลับบ้าน นอกจากนี้มีช่องทางการปรึกษา/สื่อสารกับผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเครือข่ายผ่านศูนย์ HHC และกลุ่มไลน์ IMC อำเภอบ้านด่าน เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร

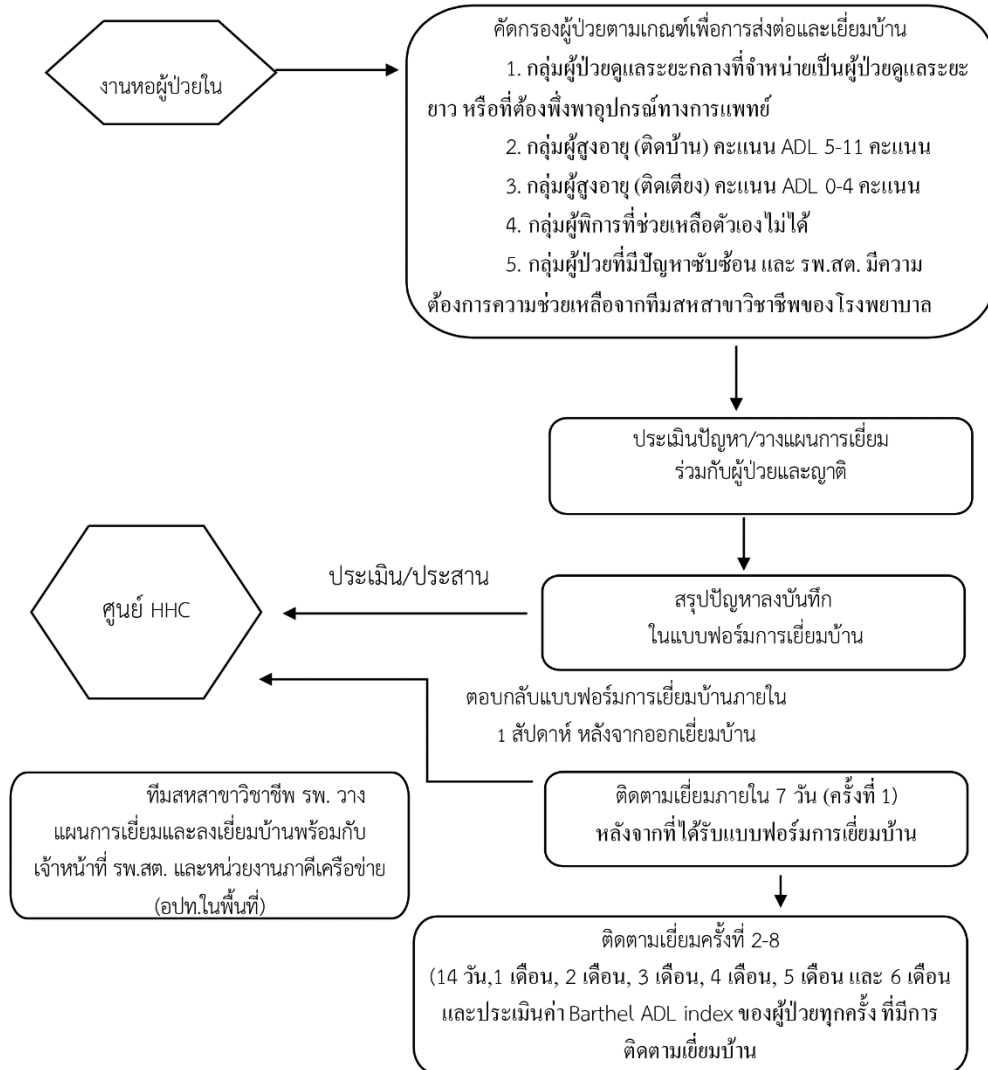
วางแผนและนัดเยี่ยมบ้านผู้ป่วย รวมทั้งรับปรึกษา หรือให้คำแนะนำ หากผู้ป่วยมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างที่รักษาตัวที่บ้าน ในส่วนของหน่วยงานภาคีเครือข่าย จะมีการกำหนดเป็นวาระในการประชุมในระดับอำเภอทุกครั้ง ร่วมกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลบ้านด่าน เพื่อรายงานข้อมูลและวางแผนการจัดทำแผนงานโครงการระดับอำเภอและตำบลร่วมกัน รวมถึงการขอสนับสนุนงบประมาณหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

3. ผลการสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชน ได้แก่ รูปแบบคนบ้านเดียวกัน ดูแลกันในหมู่บ้าน และต่างหมู่บ้านภายในตำบลเดียวกัน โดยทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. Caregiver และ อสม. มีการไขว้กันเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระหว่างหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยดูแลระยะกลาง/ระยะยาวอยู่ในหมู่บ้านใกล้เคียงกัน เน้นการเยี่ยมเสริมพลัง สร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก จะเป็นการชื่นชมเมื่อผู้ป่วยดูแลตนเองเหมาะสม สามารถช่วยเหลือตนเองในการใช้ชีวิตประจำวันได้ ซึ่งก่อนที่จะมีการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจะประสานผู้นำหมู่บ้าน ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายของหมู่บ้าน อย่างน้อย 1 วัน เพื่อให้ชาวบ้านในชุมชนได้รับทราบทั่วกัน และเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวด้วยความสมัครใจ ได้พบปะพูดคุยกัน เยี่ยมให้กำลังใจคนบ้านเดียวกัน และบทบาทองค์กรปกครองท้องถิ่น หลังจากออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พบว่า ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงราวจับห้องน้ำที่บ้านผู้ป่วย เพื่อช่วยลดภาระผู้ดูแลหลัก และ Caregiver รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณในโครงการจัดซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับผู้ป่วยติดเตียง และได้วางแผนร่วมกับทีมในการจัดทำโครงการในปีต่อไป เพื่อจัดหาที่นอนลม ถังออกซิเจน เครื่องผลิตออกซิเจน และอุปกรณ์ที่จำเป็นกับผู้ป่วย ตามสภาพปัญหาที่พบของผู้ป่วยแต่ละราย

สรุปผลการปรับปรุงพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ (วงรอบที่ 2) ดังภาพที่ 2

ระยะที่ 5 การประเมินผล

1. ผลการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จำนวน 27 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.30) ช่วงอายุ 19-94 ปี อายุเฉลี่ย 62.30 ปี มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 63.00) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 66.70) จำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ในช่วง 1-7 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.67 คน ผู้ให้การดูแลหลักคือ คู่สมรส (ร้อยละ 37.00) สิทธิการรักษาพยาบาลคือ บัตรทอง (ร้อยละ 92.60) การวินิจฉัยโรคคือ Ischemic stroke (ร้อยละ 44.40) มีโรคร่วม (ร้อยละ 55.60) ไม่มีการเกิดภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 66.7) ไม่มีการใช้วัสดุ/อุปกรณ์การแพทย์ (ร้อยละ 81.50) โดยผลการประเมิน Barthel ADL index ของผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนามีผู้ป่วยกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70.37 ในส่วนของกลุ่มติดเตียงและกลุ่มติดบ้านลดลงทั้ง 2 กลุ่ม โดยหลังการพัฒนาผู้ป่วยดูแลระยะยาวที่อยู่ในกลุ่มติดเตียงมีผลการประเมินดีขึ้นได้จัดให้อยู่ในกลุ่มติดบ้าน จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 20) ดังตารางที่ 2



ภาพที่ 2 ระบบการเยี่ยมบ้าน

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยที่มีค่า Barthel ADL index ในแต่ละกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนา

กลุ่มผู้ป่วย	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		เพิ่มขึ้น/ลดลง
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
กลุ่มติดเตียง	13	48.15	5	18.52	ลดลง
กลุ่มติดบ้าน	10	37.04	3*	11.11	ลดลง
กลุ่มติดสังคม	4	14.81	19	70.37	เพิ่มขึ้น
รวมทั้งสิ้น	27	100.00	27	100.00	

* LTC เพิ่มขึ้น 1

2. ผลการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ 60.47 การมีส่วนร่วมโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 (SD=0.69) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว หลังการพัฒนา (n=167)

ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา	หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มากที่สุด	32	19.16
มาก	69	41.31
ปานกลาง	56	33.53
น้อย	8	4.79
น้อยที่สุด	2	1.19
$\bar{X}=3.63$, SD=0.69, Min-Max=1.50-5.00		

3. ผลการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนข้อมูล พบว่า ในช่วงการพัฒนาในรอบที่ 2 สิ่งที่ได้ดีแล้ว ได้แก่ มีการประสานการทำงานเป็นเครือข่ายทุกภาคส่วนโดยเฉพาะหน่วยงานท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่ยังทำได้ไม่ดี ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย สถานที่ยังไม่พร้อมสำหรับผู้ป่วยดูแลระยะยาว สิ่งที่จะต้องดำเนินการต่อไปคือ การพัฒนาเครือข่ายให้มีความยั่งยืนให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

ในการดำเนินงาน ความต้องการบุคลากร เช่น นักโภชนาการ และต้องการให้มีพยาบาลฟื้นฟู/ นักกายภาพบำบัดมาเพิ่มทักษะกิจกรรมบำบัด

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาครั้งนี้ พบปัญหาในระบบบริการส่งต่อ ปัญหา ด้านโครงสร้าง สถานที่คับแคบ กำลังคนด้านสุขภาพไม่มีนักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด เจ้าหน้าที่ มารับงานใหม่ยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ปัญหาด้านการเงินและงบประมาณ ซึ่งได้เพิ่ม การสื่อสารข้อมูลการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล วางแผนงบประมาณการก่อสร้างอาคารสถานที่ มีแผนจัดสรร พยาบาลเข้าอบรมด้านกิจกรรมบำบัด และจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ซึ่งปัญหาที่พบในการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนภัทร รุ่งเนย และคณะ(14) ที่ทำการศึกษาความสำเร็จของการดำเนินการ การดูแลสุขภาพระยะกลางตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยพบว่าปัญหาอุปสรรคคือ ขาดแคลน อัตรากำลังและบุคลากรที่มีศักยภาพได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด ขาดทรัพยากรหรือปัจจัยสนับสนุน ทั้งด้านการเงิน งบประมาณ สถานที่ และค่าใช้จ่ายด้านวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์และยา ระบบการส่งต่อ และฐานข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพ โดยอาจจะต้องใช้การแก้ไขในเชิงนโยบายในการจัดสรรอัตรากำลังบุคลากร ที่มีศักยภาพอย่างเหมาะสม พัฒนาระบบการบันทึกและส่งต่อข้อมูลให้เป็นระบบเดียวกันทุกพื้นที่ ซึ่งเป็น สิ่งสำคัญที่จะยกระดับการดูแลสุขภาพระยะกลางของประเทศไทยให้ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น

จากผลการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว ด้วยวิธี การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยที่คะแนนหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม แสดงว่าหลังการอบรม ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทร มาลาศรี⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพ บุคลากร การจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ (Continuity of care: COC) และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล/ ภาศิเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง⁽¹²⁾ แต่ทั้งนี้การอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร และผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรมีการดำเนินการทุกปีเพื่อเป็นการเพิ่มพูนทักษะ พื้นฟูและพัฒนาศักยภาพ ของผู้ให้บริการ

การพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ ทำให้มีผู้ป่วยกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 70.37 และผู้ป่วยติดเตียงดีขึ้นเป็นผู้ป่วยติดบ้าน ร้อยละ 20.00 อธิบายได้ว่า การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ และภาศิเครือข่ายอย่างต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะกลาง และระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ ภริญา พินิจกลาง⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพร่วมกับชุมชน เกิดการรวมพลังของภาศิเครือข่ายในชุมชน เกิดการจัดการระบบการเยี่ยมบ้านในรูปแบบบูรณาการ

การสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชน และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ทำให้กลุ่มผู้รับบริการ กลุ่มผู้ให้บริการ และกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบฯ อยู่ในระดับมาก-มากที่สุด (ร้อยละ 60.47) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ มีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางและ/หรือการดูแลระยะยาวในชุมชน ($\bar{X}=3.95$, $SD=0.86$) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุชรินทร์ พูนนอก⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมกันวางแผนและดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยมีบริการเยี่ยมบ้านสูงถึงร้อยละ 96.2 แต่ไม่สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมในการกำหนดและการวางแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และ/หรือ การดูแลระยะยาว ($\bar{X}=3.03$, $SD=1.15$) ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เนื่องจากบริบทของอำเภอบ้านด่าน ในการจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นหน่วยบริการเป็นผู้จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแยกกันดำเนินการกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ทำให้พบปัญหาแผนงาน/โครงการซ้ำซ้อน

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชน ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางและระยะยาวประสบความสำเร็จได้ ดังเช่นการศึกษาของ ปรีชา พิงเจริญ และอุไรวรรณ โชคปัญญาพงษ์⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า ระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญ ต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ตลอดจนการมีส่วนร่วมของญาติ ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น จึงจะส่งผลให้การดำเนินงานฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนประสบความสำเร็จได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการขับเคลื่อนของทีมสหวิชาชีพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกัน โดยเริ่มจากความต้องการของชุมชน หาวิธีการ/กิจกรรมที่ทำให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมและเกิดความรู้สึกเป็นญาติพี่น้องกับผู้ป่วย ควรส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้ใช้เครื่องช่วยเดิน และกายอุปกรณ์เสริมได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระกับผู้ดูแล และแนะนำแหล่งสนับสนุนงบประมาณในการช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การสนับสนุนจากองค์กรเอกชน มูลนิธิต่างๆ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยในเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก เพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย ความคุ้มค่าในการบริหารจัดการงบประมาณที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย และหน่วยบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ก้าวย่างของประเทศไทยสู่'สังคมผู้สูงอายุ'อย่างสมบูรณ์แบบ [อินเทอร์เน็ต]. มปป [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>
2. TNN ONLINE. ปี 2565 ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มตัว สสส.เสวนาอภิปรายรับมือชีวิตบั้นปลาย ห่วง ผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้น หนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมมือขับเคลื่อน [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tnnthailand.com/news/health/103902/>
3. สำนักงานวิจัยและพัฒนาการกำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) มุลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. โครงการวิจัยเรื่องการประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care). นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะ กลาง. นนทบุรี: บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด; 2562.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2559.
6. ศักดา เอกัคคตาจิต. การพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วย Intermediate Care โรงพยาบาลบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์. การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันและการดูแลแบบประคับประคอง/Best Practice. 2561;262-4.
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/27833>
8. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะ กลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ (Service Plan). สมุทรสาคร: บริษัท บอห์น ทุ ปี พับลิชชิง จำกัด; 2562.
9. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลาง ในชุมชน (Intermediate Care in Community). นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ; 2563.
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.

11. กษกร สายบุญศรี, อศนี วันชัย. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น. 2560;11(3):174-83.
12. Vagias WM. Likert-type scale response anchors. Clemson International Institute for Tourism & Research Development. Department of Parks, Recreation and Tourism Management: Clemson University; 2006.
13. รังสรรค์ สิงหาเลิศ. สถิติและการใช้โปรแกรม SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย. มหาสารคาม: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2550.
14. นงนภัทร รุ่งเนย, ธัญพร ชื่นกลิ่น, นกัศ แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย, วิชาญ เกิดวิชัย, ศุภสิทธิ์ พรธมนารุโณทัย. ความสำเร็จของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพพระยะกลางตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(1):81-101.
15. สุนทร มาลาศรี. ผลการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และเตียงประเภทที่ 4 อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2560;1(1):91-113.
16. ภิญญา พินิจกลาง. การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุขสำราญ ตำบลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 18 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก:<http://www.r2rthailand.org/resources/detail/19114>
17. บุชรินทร์ พูนนอก. รายงานการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) เขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา; 2563.
18. ปรีชา พึ่งเจริญ, อุไรวรรณ โชคปัญญาพงษ์. แนวทางการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(1):502-11.

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ

ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง^a, เอมอร ทาระคำ^{**}, มาลี ล้วนแก้ว^{***},

สัจจวรรณ พวงศรีเคน^{*}, อติญา โพธิ์ศรี^{*}, วิภาพร จันทนาม^{****},

ขวัญจิรา กันทะโล^{****}, วรรณภา พิพัฒน์ธนวศ์^{***}, วาริรัตน์ วรรณโพธิ์^{****}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์และความต้องการรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล 2) สร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กสมองพิการ 3) ประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กสมองพิการ พื้นที่ศึกษาเป็นพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งใน จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วย ผู้ดูแล 18 คน และทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ 7 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแล ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ 1) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาและทดลองใช้ และ 3) ประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการระหว่าง 10 พ.ย. 2562 ถึง 10 พ.ย. 2563

ผลการวิจัย 1) สภาพการณ์และความต้องการรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล: ผู้ดูแลมีความรู้เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง แต่ขาดความมั่นใจในทักษะการดูแลเด็กสมองพิการที่บ้าน สหวิชาชีพมีความพร้อมทั้งจำนวนบุคลากรและสิ่งสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับการดูแลเด็กป่วย 2) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลด้านความรู้และฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลเด็กสมองพิการ การวางแผนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ และ การสนับสนุนกายอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน 3) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กสมองพิการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.69$, $SD=0.46$) สหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.39$, $SD=0.48$)

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; การมีส่วนร่วม; ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ

^{*} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

^{**} พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุรธรรมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

^{***} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

^{****} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

^a Corresponding author : ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง Email : Tippharat_31@hotmail.com

รับบทความ: 29 ก.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 10 ก.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 11 ก.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 26 ก.ย. 65

The Development Model for Cerebral Palsy Caregivers

Tippharat Chaichanasang^{*a}, Emon Thalakarm^{**}, Malee Launkaw^{***},
Satchawan Phuangsriken^{*}, Atiya Posri^{*}, Wipaporn Jantanarm^{****},
Khwanchira Kantalo^{****}, Wannapa Pipattanawong^{****}, Wareerat Wannapoe^{****}

Abstract

This participatory action research aimed to 1) study the situations and needs among cerebral palsy caregivers, 2) develop a model that involve family in caring for children with cerebral palsy, and 3) to evaluate caregivers' satisfactions in using the participatory model. The study was conducted in communities in jurisdiction of a community hospital in Roi-Et province. Informants included 18 caregivers and 7 professionals from health care team. The data were collected using in-depth interviews with informants, focus group and a satisfaction among caregivers. The process was consisted of 3 stages: 1) study and analysis of situations, 2) development and use of the model, and 3) evaluation. The study was conducted during November 10, 2019 and November 10, 2020.

The results showed that 1) caregivers had knowledge and understood their roles as caregivers for children with cerebral palsy. However, they were lack of confidence and skills in providing care at home. Health care team was capable in terms of manpower and medical equipment to provide care for patients. 2) Development of participatory care model for children with cerebral palsy included improving knowledge and skills for caregivers, developing effective patient care plans and supporting orthotics for patients' movements in their daily activities. 3) Satisfactions towards participatory care model among caregivers for cerebral palsy children were at a high level for caregivers ($\bar{X}=4.69$, $SD=0.46$) and health care team ($\bar{X}=4.39$, $SD=0.48$).

Keywords: Model development, participation, cerebral palsy caregivers

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Roi-Et Rajabhat University

** Registered Nurse, Department of Pediatrics, Suwannabhum Hospital, Roi-Et Province

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Maejo University

**** Lecturer, Faculty of Nursing, Roi-Et Rajabhat University

^a Corresponding author : Tippharat Chaichanasang Email : Tippharat_31@hotmail.com

Received: Jul. 29, 22; Revised: Sep. 10, 22; Accepted: Sep. 11, 22; Published Online: Sep. 26, 22

บทนำ

ภาวะสมองพิการ (Cerebral palsy) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติอย่างถาวรของสมองส่วนกลาง ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อแขนขา กล้ามเนื้อช่องปาก กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจทำงานลดลง ส่งผลต่อการเคลื่อนไหว การทรงตัว การยึดติดของข้อต่างๆ การเคี้ยว การกลืนหรือการพูดมีความยากลำบาก และความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ความบกพร่องด้านการรับรู้ การมองเห็น การได้ยิน การเรียน สติปัญญา การสื่อสารพฤติกรรม และโรคลมชัก เป็นต้น⁽¹⁾ ทั่วโลกพบอัตราการความชุกของเด็กสมองพิการ 1.5 ถึง 4 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน⁽²⁾ ส่วนประเทศไทยพบอัตราการความชุกเด็กสมองพิการ 0.61 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000คน⁽³⁾ ด้วยความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้อัตราการตายลดลงจาก 0.94 เป็น 0.42 ต่อเด็กเกิดรอด 10,000 คน และอายุขัยเฉลี่ยของเด็กเพิ่มขึ้น 10–20 ปีแต่เด็กที่รอดชีวิตช่วยเหลือตนเองได้น้อย⁽⁴⁾ จึงส่งผลกระทบต่อเด็กสมองพิการและครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลที่จำเป็นและสำคัญสำหรับ ผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ คือ การส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันข้อติดแข็งและการป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบ⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญที่นำไปสู่ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำ การดูแลเด็กสมองพิการนั้นเป็นลักษณะที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ปอดอักเสบและข้อติดแข็ง ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีความรู้และการฝึกทักษะการดูแลที่ถูกต้อง เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁸⁾ จากการการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเด็กสมองพิการโดยผู้วิจัย เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรค พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมองพิการยังมีขาดความรู้และทักษะการดูแล และพบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 3.0 การดูแลหรือการช่วยเหลือเด็กสมองพิการนั้น บิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็กจะเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลเด็กเนื่องจากมีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วย เด็กช่วยเหลือตนเองได้น้อย และไม่สามารถสื่อสารและบอกถึงความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ได้อย่างชัดเจน รวมทั้งบิดามารดา เป็นบุคคลที่เด็กไว้วางใจและมีความเข้าใจในตัวเด็กมากที่สุด ฉะนั้นเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บิดามารดาหรือผู้ปกครองจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งบทบาทของบิดามารดาและช่วยพัฒนาศักยภาพในการดูแลของผู้ปกครอง ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลเด็กมากยิ่งขึ้น แต่จากการศึกษาสำรวจโดยผู้วิจัยพบว่า บิดามารดาหรือผู้ปกครองยังมีข้อจำกัดในเรื่องการดูแลเด็กสมองพิการ ได้แก่ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลบุตรที่มีความพิการทางสมอง การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลที่ไม่เหมาะสม เช่น ข้อติดแข็ง สลัดอาหาร เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยเด็กสมองพิการอย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลสุรธรรมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งให้การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤติ ฉีดยาและเครื่อง รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากการทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลเด็กพิการทางสมอง พบว่ามีการพยาบาลเฉพาะขณะนอนรักษาตัวโรงพยาบาล และมีการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคลเพื่อเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ยังคงขาดการติดตามต่อเนื่องหรือไม่มีวิธีการช่วยเหลือ สนับสนุนครอบครัวเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูงมากขึ้นถึง ร้อยละ 2 ของผู้ป่วยเด็กสมองพิการทั้งหมด ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการได้มองเห็นปัญหาการพยาบาลแบบเดิมที่มีประสิทธิภาพการดูแลไม่ดีเท่าที่ควรและเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการกลับซ้ำ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม จึงต้องการพัฒนาแนวทางการวางแผนการพยาบาลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับเข้าในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายและระยะต่อเนื่องที่บ้านจึงได้นำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาใช้ในการแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเด็กพิการทางสมอง โดยการมีส่วนร่วมการดูแลของครอบครัวและสหวิชาชีพ คณะทีมงานวิจัย ในฐานะพยาบาลวิชาชีพและอาจารย์พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการในชุมชนได้มองเห็นปัญหาและการพยาบาลแบบเดิม ซึ่งมีให้การพยาบาลแบบตั้งรับเพียงฝ่ายเดียว ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลไม่ดีเท่าที่ควรจะเป็น เกิดการกลับมารักษาซ้ำ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและการวางแผนให้การพยาบาลต่อเนื่อง ดังนั้นจึงมีความสนใจนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการดูแลเด็กสมองพิการโดยให้ครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมเพื่อให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์และความต้องการรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กสมองพิการ
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กสมองพิการ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อศึกษาการสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วยสหวิชาชีพ และผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลชุมชน แห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ของสหวิชาชีพกับครอบครัว ตามกระบวนการของ Kemmis & McTaggart⁽⁷⁾ 1 วนรอบ 4 ขั้นตอน คือ

การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผลจากการปฏิบัติ (Observe) แล้วจึงสะท้อนผลที่ได้ (Reflect) ตั้งแต่ระยะรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการดูแลระยะต่อเนื่องที่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) นี้มุ่งศึกษาการสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ โดยร่วมมือกับสหวิชาชีพ วางแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการในลักษณะเฉพาะ ตามปัญหาของแต่ละบุคคล กลุ่มประชากรและผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้

กลุ่มสหวิชาชีพ ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสุรธรรมภูมิ และมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเด็กสมองพิการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 3 คน กุมารแพทย์ 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน

กลุ่มผู้ดูแลเด็กสมองพิการต้องเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 1 เดือน สามารถฟัง พูด อ่านภาษาไทยได้ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสนทนากลุ่ม กลุ่มสหวิชาชีพ มีประเด็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคของการให้การพยาบาลเด็กตั้งแต่รับจนกระทั่งกลับบ้าน
2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ มีประเด็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาการดูแลเด็กที่บ้าน
3. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมองพิการ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะการเจ็บป่วย
4. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาและความสัมพันธ์กับเด็กที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการใช้รูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบ Likert 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ โดยให้ผู้ดูแล แสดงความคิดเห็นเป็นระดับความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ จากนั้นผู้วิจัยประมวลผลเป็นคะแนนเฉลี่ยและแปลผล ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 มีความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.50 มีความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 มีความพึงพอใจน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด ทดสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเครื่องมือ (CVI) เท่ากับ 1 และหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96
5. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสหวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการใช้รูปแบบฯ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ จำนวน 11 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่ามีความพึงพอใจเกี่ยวกับรูปแบบฯ มากน้อยเพียงใด ตั้งแต่มากที่สุด (5 คะแนน) ถึง ไม่พึงพอใจ (1 คะแนน) ผู้วิจัยประมวลผลเป็นคะแนนเฉลี่ยและแปลผล ค่าคะแนนเช่นเดียวกับแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลทดสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเครื่องมือ (CVI) เท่ากับ 1 และหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91

กระบวนการวิจัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นวางแผนงาน (Plan) ศึกษาสภาพการณ์และวิเคราะห์สถานการณ์ สนทนากลุ่มสหวิชาชีพ ในประเด็นปัญหาอุปสรรคของการให้การพยาบาลเด็กสมองพิการตั้งแรกถึงจนกระทั่งกลับบ้าน และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแล ในประเด็นปัญหาหรืออุปสรรคของผู้ดูแลเด็กที่บ้าน

ขั้นปฏิบัติการ (Act) ระบุสร้างและพัฒนารูปแบบส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กสมองพิการ ใช้ในการดูแลเด็กสมองพิการเฉพาะราย โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ประชุมกลุ่มสหวิชาชีพ

1.1 นำประเด็นปัญหาหรืออุปสรรคของการผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ มาวิเคราะห์ เพื่อหาโอกาสพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการอย่างเป็นระบบ

1.2 สอนสุขศึกษา ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กเฉพาะราย เป็นรายบุคคล

1.3 นำปัญหาของผู้ป่วยที่มีความเฉพาะรายบุคคลทั้ง 18 ราย ลักษณะทางกายภาพของเด็กป่วย และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้ดูแล เช่น สภาพแวดล้อมของห้องนอน ห้องน้ำ เตียงนอนผู้ป่วย เก้าอี้นั่ง สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน มาออกแบบการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์พยุงตัวหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทดลองใช้กับผู้ป่วยเฉพาะรายและสะท้อนผลลัพธ์การใช้งาน เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาต่อ

1.4 สร้างระบบการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและการส่งต่อการดูแลเมื่อมีความเจ็บป่วย เช่น สำลัอาหาร ปอดอักเสบ ชัก เป็นต้น โดยติดตามเยี่ยมบ้านทุก 2-3 สัปดาห์ เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแล และปรับปรุงให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้สะดวกมากขึ้น

1.5 การประสานงานเครือข่ายกองทุนดูแลผู้พิการระดับจังหวัดเพื่อสนับสนุนทรัพยากรในการจัดทำกายอุปกรณ์

ขั้นการสังเกต (Observe) นำรูปแบบส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กสมองพิการ มาทดลองใช้กับผู้ดูแลและเด็กสมองพิการ ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องทุก 2-3 สัปดาห์

ขั้นการสะท้อนผลที่ได้ (Reflect) ดังนี้ ซึ่งเมื่อครบวงจรหนึ่งๆใช้เวลา 16 สัปดาห์ จะพิจารณาปรับปรุงแผน (Re-planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนกว่าจะบรรลุความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงาน ประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบฯ และประเมินความพึงพอใจของสหวิชาชีพต่อรูปแบบส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กสมองพิการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 024/2562 วันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย จะไม่มีผลต่อการรับการรักษาและรับบริการต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ แต่จะนำข้อมูลไปนำเสนอในภาพรวม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถแจ้งขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ โดยไม่มีผลกระทบต่อ การรับ การรักษา และการบริการที่จะได้รับ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับให้เซ็นชื่อยินยอม การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็กสมองพิการ ใช้สถิติ หาความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Descriptive content analysis)⁽⁶⁾ โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มโดยการถอดเทปแบบ คำต่อคำ พร้อมนำผลรายละเอียดขณะสนทนากลุ่ม โดยใช้การอ่านข้อมูลหลายๆ ครั้ง กลั่นกรองประเด็นสำคัญ จัดเป็นหมวดหมู่ แล้วเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลรายอื่น ปรับหมวดหมู่ให้มีความชัดเจน กระชับ ลดความซ้ำซ้อน และ ครบคลุมมากขึ้น ทำซ้ำหลายครั้ง จนกระทั่งไม่พบหมวดข้อมูลใหม่ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้หลังสิ้นสุดการสนทนากลุ่มทุกครั้งกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้อง เขียนบันทึก ความคิดความรู้สึกของผู้วิจัยร่วมกับผู้ร่วมวิจัย (Investigator triangulation)⁽⁶⁾

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ขึ้นวางแผนงาน (Plan) สภาพการณ์และสถานการณ์ปัญหา

ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมองพิการ ผู้ดูแลเด็ก และปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก

ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมองพิการ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.56 เพศหญิง ร้อยละ 44.44 มีอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 38.89 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ช่วงอายุ 5-10 ปี ร้อยละ 61.11 ช่วงอายุ 10-15 ปี ร้อยละ 16.67 ช่วงอายุ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.11 มีลักษณะทางระบดวิทยาประเภทแข็งเกร็ง ทั้งหมด และพบชนิดเกร็งแบบครึ่งท่อน (Spastic dysplasia) มากที่สุด ร้อยละ 61.11 เกร็งทั้งตัว (Spastic quadriplegia) ร้อยละ 33.33 เกร็งครึ่งซีก ร้อยละ 5.56

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.89 เพศชาย ร้อยละ 11.11 มีอายุ ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 5.56 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 77.78 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 16.66 การศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.67 ระดับสูงกว่าชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 33.33 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 61.11

อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 22.23 อาชีพรับจ้าง/ค้าขาย ร้อยละ 16.66 มีความสัมพันธ์กับเด็ก เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 16.66 ปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 55.56 ลุง ป้า น้า อา ร้อยละ 27.78

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลเด็กสมองพิการ แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการดูแลเด็กสมองพิการที่บ้าน เช่น การดูแลแผล การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด ขาดแหล่งสนับสนุนการดูแล อาทิ การช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การจัดท่านอน การเคลื่อนไหวนั่งผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ดูแล ทำให้มีอาการปวดหลัง อ่อนล้า

ข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพในการดำเนินดูแลเด็กสมองพิการ และปัญหาการดำเนินงาน

ข้อมูลทั่วไปเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 เพศชาย ร้อยละ 28.57 มีอายุในช่วง 31-45 ปี ร้อยละ 42.86 ช่วง 46-55 ปี ร้อยละ 57.14 ประสบการณ์การทำงาน 10-20 ปี ร้อยละ 71.43 มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 28.57

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มสหวิชาชีพ ในประเด็นคำถาม 1) ผลการดูแลเด็กสมองพิการในปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร 2) ปัญหาและอุปสรรคการดูแลเด็กสมองพิการเป็นอย่างไร และ 3) มีแนวทางการแก้ไขปัญหอย่างไร จากการประชุมร่วมสนทนากลุ่มสหวิชาชีพ พบอุปสรรคของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ ปัญหาขาดการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีระบบการดูแลที่เฉพาะกลุ่มโรคส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลมีปัญหาสะสม และไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ปัญหาทันที่ที่เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลและเด็กสมองพิการ อาทิ ปัญหาต่อเด็กสมองพิการ ได้แก่ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติด เกิดแผลกดทับ ภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร ปัญหาต่อผู้ดูแล ได้แก่ ปวดหลัง อ่อนเพลีย อ่อนล้า เครียด ค่าใช้จ่ายการดูแลที่สูงขึ้น

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Act) ระยะสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ

นำข้อมูลในระยะที่ 1 มาสร้างแนวทางการแก้ปัญหา ดังนี้

1. จัดทีมสหวิชาชีพเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการอย่างเป็นระบบ โดยทีมสหวิชาชีพ มีจำนวน 7 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 3 คน แพทย์ 1 คน นักกายอุปกรณ์ 2 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ลงพื้นที่ค้นหาปัญหาของผู้ดูแลและเด็กสมองพิการเฉพาะรายบุคคล จำนวน 18 ราย

1) ประเมินลักษณะทางกายภาพและสภาพแวดล้อมของผู้ดูแลและเด็กสมองพิการ พบว่าสภาพแวดล้อมของห้องนอนเด็กสมองพิการ จะไกลจากห้องน้ำประมาณ 1-2 เมตร ทำให้การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมีความยากลำบาก จึงมีการดำเนินการจัดทำกายอุปกรณ์ช่วยพยุงและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นเก้าอี้นั่งเข็นเคลื่อนที่ได้ โดยจัดทำการวัดขนาดตามสรีระที่เฉพาะรายบุคคล ทดลองใช้กับผู้ป่วยเฉพาะรายและสะท้อนผลลัพธ์การใช้งาน หลังจากนั้นมีการปรับปรุงให้มีขนาดที่เหมาะสมและมีความคล่องตัวต่อการใช้งาน

2) ประเมินทักษะของผู้ดูแล ในเรื่อง การจัดท่านอน การดูแลแผล การป้อนอาหาร การทำกายภาพบำบัดกระดูกและข้อ เป็นต้น พบว่า มีทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้อง แต่ยังขาดการตระหนัก และให้ความสำคัญของการทำอย่างสม่ำเสมอในเรื่องการทำกายภาพบำบัดกระดูกและข้อ ส่งผลให้มีภาวะข้อติดในบางราย เรื่องการทำความสะอาดของเครื่องใช้ และการจัดท่านอนก่อนและหลังป้อนอาหาร เป็นต้น จึงมีการให้สุกศึกษาเป็นรายบุคคลในทักษะการจัดท่านอน การดูแลแผล การป้อนอาหาร การทำกายภาพบำบัดกระดูกและข้อ ในการดูแลเด็กสมองพิการ และมีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ทุก 2 สัปดาห์ รวมทั้งการให้คู่มือสำหรับใช้ในการทบทวนความรู้และทักษะ เพื่อให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง

3) ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จากหน่วยงานราชการ ได้แก่ โรงพยาบาลใกล้บ้าน ในการสนับสนุนเรื่องวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น สายดูดเสมหะ สำลี น้ำเกลือ และอื่นๆ โดยการเบิกจ่ายตามสิทธิให้ เดือนละ 2 ครั้ง และมีการนำส่ง ให้ที่บ้านโดยหน่วยเยี่ยมบ้าน องค์กรเอกชนให้สนับสนุนการใช้วัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป การช่วยเหลือกันเองด้านสังคม โดยการสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อปรึกษาหารือ หรือแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคการดูแลผู้ป่วย สร้างโอกาสการสร้างรายได้ให้แก่ผู้ดูแล ใช้เวลาว่างช่วงที่ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อน สามารถทำงานรับจ้างถักสานตะกร้าและนำไปขายในตลาดเครือข่าย เพื่อช่วยจุนเจือ เศรษฐกิจครอบครัวได้ประสานงานเครือข่ายกองทุนดูแลผู้พิการระดับจังหวัด เพื่อสนับสนุนทรัพยากร ในการจัดทำกายอุปกรณ์ให้เด็กพิการเฉพาะราย

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observe) นำรูปแบบฯ มาทดลองใช้กับผู้ดูแลและเด็กสมองพิการ ครบทั้ง 18 ราย และมีการ ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องทุก 2-3 สัปดาห์ พบว่า

1. จัดทำเก้าอี้ 18 ราย ในช่วงสัปดาห์แรกหลังการทดลองใช้พบว่า มีเด็กสมองพิการจำนวน 7 ราย ที่ต้องมีการปรับปรุงขนาดเก้าอี้ให้มีความเหมาะสมรองรับกับสรีระและความพิการของผู้ป่วย
2. เด็กที่มีภาวะข้อติด จำนวน 3 ราย ได้รับการส่งต่อทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาล และผู้ดูแล สามารถดูแลต่อเนื่องได้ เด็กสมองพิการไม่มีแผลกดทับ ผู้ดูแลสามารถจัดท่านอนและมีทักษะการป้อนอาหาร ที่ถูกต้อง
3. ผู้ดูแล จำนวน 14 ราย มีรายได้เพิ่มจากการทำจักสานตะกร้าขาย ช่วยเหลือจุนเจือครอบครัว เฉลี่ยเพิ่มขึ้น เดือนละ 1,200 บาท ต่อคน

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลที่ได้ (Reflect) ดังนี้

หลังดำเนินงานครบ 16 สัปดาห์ ได้นำแผนมาทบทวนและปรับปรุงแผน (Re-planning) เพื่อนำไป ปฏิบัติให้บรรลุความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงาน โดยสร้างกลุ่มเครือข่ายผู้ดูแลในรูปแบบ กลุ่มไลน์ เพื่อแจ้งปัญหาเบื้องต้นหรือขอความช่วยเหลือ พบว่าสมาชิกในกลุ่มไลน์สามารถเข้าถึงสหวิชาชีพ และสามารถให้คำแนะนำได้รวดเร็วมากขึ้น รวมทั้งการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบฯ พบว่า

มีความพึงพอใจในภาพรวมระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.69 ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน 0.46 และประเมินความพึงพอใจของสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบฯ มีความพึงพอใจในภาพรวมระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.39 ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน 0.48

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า การนำรูปแบบส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กสมองพิการไปใช้สามารถใช้ได้จริง เหมาะสมกับเด็กสมองพิการรายบุคคลและสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน อาทิ ปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร การลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งผู้ดูแลมีความพึงพอใจในภาพรวมระดับดีมาก และสาขาวิชามีความพึงพอใจในภาพรวม ระดับมาก ที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบฯ มีกระบวนการสร้างและพัฒนาโดยมีพื้นฐานมาจากการมีส่วนร่วมในการสะท้อนปัญหาจากผู้ดูแลที่ได้รับผลกระทบโดยตรง ทำให้สามารถนำปัญหาและอุปสรรคมาแก้ไขได้ตรงตามความต้องการของผู้ดูแล ประกอบการดำเนินงานกระทำในลักษณะให้สุขศึกษาและการแก้ไขปัญหา จัดหาอุปกรณ์เฉพาะราย ซึ่งทำให้สามารถแต่ละบุคคลสามารถใช้กายอุปกรณ์เป็นเครื่องช่วยทุ่นแรงแก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ผู้ดูแลเกิดความสะดวก และลดภาระได้มากขึ้น การจัดกลุ่มสนับสนุนทางสังคม เพื่อนช่วยเพื่อน ทำให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลเด็กสมองพิการ ได้รู้จักการรับมือและจัดการกับการดูแลที่ยากจากผู้ดูแลเด็กรายอื่นที่ต้องดูแลเด็กสมองพิการในลักษณะเช่นเดียวกัน ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กที่ต้องดูแล ทำให้เข้าใจเหตุการณ์เป็นอย่างดี และทำให้สามารถให้การดูแลเด็กสมองพิการด้วยความรักและทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้ลดความรู้สึกเป็นภาระ⁽⁹⁾ อีกทั้งยังส่งผลดีต่อโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่สำคัญคือ ปอดอักเสบและข้อติดแข็ง ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากต้องให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยเพื่อไม่ให้มีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยน้อยที่สุด ผู้ดูแลต้องได้รับทั้งความรู้ และการฝึกทักษะการดูแลเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁰⁾ เช่นเดียวกับรูปแบบของโปรแกรมที่ออกแบบเพื่อพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการ สรุปได้ว่ากิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การสอนสุขศึกษาทั้งรายคนและรายกลุ่ม การให้คำแนะนำ การสาธิตและการให้ฝึกทักษะ การจัดกิจกรรมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และการสนับสนุนสื่อ อุปกรณ์ และค่าเดินทาง ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมของ อยู่ระหว่าง 3 สัปดาห์ ถึง 2.5 เดือน ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ทักษะความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการของผู้ดูแล⁽¹¹⁾

รูปแบบส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กสมองพิการ อธิบายได้ว่ารูปแบบส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กสมองพิการ มีจุดเด่นที่มีการให้การสนับสนุนผู้ดูแล

เป็นรายบุคคลและการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ในระยะยาวต่อเนื่อง 16 สัปดาห์ ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ มีความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการดูแลเด็กสมองพิการที่บ้าน เช่น การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด และมีความเข้าใจในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน นอกจากนี้ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ต้องการให้มีการจัดกิจกรรมในการทำกลุ่มเช่นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่อกัน ที่นอกจากนี้ การดำเนินวิจัยครั้งนี้มีกระบวนการทำกลุ่มโดยให้สมาชิกได้มีการกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลเด็กสมองพิการของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มได้รับความสามารถรวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องเสียงสะท้อนจากผู้ดูแลหลักประสบการณ์การเตรียมและป้อนอาหารแก่เด็กสมองพิการที่พบว่า ความสามารถในการป้อนอาหารหรือสามารถแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างมื้ออาหารทำให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถดูแลและเป็นบุคคลสำคัญของเด็กและทัศนคติของผู้ดูแลต่อเด็กสมองพิการหรือเด็กป่วยเรื้อรังในแง่บวก ทำให้ผู้ดูแลมีสภาวะสุขภาพที่ดี⁽¹²⁾

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรมีการนำรูปแบบส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กสมองพิการ มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการบริการอย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนและเกิดความเข้มแข็ง ในชุมชนต่อไป
2. ควรมีการฝึกปฏิบัติเพิ่มพูนทักษะการช่วยเหลือการดูแลแก่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการให้สามารถช่วยตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำรูปแบบส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กสมองพิการ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเอสแอลอี โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรณภูมิ และพยาบาลวิชาชีพแผนกกุมารเวชกรรม และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กสมองพิการทุกท่าน ผู้ปกครองของเด็กสมองพิการที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ และขอบคุณทุนสนับสนุนการวิจัย จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด

เอกสารอ้างอิง

1. Colver A, Fairhurst C, Pharoah PO. Cerebral palsy. *Lancet*. 2014;383(9924):1240-9. doi:10.1016/S0140-6736(13)61835-8
2. Kakooza-Mwesige A, Andrews C, Peterson S, Wabwire Mangen F, Eliasson AC, Forssberg H. Prevalence of cerebral palsy in Uganda: a population-based study. *Lancet Glob Health*. 2017;5(12):e1275-e1282. doi:10.1016/S2214-109X(17)30374-1
3. Lang TC, Fuentes-Afflick E, Gilbert WM, Newman TB, Xing G, Wu YW. Cerebral palsy among Asian ethnic subgroups. *Pediatrics*. 2012;129(4):e992-e998. doi:10.1542/peds.2011-2283
4. Ruiz Ruiz E, Ramalle-Gómara E, Quiñones C, Andrés JM, Posada M, et al. (2014) Trends in Cerebral Palsy Infant Mortality from 1981 to 2011 in Spain. *J Neurol Disord Stroke* 2(1):1029.
5. Hockenberry MJ, Wong DL. *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. 8th ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2011.
6. สายพิน เกษมกิจวัฒนา, ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2557; 29(4):22-31.
7. Kemmis S, McTaggart R. *The Action Research Planner*. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1998.
8. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล:ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2555.
9. สิริมา ชุ่มศรี, นุจรี ไชยมงคล, ศิริยา สำนักรื่องศักดิ์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กต่อความสามารถและความรู้สึกระหว่างการดูแลเด็กสมองพิการ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*. 2557;22(4):35-46.
10. Mlinda SJ, Leyna GH, Massawe A. The effect of a practical nutrition education programme on feeding skills of caregivers of children with cerebral palsy at Muhimbili National Hospital, in Tanzania. *Child Care Health Dev*. 2018;44(3):452-61. doi:10.1111/cch.12553
11. Dodge NN. Cerebral palsy: medical aspects. *Pediatr Clin North Am*. 2008;55(5):1189-ix. doi:10.1016/j.pcl.2008.07.003
12. กัญญาลักษณ์ ณ รังสี. เสี่ยงสะท้อนจากผู้ดูแลหลัก: ประสบการณ์การเตรียมและป้อนอาหารแก่เด็กสมองพิการ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*. 2557;(14)4:589-97.

การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา

ชวิศ เมธานุตร, พ.บ.*^a

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ ดำเนินการในเดือน กุมภาพันธ์-กรกฎาคม พ.ศ. 2565 มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา 2) พัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ และ 3) ประเมินผลรูปแบบการจัดการโรค โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ดังนี้ 1) บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,870 คน 2) ผู้นำชุมชน อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม 90 คน 3) แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 25 คน และ 4) ผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม 86 คน ที่ไม่เคยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และข้อเข่าไม่บวม แดง ร้อน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมิน Oxford Knee Score แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม Modified WOMAC Score และแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และ 0.76 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที (Pair t-test) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า 1) สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 37.91 2) ได้รูปแบบจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การคัดกรอง ส่งเสริมป้องกัน รักษาเบื้องต้น ติดตามเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลสนับสนุนด้านวิชาการ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ และงบประมาณ 3) ผลการใช้รูปแบบการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น พบว่า คะแนน Modified WOMAC Score คะแนนความปวด ความผิดปกติ ข้อเข่า และคะแนนระดับความปวด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

คำสำคัญ : โรคข้อเข่าเสื่อม; การจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม; ข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ; การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา

^a Corresponding author : ชวิศ เมธานุตร Email : drchawitt@gmail.com

รับบทความ: 28 ส.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 15 ก.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 15 ก.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 26 ก.ย. 65

Development of the Management Model for Osteoarthritis among Elderly in Chumphuang District, Nakhon Ratchasima Province

Chawit Methabutr, MD^{*a}

Abstract

This research and development project was conducted during February and July 2022. The objectives were to 1) study the situations of osteoarthritis in elderly, 2) develop the management model for osteoarthritis among elderly in Chumphuang district, Nakhon Ratchasima province, and 3) evaluate the management model for osteoarthritis. Samples in this study were selected using purposive sampling method and were consisted of: 1) 1,870 elderly, 2) 90 community leaders, village health volunteers (VHV) and caregivers of the elderly with knee osteoarthritis, and 3) 25 doctors, nurses, physical therapists, Thai traditional medical doctor, and public health professionals, and 4) 86 elderly with osteoarthritis people with osteoarthritis who had never undergone knee replacement surgery and without knee joints swelling, redness and hot. Research tools were consisted of: 1) the Oxford Knee Score Assessment Form, 2) focus group discussion guidelines, 3) the modified WOMAC score questionnaire, and 4) disease prevention and control behavior questionnaire with content validity of 1.0 and 0.76 and reliability of 0.92 and 0.90 respectively. The quantitative data were analyzed using descriptive and paired t-test statistics. The qualitative data were analyzed using content analysis. The results showed that: 1) The proportion of the elderly with osteoarthritis of the knee was 37.91 percent; 2) the model for osteoarthritis management in the elderly was consisted of screening, promotion and prevention, primary treatment, home visit, academic supports from hospitals, and equipment and budget supports from local government organizations; 3) results from using of the management model for osteoarthritis in elderly showed that the modified WOMAC scores, pain, stiffness scores, total scores, and pain level scores decreased significantly at p-value<0.05.

Keywords : Osteoarthritis; Management of osteoarthritis, Osteoarthritis in elderly;

Development of management model for osteoarthritis

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level, Director of Chum Phuang Hospital, Nakhon Ratchasima

^a Corresponding author : Chawit Methabutr Email : drchawitt@gmail.com

Received: Aug. 28, 22; Revised: Sep. 15, 22; Accepted: Sep. 15, 22; Published Online: Sep. 26, 22

ความเป็นมาของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรอันเนื่องจากสังคมผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพร้อมกันทั่วโลก ในประเทศไทย พบมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.8 และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว⁽¹⁾ ในกลุ่มผู้สูงอายุนั้น จะพบการเปลี่ยนแปลงตามวัยหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท และระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อ ซึ่งโรคต่างๆ ที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุนี้นับเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

โรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในวัยสูงอายุ จากสถิติผู้ป่วย โรคกระดูกและข้อ ในคนไทย พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ มากกว่า 6 ล้านคนโดยข้อที่เสื่อมมากที่สุด คือ ข้อเข่า⁽²⁾ กลุ่มนักวิชาการโรคข้อเข่าเสื่อม ยืนยันว่าอุบัติการณ์เริ่มพบในประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปี ในจำนวนนี้ กว่าร้อยละ 50 เป็นกลุ่มผู้มีอายุมากกว่า 65 ปี ตำแหน่งของข้อที่มักพบการเสื่อม ได้แก่ ข้อเข่า สะโพก ข้อมือ กระดูกสันหลัง และข้อเท้า แต่ข้อที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและการให้บริการ มากที่สุด คือข้อเข่า ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม โรคจะดำเนินไปมากกว่าเดิม ทำให้มีความเจ็บปวด ข้อเข่าผิดรูป เดินได้ไม่ปกติ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ก็ทำได้ไม่สะดวก จะมีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ปัญหาข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา เป้าหมายในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมนั้น คือการบรรเทาอาการปวด และเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว การรักษาประกอบด้วย การบริหารบำบัดเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของข้อเข่า และเพิ่มพิสัยของข้อ การลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน⁽³⁾ ทั้งนี้อาจใช้ร่วมกับการบำบัดรักษา แบบใช้ยา (Pharmacological therapy) ซึ่งได้แก่ กลุ่มยาแก้ปวดพื้นฐานทั้งการรับประทานและยาทาเฉพาะที่ โดยในระยะที่มีการอักเสบและปวดผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดและควบคุมการอักเสบ แต่การได้ยาแก้ปวด ผู้ป่วยต้องเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มยาต้านการอักเสบ (NSAID) เช่น อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน⁽⁴⁾ นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกายเพื่อคงสภาพการทำงานของข้อ กล้ามเนื้อ และ บรรเทาความปวด การประคบร้อน หรือเย็น การใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัด เช่น เครื่องอัลตราซาวด์ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดและลดอาการปวด⁽⁵⁾

ภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ (Osteoarthritis) เป็นการเสื่อมแบบปฐมภูมิ เกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนบริเวณผิวข้อที่หุ้มข้อเข่าจากกระบวนการเสื่อมของวัยชรา เกิดพยาธิสภาพของข้อ โดยไม่มีอาการอักเสบเป็นอาการสีกหรือ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมจึงจำเป็นต้องรับการรักษาเสริมสุขภาพ⁽⁶⁾ การเสริมสร้างป้องกันภาวะข้อเข่าเสื่อมไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น การให้ความรู้เรื่องโรค และคำแนะนำในการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา

การบริหารกล้ามเนื้อขา การประคบความร้อน การประคบความเย็น และการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ข้อเข่าเสื่อม และเมื่อปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นคง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมมากขึ้น⁽⁷⁾

จากข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2560 พบว่า จังหวัดนครราชสีมา มีประชากร 2,631,910 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 368,743 คน คิดเป็น ร้อยละ 14.01⁽⁸⁾ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ได้มีการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ 10 ด้าน เพื่อนำมาวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมเป็น 1 ใน 10 ด้านที่ต้องคัดกรองในผู้สูงอายุ ในปี 2562-2564 มีผู้สูงอายุจำนวน 11,247, 12,076 และ 12,823 ตามลำดับ พบว่ามีข้อเข่าผิดปกติ ร้อยละ 20.06, 24.98 และ 23.24 ตามลำดับ ซึ่งปัญหาข้อเข่าเสื่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังไม่มีแนวทาง หรือรูปแบบการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ จากปัญหาสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในอำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมได้รับการเฝ้าระวัง ดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเกิดภาวะพึ่งพิง มีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสม มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ สามารถเลือกกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองและบริบทชุมชน จะทำให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมพึ่งตนเองได้ลดการพึ่งพิงผู้อื่นมีความสุขกับสถานะที่เป็นอยู่และดำรงชีวิตในชุมชนอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งช่วยให้การจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นเชิงรุกและเหมาะสมกับบริบทมากขึ้น ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยการสำรวจสัดส่วนและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของบุคคลที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมโดยประยุกต์ใช้เป็นแนวคิดต้นแบบในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Care Model)⁽⁹⁾ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือ 1) เครือข่ายบริการสุขภาพที่ประสานเชื่อมโยง ประกอบด้วยภาครัฐและภาคประชาชน 2) การสนับสนุนการจัดการตนเอง 3) การออกแบบการบริการสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ชุมชน และสหวิชาชีพ 4) กระบวนการสนับสนุนการตัดสินใจ 5) ระบบข้อมูลสารสนเทศทางคลินิก

จะเป็นเครื่องมือช่วยติดตามการรักษาและสะท้อนข้อมูลการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของผู้ป่วย และ 6) การจัดตั้งกลุ่มเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยในชุมชน และ ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวิธีการดำเนินการวิจัยประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนโดยการสำรวจสัดส่วนและประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม Oxford Knee Score ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ประชากร เป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา 13 แห่ง จำนวน 12,823 คน กลุ่มตัวอย่าง สุ่มจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 3 โชน โชนละ 1 แห่ง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,870 คน การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้นำชุมชน อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีข้อเข่าเสื่อม จำนวน 90 คน และการสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 240 คน กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 25 คน ในเขตอำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา โดยจัดทำ 1) แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในกลุ่มปกติ 2) แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและการควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อม 3) การเยี่ยมบ้าน ติดตามการปฏิบัติและบันทึกส่งต่อข้อมูล

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมผู้สูงอายุในการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมด้วย Modified WOMAC Score กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมที่ได้จากการประเมิน Oxford Knee score จำนวน 111 คน สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนเสร็จสิ้น จำนวน 86 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score)⁽¹⁰⁾ เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2557 มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีจำนวน 5 คำตอบ มีลำดับ ค่าคะแนน 0-4 คะแนน ค่าคะแนน 0 หมายถึง มีอาการนั้น มากที่สุด และค่าคะแนน 4 หมายถึง ไม่มีอาการนั้นเลย หรือเป็นปกติ โดยคะแนนรวมทั้งหมดมีตั้งแต่ 0-48 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (0-19 คะแนน) มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับ

ปานกลาง (20-29 คะแนน) เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม (30-39 คะแนน) และยังไม่พบอาการผิดปกติ (40-48 คะแนน)

ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่มปัญหาและความต้องการการดูแลของบุคคลที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม⁽¹¹⁻¹³⁾ มีข้อคำถามหลัก 6 ข้อ และข้อคำถามรอง 12 ข้อ ข้อคำถามหลักดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน 4) กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน 5) ความต้องการในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน 6) บทบาทของผู้นำ หรือผู้ดูแล ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่มการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม⁽¹¹⁻¹³⁾ มีข้อคำถามหลัก 6 ข้อ ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ 3) ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม 4) ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ 5) การวางแผนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม 6) การออกแบบรูปแบบการดูแลข้อเข่าเสื่อม โดยการนำข้อมูล ปัญหา ความต้องการจากการสนทนากลุ่ม มาออกแบบรูปแบบ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการวิจัย รูปแบบการจัดการข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม⁽¹¹⁻¹³⁾ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scales) มี 3 ระดับการแปลความหมายและการให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ 3 คะแนน หมายถึงบุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมปฏิบัติตามข้อความนั้น 5-7 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน หมายถึงบุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมปฏิบัติตามข้อความนั้น 2-4 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 1 คะแนน หมายถึงบุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมปฏิบัติตามข้อความนั้นน้อยกว่า 2 วันต่อสัปดาห์ 3) การประเมินอาการข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก (Modified WOMAC Score)⁽¹⁴⁾ จำนวน 14 ข้อ (Numeric rating scale) มีข้อคำถาม 14 ข้อ และระดับความเจ็บปวด 1 ข้อ แบ่งตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดยตำแหน่งเริ่มต้นซ้ายมือสุดตรงกับความรู้สึกไม่ปวดเลยแทนค่าความรู้สึกด้วยเลข 0 และความรู้สึกของอาการปวดเข่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไปทางขวามือซึ่งตำแหน่งปลายสุดด้านขวามือคือ 10 ตรงกับความรู้สึกของอาการปวดเข่ามากที่สุด การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยอาการปวดดังนี้ 0 หมายถึงไม่ปวดเลย 1-3 หมายถึงปวดเล็กน้อย 4-6 หมายถึงปวดปานกลาง 7-9 หมายถึงปวดมาก และ 10 หมายถึงปวดมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือประเมินความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน นักกายภาพบำบัดชำนาญการ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความเหมาะสมและความชัดเจน

ของภาษาหลังจากปรับปรุงได้นำไปหาความเชื่อมั่นกับบุคคลในชุมชนใกล้เคียงที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยการประเมินอาการข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก (Modified WOMAC Score) และพฤติกรรมจัดการตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ได้แก่ การสำรวจสัดส่วนและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อบรมการใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) และสำรวจในช่วงวันที่ 1-28 กุมภาพันธ์ 2565

2. การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจัดให้มีการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ประเด็นแนวทางการสนทนา มีการบันทึกเทปในการสนทนา โดยแจ้งให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนารับทราบ และขออนุญาตบันทึกเทป แล้วนำมาสรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนาโดยผู้ช่วยนักวิจัย

3. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ในอำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา โดยการสนทนากลุ่ม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประเด็น แนวทางการสนทนา แล้วนำมาสรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนาโดยผู้ช่วยนักวิจัย นำมาออกแบบรูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม

4. การประเมินผลรูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา โดย สอบถามพฤติกรรมผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อม ประเมินอาการข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก (Modified WOMAC Score) ประเมินระดับความเจ็บปวด และสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ปัญหา และความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อม และการสนทนากลุ่มการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณแบบสำรวจสัดส่วนและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรม ในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับความปวดของข้อเข่า และความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม เปรียบเทียบตัวแปรก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการ โรคข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

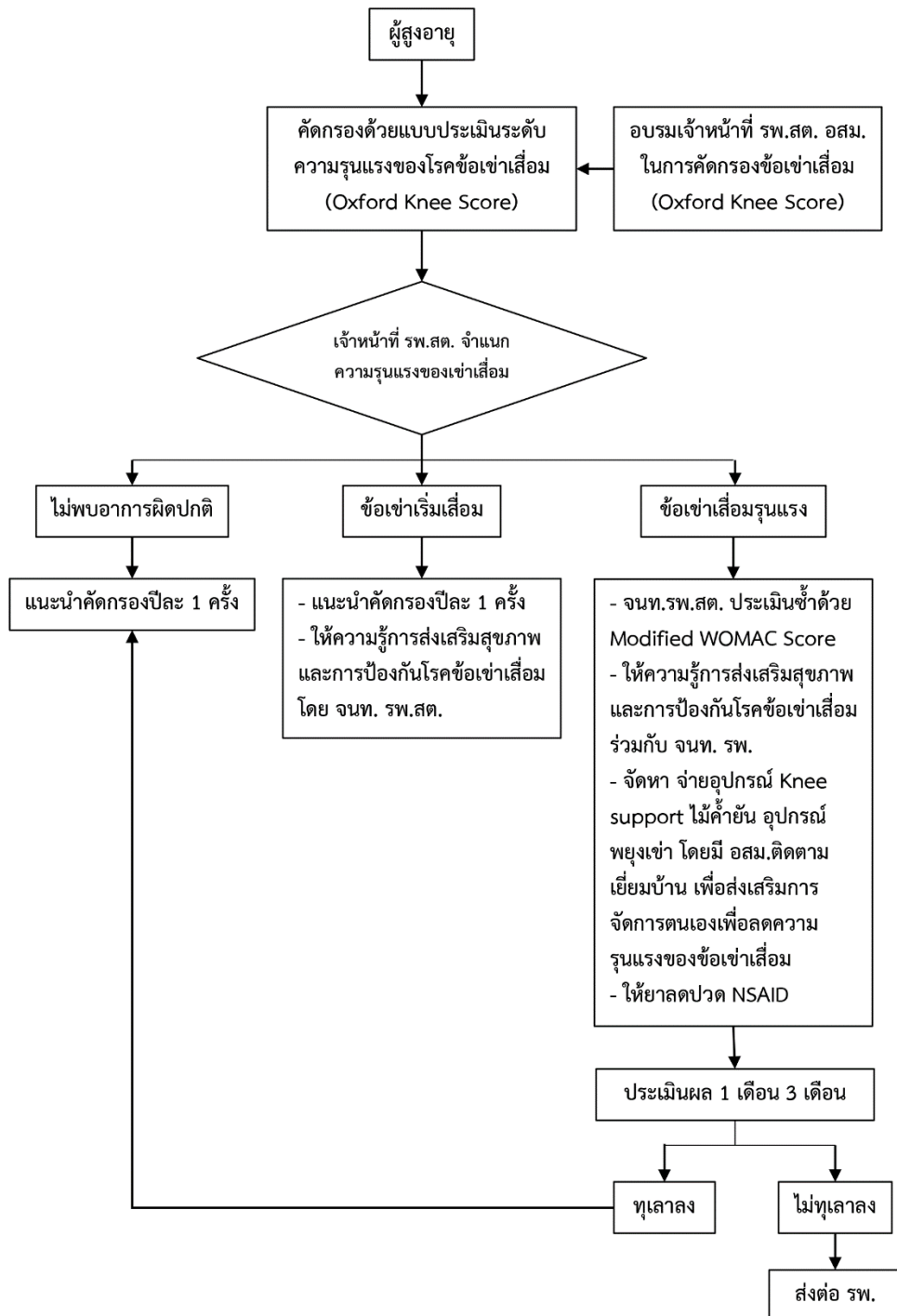
ระยะที่ 1 สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา สัดส่วนและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

จากการศึกษาสถานการณ์ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองข้อเข่าเสื่อมจำนวน 1,870 คน เป็นเพศชาย จำนวน 836 คน คิดเป็นร้อยละ 44.71 เพศหญิง 1,034 คน คิดเป็นร้อยละ 55.29 จากการคัดกรองพบว่าผู้สูงอายุ จำนวน 1,163 คน ไม่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 62.19 เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม จำนวน 596 คน คิดเป็นร้อยละ 31.87 และเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงจำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 5.94 รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (n=1,870)

ความรุนแรงของโรค	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	40-48	1,163	62.19
ผิดปกติ			
เริ่มมีข้อเข่าเสื่อม	20-39	596	31.87
ข้อเข่าเสื่อมรุนแรง	0-19	111	5.94

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา จากการสนทนากลุ่ม ผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และ อสม. ได้ดำเนินการสนทนากลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง จำนวน 118 คน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง และการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องพบว่า มีความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ ด้านการป้องกันรักษา ด้านพฤติกรรมจัดการตนเอง เพื่อป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อม ต้องการให้มีการจัดบริการสถานที่ อุปกรณ์ บุคลากร ในการนำกิจกรรม ต้องการให้จัดบริการเยี่ยมบ้าน และสนับสนุนงบประมาณ ได้รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ได้ดำเนินการสนทนากลุ่ม เพื่อ ประเมินศักยภาพ และการออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ข้อเข่าเสื่อม ตามแบบแผนความต้องการของชุมชน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา

3.1 ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่มีอายุ 60–70 ปี มีจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 56.96 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 67 คนคิดเป็นร้อยละ 84.91 มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ (BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) เป็นส่วนใหญ่ 67 คน คิดเป็นร้อยละ 59.49 และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว 56 คน คิดเป็นร้อยละ 62.00 มีจำนวนข้อเข่าเสื่อมทั้ง 2 ข้างเป็นส่วนใหญ่จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	Mean $\pm$ SD
อายุ (ปี)		69.78 $\pm$ 6.60
น้อยกว่า 70 ปี	45 (56.96)	
70 - 79 ปี	28 (35.44)	
80 ปีขึ้นไป	6 (7.60)	
เพศ - ชาย / หญิง	12 (15.19) / 67 (84.91)	
ดัชนีมวลกาย (BMI)		25.45 $\pm$ 3.49
ก่อนการรักษา - น้อยกว่า 25/25 ขึ้นไป	32 (40.51) / 47 (59.49)	
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	30	37.97
มีโรคประจำตัว		
DM	8	10.13
HT	20	25.32
DM+HT+DLP	16	20.25
อื่นๆ ได้แก่ Heart, DLP	5	6.33
จำนวนข้างของการมีข้อเข่าเสื่อม		
1 ข้าง	35	44.70
2 ข้าง	44	53.30

3.2 พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับน้อย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3.80 ระดับปานกลาง จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 93.67 และระดับมาก 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.53 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอชุมพวงจังหวัดนครราชสีมา ผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับน้อยจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.27 ระดับปานกลาง จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 86.08 และในระดับมากจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 12.66 รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

ระยะการพัฒนา	พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม			
	น้อย	ปานกลาง	มาก	mean±SD
ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดการข้อเข่าเสื่อม	3 (3.80)	74 (93.67)	2 (2.53)	19.44 ±1.93
หลังการพัฒนารูปแบบการจัดการข้อเข่าเสื่อม	1 (1.27)	68 (86.08)	10 (12.66)	20.67±2.03

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Modifield Womac Score) และระดับความเจ็บปวดของข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้น (n=86 คน)

การเปรียบเทียบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Modifield Womac score) โดยประเมินความปวด ความฝืด การใช้งานข้อ และระดับความเจ็บปวดของข้อเข่าเสื่อม พบว่าหลังการใช้รูปแบบการจัดการข้อเข่าเสื่อมในอำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ที่พัฒนาขึ้น ผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความปวด ความฝืด และระดับความเจ็บปวดของข้อเข่าเสื่อม ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่การใช้งานข้อเข่า ไม่มีความแตกต่างหลังการพัฒนา รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Modifield Womac score) และระดับความเจ็บปวดของเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้น

เรื่อง	ระยะ	Mean	SD	t	p-value
พฤติกรรมจัดการตนเอง	ก่อนการพัฒนา	19.44	1.933	-4.118	0.000**
	หลังการพัฒนา	20.67	2.036		
Modifield Womac score					
คะแนนรวม	ก่อนการพัฒนา	63.52	49.044	2.201	0.031*
	หลังการพัฒนา	56.25	43.439		
- ความปวด	ก่อนการพัฒนา	14.54	11.437	3.684	0.000*
	หลังการพัฒนา	11.29	9.654		
- ความฝืดของข้อ	ก่อนการพัฒนา	6.75	5.560	3.361	0.001**
	หลังการพัฒนา	5.29	4.680		
- การใช้งานข้อ	ก่อนการพัฒนา	42.39	33.978	1.045	0.299
	หลังการพัฒนา	39.67	31.035		
ระดับความปวด	ก่อนการพัฒนา	4.06	3.375	5.049	0.000**
	หลังการพัฒนา	2.30	2.446		

*p-value<0.05 ** p-value<0.01

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อม

สัดส่วนและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุ คือพบร้อยละ 37.91 สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรจิรา เกิดวัน⁽¹⁵⁾ ที่ทำการศึกษากการสำรวจความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมผู้สูงอายุในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม พบข้อเข่าเสื่อม 1 ใน 3 ของจำนวนผู้สูงอายุ คือร้อยละ 35.4 ยังพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย สำหรับในต่างประเทศ พบว่าการศึกษาของ Cho et al. ที่ศึกษาประเด็นของเพศและความชุกของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุประเทศเกาหลีใต้ พบว่าความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ที่ร้อยละ 38.1 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มผู้สูงอายุ

ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำไร่ ทำสวน เป็นต้น อาชีพเกษตรกรนี้เป็นอาชีพที่ต้องใช้ข้อเท้าในการยืนเดินเป็นการใช้งานของข้อในชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสมทำให้เพิ่มการเสียดสีหรือแรงอัดในข้อ⁽¹⁶⁾ ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านต่างๆ ของบุคคลที่มีข้อเท้าเสื่อม จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้สูงอายุขาดความรู้ในเรื่องข้อเท้าเสื่อม มีพฤติกรรมการป้องกันข้อเท้าเสื่อมที่ไม่ถูกต้อง อีกทั้งชุมชน ยังไม่มีกิจกรรมในการดูแลโรคข้อเท้าเสื่อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่มีการวางแผน กิจกรรม หรืองบประมาณ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อเท้าเสื่อม ผลการวิจัยนี้อภิปรายได้ว่า วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussions) ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน/บุคคล วิถีชีวิต ความเชื่อ ความต้องการหรือพฤติกรรม ต่างเป็นวิธีการที่ได้ข้อมูลที่รวดเร็ว ประหยัดเวลา เพื่อการหาคำตอบที่สำหรับใช้ในการตัดสินใจบางประเด็นที่ต้องการ จุดประเด็นในการสนทนาเพื่อชักจูงให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นอย่างลึกซึ้งและตรงประเด็น เปิดเผย โดยไม่มีผู้นำความคิดเห็นหรือการตัดสินใจใดๆ และเป็นการวิจัยโดยมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในกลุ่มและมีการตรวจสอบกันเองในกลุ่มด้วยซึ่งเป็นการสนทนาแบบ Two-way communication⁽¹⁷⁾

2. รูปแบบการจัดการโรคข้อเท้าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย

2.1 กลุ่มเป้าหมาย รูปแบบการจัดการโรคข้อเท้าเสื่อม ได้เลือกกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการจัดการบริการสุขภาพที่มีภาวะข้อเท้าเสื่อมในระดับปฐมภูมิ โดยให้คัดกรองภาวะข้อเท้าเสื่อมในบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือในผู้สูงอายุ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ร่วมกับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

2.2 การคัดกรองโรคข้อเท้าเสื่อมในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับ อสม. ในพื้นที่ โดยการให้ความรู้เพิ่มเติมจาก แพทย์และทีมสุขภาพจากโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนจิตต์ ช่วยจันทร์ และคณะ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการโรคข้อเท้าเสื่อมในชุมชน โดยความร่วมมือของพยาบาลเวชปฏิบัติ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งถือเป็นแกนนำสุขภาพที่สำคัญ มีศักยภาพมากพอที่จะทำการคัดกรองเพราะได้รับการอบรมการใช้แบบคัดกรองโรค และที่สำคัญเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดด้วย

2.3 การจำแนกความรุนแรงของข้อเท้าเสื่อม ตามแบบคัดกรอง Oxford Knee Score แบ่งคะแนนความรุนแรงของโรค เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเริ่มมีข้อเท้าเสื่อม และ ข้อเท้าเสื่อมรุนแรงตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อภิปรายได้ว่ารูปแบบการจัดการโรคข้อเท้าเสื่อมในผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นโดยการอบรม อสม. และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้สามารถคัดกรองโรคข้อเท้าเสื่อม ตามแบบคัดกรอง Oxford Knee Score และการจำแนกความรุนแรงของโรคข้อเท้าเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุที่มีข้อเท้าเสื่อมได้รับการดูแลรักษาได้เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค

และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง ในการใช้ข้อเท้าเพื่อช่วยชะลอความรุนแรงของโรค และได้รับการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น) อีกทั้งมีการประสานส่งต่อรักษา กรณีเกินศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ เตือนจิตต์ ช่วยจันทร์ และคณะ⁽¹³⁾

3. ประเมินผลรูปแบบการจัดการโรคข้อเท้าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ที่พัฒนาขึ้น พบว่า คะแนน Modified WOMAC Score แยกย่อยประเด็นซึ่งประกอบไปด้วย ความปวด ความผิดข้อ คะแนนรวม และคะแนนระดับความปวด นั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ซึ่งการให้ความรู้เรื่องโรคข้อเท้าเสื่อมเบื้องต้น ทำางการทำงานที่ถูกต้อง การใช้ Knee support หรือ ไม้น้ำยัน และการสอนออกกำลังกายเข้า ผลคือ ช่วยให้กล้ามเนื้อขาแข็งแรง ช่วยพยุงข้อเท้าได้ดียิ่งขึ้น ลดปัญหากระดูกในข้อเท้าเสียดสีกัน สัมผัสกันจนเกิดปวดเสียวในข้อเท้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ettinger et al.⁽¹⁸⁾ การออกกำลังกายเข้า ในผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อม พบว่ามีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น และปวดน้อยลง ความแข็งแรงในการทำงานดีขึ้น และภาวะ Disability ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้ความร้อนหรือเย็นช่วยบรรเทาปวดได้ ความร้อนทำให้หลอดเลือดขยายตัว และลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้ความเจ็บปวดลดลง ในทางตรงข้ามความเย็นช่วยลดอาการบวม ซึ่งการบวมจากการอักเสบบริเวณข้อนั้นส่งผลให้เกิดความรู้สึกปวดลึกได้⁽²⁰⁾ ยาลดปวดกลุ่ม Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) สามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Cyclooxygenase (COX) ที่เป็นตัวผลิตสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ บรรเทาอาการปวด และการอักเสบได้ การใช้งานข้อเท้าจากการศึกษาครั้งนี้ยังไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.299$) แต่มีแนวโน้มดีขึ้น จากค่าเฉลี่ยคะแนน Modified WOMAC Score ก่อนและหลังการพัฒนา คือ 42.39 และ 39.67 ตามลำดับ การใช้งานของข้อเท้าจะดีขึ้นได้จนเห็นความแตกต่างนั้น ต้องใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม และมีพฤติกรรมจัดการตนเองในการใช้ข้อเท้าที่ถูกต้องและเหมาะสม การหลีกเลี่ยงหรือลดแรงกระแทกของข้อเท้า และการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเท้าด้วยการบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเท้า⁽¹³⁾ การใช้ท่าทางที่ถูกต้อง และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมร่วมด้วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริพรรณ ชาคโรทัย⁽²¹⁾ ที่ใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกิจกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเท้าเสื่อมระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าภายหลังเข้าโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีความรุนแรงของโรคข้อเท้าเสื่อมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อภิปรายได้ว่า ความรุนแรงของโรคข้อเท้าเสื่อมจะลดลงได้จนเห็นความแตกต่างนั้น ต้องใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม และมีพฤติกรรมจัดการตนเองในการใช้ข้อเท้าที่ถูกต้องและเหมาะสม การหลีกเลี่ยงหรือลดแรงกระแทกของข้อเท้า และการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเท้าด้วยการบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเท้าแต่เนื่องจากการใช้รูปแบบการจัดการโรคฯ ที่พัฒนาขึ้นดำเนินการเพียง 4 สัปดาห์ จึงทำให้ความสามารถในการใช้งานข้อเท้าไม่แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม

สรุปได้ว่า รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา เป็นรูปแบบที่จะสามารถ ควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมที่สามารถดำเนินการ ในชุมชน ด้วยศักยภาพของชุมชนเองร่วมกับการสนับสนุนโดยบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และองค์การ ปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดการสุขภาพที่จะก่อให้เกิดความยั่งยืนในด้านส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุต่อไป และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของชุมชนอื่นๆ ที่มีบริบท คล้ายคลึงกันได้ หรือ ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้

1. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้ แนวคิดการจัดการโรค เพื่อให้เกิดการจัดการโรคอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม กับความต้องการของชุมชนอื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้ นำสู่ Spiritual well being ได้
2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ข้อเข่าเสื่อม ในด้านการสอนออกกำลังกาย สามารถขยายผลกิจกรรม การออกกำลังกาย โดยการประยุกต์ความรู้ทางศัลยกรรมกระดูก ให้เข้ากับกิจกรรมการออกกำลังกาย ของแต่ละชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลโรคโดยใช้แนวคิดการจัดการโรค เพื่อให้เกิด การจัดการโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ควรนำไปทำเป็นโปรแกรมการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมและเพิ่มระยะเวลา การดำเนินโปรแกรมให้นานมากกว่า 4 สัปดาห์
2. การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของบุคคลที่เป็นข้อเข่าเสื่อม โดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 90 คน นั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือก เชิงชวน และสมัครใจ ในการศึกษาครั้งต่อไป จึงควรมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม (Focus groups)
3. ควรมีการประเมินผลความพึงพอใจ ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาล บุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อสม., ชุมชน และ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม
4. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม โดยการนำรูปแบบการพัฒนาไปใช้กับชุมชนอื่นๆ เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อการปรับปรุงพัฒนา ให้กิจกรรมการพัฒนา สามารถขับเคลื่อน จากปัญหาของชุมชน ดำเนินการโดยชุมชน และได้รับการสนับสนุนโดยชุมชน เพื่อความยั่งยืนในการป้องกันและควบคุม ข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุต่อไป

บรรณานุกรม

1. อณิษฐา หาญภักดีนิยม. นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อการพัฒนาประเทศในอาเซียน. วารสารพุทธอาเซียนศึกษา. 2563;5(1):55-70.
2. Health Data Center, Ministry of Public Health. Screening report for osteoarthritis in the elderly 2021 [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 30]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/>
3. Iwamoto J, Takeda T, Sato Y. Effect of muscle strengthening exercises on the muscle strength in patients with osteoarthritis of the knee. Knee. 2007;14(3):224-30. doi:10.1016/j.knee.2007.03.002
4. Felson DT, Naimark A, Anderson J, Kazis L, Castelli W, Meenan RF. The prevalence of knee osteoarthritis in the elderly. The Framingham Osteoarthritis Study. Arthritis Rheum. 1987;30(8):914-8. doi:10.1002/art.1780300811
5. Maurer BT, Stern AG, Kinossian B, Cook KD, Schumacher HR Jr. Osteoarthritis of the knee: isokinetic quadriceps exercise versus an educational intervention. Arch Phys Med Rehabil. 1999;80(10):1293-9. doi:10.1016/s0003-9993(99)90032-1
6. ยุพาพักตร์ รักษ์ณวิวงศ์, พร้อมจิตร์ ห่อนบุญเหิม, อัจฉรา ชัยชาญ ภาวะสุขภาพและความต้องการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในหมู่บ้านมะกอก ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2555;6(1):84-98.
7. ปองจิตร์ ภัทรนาวิก. พฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมของพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2549; 24(2):71-81.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (service plan) หัวข้อ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ พขอ. จังหวัดนครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 9 ตรวจราชการวันที่ 12-14 กุมภาพันธ์ 2562. นครราชสีมา: เรืองสัจบ้านงานพิมพ์; 2562.
9. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hosp Q. 2003;7(1):73-82. doi:10.12927/hcq.2003.16763
10. Department of Health, Ministry of Public Health. Elderly health record. Bangkok: Chao Chom Restaurant Suan Sunandha Rajabhat University; 2015.
11. Narin R, Taunrat W, Booncheang W. Development of a community participation program for caring older adults with knee osteoarthritis. Nursing Journal. 2015; 42(3); 170-81.
12. Huber DL. Leadership and Nursing Care Management. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2006

13. เตือนจิตต์ ช่วยจันทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์, ดนัย หีบท่าไม้. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนโดยความร่วมมือของพยาบาลเวชปฏิบัติและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561;38(2):43-59.
14. Nicholus Bellamy. WOMAC Osteoarthritis Index. User guide VIII; 2007: 71-3
15. จันทร์จิรา เกิดวัน, จิราภรณ์ บุญอินทร์, ชุตินา ธีระสมบัติ, วิไล คุปต์นิรติศัยกุล. การสำรวจความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารกายภาพบำบัด. 2559;38(2):59-70.
16. Cho HJ, Chang CB, Kim KW, et al. Gender and prevalence of knee osteoarthritis types in elderly Koreans. J Arthroplasty. 2011;26(7):994-9. doi:10.1016/j.arth.2011.01.007
17. ปัญญา ธีระวิทยเลิศ. เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ที่มีประสิทธิภาพ. วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร. 2559;7(2): 284-9.
18. Ettinger WH Jr, Burns R, Messier SP, et al. A randomized trial comparing aerobic exercise and resistance exercise with a health education program in older adults with knee osteoarthritis. The Fitness Arthritis and Seniors Trial (FAST). JAMA. 1997;277(1):25-31.
19. จิรวรรณ วัฒนปัญญาเวช, ชاکริต สัตยารมณ, ฐานิยา กลิ่นโสภณ, สุดารัตน์ บริสุทธิ์. การพัฒนาอุปกรณ์ประคบร้อนและเย็นแบบใช้ซ้ำจากดินเหนียว. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2563;35(6):694-9.
20. Boonchan N. Join Pain-Osteoarthritis and nursing process application. 2nd ed. Bangkok: NP Press; 2009.
21. สิริพรรณ ชاکโรทัย. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อความรุนแรงของโรคในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.

ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า

อำไพรัตน์ สุทธิธรรมถาวร, พ.บ.*^a

บทคัดย่อ

การศึกษาทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วกัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า และผู้ดูแลหลักจำนวน 51 คู่ ในช่วงการประเมินของปี 2562-2565 รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการมีการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้แก่ 1) กิจกรรมห้องเรียนพ่อแม่ออนไลน์ 2) กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กและฝึกสอนพ่อแม่ 3) กิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านออนไลน์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเครียดผู้ปกครองในการเลี้ยงดูบุตร (PSI-SF) แบบบันทึกการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ (DSPM) และแบบบันทึกการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ Repeated measures ANOVA และ McNemar's test ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการ 12 สัปดาห์ คะแนนความเครียดของผู้ดูแลหลักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เด็กพัฒนาการล่าช้ามีสัดส่วนพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเด็กมีพัฒนาการสมวัยผ่านตามเกณฑ์ร้อยละ 76.47 รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการนี้สามารถใช้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการกระตุ้นพัฒนาการเด็กนั้นสิ่งที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักที่จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : เด็กพัฒนาการล่าช้า; รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก; เด็กปฐมวัย

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านกุมารเวชกรรม) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์

^a Corresponding author : อำไพรัตน์ สุทธิธรรมถาวร Email : amphairat10@gmail.com

รับบทความ: 31 ส.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 20 ก.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 21 ก.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 26 ก.ย. 65

Effectiveness of Developmental Promotion Model for Children with Developmental Delay

Amphairat Sutthithumthaworn, MD^{*a}

Abstract

This quasi-experimental study aimed to determine the effectiveness of developmental promotion model for children with developmental delay in early childhood, from infancy to 5 years of age, whom were suspected to have developmental delays and their primary caregivers, combining to be 51 pairs (children and their primary caregivers) who agreed to participate the experiment. The study was conducted during 2019 and 2022. The experimental activities were conducted three times for the total duration of 12 weeks. The activities included: 1) online classrooms for parents, 2) intervention for early childhood and parental training, and 3) home-based online program for child development promotion. The tools used in this study were Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF), Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM), and Thai Early Developmental Assessment for Intervention (TEDA4I). The data were analyzed using descriptive statistics including percentages, means, and standard deviations; with inferential statistics including repeated measures ANOVA and McNemar's test. The results revealed that, after the experiment, parenting stress was significantly lower than before their enrollments ($p < 0.001$). Children had significantly higher overall development after enrolling in the program ($p < 0.001$) and 76.47 percent of the children met the standard of developmental stimulations. The program could effectively stimulate development in early childhood, from infancy to the age of 5 years, who had suspected developmental delays. Development stimulation for disabled children requires cooperation and integration from the primary caregivers. This would help disabled children gain better child development.

Keywords : Developmental delay; Developmental promotion model; Early childhood

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level, Sikhoraphum Hospital, Surin Province

^a Corresponding author : Amphairat Sutthithumthaworn Email : amphairat10@gmail.com

Received: Aug. 31, 22; Revised: Sep. 20, 22; Accepted: Sep. 21, 22; Published Online: Sep. 26, 22

บทนำ

เด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี เป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดของการเจริญเติบโตทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสติปัญญา การอบรมเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กให้เติบโตและพัฒนาอย่างมีคุณภาพ ถือเป็นหน้าที่สำคัญยิ่งของบุคคลทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็ก โดยเฉพาะช่วงอายุ 3 ปีของเด็กที่เป็นโอกาสทองของชีวิต ด้วยสมองมีการเจริญเติบโตสูงสุดและพร้อมที่จะเรียนรู้ในทุกๆ ด้าน⁽¹⁾ ตั้งแต่ปี 2560 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี โดยให้โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ซึ่งผลการตรวจคัดกรองต้องผ่านครบ 5 ด้าน คือ ด้านกล้ามเนื้อใหญ่และการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ด้านการใช้ภาษา ด้านความเข้าใจภาษา และด้านการช่วยเหลือตัวเอง⁽²⁾ หากพบความผิดปกติให้มีการกระตุ้นพัฒนาการด้วย DSPM เป็นเวลา 30 วัน หากยังมีพัฒนาการล่าช้าอยู่ให้ส่งต่อโรงพยาบาล⁽²⁾ เพื่อกระตุ้นพัฒนาการด้วย คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) เป็นเวลา 3 เดือนโดยจะได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ 1 ครั้งต่อเดือน ครั้งละไม่น้อยกว่า 45 นาที รวม 3 ครั้ง หากยังพบว่าพัฒนาการล่าช้าอยู่ เด็กจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีกุมารแพทย์พัฒนาการเด็กหรือจิตแพทย์เด็กเพื่อการดูแลรักษาต่อไป⁽³⁾ แต่พบว่าปี พ.ศ. 2561 ถึง 2563 มีเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าประมาณร้อยละ 20 ของเด็กในประเทศ ซึ่งถือว่ามียังมีจำนวนมาก⁽⁴⁾

ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) ปีงบประมาณ 2562 ถึง 2564 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า หลังจากกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I ในเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการจนครบ 3 เดือนแล้ว ยังพบว่ามียังมีเด็กจำนวนมากกว่าครึ่งยังคงมีพัฒนาการช้าและได้ถูกส่งต่อไปรับบริการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิ⁽⁵⁾ ทั้งนี้ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวเป็นช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เว้นระยะห่างในการบริการและลดความแออัดในโรงพยาบาล ทำให้การให้บริการตามระบบเดิมไม่เต็มที่ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ตามปกติ เพื่อให้สามารถให้บริการเพื่อแก้ไขปัญหาเด็กพัฒนาการล่าช้า ที่ยังพบว่าเป็นปัญหาสำคัญและหากชะลอการแก้ปัญหา อาจจะส่งผลให้เด็กที่พัฒนาการล่าช้ามีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงมากขึ้น ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลที่ต้องดูแลเด็กที่บ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก คลินิกพัฒนาการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จึงได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมห้องเรียนพ่อแม่ออนไลน์ กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กและฝึกสอนพ่อแม่ และกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านออนไลน์ โดยมุ่งหวังว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะช่วยให้การทำงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยสนับสนุนให้แต่ละครอบครัวมีเวลาในการอยู่ร่วมกันมากขึ้น ครอบครัวมีส่วนร่วมและเห็นความสำคัญของการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการลูกหลานเพื่อให้มีพัฒนาการสมวัย สามารถเรียนรู้ ประเมินพัฒนาการและฝึกฝนทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการลูกหลานได้ที่บ้าน เพื่อลดปัญหาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและลดการถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยการทดลองเป็นโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า ระยะเวลาของการทดลอง คือ 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักและเด็กปฐมวัยแรกเกิดถึง 5 ปี ที่มีผลการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ (DSPM) และสงสัยว่าเด็กพัฒนาการล่าช้าในช่วงการประเมินของปี 2562-2565 จำนวน 90 คู่ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G *Power⁽⁶⁾ ได้ 51 คู่ ทำการสุ่มตัวอย่างที่ผ่านตามเกณฑ์คุณสมบัติกำหนดเข้ากระบวนการวิจัย โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากจนครบตามจำนวนที่กำหนด โดยเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้ดูแลหลักของเด็กสามารถพาเด็กมารับบริการที่โรงพยาบาลได้และสามารถอยู่กับเด็กได้ตลอดระยะเวลา 3 เดือนของงานวิจัย 2) ผู้ดูแลเด็กมีเวลาส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 3) ผู้ดูแลหลักของเด็กมีและสามารถใช้งาน Smartphone ได้ และมี Internet พร้อมใช้งานตลอดเวลา 4) ผู้ดูแลหลักของเด็กสามารถอ่าน เขียนและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ มีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการอันเนื่องมาจากปัจจัยที่ตัวเด็กเอง เช่น เด็กกลุ่มอาการออทิซึม เด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับสมอง เป็นต้น 2) เด็กที่มีความเจ็บป่วยทางร่างกาย ยังไม่พร้อมรับการส่งเสริมพัฒนาการ และ 3) ผู้ดูแลเด็กมีอายุมากและสภาพร่างกายไม่พร้อมในการส่งเสริมพัฒนาการ

การดำเนินการวิจัย

1. การประเมินเด็กและผู้ดูแลหลักก่อนเริ่มวิจัย (Pre-assessment) ผู้ดูแลหลักจะได้รับการสัมภาษณ์จากผู้ช่วยวิจัย หรือผู้ดูแลหลักกรอกข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานจำนวน 10 ข้อ แบบประเมินความเครียดผู้ปกครองในการเลี้ยงดูบุตร (PSI-SF) จำนวน 36 ข้อ แบบบันทึกการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ (DSPM) จำนวน 5 ด้าน แบบบันทึกการประเมิน

เพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) จำนวน 5 ด้าน 145 ข้อ (การประเมินทั้งหมดใช้เวลา 45 นาที/ครั้ง)

2. การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (Modified developmental promotion) ได้แก่

1) กิจกรรมห้องเรียนพ่อแม่ออนไลน์ (Parental online classroom) ผู้วิจัยเชิญผู้ดูแลหลักเข้ากลุ่มสื่อออนไลน์ (Group line) เพื่ออบรมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กลุ่มพ่อแม่หรือผู้ดูแล มีบุคลากรในคลินิกและพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อเป็นช่องทางในการแลกเปลี่ยน สอบถามข้อมูล ให้กำลังใจ แบ่งปันเรื่องราวร่วมกัน โดยกิจกรรมจัดทั้งหมด 3 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ผ่านโปรแกรม Google meet เป็นการสร้างสัมพันธภาพ แบ่งปันประสบการณ์ และให้ความรู้ผู้ดูแลตามคู่มือการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นวิทยากร

2) กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กและฝึกสอนพ่อแม่ (Early intervention and parent training) คือการให้คำแนะนำ สอนวิธีการกระตุ้นพัฒนาการเด็กของผู้ดูแลแบบตัวต่อตัว (1:1) ระยะเวลา 30 นาทีต่อครั้ง จัดกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ในคลินิกพัฒนาการ (Clinic visit) ครั้งที่ 2 การเยี่ยมบ้าน (Home visit) และครั้งที่ 3 วิดีโอคอล (Video call) เป้าหมายของกิจกรรม คือ ฝึกสอนผู้ดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) โดยเน้นในส่วนระหว่างเด็กและผู้ดูแล โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นวิทยากร ซึ่งหากผู้ดูแลหลักเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทั้ง 3 ครั้ง จะถูกคัดออกจากการวิจัย

3) กิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านออนไลน์ (Home-based online program) เป็นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านตามคู่มือการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (1 ชั่วโมง 30 นาทีต่อวัน) เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยขอให้พ่อแม่ หรือผู้ดูแลหลัก มีเวลาให้กับเด็กอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 1 ชั่วโมง 30 นาทีต่อวัน ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้กระตุ้น คอยให้คำปรึกษากับผู้ดูแลและติดตามผ่านการออนไลน์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (วันจันทร์ และวันพฤหัสบดี)

3. การประเมินพัฒนาการเด็กและผู้ดูแลหลัก ระหว่าง (เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ของการวิจัย) และหลังเข้าร่วมวิจัย (Mid and Post assessment) โดยผู้ช่วยวิจัยส่ง Link การประเมินผ่าน Group line เพื่อให้ผู้ดูแลหลัก ประเมินความเครียดผู้ปกครองในการเลี้ยงดูบุตร (PSI-SF) ประเมินการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ (DSPM) ประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) (การประเมินทั้งหมดใช้เวลา 45 นาที/ครั้ง)

หมายเหตุ: ผู้ช่วยนักวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม โดยมีกระบวนการเตรียมความพร้อมผู้ช่วยนักวิจัยดังนี้

1) ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย 2) ทำความเข้าใจเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล และการสัมภาษณ์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 3) แนะนำช่องทางการติดต่อสื่อสารและการขอคำแนะนำจากผู้วิจัย และ 4) แนะนำวิธีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำเสนอผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบเก็บข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับเด็กและผู้ดูแล ส่วนที่ 2 ผลการประเมินความเครียดผู้ดูแล [PSI-4-SF] ส่วนที่ 3 ผลการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ (DSPM) และการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) และส่วนที่ 4 สรุปผลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า

2. แบบบันทึกการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ (DSPM) ของกระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ ค่า Sensitivity ร้อยละ 96.04 และค่า Specificity ร้อยละ 64.67⁽⁷⁾

3. แบบบันทึกการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ค่าความเที่ยงตรงรวม (Validity) 0.84 ค่าความเชื่อมั่นรวม (Reliability) 0.97 ซึ่งมีระดับค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูงมาก⁽³⁾

4. แบบสอบถามความเครียดผู้ปกครองในการเลี้ยงดูบุตร (PSI-SF) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.904⁽⁵⁾ คะแนนรวม 36 ข้อ อยู่ที่ 36 ถึง 180 แบ่งระดับความเครียดเป็น 2 ระดับคือ ความเครียดปกติ (36-90 คะแนน) และความเครียดสูง (≥ 91 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ (DSPM) และการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ McNemar's test และใช้สถิติ Repeated measures ANOVA ทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยหรือการเปลี่ยนแปลงของคะแนนที่วัดซ้ำ ใน 3 ช่วงเวลาของค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลเด็ก [PSI-4-SF]

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ EC 8/2565 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กรับทราบ ซึ่งสามารถตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ผู้ช่วยนักวิจัยได้รับการสร้างความเข้าใจในกระบวนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ เพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักและเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กปฐมวัยจำนวน 51 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 94.12 อายุเฉลี่ย 32.39 ± 8.11 ปี (ตารางที่ 1) กลุ่มตัวอย่างเด็กพัฒนาการล่าช้าจำนวน 51 คน เป็นเพศชายร้อยละ 62.75 อายุเฉลี่ย 26.56 ± 16.15 เดือน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก (n=51)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	5.88
หญิง	48	94.12
อายุ (ปี)		
	32.39 ± 8.11 , Max 50 Min 20	
20-30	20	39.22
31-40	23	45.10
41-50	8	15.69
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4	7.84
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	45.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	17.65
อนุปริญญา	6	11.76
ปริญญาตรี	9	17.65
อาชีพ		
แม่บ้าน	13	25.49
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7	13.73
รับจ้างทั่วไป	24	47.06
พนักงานบริษัทเอกชน	4	7.84
รับราชการ	3	5.88

ตารางที่ 2 (ต่อ) ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก (n=51)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	9	17.65
ครอบครัวขยาย	42	82.35
สถานภาพสมรส		
อยู่ด้วยกัน	43	84.31
แยกกันอยู่	8	15.69

ตารางที่ 3 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของเด็กพัฒนาการล่าช้า (n=51)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	62.75
หญิง	19	37.25
อายุ (เดือน)		
26.56±16.15, Max 58 Min 4		
เด็กทารก (Infant) อายุ 1 เดือน ถึง 12 เดือน	13	25.49
เด็กวัยเตาะแตะ (Toddler) อายุ 13-36 เดือน	24	47.06
เด็กก่อนวัยเรียน (Preschool age) อายุ 37-60 เดือน	14	27.45
การเรียนรู้		
ไม่ได้ไปโรงเรียน	29	56.86
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียน	22	43.14
สุขภาพ		
แข็งแรง	46	90.20
มีโรคประจำตัว	5	9.80

2. การเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการ ผู้ดูแลหลักมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X}=85.03\pm15.54$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมได้ระยะ 2 เดือน ผู้ดูแลหลักมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X}=75.54\pm8.82$) และระยะ 3 เดือน ผู้ดูแลหลักมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X}=70.39\pm9.37$) และเมื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า คะแนนความเครียดของผู้ดูแลหลักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความเครียดผู้ดูแลหลักก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมวิเคราะห์ด้วยการวัดซ้ำ (n=51)

PSI-4-SF	เริ่มต้น	2 เดือน	3 เดือน	p-value
ค่าเฉลี่ยความเครียด (Mean±SD)	85.03±15.54	75.54±8.82	70.39±9.37	<0.001*
ความเครียดปกติ (36-90 คะแนน)	36 (70.59)	45 (88.24)	48 (94.12)	
ความเครียดสูง (≥91 คะแนน)	15 (29.41)	6 (11.76)	3 (5.88)	

* Significance level at p<0.05, repeated measurement ANOVA

3. การเปรียบเทียบผลการกระตุ้นพัฒนาการตามการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ (DSPM) และตามการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

หลังเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า สัดส่วนของพัฒนาการระหว่างสมวัยและล่าช้าในช่วงก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าโปรแกรมของทั้ง 5 ด้านหลักมีสัดส่วนพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) เช่น ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยผ่านตามเกณฑ์ DSPM ร้อยละ 17.65 หลังเข้าร่วมโปรแกรมเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยผ่านตามเกณฑ์ DSPM ร้อยละ 86.27 และด้านความเข้าใจภาษา (RL) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยผ่านตามเกณฑ์ TEDA4I ร้อยละ 29.41 หลังเข้าร่วมโปรแกรมเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยผ่านตามเกณฑ์ TEDA4I ร้อยละ 90.20 (ตารางที่ 4-5) โดยสรุปแบ่งเป็นเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยผ่านตามเกณฑ์ร้อยละ 76.47 และเด็กที่ต้องกระตุ้นพัฒนาการต่อร้อยละ 23.53 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการกระตุ้นพัฒนาการตามการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ (DSPM) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=51)

DSPM	พัฒนาการ		Test Statistic	p-value
	สมวัย	ล่าช้า		
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM)			13.00	<0.001*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	35 (68.63)	16 (31.37)		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	48 (94.12)	3 (5.88)		
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM)			35.00	<0.001*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	9 (17.65)	42 (82.35)		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	44 (86.27)	7 (13.73)		
ด้านความเข้าใจภาษา (RL)			27.13	<0.001*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	15 (29.41)	36 (70.59)		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	44 (86.27)	7 (13.73)		

ตารางที่ 4 (ต่อ) เปรียบเทียบผลการกระตุ้นพัฒนาการตามการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ (DSPM) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=51)

DSPM	พัฒนาการ		Test Statistic	p-value
	สมวัย	ล่าช้า		
ด้านการใช้ภาษา (EL)			24.00	<0.001*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20 (39.22)	31 (60.78)		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	44 (86.27)	7 (13.73)		
ด้านการช่วยเหลือตนเอง (PS)			16.00	<0.001*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	32 (62.75)	19 (37.25)		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	48 (94.12)	3 (5.88)		

*Significance level at $p < 0.05$, McNemar's test

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลการกระตุ้นพัฒนาการตามการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=51)

TEDA4I	พัฒนาการ		Test Statistic	p-value
	สมวัย	ล่าช้า		
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM)			14.00	<0.001*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	34 (66.67)	17 (33.33)		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	48 (94.12)	3 (5.88)		
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM)			36.00	<0.001*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	10 (19.61)	41 (80.39)		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	46 (90.20)	5 (9.80)		
ด้านความเข้าใจภาษา (RL)			29.12	<0.001*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	15 (29.41)	36 (70.59)		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	46 (90.20)	5 (9.80)		
ด้านการใช้ภาษา (EL)			25.00	<0.001*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20 (39.22)	31 (60.78)		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	45 (88.24)	6 (11.76)		
ด้านการช่วยเหลือตนเอง (PS)			11.84	<0.001*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	32 (62.75)	19 (37.25)		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	47 (92.16)	4 (7.84)		

* = significant at $p < 0.05$, McNemar's test

ตารางที่ 6 ผลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า

ผลการส่งเสริมพัฒนาการ	จำนวน	ร้อยละ
สมวัยจำหน่าย	39	76.47
กระตุ้นพัฒนาการต่อ	12	23.53

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้าครั้งนี้ทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยตามเกณฑ์ทุกด้านร้อยละ 76.47 ซึ่งพัฒนาการผ่านเกณฑ์มากกว่าการศึกษาของเอกชัย สีสาวงศ์กิจ ที่เก็บข้อมูลย้อนหลังผลของการใช้เครื่องมือ TEDA4I ในเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าพบร้อยละ 68.52 มีพัฒนาการสมวัยผ่านตามเกณฑ์⁽⁸⁾ เนื่องจากการวิจัยนี้ใช้หลักโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการอย่างมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง⁽⁹⁾ มีการตั้งกลุ่มไลน์ของคลินิกแลกเปลี่ยนและแบ่งปันองค์ความรู้ซึ่งกันและกัน ผู้ปกครองมีการใช้บริการและสอบถามเพื่อการแก้ปัญหาต่างๆ เบื้องต้น ทำให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้น แต่ผลพัฒนาผ่านเกณฑ์น้อยกว่าการศึกษาของ สราวุธจิต อินศร ที่พบว่าหลังทดลองเด็กมีพัฒนาการโดยรวมผ่านเกณฑ์ร้อยละ 98.00 ซึ่งใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวแบบมีส่วนร่วมที่ยึดคำแนะนำในคู่มือ DSPM มีการดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมเน้นการเสริมสร้างทักษะผู้ปกครองที่เกี่ยวข้องกับการกอด เล่น ร้อง เต้น วาด สร้างสมาธิ จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวก⁽¹⁰⁾ และการศึกษาของ บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถี ที่ยึดคำแนะนำในคู่มือ DSPM/DAIM/TEDA4I เป็นหลักในการกระตุ้นพัฒนาการและมีการติดตามนัดหมายหรือถ่ายเป็นคลิปวิดีโอส่งให้เจ้าหน้าที่ได้ภายใน 30 วัน ซึ่ง พบว่าเด็กร้อยละ 91.3 มีพัฒนาการสมวัย⁽¹¹⁾ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากประสิทธิภาพของโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการขึ้นกับหลายปัจจัย ได้แก่ ทักษะของพยาบาลในการใช้เครื่องมือ ความถูกต้องและสม่ำเสมอของการทำ Home program ของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก รวมถึงระดับความรุนแรงของความบกพร่องทางพัฒนาการและปัจจัยทางสังคมของเด็กเอง⁽⁸⁾ การพัฒนาผู้ปกครองไม่ว่าจะเป็นในกลุ่มผู้ปกครองที่เป็นบิดา มารดา หรือปู่ ย่า ตา ยาย ให้มีทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการและมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องเป็นประจำได้ที่บ้าน ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต้องมีการกำกับติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ภาวะสุขภาพจิตทั่วไปของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าก็มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลเด็ก ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลของเด็กมีความรู้ความเข้าใจ ตระหนัก และยอมรับปัญหา รวมทั้งมีทักษะการดูแลเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าอย่างถูกต้อง สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบุคคลในครอบครัว สนับสนุนด้านจิตใจและสร้างแรงจูงใจในการดูแลเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าอย่างต่อเนื่อง⁽¹²⁾ ประกอบกับ

ต้องมีการติดตามหลังกิจกรรม เนื่องจากบางทักษะเมื่อผู้ปกครองได้ลองนำไปปฏิบัติเองที่บ้านก็พบอุปสรรค เช่น เด็กไม่ให้ความร่วมมือ เด็กยังไม่สามารถปฏิบัติได้ในทันที หรืออาจจะมีการโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน หรือ การสร้างห้องแชทกลุ่มไลน์เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถติดต่อสอบถามได้โดยตรง⁽¹³⁾

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการนี้ทำให้เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพมากขึ้น เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการกระตุ้นพัฒนาการเด็กนั้นสิ่งที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักที่จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น งานวิจัยยังมีข้อจำกัดด้านกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการทำให้ไม่สามารถที่จะไม่กระตุ้นพัฒนาการเพื่อให้เกิดกลุ่มเปรียบเทียบได้ อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ควรคำนึงถึงอีกประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านระดับความสามารถของพยาบาลที่ให้การกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีระดับความสามารถที่อาจแตกต่างกัน ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ควรได้รับการศึกษาต่อไปในอนาคต และควรมีการศึกษาต่อไปในระยะยาวในปิงบประมาณต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการเพิ่มประสิทธิภาพของกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านออนไลน์ (Home-based online program) ด้วยการมีระบบให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลหลักและติดตามความสม่ำเสมอของการกระตุ้นพัฒนาการ
2. ควรจัดอบรมทบทวนฝึกทักษะแก่พยาบาลผู้รับผิดชอบเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ ในส่วนของทักษะที่ไม่มั่นใจและมีการสอบทบทวนพยาบาลผู้รับผิดชอบเป็นระยะ อีกทั้งการจัดระบบสนับสนุนให้เกิดความตระหนัก และความรู้แก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กให้สามารถทำ Home program แก่เด็กได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด คลินิกพัฒนาการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องที่ได้ให้คำแนะนำ ชี้แนะ สนับสนุนเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ดูแลเด็กทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยจนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือฝึกส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลักสูตรเร่งรัดประจำโรงพยาบาล. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.

2. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual :DSPM) นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรสหประชาชาติผ่านศึก 2562.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
4. สถานพัฒนานามัยเด็กแห่งชาติ. รายงานความก้าวหน้าประเด็นตัวชี้วัดเด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย 2564 [cited 6 พฤษภาคม 2565]. Available from: <https://nich.anamai.moph.go.th/th/general-of-50/204371>.
5. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานตามตัวชี้วัดกระทรวง ปี 2564 2565 [cited 7 พฤษภาคม 2565]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2021.
6. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement. 1970;30(3):607-10.
7. สมัย ศิริทองถาวร. การพัฒนาคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(1):3-12.
8. เอกชัย สีสาวงศ์กิจ. ผลของการใช้เครื่องมือ TEDA4I ในเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2563;28(1):101-11.
9. มนัสสิน เจาะโนะ, รอฮานี เจาะอาแซ. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการอย่างมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อพัฒนาการของเด็กอายุ 2-5 ปี. วารสารวิทยบริการ. 2562;30(2):80-8.
10. Saranchit Inson, Yodsaya Aonkam, Rittirong Ruangrith. Effectiveness of Development Promotion and Reinforce Positive to Improve Discipline Programs base on Family Participation to children aged 3-5 years. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2021;5(10):143-60.
11. บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ, บุชา อรรถาวีร์. รูปแบบการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์. 13(3):229-42.
12. จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย, ศิราณี อิ่มน้ำขาว, ปราณี ทาบึงการ, อรรถยาภรณ์ ทองมี, อัญรัตน์ อุทัยแสง. การการดูแลของมารดาเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2565;9(1):317-28.
13. ศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตรศึกษา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี. จังหวัดราชบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 5; 2562.

ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในด้านโภชนาการเด็กปฐมวัย และส่วนประสมทางการตลาดของผู้ปกครอง ตำบลนาเลี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ยุภาติ สงวนพงษ์^a, วาสนา แสงทอง^{**}, จารุมาศ จันทกุล^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในด้านโภชนาการเด็ก และส่วนประสมทางการตลาดของผู้ปกครอง ตำบลนาเลี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ประชากรในการศึกษา คือผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลนาเลี้ยว จำนวน 126 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วย 1) แบบสอบถามความรู้ด้านโภชนาการ และด้านส่วนประสมทางการตลาดของผู้ปกครอง ใช้การทดสอบ ความเชื่อมั่นของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 0.94 2) แบบสอบถามทักษะ และการปฏิบัติ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (86.80%) อายุ 50-59 ปี (29.40%) ความสัมพันธ์กับเด็กเป็นยาย (65.08%) การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (42.86%) สถานภาพสมรส (96.03%) อาชีพเกษตรกร (42.86%) รายได้ต่ำกว่า 10,001 บาท (29.36%) ลักษณะครอบครัวหัวงกลาง (53.97%) สมาชิกในครอบครัวจำนวน 4-5 คน (34.13%) และการได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์ (84.13%) พบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ด้านโภชนาการและด้านส่วนประสมทางการตลาด อยู่ในระดับสูง (72.22% และ 57.94%) ทักษะของผู้ปกครอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.09$, $SD=0.52$ และ $\bar{X}=4.06$, $SD=0.42$) และการปฏิบัติ ของผู้ปกครอง อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.37$, $SD=0.42$ และ $\bar{X}=3.96$, $SD=0.32$) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ ผู้ปกครองควรให้ความสำคัญการจัดเตรียมอาหารให้มีความเหมาะสมตามวัย และมีความรอบรู้ด้านส่วนประสมทางการตลาด เพื่อส่งเสริมให้เด็กได้รับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ตามช่วงวัย สามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของสังคมต่อไป

คำสำคัญ : ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ; เด็กปฐมวัย; โภชนาการ; ส่วนประสมทางการตลาด; ผู้ปกครอง

^a อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

^{**} อาจารย์ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

^{***} ครูเด็กปฐมวัย โรงเรียนบ้านห้วยบงเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

^a Corresponding author : ยุภาติ สงวนพงษ์ Email : tookyuphadi@gmail.com

รับบทความ: 29 ก.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 21 ก.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 22 ก.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 26 ก.ย. 65

Knowledge, Attitudes, and Practice in Early Childhood Nutrition and Marketing Mix of Parents in Na Siew Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province

Yuphadi Sa-nguanphong^{*a}, Wassana Saengthong^{**}, Jarumars Janthakul^{***}

Abstract

The objectives of this study were to examine knowledge, attitudes and practice in early childhood nutrition and marketing mix among parents of pre-school children in Na Siew subdistrict, Mueang district, Chaiyaphum province. Population in this study were 126 parents of pre-school children in 4 child development centers. Data collections were done with questionnaires: 1) parent's knowledge of nutrition and marketing mix with confidence levels using Kuder-Richardson: KR-20 of 0.92 and 0.94; 2) parents' attitudes and practices with Cronbach's alpha coefficient of 0.92 and 0.95. The data were analyzed using percentages, means and standard deviations.

Results showed that the majority of the respondents were females (86.80%), aged 50-59 years (29.40%), related to the children by being grandmother (65.08%), had primary school education (42.86%), were married (96.03%), worked as farmers (42.86%), had monthly income less than 10,001 Baht (29.36%), came from skipped-generation families (53.97%), had 4-5 family members (34.13%), and received news and information through television (84.13%). Parents' knowledge was at a high level on nutrition and marketing mix (72.22% and 57.94%). Their attitudes in nutrition and marketing mix were at a high level ($\bar{X}$ =4.09, SD=0.52 and $\bar{X}$ =4.06, SD=0.42), respectively, and their practices on nutrition and marketing mix were also at a good level ($\bar{X}$ =4.37, SD=0.42 and $\bar{X}$ = 3.96, SD=0.32).

It was suggested that parents should focus on preparing food that is appropriate for their child's age. Knowledge of marketing mix needs to be encouraged for parents so their children could receive appropriate food according to their age.

Keywords : Knowledge attitude practice; Early childhood; Nutrition; Marketing mix; Parents

* Instructor, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

** Instructor, Faculty of Business Administration, Chaiyaphum Rajabhat University

*** Early Childhood Teacher, Banhuaibongnuea School, Mueang District, Chaiyaphum Province

^a Corresponding author : Yuphadi Sa-nguanphong Email : tookyuphadi@gmail.com

Received: Jul. 29, 22; Revised: Sep. 21, 22; Accepted: Sep. 22, 22; Published Online: Sep. 26, 22

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-พ.ศ.2564)⁽¹⁾ มีประเด็นในการพัฒนาหลักที่สำคัญ คือการเตรียมความพร้อมด้านกำลังคน และการเสริมสร้างศักยภาพของประชากรในทุกช่วงวัย มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์ของประเทศ โดยพัฒนาให้เหมาะสมตามช่วงวัยเพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ มีสุขภาพที่ดีลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ อาทิ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางสุขภาพ และโภชนาการที่เหมาะสมตามช่วงวัย ตามนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ภาวะโภชนาการมีความสำคัญต่อการพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สมองมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว⁽²⁾

ภาวะโภชนาการที่ดีเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย การพัฒนาทางด้านจิตใจ ตลอดจนความเป็นอยู่ที่ดีตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียนเป็นช่วงวัยที่ร่างกายและสมองมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วหากมีภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมย่อมส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว⁽³⁾ เด็กจึงจำเป็นต้องได้รับสารอาหารในปริมาณที่เพียงพอ ความต้องการสารอาหารของเด็กแต่ละคนในช่วงวัยจะไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับอัตราการเจริญเติบโตของเด็กแต่ละคน หากเด็กได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ จะส่งผลให้การเจริญเติบโตช้า กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันโรคต่ำเกิดภาวะโลหิตจาง ในทางตรงกันข้าม ถ้าได้รับสารอาหารมากเกินไป จะทำให้น้ำหนักเกิน เกิดโรคอ้วน ซึ่งมีผลเสียต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

เด็กปฐมวัยเป็นวัยแห่งการเริ่มต้นที่สำคัญของชีวิต เนื่องจากเป็นรากฐานของการพัฒนาด้านการเจริญเติบโตทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา การเลี้ยงดูเด็กให้เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ มีสุขภาพดีและพัฒนาการสมวัยเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเด็กในช่วงวัยนี้มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยในการส่งเสริมพัฒนาการทั้งด้านร่างกายและสมอง อิทธิพลที่มีต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยนี้ ขึ้นอยู่กับความพร้อมทางเศรษฐกิจ สังคม ขนาดครอบครัว การศึกษา การทำงานนอกบ้าน ประเพณีความเชื่อ และนิสัยในการบริโภคของผู้ปกครอง ซึ่งจะมีผลต่อปริมาณและคุณภาพอาหารที่เด็กบริโภค และภาวะโภชนาการของเด็ก⁽⁴⁾ ซึ่งเด็กปฐมวัยไม่สามารถเตรียมอาหารได้เอง ผู้ปกครองจึงมีอิทธิพลต่อการรับประทานอาหารของเด็ก โดยเด็กจะรับประทานอาหารมาน้อย ถูกต้องตามหลักโภชนาการหรือไม่นั้น เกิดจากผู้ปกครองความคุ้นเคย มีการฝึกหัดการจัดเตรียมอาหาร และการเห็นตัวอย่างของคนในครอบครัว ดังนั้น พฤติกรรมการจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครองให้แก่เด็กจึงมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก⁽⁵⁾

เด็กปฐมวัยควรได้รับการดูแลภาวะโภชนาการจากผู้ปกครอง เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ซึ่งต้องมีความรู้ในการจัดเตรียมอาหารการส่งเสริมภาวะโภชนาการตามหลักที่ถูกต้อง⁽⁶⁾ เข้าใจในการเลือกชนิดของอาหารส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

เนื่องจากที่ผ่านมาพบว่าผู้ประกอบการบางรายมีความเชื่อและวิธีการให้อาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น ห้ามรับประทานเลือด เพราะกลัวจะมีเชื้อโรค ห้ามรับประทานมะละกอ เพราะกลัวเด็กท้องเสีย เป็นต้น ส่งผลเสียต่อเด็กทำให้เด็กได้รับปริมาณของสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการเจริญเติบโตของเด็กในอนาคต ส่วนพฤติกรรมเด็กในช่วงวัยนี้เป็นวัยที่เริ่มเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และสิ่งแวดล้อมรอบตัว จึงไม่สนใจรับประทานอาหาร และมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น ไม่ชอบรับประทานข้าว อมข้าว ไม่ชอบรับประทานผัก-เนื้อสัตว์ ชอบรับประทานอาหารประเภท Fast food ขนมกรุบกรอบ ชอบเครื่องดื่มรสหวาน ทำให้เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และมีปริมาณไขมัน น้ำตาล และโซเดียมในปริมาณที่สูงกว่ามาตรฐานที่เด็กควรได้รับ ก่อให้เกิดปัญหาด้านโภชนาการตามมา⁽⁷⁾ ปัญหาด้านสุขภาพของเด็ก รวมทั้งการส่งเสริมการขายสินค้าด้านโภชนาการปัจจุบันมีหลายรูปแบบ ส่งผลกระทบทั้งต่อการรับรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในการบริโภคอาหารเด็กของผู้ปกครอง ดังปรากฏปัญหาสุขภาพ พบว่า เด็กเป็นโรคอ้วนและโรคเรื้อรัง จากการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การขยายตัวของการสื่อสารการตลาดของอาหาร ไปยังกลุ่มเด็กและผู้ปกครอง ถูกแวดล้อมด้วยข้อมูลจากสื่อที่หลากหลาย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ภาวะโภชนาการเด็กไม่เป็นไปตามวัย

The American Psychological Association⁽⁸⁾ สรุปไว้ว่า ผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่ไม่เข้าใจว่าวัตถุประสงค์ของโฆษณาเป็นการชักชวนผู้บริโภคให้ซื้อสินค้า โดยเฉพาะในเด็กเล็กจะไม่สามารถแยกความแตกต่างของรายการโทรทัศน์กับโฆษณาได้ จนกว่าจะอายุ 12 ปี⁽⁹⁾ และเด็กทุกกลุ่มอายุล้วนแต่ได้รับผลกระทบจากสื่อ จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับว่าระดับของสื่อที่กระทบต่อการรับรู้และความสนใจของเด็ก เช่น เด็ก อายุ 2-6 ปี ชอบโฆษณาที่มันึกแสดง เสียงเพลง ภาพที่มีสีสัน และของที่มีรูปลักษณะดึงดูดใจ ดังนั้นผู้ประกอบการที่ดูแลเด็กจึงเป็นบุคคลที่สำคัญมากในการให้ข้อมูลการเลี้ยงดูเด็กเพื่อให้เด็กมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมตามวัย โดยใช้หลักการด้านส่วนประสมทางการตลาด 4P's ของ Kotler & Keller⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ (Product) ราคา (Price) ช่องทางการจำหน่าย (Place) และการส่งเสริมการตลาด (Promotion) ผู้ปกครองเด็ก ถูกแวดล้อมด้วยข้อมูลจากสื่อที่หลากหลายหลาย ช่องทางการขายสินค้าและการส่งเสริมการขายสินค้าในหลายรูปแบบ ผู้ปกครองเด็กมีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับสื่อโฆษณาและการตลาดที่ไม่เหมาะสม เพราะเด็กยังขาดทักษะการรับรู้ และประสบการณ์ไม่สามารถตีความหรือวิเคราะห์เนื้อหาของโฆษณาได้ ดังนั้นการที่ผู้ปกครองมีความรู้ด้านส่วนประสมทางการตลาด เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ปกครองเด็กเข้าถึงการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ต้องมีความรอบรู้เท่าทันสื่อ และการตลาดที่สามารถเข้าถึงเด็กและผู้ปกครองในชีวิตประจำวัน ได้อย่างบูรณาการ

จากการสำรวจชุมชนตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 81 การศึกษาระดับประถม ร้อยละ 73 ให้ความสำคัญในการจัดเตรียมอาหารมื้อเช้าแก่เด็ก ร้อยละ 45 มีทัศนคติในการประกอบอาหารให้แก่เด็กด้วยการปรุงรส

ใส่ผงชูรส ร้อยละ 61 ผู้ปกครองได้รับข้อมูลการโฆษณาทั้งรูปแบบของผลิตภัณฑ์อาหาร การชวนเชื่อ และการเข้าถึงข้อมูลในการส่งเสริมโภชนาการเด็กโดยผ่านสื่อดิจิทัลต่างๆ ทำให้เด็กชอบรับประทานขนมกรุบกรอบ เพราะสะดวก หาซื้อง่าย ร้อยละ 89 และการเลือกซื้ออาหารในร้านสะดวกซื้อของเด็ก ร้อยละ 70 การข้อมูลการตรวจสุขภาพเด็กประจำปี พบว่ากราฟแสดงการเจริญเติบโตเปรียบเทียบกับส่วนสูงอยู่ในระดับเริ่มอ้วน คิดเป็นร้อยละ 4.76 และค่อนข้างผอม คิดเป็นร้อยละ 2.34 จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าผู้ปกครองยังขาดความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และการเข้าถึงข้อมูลทางการตลาดเกี่ยวกับการส่งเสริมโภชนาการเด็กอย่างเหมาะสม คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ความรู้ ทักษะการปฏิบัติในด้านโภชนาการเด็กปฐมวัยและด้านส่วนประสมทางการตลาดของผู้ปกครอง ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะการปฏิบัติในด้านโภชนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาส่วนประสมทางการตลาดของผู้ปกครอง ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะการปฏิบัติในด้านโภชนาการเด็กปฐมวัย และด้านส่วนประสมทางการตลาดของผู้ปกครอง ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย (อายุ 1-5 ปี) ที่มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทั้ง 4 แห่งในตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวนผู้ปกครองทั้งหมด 126 คน มีรายละเอียด ดังนี้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านนาเสียว จำนวน 22 คน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านนาวัง จำนวน 31 คน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านนาสีนวล จำนวน 42 คน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านไทรงาม จำนวน 31 คน

จากจำนวนเด็กปฐมวัยที่มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 4 ศูนย์ จำนวนทั้งหมด 126 คน กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน⁽¹¹⁾ และเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เพื่อให้มีการกระจายของกลุ่มตัวอย่างครอบคลุมและเปิดโอกาสให้ประชากรทุกคนมีสิทธิได้รับการเลือกเท่ากัน ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 117 คน เมื่อผู้วิจัยพิจารณาแล้วเห็นว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้มีจำนวนใกล้เคียงกับจำนวนประชากร (ต่างกัน 9 คน) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลในการศึกษานี้กับผู้ปกครองทั้งหมดที่พาเด็กมารับบริการ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในตำบลนาเสียวเป็นกลุ่มตัวอย่าง รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 126 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า มีดังนี้ 1) ผู้ปกครองทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็ก (อายุ 1 ปีบริบูรณ์ ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน) และอาศัยอยู่ในตำบลนาเสียว อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ 2) ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์

ทางสายเลือดกับเด็ก 3) ผู้ปกครองสามารถสื่อสารได้ ดูแลเด็กนานมากกว่า 3 เดือน และ 4) ผู้ปกครองมีอายุ ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงหรือความพิการ ไม่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ไม่มีคามผิดปกติ ด้านการรับรู้ การได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ ไม่เป็นอุปสรรค ต่อการเข้าร่วมกลุ่มการเรียนรู้และการสัมภาษณ์

เกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้ 1) ผู้ปกครองที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ติดเชื้ออย่างรุนแรง หลังผ่าตัด ภาวะเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล เป็นต้น 2) ผู้ปกครองเด็ก ไม่สมัครใจ เข้าร่วมโครงการ และ 3) ผู้ปกครองและเด็กย้ายที่อยู่อาศัยออกจากตำบลนาเสียว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามศักยภาพของผู้ปกครอง ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กตามวัยใน 3 ด้านประกอบด้วย ด้านความรู้ ด้านปฏิบัติ และด้านทัศนคติ หลักการของโภชนาการในเด็กปฐมวัย ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูล ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง จำนวน 12 ข้อ ประกอบไปด้วย อายุ เพศ ความสัมพันธ์ กับเด็ก สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย/เดือน ศาสนา ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการเด็ก และด้านส่วนประสมทางการตลาด จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาความรู้ 2 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านโภชนาการเด็ก ได้แก่ สารอาหารตามหลักโภชนาการ สุขวิทยาในการรับประทานอาหาร และการดูแล ความสะดวก เป็นต้น และ 2) ด้านส่วนประสมทางการตลาด ในการศึกษาครั้งนี้ใช้หลัก 4P's Kotler & Keller⁽¹⁰⁾ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ (Product) ราคา (Price) ช่องทางการจำหน่าย (Place) และการส่งเสริมการตลาด (Promotion) เป็นต้น แบบเลือกตอบ 1 คำตอบ มี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ มีจำนวนแบบสอบถาม ทั้งหมด 16 ข้อ คะแนนเต็ม 16 คะแนน ประเมินคะแนนโดยตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ ไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน คะแนนที่ได้นำมาจัดกลุ่ม โดยใช้รูปแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom⁽¹¹⁾ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง หมายถึง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (8-10 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนร้อยละ 60-79 (6-7 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการเด็กและด้านส่วนประสมทางการตลาด โดยมีเนื้อหาทัศนคติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการเด็กและด้านส่วนประสมทางการตลาด โดยมีเนื้อหาความรู้เกี่ยวข้องอยู่ 2 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านโภชนาการเด็ก ได้แก่ สารอาหารตามหลัก โภชนาการ สุขวิทยาในการรับประทานอาหาร และการดูแลความสะดวก เป็นต้น และ 2) ด้านส่วนประสม

ทางการตลาด รวมทั้ง 2 ด้าน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน), เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ/เฉยๆ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) รวมทั้ง 2 ด้าน มีจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด 16 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด คำนวณเป็นคะแนนเฉลี่ย จัดระดับคะแนนค่าเฉลี่ยทัศนคติ กำหนดเป็นช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย Best⁽¹²⁾ โดยการคำนวณสูตรจากสูตร $\text{อันดับการรู้เท่าทัน} = (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) \div \text{จำนวนข้อ}$ ได้ช่วงห่างระหว่างขั้น = $(5-1) \div 3 = 1.33$ คะแนน และสามารถกำหนดระดับทัศนคติดังนี้

ทัศนคติระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.67–5.00

ทัศนคติระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.34–3.66

ทัศนคติระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00–2.33

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการเด็กและด้านส่วนประสมทางการตลาด โดยมีเนื้อหาความรู้เกี่ยวข้องอยู่ 2 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านโภชนาการเด็ก ได้แก่ สารอาหารตามหลักโภชนาการ สุวิทยาในการรับประทานอาหาร และการดูแลความสะอาด เป็นต้น และ 2) ด้านส่วนประสมทางการตลาด รวมทั้ง 2 ด้าน มีจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด 16 ข้อ ลักษณะคำถามของแบบสอบถามในส่วนนี้ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

5 คะแนน = เสมอ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำทุกวันหรือ 6 วัน/สัปดาห์

4 คะแนน = บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 5 วัน/สัปดาห์

3 คะแนน = ปานกลาง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 3 วัน/สัปดาห์

2 คะแนน = นานๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์

1 คะแนน = ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

คะแนนรวมทั้งหมดคำนวณเป็นคะแนนเฉลี่ย และกำหนดระดับการปฏิบัติได้ดังนี้

การปฏิบัติระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.67–5.00

การปฏิบัติระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.34–3.66

การปฏิบัติระดับควรปรับปรุง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00–2.33

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน และตรวจสอบวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบ (Try-out) กับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้ในด้านโภชนาการและด้านส่วนประสมทางการตลาดของผู้ปกครอง ใช้การทดสอบความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 0.94 ตามลำดับ

แบบสอบถามทัศนคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในด้านโภชนาการเด็ก และด้านส่วนประสมทางการตลาด ใช้การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)⁽¹³⁾ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคของแบบสอบถามทัศนคติ และการปฏิบัติโภชนาการเด็กและด้านส่วนประสมทางการตลาด เท่ากับ 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ถึงนายกองค์การบริหารตำบลนาเสียว และผู้อำนวยการด้านการศึกษาด้านนาเสียว
2. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ประสานงานกับครูประจำศูนย์เด็กเล็กทั้ง 4 แห่ง ทำหนังสือถึงผู้ปกครอง เพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา
3. ผู้วิจัยดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด มี 4 ส่วน สอบถามข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง แบบสอบถามด้านความรู้ ด้านการปฏิบัติ และด้านทัศนคติ ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กของผู้ปกครอง ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะการเก็บข้อมูล ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และการลงนามในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และสิทธิของการเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกไม่เข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ และข้อมูลจากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ได้รับการรับรองการพิจารณาการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 65-2-008

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย

ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย จำนวน 126 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.80 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 29.40 ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นยาย ร้อยละ 65.08 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.86 สถานภาพสมรส ร้อยละ 96.03 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.86 รายได้ต่ำกว่า 10,001 บาท ร้อยละ 29.36 มีความเพียงพอของรายได้แต่ไม่มีเงินออม

ร้อยละ 69.84 ลักษณะครอบครัวหัว่งกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.97 สมาชิกในครอบครัวจำนวน 4-5 คน ร้อยละ 34.13 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 84.13

2. ความรู้ด้านโภชนาการเด็กและด้านส่วนประสมทางการตลาดของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย

ความรู้ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการเด็กส่วนใหญ่ พบว่าผู้ปกครองมีระดับความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 72.22) และรองลงมาในระดับความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 27.78) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เท่ากับ 8.3 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน (SD=0.35) ส่วนความรู้ด้านส่วนประสมทางการตลาดของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 57.94) รองลงมาในระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.06) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เท่ากับ 5.3 คะแนน จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน (SD=0.25) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ด้านโภชนาการเด็กและส่วนประสมทางการตลาดของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย (n=126)

ข้อ	ความรู้ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย	จำนวน	ร้อยละ
ด้านโภชนาการเด็ก			
ระดับสูง	(8-10 คะแนน)	91	72.22
ระดับปานกลาง	(6-7 คะแนน)	35	27.78
ระดับต่ำ	(1-5 คะแนน)	0	0
	รวม	126	100.0
	คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	8.3 (0.35)	
ด้านส่วนประสมทางการตลาด			
ระดับสูง	(5-6 คะแนน)	73	57.94
ระดับปานกลาง	(3-4 คะแนน)	53	42.06
ระดับต่ำ	(1-2 คะแนน)	0	0
	รวม	126	100.0
	คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	5.3 (0.25)	

3. ทักษะด้านโภชนาการเด็กและด้านส่วนประสมทางการตลาดของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย

ทัศนคติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการเด็กส่วนใหญ่ พบว่าผู้ปกครองมีระดับทัศนคติด้านโภชนาการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.09$, SD=0.52) ส่วนในรายข้อ พบว่า การให้เด็กล้างมือก่อนรับประทานอาหารเป็นสิ่งที่ควรทำเพื่อป้องกันการเชื้อโรค มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.97$, SD=0.28) รองลงมา ได้แก่ การที่เด็กรับประทานอาหารได้มากและอ้วน เป็นเด็กที่น่ารัก น่าเอ็นดู ($\bar{X}=4.63$, SD=0.49) และ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การเสริมเกลือไอโอดีนในอาหารให้เด็กรับประทาน ($\bar{X}=2.27$, SD=1.84)

ทัศนคติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยด้านส่วนประสมทางการตลาดส่วนใหญ่ พบว่า อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.06$, $SD=0.42$) ส่วนในรายชื่อ พบว่า การเลือกซื้ออาหารจากห้างสรรพสินค้า ตามคำแนะนำ เป็นสิ่งที่ทันสมัย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.90$, $SD=0.29$) รองลงมา ได้แก่ การซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่มีคุณภาพและมีสีสดใส เพื่อดึงดูดความสนใจของเด็กให้แก่เด็ก ($\bar{X}=4.47$, $SD=0.50$) และ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การสั่งซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร Online เช่น Lazada และ Shopee เป็นต้น ($\bar{X}=2.45$, $SD=0.94$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติของผู้ปกครองในการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก และส่วนประสมทางการตลาด (n=126)

ข้อ	ทัศนคติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ด้านโภชนาการเด็ก				
1	ท่านคิดว่าเด็กที่รับประทานอาหารได้มากและอ้วน เป็นเด็กที่น่ารัก น่าเอ็นดู	4.63	0.49	มาก
2	ท่านคิดว่าเด็กที่รับประทานอาหาร เป็นสิ่งที่ควรทำ เพื่อป้องกันการเจ็บโรค	4.97	0.28	มาก
3	ท่านคิดว่า ขนมอบรรทุก เป็นขนมที่สะดวกในการหา ให้เด็กรับประทาน	4.17	0.69	มาก
4	ท่านคิดว่าเด็กมีส่วนร่วมในการจัดเมนูอาหารเป็น	4.25	0.88	มาก
5	ท่านคิดว่าน้ำอัดลมเป็นเครื่องดื่มที่มีคุณค่าต่อร่างกาย	4.36	0.76	มาก
6	ท่านคิดว่าเตรียมอาหารด้วยตนเอง เป็นสิ่งที่ควรทำ ถึงแม้จะเสียเวลา	4.33	0.62	มาก
7	ท่านคิดว่าข้าวแดง ข้าวซ้อมมือ เป็นข้าวสำหรับคนจน	4.34	1.12	มาก
8	ท่านคิดว่า การพูดคุยถึงประโยชน์ของผัก มีส่วนร่วม ในการปลูกผัก หรือคิดเมนูอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบ จะทำให้เด็กชอบรับประทานผัก	4.25	0.50	มาก
9	ท่านคิดว่าอาหารที่ไม่ใส่ผงชูรส จะไม่อร่อย	3.31	0.76	ปานกลาง
10	ท่านคิดว่าการเล่นไอโอตินในอาหารให้เด็กรับประทาน เป็นสิ่งสำคัญต่อสติปัญญา	2.27	1.84	น้อย
ภาพรวม ด้านโภชนาการ		4.09	0.52	มาก
ด้านส่วนประสมทางการตลาด				
11	ท่านคิดว่าเลือกซื้ออาหารที่มีฉลากและรูปแบบบรรจุ ผลิตภัณฑ์ที่มีความแปลกใหม่เป็นสิ่งที่เหมาะสมกับเด็ก	3.35	0.89	ปานกลาง
12	ท่านคิดว่าเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่มีคุณภาพและมีสีสดใส เพื่อดึงดูดความสนใจของเด็กให้แก่เด็ก	4.47	0.50	มาก

ตารางที่ 2 (ต่อ) ระดับทัศนคติของผู้ปกครองในการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก และส่วนประสมทางการตลาด (n=126)

ข้อ	ทัศนคติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
13	ท่านคิดว่า การมีส่วนครัวในบ้าน นำผักในสวนครัว มาประกอบอาหาร เป็นสิ่งที่คุ้มค่าและประหยัด	3.39	1.32	ปานกลาง
14	ท่านคิดว่าการจัดให้เด็กมีส่วนร่วมในการเลือกชนิดอาหาร ด้วย เป็นสิ่งที่ควรทำ เพราะเป็นการเตรียมความพร้อม ในการเข้าสังคมให้แก่เด็ก	4.17	0.40	มาก
15	ท่านคิดว่าการสั่งซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร Online เช่น Lazada Shopee เป็นต้น เป็นช่องทางการจำหน่ายสินค้า ที่ดีและท่านสามารถเข้าถึงข้อมูล	2.45	0.94	น้อย
16	ท่านคิดว่าการเลือกซื้ออาหารจากห้างสรรพสินค้า ตามคำแนะนำ เป็นสิ่งที่ทันสมัย	4.90	0.29	มาก
ภาพรวมด้านส่วนประสมทางการตลาด		4.06	0.42	มาก

4. การปฏิบัติด้านโภชนาการและด้านส่วนประสมทางการตลาดของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย

การปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ด้านโภชนาการเด็กส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ปกครองมีระดับการปฏิบัติด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.37$, $SD=0.42$) ส่วนในรายข้อ พบว่า การให้เด็กดื่มนมเสริมอย่างน้อยวันละ 1 กล่อง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.97$, $SD=0.18$) รองลงมา ได้แก่ การล้างมือ และสอนให้เด็กล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร และหลังจากเข้าห้องน้ำ ($\bar{X}=4.88$, $SD=0.33$) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การจัดเมนูอาหารที่มีส่วนประกอบของผักและผลไม้ให้เด็กรับประทาน ($\bar{X}=3.35$, $SD=0.92$)

การปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ด้านส่วนประสมทางการตลาดส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ปกครองมีระดับการปฏิบัติด้านส่วนประสมทางการตลาด อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.96$, $SD=0.32$) ส่วนในรายข้อ พบว่า การซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่ลดราคาเป็นสิ่งที่คุ้มค่าและประหยัด มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.69$, $SD=0.46$) รองลงมา ได้แก่ การเลือกซื้ออาหารที่มีฉลากและรูปแบบบรรจุผลิตภัณฑ์ที่มีความแปลกใหม่ให้แก่เด็ก ($\bar{X}=4.39$, $SD=0.38$) และ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การติดตามและสั่งซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร Online เช่น Lazada Shopee เป็นต้น ($\bar{X}=2.25$, $SD=0.73$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติของผู้ปกครองด้านโภชนาการเด็ก และด้านส่วนประสมทางการตลาด (n=126)

ข้อ	การปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย	$\bar{x}$	SD	การแปลผล
ด้านโภชนาการเด็ก				
1	ท่านจัดเมนูอาหารให้เด็กรับประทานมือเช้า	4.75	0.82	ดี
2	ท่านจัดเมนูอาหารที่มีส่วนประกอบของผัก และผลไม้ให้เด็กรับประทาน	3.35	0.92	ปานกลาง
3	ท่านจัดเมนูอาหารให้มีสีสันท่า สว่างงาม เพื่อดึงดูดความสนใจในการรับประทานอาหาร	3.63	0.66	ปานกลาง
4	ท่านล้างมือ และสอนให้เด็กล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร และหลังจากเข้าห้องน้ำ	4.88	0.33	ดี
5	ท่านให้เด็กดื่มนมเสริม อย่างน้อยวันละ 1 กล่อง	4.97	0.18	ดี
6	ท่านให้เด็กรับประทานขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่งทอด ขนมปังแท่ง ปลาเส้นปรุงรส เป็นต้น	4.02	0.96	ดี
7	ท่านจัดเตรียมอาหารที่สุก สะอาด และเตรียมจัดอาหารที่หมุนเวียน ไม่ซ้ำรายการอาหารให้เด็ก	4.70	0.48	ดี
8	ท่านให้เด็กรับประทานอาหารสำเร็จรูป บรรจุซอง/กระป๋อง	4.19	0.70	ดี
9	ท่านเลือกซื้ออาหารที่สด และสะอาดมาประกอบอาหารให้แก่เด็ก	4.71	0.45	ดี
10	ท่านให้เด็กดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน โกโก้ เย็น ชาเย็น น้ำปั่น น้ำผลไม้ นมเปรี้ยว เป็นต้น	4.50	0.59	ดี
	ภาพรวมด้านโภชนาการ	4.37	0.42	ดี
ด้านส่วนประสมทางการตลาด				
11	ท่านเลือกซื้ออาหารที่มีฉลากและรูปแบบบรรจุผลิตภัณฑ์ ที่มีความแปลกใหม่ให้แก่เด็ก	4.39	0.38	ดี
12	ท่านเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่มีคุณภาพและมีสีสันท่า เพื่อดึงดูดความสนใจของเด็กให้แก่เด็ก	4.20	0.52	ดี
13	ท่านซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่ลดราคาเป็นสิ่งที่คุ้มค่าและประหยัด	4.69	0.46	ดี
14	ท่านให้เด็กเลือกซื้ออาหารหรือขนมจากร้านสะดวกซื้อ เช่น Seven-Eleven หรือ Lotus เป็นต้น ได้ด้วยตนเอง	4.32	0.42	ดี
15	ท่านติดตามและสั่งซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร online เช่น Lazada Shopee เป็นต้น	2.25	0.73	ต่ำ
16	ท่านศึกษาข้อมูล จากการโฆษณาสินค้าผ่านสื่อดิจิทัลต่างๆ ก่อนการตัดสินใจซื้ออาหารให้แก่เด็ก	2.46	0.85	ปานกลาง
	ภาพรวมด้านส่วนประสมทางการตลาด	3.96	0.32	ดี

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติในด้านโภชนาการเด็ก และส่วนประสมทางการตลาดของผู้ปกครอง ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ มีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้ของผู้ปกครองด้านโภชนาการเด็กส่วนใหญ่ พบว่า ร้อยละ 72.22 อยู่ในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 27.78 อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์เป็นยาย อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กโดยเฉพาะเรื่องการจัดเตรียมอาหารให้แก่เด็กและสมาชิกในครอบครัว ถึงแม้จะอยู่ในพื้นที่ชนบท ประกอบอาชีพเกษตรกร แต่จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้ปกครองเด็กมีความตระหนัก ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม มีการเฝ้าระวัง การเกิดโรคติดต่อ ทำให้มีพฤติกรรมกินร้อน ช้อนกลาง ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีและควรปฏิบัติให้เป็นปกติ ในชีวิตประจำวัน การศึกษาค้นคว้าถึงแม้ภาพรวมมีระดับคะแนนความรู้ในระดับสูง แต่พบว่ามีข้อคำถามที่ต้องให้ความสำคัญในการจัดเตรียมอาหารที่ต้องเสริมเกลือไอโอดีนในเมนูอาหาร ซึ่งผู้ปกครองเด็กยังขาดความรู้ ถึงประโยชน์ของการเสริมเกลือไอโอดีนในอาหารให้แก่เด็ก ซึ่งเป็นสารอาหารที่ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโต ของสมอง โรคขาดสารไอโอดีนยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งการขาดสารไอโอดีน ส่งผลต่อพัฒนาการทางสมองและความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กไทย⁽¹⁴⁾ ผู้ปกครองเป็นกลุ่มบุคคล ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กมีหน้าที่หลัก ซึ่งต้องมีความรู้ในการจัดอาหารและส่งเสริมภาวะโภชนาการตามหลัก ที่ถูกต้อง⁽⁶⁾ เข้าใจในการเลือกอาหารและส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม เนื่องจากที่ผ่านมา พบว่าผู้ปกครอง ที่จะเติบโตเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติในอนาคต

ผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่ไม่เข้าใจว่าวัตถุประสงค์ของการโฆษณาชวนเชื่อในการซื้อขายสินค้า ด้านอาหารจากสื่อดิจิทัลต่างๆ โดยเฉพาะในเด็กเล็กจะไม่สามารถแยกความแตกต่างของรายการโทรทัศน์ กับโฆษณาได้ จนกว่าจะอายุ 12 ปี⁽⁹⁾ จากการศึกษาครั้งนี้ ระดับความรู้ด้านส่วนประสมทางการตลาด ของผู้ปกครอง พบว่า ร้อยละ 57.94 อยู่ในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 42.06 อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีระดับ ของคะแนนไม่แตกต่างกันมาก จากการได้การได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 84.13 ปัจจุบันผู้ปกครองได้มีการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการเด็กได้จากสื่อต่างๆ การโฆษณาทางโทรทัศน์ การศึกษา ครั้งนี้พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นยาย อายุช่วง 50-59 ปี ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา ลักษณะ ครอบครัวเป็นครอบครัวแบบหัวกลาง ไม่มีบิดาและมารดาอาศัยอยู่ด้วย ฐานะทางการเงินเพียงพอกับค่าใช้จ่าย แต่ไม่มีเงินออม จึงเป็นข้อจำกัดในการซื้ออาหารทาง Online เช่น Lazada Shopee เป็นต้น ซึ่งแตกต่าง กับการศึกษาของ สุนิสา ชวันโชติบัณฑิต และพอดิ สุขพันธ์⁽¹⁵⁾ การสั่งซื้อผลิตภัณฑ์อาหารทาง Online เป็นช่องทางการจำหน่ายสินค้าที่ดีและท่านสามารถเข้าถึงข้อมูล สื่อดิจิทัล เป็นสิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจ ของผู้ปกครองในการซื้ออาหารให้แก่เด็ก กลยุทธ์ด้านการตลาดมีวิวัฒนาการปรับเปลี่ยนไปตามปัจจัย

สภาพแวดล้อมต่างๆ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับสภาพทางเศรษฐกิจสังคม และพฤติกรรมของผู้บริโภคที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเป็นสังคมข้อมูลข่าวสารที่มีการติดต่อสื่อสารที่ฉับไว โดยเครือข่ายการส่งผ่านข้อมูลสารสนเทศหรือเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่งมีการเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วจนกลายเป็นเครือข่ายการติดต่อสื่อสารไร้พรมแดน ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดออนไลน์ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจซื้ออาหารคลีนผ่านช่องทางออนไลน์ ได้ถึงร้อยละ 24.60

2. ทักษะของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการเด็กส่วนใหญ่ พบว่า อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.09$, $SD=0.52$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยด้านโภชนาการสูงสุด ได้แก่ การให้เด็กล้างมือก่อนรับประทานอาหารเป็นสิ่งที่จะต้องทำ เพื่อป้องกันการเชื้อโรคซึ่งผู้ปกครองและเด็กเห็นความสำคัญในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อและได้รับข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง ผู้ปกครองจึงมีอิทธิพลต่อการรับประทานอาหารของเด็ก โดยเด็กจะรับประทานอาหารมาน้อย ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง เกิดจากทัศนคติ ความคุ้นเคย การฝึกหัด และการเห็นตัวอย่างของคนในครอบครัว ดังนั้น พฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ปกครองให้กับเด็กมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก⁽⁵⁾ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การเสริมเกลือไอโอดีนในอาหารให้เด็กรับประทาน ($\bar{X}=2.27$, $SD=1.84$) ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเป็นประเด็นที่ควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้และเสริมทัศนคติที่ดีในการส่งเสริมภาวะโภชนาการ ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้เพียงหน่วยงานเดียวควรมีการปรับปรุงร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับเริ่มมีการส่งเสริมเกลือไอโอดีนตั้งแต่หญิงมีครรภ์ให้ได้รับอาหารเสริมไอโอดีนเพื่อภาวะโภชนาการที่ดีและเหมาะสมแก่เด็ก⁽¹⁴⁾

ทัศนคติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยด้านส่วนประสมทางการตลาดส่วนใหญ่ พบว่า อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.06$, $SD=0.42$) ส่วนในรายข้อ พบว่า การเลือกซื้ออาหารจากห้างสรรพสินค้า ตามคำแนะนำ เป็นสิ่งที่ทันสมัย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.90$, $SD=0.29$) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การสั่งซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร online เช่น Lazada และ Shopee เป็นต้น ($\bar{X}=2.45$, $SD=0.94$) จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นยาย มีอายุมาก การเข้าถึงข้อมูลด้านการตลาดส่วนใหญ่เป็นการดูโทรทัศน์ ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลในการสั่งซื้อสินค้าจากช่องทาง Online แต่มีความนิยมในการเลือกซื้ออาหารจากห้างสรรพสินค้าในตัวเมือง มากกว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดที่ตัดสินใจซื้อเป็นเชิงธุรกิจ⁽¹⁶⁾ คือด้านผลิตภัณฑ์มีหลากหลาย ส่วนผสม วิธีใช้ วันเดือนปีผลิต วันหมดอายุ ที่ชัดเจน ช่องทางการตลาดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย เป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือ จึงเป็นสิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์ได้ง่าย แต่พบว่าข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด สำคัญอยู่ 2 ข้อ คือ ท่านคิดว่าการเลือกซื้ออาหารที่มีหลากหลายและรูปแบบบรรจุผลิตภัณฑ์ที่มีความแปลกใหม่เป็นสิ่งที่เหมาะสมกับเด็กและการมีส่วนร่วมในบ้าน นำผักในสวนครัวมาประกอบอาหาร เป็นสิ่งที่คุ้มค่าและประหยัด จากการศึกษาทำให้ทราบว่า นอกจากการใช้สื่อดิจิทัลในการเข้าหาข้อมูล การให้เกิดทัศนคติที่ดีในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว

ก็เป็นกิจกรรมที่สร้างสรรค์ เพื่อให้เด็กมีภาวะโภชนาการที่ดีตามช่วงวัยได้ สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการจัดกิจกรรมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในภาพรวม⁽¹⁷⁾ ได้แก่ ด้านการเรียนรู้ที่บ้านอาสาสมัครและการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ควรมีนโยบายของโรงเรียนเพื่อให้เป็นแนวทางในการพัฒนาเดียวกัน

3. การปฏิบัติของผู้ปกครองด้านโภชนาการเด็กส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.37$, $SD=0.42$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยด้านโภชนาการสูงสุด ได้แก่ การให้เด็กดื่มนมเสริม อย่างน้อยวันละ 1 กล่อง ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ปกครองให้ความสำคัญและปฏิบัติต่อเด็กอย่างสม่ำเสมอ และมีการส่งเสริม สนับสนุนมีงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลนาเสียวแจนหมกล่องให้เด็กที่มารับบริการที่ศูนย์เด็กเล็กทั้ง 4 ศูนย์ สอดคล้องกับการศึกษา⁽⁵⁾ กล่าวว่า เด็กวัยก่อนเรียนจึงควรได้รับอาหารหลักครบทั้ง 5 หมู่ ในแต่ละชนิดควรกินให้หลากหลายชนิด วันละ 3 มื้อ และดื่มนมเป็นอาหารเสริมให้เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพตามที่ร่างกายเด็กต้องการในแต่ละมื้อ แต่ละวัน เพื่อให้เด็กได้รับอาหารที่ครบถ้วนและปลอดภัย จึงจะสามารถป้องกันแก้ไข และฟื้นฟูภาวะทุพโภชนาการของเด็กได้ ส่วนการจัดเมนูอาหารที่มีส่วนประกอบของผัก และผลไม้ ให้เด็กรับประทานได้คะแนนระดับปานกลาง เป็นคะแนนน้อยกว่าทุกข้อ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมและให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการจัดเมนูอาหารจากผักและผลไม้เกี่ยวกับประโยชน์ของผักด้วย สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผักและผลไม้ของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย⁽¹⁸⁾ ในการวางแผนพัฒนานโยบาย และโครงการต่างๆ เพื่อให้นักเรียนมีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์และให้เกิดสุขภาพที่ดีของเด็กวัยเรียนต่อไป รวมทั้งควรมีกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว การดำรงชีวิตประจำวัน การจัดเตรียมอาหารในครอบครัว เป็นต้น

การปฏิบัติด้านส่วนประสมทางการตลาดส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.96$, $SD=0.32$) ข้อที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ การโฆษณาทางสื่อดิจิทัลเป็นสิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจซื้ออาหารให้แก่เด็ก การเข้าถึงข้อมูล การโฆษณาชวนเชื่อจากสื่อต่างๆ สอดคล้องกับ พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมลดน้ำหนักของนักเรียน⁽¹⁶⁾ พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ที่บริโภคอาหารเสริมลดน้ำหนักเพื่อช่วยลดน้ำหนัก ซื้อผลิตภัณฑ์จากอินเทอร์เน็ต ส่วนการจัดชนิดของอาหารที่มีความหลากหลายให้แก่เด็กนั้น ได้คะแนนน้อยที่สุด เพราะผู้ปกครองส่วนมากจะจัดเตรียมอาหารให้บุคคลในครอบครัวรับประทานอาหารร่วมกัน ไม่ได้แยกชนิดของอาหารให้แก่เด็ก

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ปกครองควรมีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ อยู่ในระดับที่สูง แต่เมื่อศึกษาในรายละเอียดของข้อคำถามพบว่าควรมีการส่งเสริมโภชนาการเด็กและด้านส่วนประสมทางการตลาดให้แก่ผู้ปกครองแบบบูรณาการควบคู่กันไป ตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่ต้องมีความรู้แบบรอบด้าน เพื่อให้เด็กเติบโตมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมยุคปัจจุบันได้ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย⁽¹⁹⁾ พบว่าการเจริญเติบโตของร่างกายของเด็กเป็นด้านหนึ่งที่ผู้ปกครอง

ควรให้ความสำคัญ การจัดหาอาหารที่มีความเหมาะสมตามวัย รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการรับประทานอาหารให้แก่เด็กด้วย เพื่อให้เด็กเจริญเติบโตเหมาะสมตามวัยแบบองค์รวม นอกจากนี้ร่างกายที่มีภาวะโภชนาการที่ดีตามเกณฑ์แล้ว ผู้ปกครองต้องมีความรอบรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมทางการตลาดในหลายรูปแบบ การเข้าถึงข้อมูลจากสื่อดิจิทัล การโฆษณาสินค้า การบริหารจัดการในเชิงธุรกิจ เพื่อส่งเสริมให้เด็กได้รับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามช่วงวัย สามารถเด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของสังคมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรวางแผนงานด้านการให้ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเรื่องประโยชน์ของสารไอโอดีนแก่ผู้ปกครอง
2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย ทั้งการจัดเมนูอาหารที่เหมาะสมตามวัย การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการจากสื่อดิจิทัลต่างๆ และการโฆษณาเชิงการตลาดเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กตามวัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะโภชนาการแก่กลุ่มครูพี่เลี้ยง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กประจำตำบล
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการวิจัย ลงมือฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 18]; เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422
2. Rosales FJ, Reznick JS, Zeisel SH. Understanding the Role of Nutrition in the Brain and Behavioral Development of Toddlers and Preschool Children: Identifying and Addressing Methodological barriers. Nutr Neurosci 2009; 12(5): 190-202.
3. จักรินทร์ ปริมาณนท์, ปุณณพัฒน์ ไชยเมลล์, สมเกียรติยศ วรเดช. ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการในเด็กต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561; 5(1): 329-42.
4. ประไพพิศ สิงหเสน, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, อติญาณ ศรีเกษตริน. การส่งเสริมโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4(3): 226-35.
5. วนิสา อองอาจ, สิริมา ภิญโญนันตพงษ์. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2559;17(2):13-27.

6. วีรวัลย์ ศิรินาม. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561.
7. เบญจพรรณ อิติเลิศเดชา. คุณภาพด้านโภชนาการและการดัดแปลงอาหารกลางวันและอาหารว่างสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลจุน จังหวัดพะเยา. วารสารวิจัยสาธารณสุข. 2564;14(2):80-93.
8. Wilcox LB, Kunkel D, Cantor J, Dowrick P, Linn S, Palmer E. Report of the APA task force on advertising and children. American Psychological Association. Public Affairs Office [serial online]. 2004 [cited 2017 Aug 12]. Available from: <https://www.apa.org/pi/families/resources/advertising-children.pdf>
9. Leigh G. Food advertising policy in the United States. [serial online]. International Food Policy Research Institute. 2007 [cited 2017 Aug 15]. Available from: <http://www.foodsecurityportal.org/sites/default/files/FoodAdvertisingPolicy.pdf>
10. Kotler P, Keller KL. Marketing Management. 14th ed. New Jersey: Pearson; 2012.
11. Bloom BS. Taxonomy of Education Objective Handbook. New York: David McKay; 1975.
12. Best JW. Research in Education. 4th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1981.
13. Cronbach LJ. Essential of Psychology and Education. New York: Mc-Graw Hill; 1984.
14. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาผลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2562.
15. สุนิสา ชีวันโชติบัณฑิต, พอดิ สุขพันธ์. รูปแบบการดำเนินชีวิตและปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดออนไลน์ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจซื้ออาหารคลีนผ่านช่องทางออนไลน์ของบุคลากรกรมสอบสวนคดีพิเศษ. วารสารบัณฑิตศึกษา: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2565;15(1):87-109.
16. วาสนา แสงทอง, รจนา เมืองแสน, สำราญ วานนท์, ยุภาติ สงวนพงษ์. พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมลดน้ำหนักของนักเรียนระดับอุดมศึกษาในเขตเมือง จังหวัดชัยภูมิ. “ศาสตร์ ศิลป์ กับการวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน” ครั้งที่ 4 ประจำปี 2562 วันที่ 11-12 กุมภาพันธ์ 2562; ลพบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
17. จิรารัตน์ พร้อมมูล, ตรีทิพย์ เครือหลี่, ชุตินา เฟิงใหญ่, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา. สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนโดยมีครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ่อทราย อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561; 5(3): 169-84.
18. สุกัญญา บัวศรี, กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์ และอนงค์ สุนทรานนท์. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผักและผลไม้ของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย. พยาบาลสาร. 2563; 47(2): 24-35.
19. ยุภาติ สงวนพงษ์, ธนิดา ผาติเสนะ. คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย (อายุ 2-4 ปี) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2563; 63(4): 41-55.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกร จังหวัดอุบลราชธานี

ชัยกฤต ยกพลชนชัย^a, ญาณิฐา แพงประโคน^{*}, จารุพร ดวงศรี^{*},
จรัญ บุญเชื้อ^{**}, อโนชา ปัญญาพงษ์^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกรจังหวัดอุบลราชธานี ใช้เทคนิคการเลือกตัวอย่างแบบความน่าจะเป็นจากตัวแทนประชากร 25 อำเภอ จับฉลาก ได้อำเภอวังสามสี ที่มีการเพาะปลูกและใช้สารเคมีมากที่สุด จำนวน 782 ครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างจากตัวแทนครัวเรือนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการครัวเรือนละ 1 คนทั้งสิ้น 213 คน รวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิเคราะห์หาความตรงของเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของเนื้อหา เท่ากับ 0.54 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการทดสอบไคสแควร์และสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการวิจัยพบว่าอาชีพ ประเภทของพืชในการเพาะปลูก รายได้ การใช้จ่ายค่าเช่ารา ความถี่ของการใช้สารเคมี และอาการของร่างกายขณะใช้หรือสัมผัสสารเคมี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ เท่ากับ 43.40, 16.45, 15.07, 8.40, 22.32 และ 14.88 ตามลำดับ ความรู้และทัศนคติในการใช้สารเคมีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.06 และ 0.15 ตามลำดับ และความรู้ในการใช้สารเคมีไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.023

สรุป จะเห็นได้ว่าความรู้และทัศนคติมีส่วนสำคัญทำให้พฤติกรรมความปลอดภัยปรับเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีได้ จึงจำเป็นได้รับการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องและมีการแนวปฏิบัติที่ดีในการใช้สารเคมีอย่างเคร่งครัดเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ปลอดภัยมากยิ่งขึ้นเช่นกัน

คำสำคัญ: พฤติกรรมความปลอดภัย; การใช้สารเคมี; ความปลอดภัยในเกษตรกร

^{*} คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

^{**} นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองไข่นก อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

^{***} ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไข่นก อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

^a Corresponding author : ชัยกฤต ยกพลชนชัย Email : chayakrit.y@ubru.ac.th

รับบทความ: 28 ส.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 26 ก.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 26 ก.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 9 ต.ค. 65

Factors Associated with Safety Behavior in The Prevention of Chemical Use in Agriculturist Ubon Ratchathani Province

Chaiyakrit Yokphonchanachai^{*a}, Yanita Pangprakhon^{*}, Jaruporn Duangsri^{*},
Charan Bunchua^{**}, Anocha Panyapong^{***}

Abstract

This research aimed to study the factors related to the safety behavior of chemical use among agriculturists in Ubon Ratchathani Province. The probability sampling technique was employed for sample selection from the representatives of 25 districts. After drawing lots, Muang Sam Sip District was obtained. Then 782 households were purposively where chemical was found the most. Finally, 213 people were selected from the representatives of the households (1 person per household), cultivating and using agrochemicals who voluntarily participated in the project. Data were collected from the questionnaire. The questionnaire's quality was tested. It was found that the content validity and the content reliability were 0.54 and 0.82, respectively. The correlation between variables was analyzed by chi-square test and spearman's rank correlation at a statistical significance level of 0.05. The results showed that occupation, type of plants, income, fungicide use, frequency of chemical use and physical symptoms while using or exposing to chemicals were correlated with the safety behavior of chemical use among agriculturists with the chi-sq correlation values of 43.40, 16.45, 15.07, 8.40, 22.32, and 14.88, respectively. The agriculturists' knowledge and attitudes on chemical use were correlated with the safety behavior of chemical use among agriculturists with the correlation coefficient values of 0.06 and 0.15, respectively. The agriculturists' knowledge on chemical use was not correlated with the agriculturists' attitudes towards with the correlation coefficient of 0.023.

In conclusion, knowledge and attitudes play an important role in changing safety behavior in a better direction. Therefore, it is necessary to continuously develop the agriculturists' knowledge. It is also essential to formulate strict chemical use practices in order to change the behavior of chemical use in a safer way.

Keywords: Safety behaviors; Chemical use; Safety among agriculturists

^{*} Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

^{**} Chief Executive of Nong Khai Nok Subdistrict Administrative Organization

^{***} Director of Nong Khai Nok District Health Promoting Hospital

^a Corresponding author : Chaiyakrit Yokphonchanachai Email : chaiyakrit.y@ubru.ac.th

Received: Aug. 28, 22; Revised: Sep. 26, 22; Accepted: Sep. 26, 22; Published Online: Oct. 9, 22

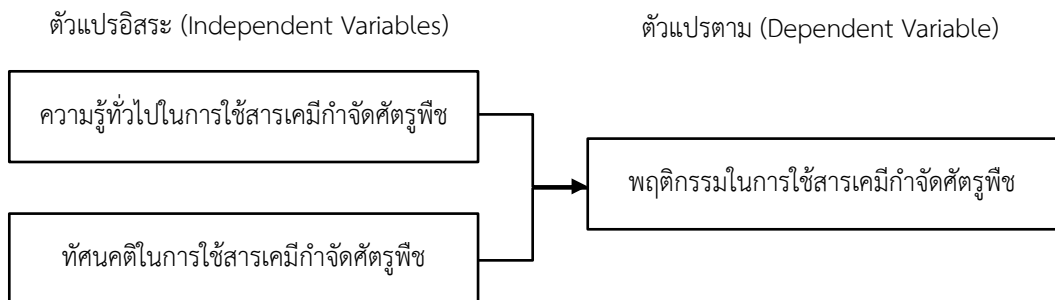
บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยในชุมชนมีสถิติสูงขึ้นซึ่งเกิดจากปัจจัยหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นวิถีการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพ วัฒนธรรมการใช้ชีวิตและพฤติกรรมบุคคลในชุมชน คริวเรือน รวมถึงการขาดนโยบายความปลอดภัยในชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดผลกระทบในการใช้ชีวิตหลากหลายสาเหตุ เช่น การใช้สารเคมีทางการเกษตร⁽¹⁾ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีการรายงานสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากกรณีการใช้สารเคมี ระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึง เดือน กรกฎาคม 2562 มีผู้ป่วย 3,067 ราย และผู้เสียชีวิต 407 ราย เฉลี่ยต่อปีมีผู้ป่วย 4 พันกว่าราย ผู้เสียชีวิต 2,193 ราย ขณะที่จำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเฉลี่ยห้าพันรายต่อปี เบิกจ่ายกว่า 22 ล้านบาทต่อปี⁽²⁾ มุนิธิวิธีวิถึระบุสารพิษทางการเกษตรกระทบต้นทุนสุขภาพมากกว่า 2.7 หมื่นล้านบาท เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เผยผลการตรวจสอบผักและผลไม้ปี 2563 โดยสุ่มตรวจผักผลไม้ทั้งหมด 509 ชนิด พบว่า มีผักและผลไม้มากถึงร้อยละ 58.7 ที่พบสารพิษตกค้างเกินมาตรฐาน ประเทศไทยนำเข้าวัตถุดิบอันตรายทางการเกษตรปริมาณ 1.66 ล้านตัน คิดเป็นเงิน 2.46 แสนล้านบาท⁽³⁾ ประเทศไทยมีพื้นที่ประมาณ 321 ล้านไร่ มีพื้นที่สำหรับการเกษตรประมาณร้อยละ 43 จำนวน 138 ล้านไร่ ภาคตะวันออกเฉิยเหนือ มีเกษตรกรไทยมากที่สุดถึงร้อยละ 46.6 เนื่องจากเป็นภาคที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ที่เหมาะสมกับการเกษตร จังหวัดอุบลราชธานี มีพื้นที่ทำเกษตร 5,549,799 ไร่ คิดเป็น ร้อยละ 53.14 มีประชากรทำการเกษตร 311,630 คริวเรือน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี มีพื้นที่ทำการเกษตรถึง 17,865 คริวเรือน คิดเป็นพื้นที่ทำการเกษตรถึง 1 ใน 10 ของพื้นที่ทำการเกษตรทั้งหมดในจังหวัด และนับเป็น 1 ใน 3 อำเภอขนาดใหญ่ที่ทำการเกษตรประเภทปลูกผักป้อนสู่ตลาดเมืองในจังหวัดอุบลราชธานีมากที่สุด⁽⁴⁾ สถิติการเกษตรของประเทศไทยการเกษตรปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงใช้สารเคมีสังเคราะห์ที่ช่วยพัฒนาพืชโดยการจัดหาสารอาหารที่จำเป็น เช่น ไนโตรเจนและการใช้สารเคมีควบคุมศัตรูพืชและวัชพืชมากขึ้น

สถานการณ์การใช้สารเคมีการเกษตรบริเวณภูมิภาคลุ่มน้ำโขงตอนล่างรวมถึงจังหวัดอุบลราชธานี เกษตรกรส่วนใหญ่ยังมีการใช้สารเคมีการเกษตรค่อนข้างมากโดยเฉพาะในการทำนาปลูกข้าว สารเคมีที่ใช้มีทั้งสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้กันแพร่หลายในพื้นที่ ได้แก่ สารเคมีกำจัดแมลง สารเคมีกำจัดเชื้อรา และสารเคมีกำจัดวัชพืช รวมถึงปุ๋ยเคมีนอกจากนั้นการใช้สารเคมีดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม มีการตกค้างในดินและแหล่งน้ำ และยังมีผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรทั้งพิษเฉียบพลันและพิษเรื้อรัง ทั้งนี้สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการใช้สารเคมีในปริมาณมากเกินไปและมีความจำเป็นและมีวิธีปฏิบัติในการใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ระบบเกษตรกรรมในพื้นที่ลุ่มน้ำโขงมีแนวโน้มในการปรับปรุงพัฒนาและมีการปฏิบัติที่ดีขึ้นต่อไปในอนาคต⁽⁵⁾

ความไม่ปลอดภัยในการใช้สารเคมีในชุมชนจากสาเหตุจากการประกอบอาชีพ และระบบการจัดการความปลอดภัยในชุมชน⁽⁶⁾ เกิดจากหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพปลอดภัยในชีวิตในชุมชน ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกรจังหวัดอุบลราชธานี นี้เพื่อนำไปสู่การวางแผนการจัดการความปลอดภัยการใช้สารเคมีอย่างมีส่วนร่วมและควบคุมการสัมผัสสารเคมีที่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพและอันตรายต่อชีวิตของเกษตรกรต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกร
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทัศนคติการใช้สารเคมีในเกษตรกรจังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกรจังหวัดอุบลราชธานี ใช้เทคนิคการเลือกตัวอย่างแบบความน่าจะเป็น (Probability sampling) จากตัวแทนประชากร 25 อำเภอ โดยวิธีการจับฉลากได้อำเภอม่วงสามสิบ ที่การเพาะปลูกและใช้สารเคมีมากที่สุด จำนวน 782 ครัวเรือน เลือกตัวแทนครัวเรือนที่มีการเพาะปลูกและใช้สารเคมีทางการเกษตรมาครัวเรือนละ 1 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 213 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาผ่านกระบวนการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการทดสอบความตรงของเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของเนื้อหา เท่ากับ 0.54 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการทดสอบไคสแควร์และสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ตัวแทนประชากร 25 อำเภอ โดยวิธีการจับฉลาก ได้ 1 อำเภอ คืออำเภอม่วงสามสิบและสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงได้ตำบลหนองไข่นก ที่มีการเพาะปลูกและใช้สารเคมีมากที่สุด จำนวน 782 ครัวเรือน เลือกตัวแทนครัวเรือนที่มีการเพาะปลูกและใช้สารเคมีทางการเกษตรที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ครัวเรือนละ 1 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 213 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลจำนวน 12 ข้อ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประเภทดัก รายได้ มีการใช้สารเคมี ประเภทสารเคมี ปริมาณการใช้ วิธีการใช้สาร ชั่วโมงการใช้สารเคมี และอาการ ผิดปกติระหว่างใช้สารเคมี ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ทั่วไปในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร 20 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก คำตอบแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่/ไม่ใช่ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก คำตอบแบบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย/ไม่แน่ใจ/ไม่เห็นด้วย ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัด ศัตรูพืชของเกษตรกรจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก คำตอบแบบ 3 ตัวเลือก คือ ทุกครั้ง/บางครั้ง/ ไม่เคย มีค่าความตรงของเนื้อหา IOC เท่ากับ 0.74 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือในการศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษา ค้นคว้า จากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิด โดยการประชุม ทีมวิจัยกำหนดวิธีการดำเนินการวิจัยและจัดทำหนังสือขออนุญาตลงพื้นที่ กลุ่มเป้าหมาย ประชุม กลุ่มเป้าหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์บทบาทผู้วิจัย สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งแนวทางพิทักษ์ผลประโยชน์ ผู้เข้าร่วมวิจัยโดยผ่านการประเมินด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ EC R002/65 มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุบลราชธานี ก่อนทำการศึกษาและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วม โครงการวิจัย มีการกำหนดรหัสกลุ่มตัวอย่างและแยกข้อมูลส่วนบุคคลพร้อมทั้งกำหนดวิธีการทำลายข้อมูลทิ้ง เมื่อมีการวิเคราะห์เสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไป ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) สถิติทดสอบสมมติฐานข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรม การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมความปลอดภัย การใช้สารเคมีในเกษตรกรจังหวัดอุบลราชธานี ใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman correlations)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของเกษตรกร

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเกษตรกรทั้งหมด 213 คน พบว่า เพศชาย 124 คน (58.2%) หญิง 89 คน (41.8%) มีอายุเฉลี่ย 51.9 ปี อายุมากที่สุดในช่วง 25-50 ปี จำนวน 110 คน (51.6%) ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา จำนวน 120 คน (56.3%) อาชีพเกษตรกรมากที่สุดจำนวน 201 คน (94.4%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,931 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 133 คน (62.4%) พืชในการเพาะปลูกพริกมากที่สุด จำนวน 81 คน (38.0%) รองลงมาปลูกผัก จำนวน 78 คน (36.0%) ปลูกพริกและผัก จำนวน 44 คน (20.7%) ปลูกข้าวโพดและข้าว 10 คน (4.7%) มีการใช้กลุ่มยาฆ่าหญ้า ยาฆ่าเพลี้ย ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าเชื้อรา ยาฆ่าปลวก ยาฆ่าไร ยาฆ่าหนอน จำนวน 39, 137, 117, 82, 64, 19 และ 101 คน (ร้อยละ 18.7, 64.3, 54.9, 35.5, 30, 8.9, และ 47.4 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ใช้สารเคมีชนิดน้ำ จำนวน 202 คน (94.8%) ความถี่ของการใช้สารเคมี มากที่สุด 2 ครั้งต่อเดือน จำนวน 121 คน (56.8%) ใช้ 1 ครั้งต่อเดือน จำนวน 74 คน (34.7%) ใช้ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 10 คน (4.7%) และใช้ทุกวันและวันเว้นวัน จำนวน 8 คน (3.8%) มีวิธีการใช้สารเคมีแบบเครื่องพ่นใช้มือโยก มากที่สุดจำนวน 103 คน (48.4%) เครื่องพ่นแบบใช้มือฉีด จำนวน 87 คน (40.8%) เครื่องพ่นแบบปั๊มแรงดันสูงและละอองฝอย จำนวน 23 คน (10.8%) ส่วนใหญ่มีชั่วโมงการใช้สารเคมีหนึ่งชั่วโมงต่อครั้งจำนวน 201 คน (94.4%) รองลงมาสองชั่วโมงต่อครั้ง จำนวน 9 คน (4.3%) และมากกว่าสามชั่วโมงต่อครั้ง จำนวน 3 คน (1.3%) และเคยมีอาการเวียนศีรษะขณะใช้สารหรือสัมผัสสารเคมี จำนวน 70 คน (32%)

ความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร

ระดับความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงจำนวน 83 คน (39.0%) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 74 คน (34.7%) และระดับปานกลาง จำนวน 56 คน (26.3%) พิจารณาตามรายข้อพบว่า ความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรที่ตอบผิดสูงสุด 3 ลำดับแรก ดังนี้ ผลกระทบที่เป็นพิษเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากพิษสะสมจากสารเคมีที่ก่อให้เกิดโรค เช่น มะเร็ง เบาหวาน อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคผิวหนังต่างๆ (n=105, 49.3%); สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังจากการดูดซึมเข้าทางผิวหนังโดยตรงและผ่านทางเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมี และจะดูดซึมเข้าร่างกายได้มากขึ้นหากมีบาดแผล (n=100, 46.9%); และ การแต่งกายที่มิดชิดรัดกุม ช่วยป้องกันการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (n=97, 45.5%) ตอบถูกสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ สารกำจัดเชื้อรา คือ สารที่ใช้ป้องกันและฆ่าเชื้อราในต้นพืช รากพืช และในดินที่ปลูก (n=200, 93.9%); สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกายทางการหายใจ ได้รับสารเคมีได้จากการสูดดมหรือหายใจสูดเอาละอองน้ำขณะฉีดพ่นโดยตรงและรวดเร็วกว่าทางอื่น (n=184, 86.4%); และ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นอันตรายอย่างมากต่อระบบสมองและประสาท (n=175, 82.2%)

ทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

ทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรพืชสวน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 147 คน (69.0%) รองลงมาที่ระดับมาก จำนวน 64 คน (30.1%) และระดับน้อย จำนวน 2 คน (0.90%) ทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.24 ± 0.70 ทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรรายข้อสูงสุด 3 ลำดับแรก ดังนี้ การฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไม่ถูกต้อง จะทำให้เกิดผลเสียต่อคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม; สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและบรรจุภัณฑ์ควรเก็บให้มิดชิดเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับเด็กและสัตว์เลี้ยง; และ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลสามารถป้องกันสารเคมีที่มีพิษไม่ให้เข้าสู่ร่างกายได้ ค่าเฉลี่ย (2.91 ± 0.39 , 2.90 ± 0.39 และ 2.85 ± 0.48) ตามลำดับ ทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรรายข้อต่ำสุด 3 ลำดับแรก ดังนี้ การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่จำเป็นต้องอ่านฉลากก่อนใช้; หากบรรจุภัณฑ์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชชำรุดฉลากเลือนลาง สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้; และ ถุงมือ ผ้าปิดจมูก เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว ไม่ต้องทำความสะอาดบ่อย เพราะถ้าจำเป็นต้องใช้แรงฉนวนจะไม่มีใช้งาน ค่าเฉลี่ย 1.48 ± 0.84 , 1.61 ± 0.89 และ 1.61 ± 0.90 ตามลำดับ

พฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกร

เกษตรกรมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 119 คน (55.9%) รองลงมาที่ระดับมาก จำนวน 84 คน (39.4%) และระดับต่ำ จำนวน 10 คน (4.70%) พฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกรเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.35 ± 0.58 พฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกรรายข้อสูงสุด 3 ลำดับแรก ดังนี้ เมื่อมีอาการผิดปกติหลังจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ท่านมักจะไปพบแพทย์; ท่านใช้ไม้คนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้เข้ากัน; และ ท่านฝึกฝนภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้หมดแล้ว ค่าเฉลี่ย 2.60 ± 0.57 , 2.47 ± 0.55 และ 2.46 ± 0.59 ตามลำดับ พฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกร ต่ำสุด 3 ลำดับแรก ดังนี้ ท่านสูบบุหรี่ขณะพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช; ท่านอ่านรายละเอียดที่ฉลากภาชนะบรรจุสารเคมีก่อนซื้อ; และ ท่านใส่หมวกปีกกว้างขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ค่าเฉลี่ย 1.70 ± 0.73 , 2.30 ± 0.59 และ 2.30 ± 0.59 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติกับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกร

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร พบว่า อาชีพ ประเภทของพืชในการเพาะปลูก รายได้ การใช้จ่ายค่าเช่ารา ความถี่ของการใช้สารเคมี และอาการของร่างกายขณะใช้หรือสัมผัสสารเคมี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมี

ค่าความสัมพันธ์จากการทดสอบไคสแควร์ เท่ากับ 43.405, 16.451, 15.078, 8.401, 22.325 และ 14.880 ตามลำดับ ส่วนตัวแปรที่เหลือไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกร

ตัวแปรข้อมูลทั่วไป	พฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมี	
	Pearson' s Chi-Square (X ²)	p
1. เพศ	0.40	0.816
2. อายุ	4.52	0.104
3. ระดับการศึกษา	6.45	0.596
4. อาชีพ	43.40	0.001*
5. ประเภทของพืชในการเพาะปลูก	16.45	0.036*
6. รายได้	15.07	0.005*
7. มีการใช้ยาฆ่าหญ้า	3.33	0.189
8. มีการใช้ยาฆ่าเพลี้ย	3.04	0.218
9. มีการใช้ยาฆ่าแมลง	5.42	0.067
10. มีการใช้ยาฆ่าเชื้อรา	8.40	0.015*
11. มีการใช้ยาฆ่าปลวก	0.73	0.692
12. มีการใช้ยาฆ่าไร	2.17	0.338
13. มีการใช้ยาฆ่าหนอน	3.88	0.144
14. ชนิดของสารเคมีที่ใช้	2.39	0.302
15. ความถี่ของการใช้สารเคมี	22.32	0.004*
16. วิธีการใช้สารเคมี	12.27	0.139
17. ชั่วโมงการใช้และสัมผัสสารเคมี	5.10	0.530
18. อาการของร่างกายขณะใช้หรือสัมผัสสารเคมี	14.88	0.001*

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกร โดยใช้ Spearman correlation พบว่า ความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.061 ส่วนทัศนคติทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.151 ส่วนความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรเกษตรกร ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการทดสอบ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกร

ตัวแปร	พฤติกรรมความปลอดภัย การใช้สารเคมีในเกษตรกร (Y)	ความรู้ในการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร (X1)	ทัศนคติทัศนคติในการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกร (X2)
(Y)	1	0.061*	0.151*
(X1)		1	0.023
(X2)			1

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกรจังหวัดอุบลราชธานี ใช้เทคนิคการเลือกตัวอย่างแบบความน่าจะเป็น จากตัวแทนประชากร 25 อำเภอ จับฉลาก ได้ 1 อำเภอ ที่มีการเพาะปลูกและใช้สารเคมีมากที่สุด จำนวน 782 ครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างจากตัวแทนครัวเรือนที่มีการเพาะปลูกและใช้สารเคมีทางการเกษตรที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ครัวเรือนละ 1 คนทั้งสิ้น 213 คน รวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีค่าความตรงและค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.54 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการทดสอบไคสแควร์และสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า อาชีพ ประเภทของพืชในการเพาะปลูก รายได้ การใช้ยาฆ่าเชื้อรา ความถี่ของการใช้สารเคมี และอาการของร่างกายขณะใช้หรือสัมผัสสารเคมี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ เท่ากับ 43.40, 16.45, 15.07, 8.40, 22.32, และ 14.88 ตามลำดับ

จากศึกษาความรู้ในการใช้สารเคมีพบว่า ระดับความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรมากที่สุดที่ระดับสูงจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 39 รองลงมาที่ระดับต่ำจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 34.7 และระดับปานกลางจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 สอดคล้องกับ Pumarega et al.⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการรับรู้ของพลเมืองเกี่ยวกับการมีอยู่และความเสี่ยงต่อสุขภาพของสารเคมีสังเคราะห์ในอาหารในสเปนพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้กลุ่มอาหารที่มีแนวโน้มว่าจะมีความเข้มข้นของสารพิษที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายมากขึ้น สุขภาพ (OR=2.92) ($p<0.001$)

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกร พบว่า ความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.061 ความรู้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความปลอดภัยให้ดีขึ้น สอดคล้องกับ บัวทิพย์ แดงเขียน และคณะ⁽⁷⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรจังหวัดชัยนาท พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ ไชยา พรหมเกษ และคณะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาความรู้เรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับ จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบจำลอง KAP และเสนอแนวคิดที่ว่า ประชาชนที่มีความรู้มาก จะทำให้การปฏิบัติตัวหรือพฤติกรรมดังกล่าวดีขึ้นด้วย และสอดคล้องกับทวิรัตน์ เฟื่องเนิน และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ทำนา ตำบลแสนตอ อำเภอลำลูกเกดบุรี จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ปัจจัยความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สอดคล้องกับ Wang et al.⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาความรู้ด้านความปลอดภัยและปัจจัยทางจิตวิทยาต่อพฤติกรรมการขับขี่ที่มีความเสี่ยงสำหรับผู้ขับขี่ e-bike ในประเทศจีน พบว่า ความรู้ด้านความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่ที่มีความเสี่ยงสำหรับผู้ขับขี่ e-bike ในประเทศจีนอย่างมีนัยสำคัญสถิติ

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ทักษะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้สารเคมีในเกษตรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.151 สอดคล้องกับ ไชยา พรหมเกษ และคณะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาความรู้เรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทักษะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับ จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า ทักษะที่ดีต่อเรื่องใดมาก จะทำให้การปฏิบัติตัว

หรือพฤติกรรมดังกล่าวดีขึ้นด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับทวิตต์ เฟสบุ๊ค และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ปัจจัยทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ดังนั้นมีจำเป็นอย่างยิ่งในการออกกฎหมายในการใช้สารเคมีอย่างเคร่งครัดเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีในทางที่ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ Pumarega et al.⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการรับรู้ของพลเมืองเกี่ยวกับการมีอยู่และความเสี่ยงต่อสุขภาพของสารเคมีสังเคราะห์ในอาหารในสเปน ผู้เข้าร่วมการศึกษา มีความกังวลและไม่ไว้วางใจอย่างกว้างขวางต่อการบังคับใช้และประสิทธิภาพของกฎหมายและระเบียบข้อบังคับในการใช้สารเคมี ซึ่งในสเปนมีเป้าหมายที่จะควบคุมการสัมผัสสารพิษในอาหารของมนุษย์

ข้อเสนอแนะ

1. ชุมชนควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมการรับรู้อันตรายจากอันตรายจากสารเคมีอย่างต่อเนื่อง
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีการสนับสนุนทางวิชาการและการตรวจสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณชุมชน ผู้นำชุมชน กลุ่มตัวอย่างทุกคนและคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ค. 1]. เข้าถึงได้จาก https://www.nhso.go.th/operating_results/45
2. ผู้จัดการออนไลน์. เปิดตัวเลขนำเข้าสู่สารพิษเกษตร กระทบ“ต้นทุนสุขภาพ-สิ่งแวดล้อม”กว่า 2.7 หมื่นล.บาท [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ค. 1]. เข้าถึงได้จาก <https://mgronline.com/greeninnovation/detail/9620000095138>
3. ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง (TCIJ). 11 ปีไทยนำเข้าสารเคมีเกษตร 1.66 ล้านตัน 2.46 แสนล้านบาท เจ็บป่วยเฉลี่ยปีละ 4 พันราย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ค. 1] เข้าถึงได้จาก <https://www.tcijthai.com/news/2019/05/scoop/9456>
4. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน). สถิติการเกษตรของประเทศไทย สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ค. 31]. เข้าถึงได้จาก <https://data.go.th/dataset/datasetoe-3101>

5. ชิดหทัย เพชรช่วย. สถานการณ์การใช้สารเคมีการเกษตรบริเวณภูมิภาคลุ่มน้ำโขงตอนล่าง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2560;19(1):111-22.
6. กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ปี 2564 รอบ 6 เดือนแรก (1 มกราคม-30 มิถุนายน พ.ศ. 2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ค. 31]. เข้าถึงได้จาก http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/situation2/2564/20210901_6625640106.pdf
7. บัณฑิตย แดงเขียน, พิมพ์พรณ รัตนโกมล, อัสวเดช สละอวยพร, มณฑาทิพย์ สุรินทร์อาภรณ์, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการอันตราย จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร จังหวัดชัยนาท. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2560;10(4):107-12.
8. ไชยา พรหมเกษ, เผ่าไทย วงศ์เหล่า, ชวนชัย เชื้อสาธุชน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตำบลหัวเรือ อำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2559;5(1):53-62.
9. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2562.
10. ทวีรัตน์ เฟื่องเนิน, วิโรจน์ จันท, สรัญญา ถีป้อม, สมชาย สวัสดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ทำนา ตำบลแสนตอ อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2559;9(33):26-36.
11. Wang C, Xu C, Xia J, Qian Z. The effects of safety knowledge and psychological factors on self-reported risky driving behaviors including group violations for e-bike riders in China. Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour. 2018;56(Complete):344-53.
12. Pumarega J, Larrea C, Muñoz A, et al. Citizens' perceptions of the presence and health risks of synthetic chemicals in food: results of an online survey in Spain. Gac Sanit. 2017;31(5):371-381. doi:10.1016/j.gaceta.2017.03.012

การศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการลดการใช้พลังงานไฟฟ้า และน้ำมันเชื้อเพลิง ของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

มริษญา แสงพรหม^{*a}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดำเนินงานลดปริมาณการใช้พลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิง รูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงาน และประเมินปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมที่เกิดจากการใช้พลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิงของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา การศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ: ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทของหน่วยงาน ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา และระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์การพัฒนา ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนตุลาคม 2563 รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมการปฏิบัติตามการประหยัดพลังงานด้วยสถิติ Paired sample t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานมีรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลดปริมาณการใช้ไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิง โดยการกำหนดโครงสร้างการทำงาน การประเมินผลก่อนดำเนินการ การกำหนดนโยบาย และแผนงาน การปฏิบัติตามแผน และการควบคุมกำกับ ส่งผลให้มีปริมาณการใช้พลังงานลดลง ปริมาณการใช้ไฟฟ้าปี 2563 มีปริมาณการใช้ไฟฟ้าลดลงเป็น 445,569.93 หน่วย การใช้น้ำมันลดลงเป็น 23,885.088 ลิตร มีพฤติกรรมการปฏิบัติตามมาตรการหลังการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่า หน่วยงานปล่อยก๊าซเรือนกระจกในปี 2563 ปริมาณ 333,674.26 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (KgCO_2eq) ลดลงจากปีงบประมาณ 2562 ปริมาณ 6,303.29 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (KgCO_2eq)

การดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรส่งผลให้หน่วยงานสามารถลดปริมาณการใช้พลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิงได้ ดังนั้น หน่วยงานควรมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ทบทวนกระบวนการทำงาน ปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดรูปแบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ตลอดจนค้นหาปัจจัยที่มีส่วนสนับสนุนให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การลดการใช้พลังงาน; พลังงานไฟฟ้า; พลังงานเชื้อเพลิง; รูปแบบการมีส่วนร่วม

^{*} นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ, ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

^a Corresponding author : มริษญา แสงพรหม Email : jonglove8@gmail.com

รับบทความ: 11 ส.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 27 ก.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 27 ก.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 9 ต.ค. 65

The Study of the Personnel Participation Model in Reducing Electricity and Fuel Consumption at the Regional Health Promotion Center 9 Nakhon Ratchasima

Marisada Saengprom^{*a}

Abstract

The objectives of this action research were to: study the results of the implementation to reduce the amount of electricity and fuel consumption, study the operating model and also evaluating the amount of greenhouse gas emissions from activities arising from the use of electricity and fuel at the Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima during October 2019-October 2020. The study was divided into 3 phases: 1) organizational context study, 2) development process, and 3) evaluation of the process. Both qualitative and quantitative data were collected. Qualitative data were analyzed using content analysis. Quantitative data were analyzed using frequencies, means, min, and max. Energy saving behaviors between before and after the measures was analyzed using paired sample t-test statistics.

The results showed that the organization developed a model to reduce the amount of electricity and fuel consumption. The model was initiated through the work structures, process evaluation, plan and policy formulations, plan implementations and supervisions. After the implementation, the organization's energy consumption reduced. Electricity uses in 2020 decreased to 445,569.93 units, while oil decreased to 23,885.088 liters. After the implementation, personnel's energy saving behaviors significantly improved ($p < 0.05$). Additionally, the organization's greenhouse gas emissions in 2020 was at 333,674.26 KgCO₂eq with 6,303.29 KgCO₂eq reduction from that of 2019.

The implementation was proved to be successful in reducing energy use in the organization. It is suggested that the organization continues the implementation by analyzing and reviewing the working process to establish the most efficient work model that contribute to efficient works.

Keywords: Energy consumption reduction; Electricity energy; Fuel energy; Participation model

^{*} General Administration Officer, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

^a Corresponding author : Marisada Saengprom Email : jonglove8@gmail.com

Received: Aug. 11, 22; Revised: Sep. 27, 22; Accepted: Sep. 27, 22; Published Online: Oct. 9, 22

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์การใช้พลังงานของโลกอยู่ในขั้นวิกฤตเนื่องจากมีแนวโน้มการใช้เพิ่มมากขึ้น ปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีปริมาณการใช้ไฟฟ้าทั้งหมด ปริมาณ 13,166 ล้านตันเทียบเท่าน้ำมัน (Mtoe)⁽⁴⁾ ในประเทศไทย พบว่า ในปี 2562 มีการใช้ไฟฟ้า ปริมาณ 16,061.94 กิโลเทียบเท่าน้ำมัน (ktoe) หรือปริมาณ 226,465 กิกะวัตต์-ชั่วโมง/ปี (GWh/yr) เมื่อเปรียบเทียบปริมาณการใช้ไฟฟ้า ปี 2559-2562 พบว่ามีแนวโน้มการใช้ไฟฟ้าในปริมาณที่เพิ่มขึ้น คือ ในปี 2559 มีปริมาณการใช้ไฟฟ้า 208,481 GWh เพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.63 และเมื่อเทียบกับปี 2561 พบว่า เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.30 โดยการใช้ในภาคครัวเรือน มีปริมาณการใช้เพิ่มขึ้นสูงสุด คือ ร้อยละ 8.80 ภาคอุตสาหกรรมมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 2.00 สาขาธุรกิจมีการใช้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.10 สาขาอื่นๆ มีการใช้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.10 และมีการผลิตไฟฟ้าใช้เองเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 6.90^(5,6) ส่วนการใช้น้ำมัน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา มีการใช้น้ำมันดีเซลและเบนซินเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.20 และ 3.70 ตามลำดับ⁽⁶⁾

การใช้พลังงานเพิ่มขึ้นนี้ทำให้เกิดการปล่อยก๊าซพิษต่างๆ ออกมา เช่น ออกไซด์ของซัลเฟอร์ ออกไซด์ของไนโตรเจน และฝุ่นละออง รวมถึงการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่ส่งผลต่อสภาวะโลกร้อน ในปัจจุบัน โดยภาคพลังงานจัดเป็นภาคส่วนที่มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสูงสุด โดยมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจก 236,936.48 กิกะกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (GgCO₂e) คิดเป็นร้อยละ 74.35 ของปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกทั้งหมดของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2556⁽⁷⁾ และในปี 2553 ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ได้ประเมินการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของหน่วยงาน พบว่า หน่วยงานปล่อยก๊าซเรือนกระจกในปริมาณ 56,447 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า ทั้งนี้มาจากกิจกรรมการใช้ไฟฟ้ามากกว่าครึ่ง คือร้อยละ 53.21 และจากการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง ร้อยละ 36.63⁽⁸⁾

ปีงบประมาณ 2558 กรมอนามัยได้ประกาศนโยบาย ประหยัดพลังงานเพื่อให้หน่วยงานมีความชัดเจน และถูกต้อง มีระเบียบปฏิบัติเกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลสูงสุด ให้ทุกหน่วยงานสังกัดกรมอนามัยมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดำเนินงานอนุรักษ์พลังงาน และให้บุคลากรได้ปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด⁽⁹⁾ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา เป็นองค์กรหนึ่งสังกัดกรมอนามัยเป็นองค์กรมีหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาวิชาการรวมถึงการให้บริการรักษาผู้ป่วย มีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการใช้พลังงานหลายกิจกรรม เช่น การรักษาพยาบาล การรับส่งผู้ป่วย การเดินทางของเจ้าหน้าที่ พลังงานส่วนใหญ่ที่ใช้เป็นพลังงานไฟฟ้าและพลังงานน้ำมัน โดยในปีงบประมาณ 2563 พบว่า มีปริมาณการใช้พลังงาน แยกเป็น การใช้น้ำมันเชื้อเพลิง จำนวน 25,802.08 ลิตร การใช้ไฟฟ้า จำนวน 445,569.93 หน่วย มีค่าใช้จ่ายด้านพลังงานทั้งสิ้น 2,581,219.81 บาท และจากการรวบรวมข้อมูล พบว่า การใช้พลังงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆปี⁽¹⁰⁾ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา มีแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เจ้าหน้าที่

ของหน่วยงานเห็นความสำคัญและร่วมกันประหยัดพลังงาน แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบหรือแนวทางการขับเคลื่อนงานยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการลดการใช้พลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิงของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการใช้พลังงานในระดับหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลจากการดำเนินงานลดปริมาณการใช้พลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิง
2. เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานลดพลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิง
3. เพื่อประเมินปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการใช้พลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิง

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่เป็นวงรอบคือ 1) ขั้นวางแผน 2) ขั้นปฏิบัติการ 3) ขั้นสังเกตการณ์ และ 4) ขั้นสะท้อนผล⁽¹¹⁾ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2563 การดำเนินงานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทของหน่วยงาน ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา และระยะที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนา

2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 กลุ่มผู้ร่วมศึกษา คือ คณะกรรมการลดโลกร้อนและประหยัดพลังงานของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา รวมจำนวน 22 คน ประกอบด้วยตัวแทนจากกลุ่มงานต่างๆ กลุ่มงานละ 1 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลองค์กร ข้อมูลปริมาณการใช้พลังงานน้ำมันและปริมาณการใช้ไฟฟ้าของหน่วยงาน แหล่งกำเนิดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก จำนวน 4 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากกลุ่มอำนวยการ จำนวน 2 คน ตัวแทนจากกลุ่มพัฒนามนุษย์สิ่งแวดล้อม จำนวน 1 คน ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 คน

2.3 กลุ่มตัวอย่างสำหรับเก็บข้อมูลเพื่อประเมินพฤติกรรมการทำงานตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน จำนวน 32 จุด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

- 3.1 แบบฟอร์มแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปขององค์กร
- 3.2 แบบฟอร์มแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายลดโลกร้อนและประหยัดพลังงาน
- 3.3 แบบสอบถามพฤติกรรมและความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้พลังงาน
- 3.4 แบบสำรวจการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกรมอนามัย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลจากการศึกษาข้อมูลบริบทขององค์กร นโยบายด้านการประหยัดพลังงาน ปริมาณการใช้พลังงานน้ำมันเชื้อเพลิงและปริมาณการใช้ไฟฟ้า ข้อมูลพฤติกรรมการปฏิบัติตามมาตรการลดโลกร้อนและประหยัดพลังงานของหน่วยงานทั้งหมด มีการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ ในระหว่างเดือนตุลาคม 2563

5. ขั้นตอนการดำเนินงาน

5.1 ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทของหน่วยงาน

การศึกษาข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ประกอบด้วย จำนวนบุคลากรในหน่วยงาน จำนวนผู้ป่วย เก็บข้อมูลจากรายงานของหน่วยงาน รายงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และศึกษานโยบายการประหยัดพลังงานและลดโลกร้อนด้วย จากเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสถานการณ์การใช้พลังงานของหน่วยงาน จากฐานข้อมูล e-report และข้อมูลทุติยภูมิ ที่จัดเก็บโดยกลุ่มอำนวยการ

5.2 ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา

กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย การวางแผน (Planning: P) ผู้วิจัยได้จัดประชุมเพื่อจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานตามนโยบายลดโลกร้อนและประหยัดพลังงาน โดยการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์การใช้พลังงาน ร่างมาตรการ รวมถึงระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับการมาตรการลดโลกร้อนและประหยัดพลังงาน ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วยทีมงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 22 คน ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action: A) คณะกรรมการลดโลกร้อนและประหยัดพลังงานนำมาตรการ แนวทางการลดพลังงานเสนอให้ผู้บริหารประกาศเป็นนโยบายของหน่วยงาน สื่อสารไปยังผู้ปฏิบัติทุกคน ประชาสัมพันธ์ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการประหยัดพลังงาน และการจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อลดการใช้พลังงาน ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation: O) ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการลดโลกร้อนและประหยัดพลังงาน ดำเนินการสุ่มสังเกตการดำเนินงานตามมาตรการประหยัดพลังงาน และขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection: R) ผู้วิจัยจัดประชุมเพื่อคืนข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคนเพื่อหาแนวทางการพัฒนา แก้ไขปัญหาจากการขับเคลื่อนงาน ตลอดจนจัดทำแผนพัฒนาในปีต่อไป

5.3 ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนา

ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตามมาตรการลดโลกร้อนและประหยัดพลังงานของหน่วยงาน ประเมินประสิทธิผลของการประหยัดพลังงาน ประเมินปริมาณการเกิดก๊าซเรือนกระจกที่เกิดจากการใช้พลังงาน รวมถึงคืนข้อมูลให้กับคณะกรรมการและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคน

6. การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

6.2 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.3 วิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมการปฏิบัติตามมาตรการลดโลกร้อนและประหยัดพลังงานของหน่วยงานด้วยสถิติเชิงอนุมาน คือ สถิติ Pair sample t-test

7. การประเมินปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการใช้ไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิง

สูตรที่ใช้ในการคำนวณ คือ $CO_2 \text{ emission} = \text{Activity data} \times \text{Emission factor}^{(12)}$ โดยเก็บข้อมูลกิจกรรม (Activity data) เพื่อประเมินโดยใช้แบบสำรวจการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกรมอนามัย ส่วนค่าการปลดปล่อยของพลังงานไฟฟ้าที่ใช้ (emission factor) เท่ากับ $0.5610 \text{ kgCO}_2/\text{kwh}$ ส่วนค่าการปลดปล่อยน้ำมัน จะใช้ค่า $3.0 \text{ kgCO}_2/\text{L}$ ของการใช้น้ำมันดีเซล ตามคู่มือการประเมินและลด Carbon footprint ในโรงพยาบาล ของกรมอนามัย⁽¹³⁾ เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

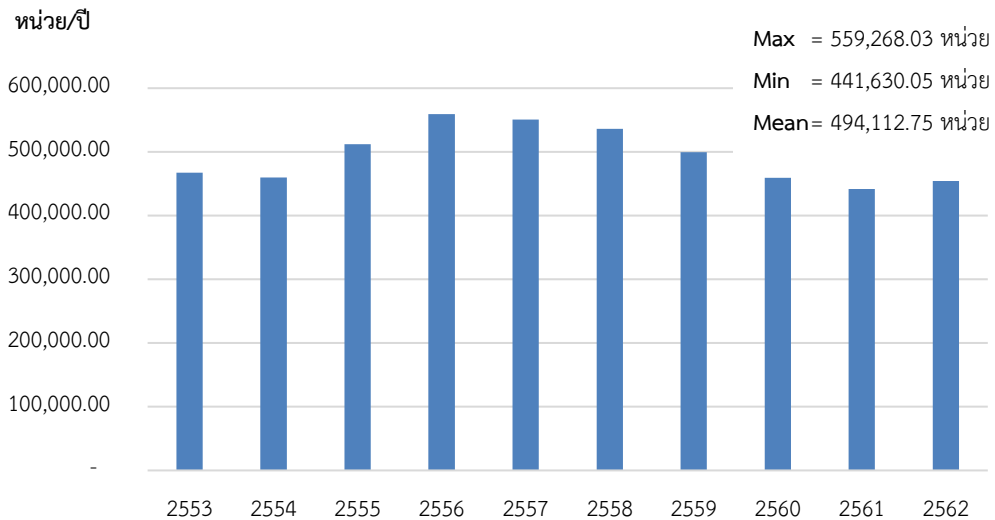
ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทของหน่วยงาน

1. บริบทของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นศูนย์วิชาการและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพให้บริการรักษาผู้ป่วย มีพื้นที่รวมทั้งสิ้นประมาณ 30 ไร่ ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ขนาด 30 เตียง มีบุคลากร รวมทั้งสิ้น จำนวน 194 คน ประกอบด้วยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 88 คน ปฏิบัติงานด้านวิชาการ จำนวน 106 คน มีผู้ป่วยนอกมารับบริการ จำนวน 37,847 ครั้ง มีผู้รับบริการรายใหม่ จำนวน 13,305 ราย ผู้ป่วยใน จำนวน 83 คน อัตราครองเตียง ร้อยละ 6.69 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เทียบกับปี 2562 พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่ลดลงเป็น 13,305 ราย

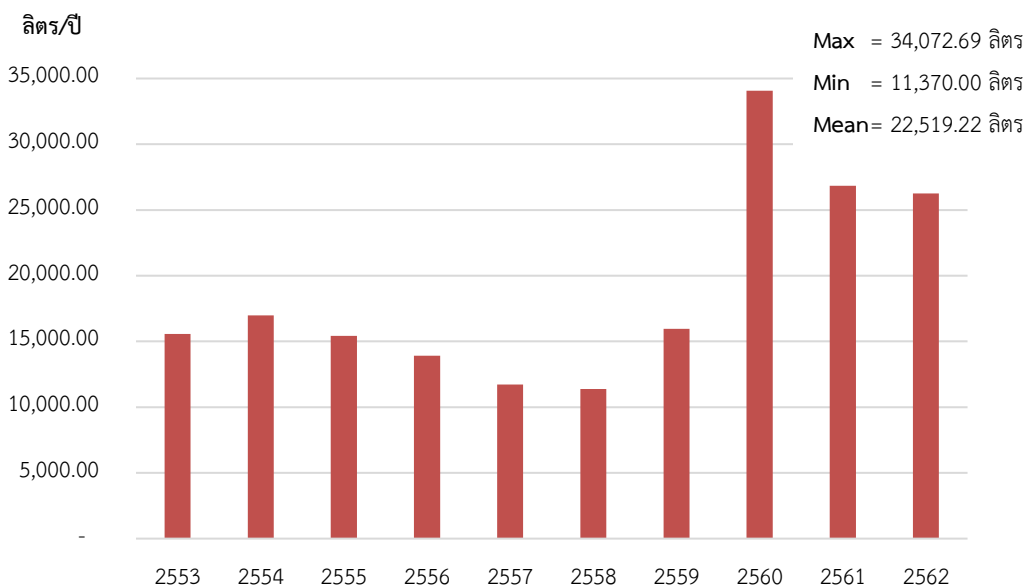
2. สถานการณ์การใช้ไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิงของหน่วยงาน

ในช่วงปี 2553-2562 มีปริมาณการใช้พลังงานไฟฟ้าของหน่วยงานเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น และลดลง ปี 2553-2556 การใช้พลังงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหลังจากนั้นจนถึงปี 2561 มีแนวโน้มการใช้ไฟฟ้าลดลง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2562 พิจารณาปริมาณการใช้พลังงานรายปี พบว่า ในปี 2556 มีการใช้พลังงานไฟฟ้ามากที่สุด คือ 559,268.03 หน่วย ส่วนในปี 2561 เป็นปีที่มีการพลังงานไฟฟ้าน้อยที่สุด คือ 441,630.05 หน่วย ค่าเฉลี่ยการใช้พลังงานในช่วง 10 ปี เท่ากับ 494,112.75 หน่วยต่อปี รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ปริมาณการใช้ไฟฟ้าของหน่วยงาน ปี 2553-2562

สถานการณ์การใช้พลังงานน้ำมันเชื้อเพลิง พบว่า ในช่วงปี 2553-2559 มีปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง อยู่ระหว่าง 15,561.17 ถึง 15,964.83 ลิตร ปี 2560-2562 ปริมาณการใช้ค่อนข้างสูง คือ มีปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงอยู่ระหว่าง 26,260.94- 34,072.69 ลิตร ปี 2560 มีการใช้พลังงานน้ำมันเชื้อเพลิงมากที่สุด ปริมาณ 34,072.69 ลิตร ส่วนในปี 2558 เป็นปีที่มีการใช้พลังงานไฟฟ้าน้อยที่สุด คือ 11,370.00 ลิตร ค่าเฉลี่ยการใช้พลังงานน้ำมันเชื้อเพลิงในช่วง 10 ปี เท่ากับ 22,519.22 ลิตรต่อปี รายละเอียดดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงของหน่วยงาน ปี 2553-2562

3. นโยบายและมาตรการประหยัดพลังงาน

ปีงบประมาณ 2560 หน่วยงานได้นำนโยบายภายใต้โครงการ GREEN & CLEAN Hospital โดยโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องมีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชน หนึ่งในกิจกรรมหลักภายใต้โครงการดังกล่าว คือ การจัดการด้านพลังงาน ส่งผลให้มีการดำเนินงานด้านการประหยัดพลังงานมากขึ้น และนอกจากนี้กรมอนามัยโดยคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริหารและวิธีการทำงาน กลุ่มการคลังและงบประมาณ (FIN) ได้ดำเนินการพิจารณาและทบทวนมาตรการประหยัด และดำเนินการรวบรวมมาตรการประหยัดพลังงานเพื่อประกาศเป็นนโยบายประหยัดพลังงานประจำปีงบประมาณ 2562 และได้ส่งประกาศมายังศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา เพื่อให้ดำเนินการตามมาตรการที่ประกาศ

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน

ผู้วิจัยพร้อมด้วยเจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และคณะกรรมการลดโลกร้อนและประหยัดพลังงานได้จัดประชุมเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยกำหนดแผนการดำเนินงานลดโลกร้อนและประหยัดพลังงาน มีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การประชุมเพื่อกำหนดมาตรการ การประกาศนโยบายลดโลกร้อนและประหยัดพลังงาน การจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อลดการใช้พลังงาน เก็บข้อมูลการวิเคราะห์ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ การสรุปประเมินผลและการพัฒนาปรับปรุงตลอดช่วงปีงบประมาณ 2563

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ

1. ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการลดโลกร้อนและประหยัดพลังงานจัดประชุมกำหนดมาตรการกิจกรรมการดำเนินงานลดโลกร้อนและประหยัดพลังงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันกำหนดมาตรการประหยัดพลังงาน ผลการประชุมกลุ่ม พบว่า คณะกรรมการได้ทบทวนมาตรการลดโลกร้อนและประหยัดพลังงานและร่วมกันกำหนดมาตรการประหยัดพลังงาน ประกอบด้วยมาตรการ 3 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการประหยัดพลังงานด้านไฟฟ้า มาตรการประหยัดพลังงานไฟฟ้า และมาตรการประหยัดพลังงานเชื้อเพลิง

2. การจัดกิจกรรมรณรงค์ลดโลกร้อนและประหยัดพลังงาน ณ บริเวณตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยกิจกรรม ประกอบด้วย การประกาศนโยบายลดโลกร้อนและประหยัดพลังงาน มอบรางวัลแก่ห้องทำงานลดโลกร้อนและประหยัดพลังงาน การเล่นเกมชิงรางวัล การให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการประหยัดพลังงานและลดโลกร้อน และการสำรวจความคิดเห็นและพฤติกรรมตามมาตรการประหยัดพลังงานของเจ้าหน้าที่

3. การจัดเสียงตามสายในองค์กร กำหนดตามแผนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการลดการใช้พลังงาน การสื่อสารมาตรการประหยัดพลังงาน รวมถึงแนวทางการลดพลังงานไฟฟ้าและน้ำมัน เชื้อเพลิงของบุคลากรในหน่วยงาน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์

ขั้นตอนการสังเกตการณ์ ผู้วิจัยและทีมงานดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการทำงานตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน โดยสุ่มตัวอย่างกลุ่มงานต่างๆ จำนวน 32 ตัวอย่าง พบว่าก่อนการได้รับการพัฒนาบุคลากรจากหน่วยงานต่างๆ มีพฤติกรรมการประหยัดพลังงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 13.47 คะแนน และหลังจากการได้รับการพัฒนาศักยภาพบุคคลากรมีพฤติกรรมประหยัดพลังงาน คะแนนเฉลี่ย 16.53 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ค่าคะแนนของการประหยัดพลังงานของหน่วยงานต่างๆ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน

การพัฒนา	N	Mean	SD	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	32	13.47	1.76	-10.174	0.00
หลังการพัฒนา	32	16.53	1.92		

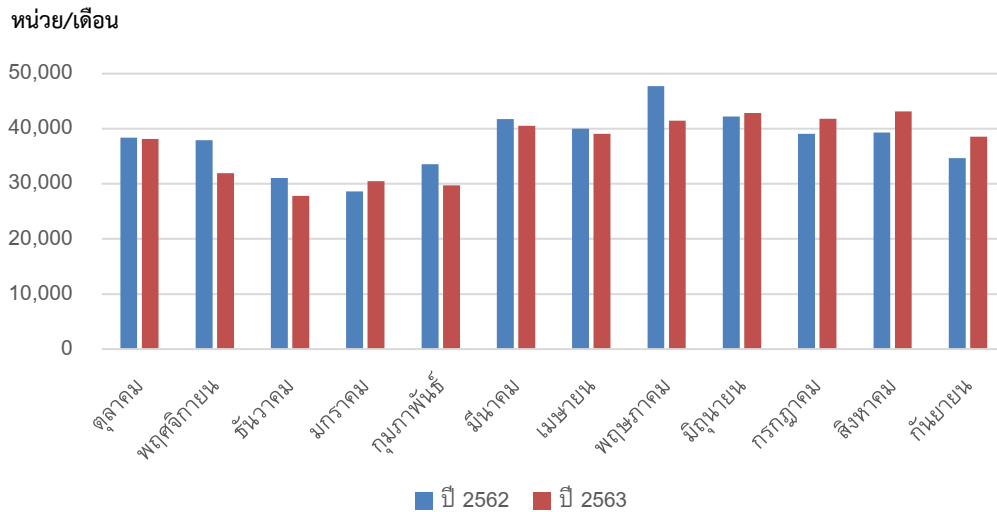
ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนการปฏิบัติการ

คณะผู้วิจัยและกลุ่มพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้จัดประชุมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำข้อมูลสถานการณ์ การปฏิบัติตามแผนงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานนำเสนอแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ในวันที่ 11 สิงหาคม 2563 โดยมีผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงาน เจ้าหน้าที่ฝ่ายวิชาการ และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกคน หลังจากการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ การปฏิบัติตามแผน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานแล้ว คณะผู้บริหารและคณะผู้วิจัยเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้สะท้อนผลการปฏิบัติ โดยรายละเอียดประกอบด้วย 1) การดำเนินงานที่ผ่านมา มีกิจกรรมใดบ้างที่เป็นแนวทางที่ดี 2) มีกิจกรรมใดบ้างที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ 3) ปัญหาอุปสรรคที่พบเจอในระหว่างการทำงาน เช่น ด้านบุคลากร งบประมาณ หรือด้านวัสดุอุปกรณ์ 4) วิธีการและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนา

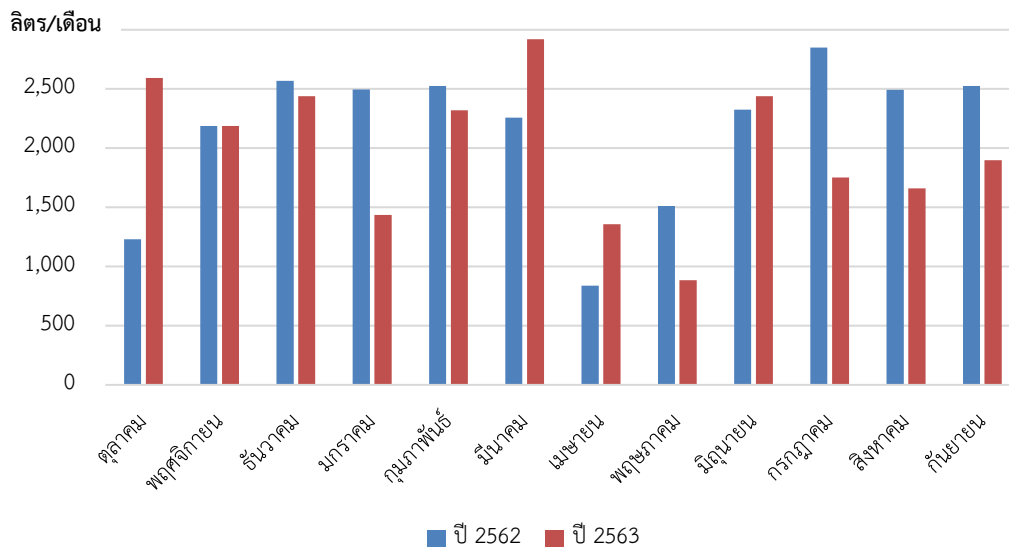
1. ปริมาณการใช้พลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิงก่อนและหลังดำเนินการ

จากผลการดำเนินการตามนโยบายด้านการประหยัดพลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิงขององค์กร พบว่า ในปีงบประมาณ 2562 มีปริมาณการใช้ไฟฟ้า 454,351.95 หน่วย ในปีงบประมาณ 2563 มีปริมาณการใช้ไฟฟ้าลดลงเป็น 445,569.93 หน่วย ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบแยกรายเดือน พบว่า เกือบทุกเดือนของปีงบประมาณ 2563 มีปริมาณการใช้ไฟฟ้าน้อยกว่า ปีงบประมาณ 2562 ยกเว้นเดือนตุลาคม มกราคม มิถุนายน กรกฎาคม สิงหาคมและเดือนกันยายน ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบปริมาณการใช้ไฟฟ้า ปีงบประมาณ 2562 และ 2563 แยกรายเดือน

ด้านการใช้พลังงานน้ำมันเชื้อเพลิง ซึ่งเป็นน้ำมันดีเซลทั้งหมด เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2562 และ 2563 พบว่าในปี 2562 ใช้น้ำมันทั้งหมดปริมาณ 25,802.1 ลิตร ในปี 2563 มีปริมาณการใช้ลดลง เป็น 23,885.088 ลิตร ซึ่งยังไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) เมื่อวิเคราะห์รายเดือนจะพบว่า เดือนที่มีปริมาณการใช้น้ำมันลดลง คือ เดือนธันวาคม, มกราคม, กุมภาพันธ์, พฤษภาคม, กรกฎาคม, สิงหาคม และกันยายน ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 เปรียบเทียบปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง ปีงบประมาณ 2562 และ 2563 แยกรายเดือน

2. รูปแบบการจัดการพลังงานขององค์กร

1) การกำหนดโครงสร้างของการทำงาน

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ได้แต่งตั้งคณะกรรมการลดโลกร้อนและประหยัดพลังงาน ปี 2562 ประกอบด้วย คณะกรรมการ 2 ชุด ชุดที่ 1 เป็นคณะกรรมการที่ปรึกษามีประธานเป็นผู้อำนวยการศูนย์ฯ กรรมการจะประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่ม คณะที่ 2 คณะกรรมการดำเนินงาน จะมีหัวหน้ากลุ่มพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม เป็นประธาน หัวหน้ากลุ่มอำนวยการเป็นรองประธาน มีหน้าที่ในการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงาน รวมถึงการทำงานด้านการประชาสัมพันธ์งานที่เกี่ยวข้องด้านการประหยัดพลังงาน

2) การประเมินผลก่อนการดำเนินงาน

คณะกรรมการลดโลกร้อนและประหยัดพลังงาน เก็บรวบรวมข้อมูลปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง และไฟฟ้า มาวิเคราะห์ ลงเยี่ยมพื้นที่กลุ่มงานต่างๆ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

3) การกำหนดนโยบายและมาตรการ

คณะกรรมการลดโลกร้อนและประหยัดพลังงาน ได้นำมาตรการของกรมอนามัยมาวิเคราะห์ ประชุมหารือร่วมกัน พร้อมกำหนดมาตรการอื่นที่มีความจำเป็นเพิ่มขึ้น เช่น การกำหนดช่วงเวลาในการ เปิด-ปิดเครื่องปรับอากาศ การปิดหน้าจอคอมพิวเตอร์ เมื่อไม่ใช้งาน การเดินทางแบบ car pool เป็นต้น จากนั้น ผู้บริหารได้มอบนโยบายการประหยัดพลังงานผ่านเวทีการประชุมคณะกรรมการบริหาร ของหน่วยงาน มีหนังสือแจ้งเวียนผ่านทุกกลุ่มงานได้รับทราบ

4) แผนงานและการปฏิบัติตามแผนงานที่กำหนด

คณะกรรมการลดโลกร้อนและประหยัดพลังงานได้กำหนดแผนการดำเนินงานร่วมกันโดยพิจารณา ด้านการบริหารจัดการ การสนับสนุนการดำเนินงาน การพัฒนาศักยภาพบุคคลากร การจัดกิจกรรมณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ตลอดจนการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการประหยัดพลังงาน เช่น การปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ เครื่องใช้ไฟฟ้าที่เก่าเป็นระบบประหยัดไฟ เปลี่ยนเครื่องปรับอากาศ การใช้ระบบเปิด ปิดไฟฟ้าอัตโนมัติ

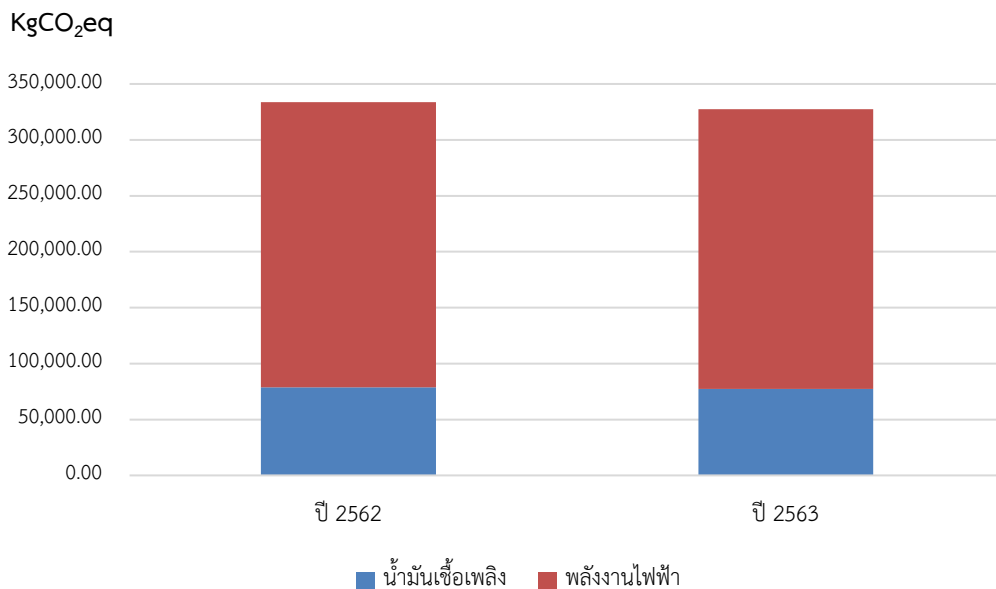
5) การกำกับติดตาม

คณะกรรมการลดโลกร้อนและประหยัดพลังงานได้กำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อทำการกำกับติดตาม การปฏิบัติตามมาตรการรายเดือน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ นำเสนอในเวทีการประชุมคณะกรรมการบริหาร ของหน่วยงานเพื่อให้เกิดการสนับสนุนการดำเนินงานแก้ไขปัญหา

3. ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการใช้พลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิง

ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการใช้พลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิง พบว่า หน่วยงานปล่อยก๊าซ เรือนกระจกในปี 2563 ปริมาณ 333,674.26 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (KgCO₂eq) ลดลง

จากปีงบประมาณ 2562 ปริมาณ 6,303.29 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (KgCO₂eq) ซึ่งมาจาก กิจกรรมการใช้ไฟฟ้า ปริมาณ 249,964.73 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (KgCO₂eq) และมาจาก กิจกรรมการใช้พลังงานน้ำมันเชื้อเพลิง ปริมาณ 77,406.24 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (KgCO₂eq) ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการใช้พลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิง ปีงบประมาณ 2562 และ 2563

อภิปรายผลการวิจัย

1. ปริมาณการใช้พลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิงก่อนและหลังดำเนินการ

การดำเนินงานตามนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานของบุคลากร พบว่า ผู้บริหารระดับ กรมอนามัย ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยให้ความสำคัญกับนโยบายด้านการประหยัดพลังงาน กอปรกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงพยาบาลมาตรฐาน GREEN and CLEAN Hospital ในประเด็น การจัดการพลังงาน ส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านลดโลกร้อนและประหยัดพลังงาน⁽¹⁴⁾ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ภายหลังจากการประกาศนโยบาย การขับเคลื่อนการดำเนินงานประหยัดพลังงาน เริ่มมีรูปแบบที่ชัดเจนส่งผลให้ปริมาณการใช้ไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิงลดลง กลุ่มงานต่างๆ นำมาตรการประหยัดพลังงานไปปฏิบัติ จากข้อมูลคะแนนพฤติกรรมกรรมการประหยัดพลังงานของแต่ละห้องสำนักงาน ที่เพิ่มขึ้นทุกมาตรการ ซึ่งมาจากการรับรู้การสื่อสาร และการให้คุณค่าต่อพลังงาน⁽¹⁵⁾ การมีความรู้

และทัศนคติ ต่อการมีพฤติกรรมการประหยัดพลังงานที่ถูกต้องของเจ้าหน้าที่ เมื่อวิเคราะห์มาตรการที่กำหนด โดยคณะกรรมการลดโลกร้อนและประหยัดพลังงาน สามารถแยกออกได้เป็น 2 มาตรการหลัก คือมาตรการประหยัดพลังงานไฟฟ้าและมาตรการประหยัดน้ำมันเชื้อเพลิง มาตรการที่กำหนดเป็นมาตรการที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องลงทุน เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถช่วยลดพลังงานที่ใช้ลงได้ ภายในอาคารและสำนักงานแต่ละห้องบุคลากรจะมีการใช้อุปกรณ์และเครื่องใช้ไฟฟ้าต่างๆ⁽¹⁶⁾ เพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับการทำงาน โรงพยาบาลมีกิจกรรมการให้บริการรักษาผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ไฟฟ้าในการรักษาซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นไม่สามารถลดการใช้ไฟฟ้าได้ การใช้ไฟฟ้าจึงขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาล ดังนั้น การประหยัดพลังงานไฟฟ้าจึงเน้นการลดพลังงานในอาคารลดการใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ ที่ไม่จำเป็น เช่น การลดการใช้กระติกน้ำร้อนไฟฟ้าบางจุด การปิดหลอดไฟทางเดิน เป็นต้น จากผลการประเมินตามมาตรการประหยัดพลังงาน พบว่า ภาพรวมของการปฏิบัติตามมาตรการประหยัดไฟฟ้าดำเนินการได้ค่อนข้างดี สามารถลดการใช้พลังงานไฟฟ้าได้ แต่มีบางมาตรการที่บุคลากรยังปฏิบัติได้ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับมาตรการอื่น เช่น การปิดหน้าจอคอมพิวเตอร์ทันทีเมื่อไม่ได้ใช้งาน การใช้โหมดสแตนด์บาย (Stand by) ปิดหน้าจอเมื่อไม่ได้ใช้งานระหว่างพักเที่ยง การถอดปลั๊กเครื่องคอมพิวเตอร์ ปริ้นเตอร์ สแกนเนอร์ และเครื่องถ่ายเอกสารหลังเลิกงานประจำวัน ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่บางคนยังมีความเข้าใจว่าคอมพิวเตอร์ที่ติดตั้งมาจะอยู่ในโหมดสแตนด์บายโดยอัตโนมัติเมื่อไม่ใช้งาน แต่ข้อเท็จจริงคือต้องมีการตั้งค่าก่อนจึงจะเข้าระบบโหมดสแตนด์บายของคอมพิวเตอร์ได้ ส่วนการปิดสวิตซ์ไฟฟ้านั้น พบว่า สวิตซ์ไฟฟ้าในบางจุดจะติดตั้งในจุดที่ไม่สะดวกต่อการเปิด-ปิด จึงทำให้ไม่สามารถที่จะเปิดปิดทุกวันหลังจากเลิกงานได้ ด้านมาตรการประหยัดน้ำมันเชื้อเพลิง ทางหน่วยงานมีการควบคุมกำกับโดยผู้บริหารและกลุ่มอำนวยการ ทำให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดส่งผลต่อการลดลงของการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงของหน่วยงาน

2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการลดการใช้พลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิง

รูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการลดการใช้พลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิง ก่อนการดำเนินงานยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน แต่หลังจากการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามประกาศนโยบายของกรมอนามัย ส่งผลให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานด้วยการกำหนดของผู้วิจัยและทีมงาน มีองค์ประกอบหลัก ประกอบด้วย คณะกรรมการ นโยบาย มาตรการ แผนงาน กิจกรรมดำเนินงาน และการประเมินผล สอดคล้องกับแนวทางการจัดการพลังงานที่เสนอโดยกรมพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กระทรวงพลังงาน⁽¹⁷⁾ การขับเคลื่อนจนเกิดรูปแบบเริ่มจากการนำมาตรการของกรมอนามัยมาปรับใช้ ให้เป็นมาตรการของศูนย์อนามัย นำข้อมูลสถานการณ์การไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิงที่ใช้นำเสนอในเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ เกิดการแต่งตั้งคณะทำงานลดโลกร้อนและประหยัดพลังงาน มีผู้อำนวยการศูนย์ฯ เป็นประธาน แยกคณะทำงานออกเป็น 2 คณะ คือ คณะอำนวยการ และคณะกรรมการ

ดำเนินงาน โดยคณะกรรมการดำเนินงานมีบทบาทหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล พิจารณากำหนดมาตรการ
สำรวจการใช้พลังงาน กำกับดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากร เรื่องการใช้พลังงาน รวมถึงการกำหนด
แนวทางการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างจิตสำนึกในการลดโลกร้อนและประหยัดพลังงาน คณะกรรมการ
เป็นตัวแทนจากกลุ่มงานต่างๆ จะเป็นคนที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับกับการปฏิบัติตามมาตรการของกลุ่มงาน
มีการประเมินผลเป็นระยะ มีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ประหยัดพลังงานของบุคลากรในหน่วยงาน

3. ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของหน่วยงาน

ก๊าซเรือนกระจกที่เกิดขึ้นจากการใช้พลังงานไฟฟ้าและพลังงานน้ำมันเชื้อเพลิง เป็นสาเหตุหนึ่ง
ของการก่อให้เกิดภาวะโลกร้อน (Global warming) กิจกรรมไม่ว่าจะเป็นการให้บริการรักษาผู้ป่วย
การทำงานด้านวิชาการ หรือกิจกรรมอื่นๆ ของหน่วยงานจะก่อให้เกิดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกไม่ทางตรง
ก็ทางอ้อม การใช้พลังงานเป็นแหล่งก่อให้เกิดเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดในหน่วยงานรวมถึงภาพรวมของประเทศ^(8,18)
ปีงบประมาณ 2563 หน่วยงานปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการใช้พลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิง
ปริมาณ 333,674.26 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (KgCO₂eq) ลดจากปีงบประมาณ 2562
ปริมาณ 6,303.29 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (KgCO₂eq) ผลจากการดำเนินงานขับเคลื่อน
รูปแบบการจัดการพลังงานไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิงของหน่วยงานมีส่วนช่วยส่งเสริมการลดปริมาณก๊าซ
เรือนกระจกเป็นตัวตอบโจทย์โรงพยาบาลลดโลกร้อนหรือโรงพยาบาล GREEN and CLEAN ของกรมอนามัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงาน

1. ขับเคลื่อนดำเนินการตามรูปแบบที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ ประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน
คืนข้อมูลให้กับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง
2. คณะทำงานลดโลกร้อนและประหยัดพลังงานเร่งสร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรด้านมาตรการ
การประหยัดไฟฟ้าและพลังงานน้ำมันเชื้อเพลิง
3. ควรมีการติดตามการดำเนินงานตามมาตรการอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลผู้มีส่วน
ได้เสียเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับใช้ให้มีความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาต่อยอดปัจจัยที่มีผลการต่อการลดของปริมาณก๊าซเรือนกระจกของหน่วยงาน
2. นำกระบวนการประเมินศักยภาพทางเทคนิคมาใช้ในการศึกษาประเมินและพัฒนาแนวทาง
การประหยัดพลังงานของหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1. การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย. วิฤตติพลังงานไฟฟ้า. ทางออกสุดท้ายที่เหลืออยู่ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 13]. เข้าถึงได้จาก <https://www.egat.co.th/index.php>.
2. สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพลังงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 13]. เข้าถึงได้จาก <https://adeq.or.th/พลังงาน/#energy01>
3. บริษัท ยูเอซี โกลบอล จำกัด (มหาชน). พลังงานใช้แล้วหมดไป [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 13]. เข้าถึงได้จาก <https://www.uac.co.th/th/knowledge-sharing/339/non-renewable-energy>
4. Energy Data. [อินเทอร์เน็ต] 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 13]. เข้าถึงได้จาก <https://yearbook.enerdata.net/total-energy/world-consumption-statistics.html>
5. สำนักปลัดกระทรวงพลังงาน. ฐานข้อมูลพลังงานไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 13]. เข้าถึงได้จาก <https://data.energy.go.th/factsheet/country/0/2019>
6. สำนักนโยบายและแผนพลังงาน. สถานการณ์การใช้น้ำมันและไฟฟ้าของประเทศไทย ปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 13]. เข้าถึงได้จาก [http://www.eppo.go.th/index.php/th/energy-information/situation-oil-electric?orders\[publishUp\]=publishUp&issearch=1&start=12](http://www.eppo.go.th/index.php/th/energy-information/situation-oil-electric?orders[publishUp]=publishUp&issearch=1&start=12)
7. กระทรวงพลังงาน.แผนปฏิบัติการลดก๊าซเรือนกระจกของประเทศ ปี พ.ศ.2564-2573 สาขาพลังงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 13]. เข้าถึงได้จาก https://climate.onep.go.th/wp-content/uploads/2021/09/NDC_Action_Plan_Energy_sector.pdf
8. สมชาย แซ่มชุกกลิ่น, สมรัฐ นัยรัมย์. การประเมินและพัฒนารูปแบบการลด Carbon Footprint ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธ.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก <http://www.eppo.go.th/index.php/th/energy-information/situation-oil-electric>
9. กรมอนามัย. ประกาศกรมอนามัย เรื่อง นโยบายการประหยัด ประจําปีงบประมาณ พ.ศ. 2558. [อินเทอร์เน็ต] 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธ.ค. 4]. เข้าถึงได้จาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17>
10. กระทรวงพลังงาน. ข้อมูลการใช้ไฟฟ้า และน้ำมันเชื้อเพลิง ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. [อินเทอร์เน็ต] 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เมษายน 10]. เข้าถึงได้จาก <https://www.e-report.energy.go.th/>

11. O'Brien R. An Overview of the methodological approach of action research. [Internet] 2001 [cited 2010 Dec. 30]. Available from:
https://base.socioeco.org/docs/overview_of_action_research_methodology.pdf
12. IPCC. Climate Change 2007: The Physical Science Basis. Cambridge: the press syndicate of the university of Cambridge; 2001.
13. กรมอนามัย. คู่มือการประเมิน Carbon footprint ในสถานบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ. บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2553.
14. กรมอนามัย. แนวทางการดำเนิน GREEN and CLEAN Hospital. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2562.
15. สุปรีญา ลีมวนานนท์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการประหยัดพลังงานไฟฟ้าในสถานที่ทำงานของพนักงานบริษัทห้างขายยาตราเสือดาว [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรบริหารธุรกิจ] นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2559.
16. กิตติศาสตร์ แจ่มเล็ก. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าในบริษัทอิเล็กทรอนิกส์. [วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนางานอุตสาหกรรม]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
17. กระทรวงพลังงาน. คู่มือชุดความรู้ด้านการจัดการพลังงานในสถานศึกษา. กรุงเทพฯ; 2550.
18. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. Mid-century, Long-term Low Greenhouse Gas Emission Development Strategy THAILAND [อินเทอร์เน็ต] 2021 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 1]. เข้าถึงได้จาก https://unfccc.int/sites/default/files/resource/Thailand_LTS1.pdf

ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอด ต่อคะแนนความเจ็บปวดและการรับรู้ประสบการณ์คลอด ของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอด

นิตยา สุขแสน, พย.ม.^{*a}, เบญจวรรณ คล้ายทับทิม, พย.ม.^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอดต่อคะแนนความเจ็บปวดและการรับรู้ประสบการณ์คลอดของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอด กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงวัยรุ่นในระยะคลอด ที่มารับบริการการคลอดในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ตั้งแต่ สิงหาคม 2563 ถึง พฤษภาคม 2564 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงทั้งหมด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของผู้คลอด ตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.85 และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของผู้คลอด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติแบบอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดช่วงปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. ของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.05$ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดช่วงปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 120.00 คะแนน และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 116.23 คะแนน โดยสรุป คะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอด; การรับรู้ประสบการณ์การคลอด;
หญิงวัยรุ่นในระยะคลอด

^{*} อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

^{**} อาจารย์ สาขาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

^a Corresponding author : นิตยา สุขแสน Email : Maekaitong@gmail.com

รับบทความ: 6 ก.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 28 ก.ย. 65; ตอปรับตีพิมพ์: 28 ก.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 10 ต.ค. 65

Effects of the Childbirth Pain Management Promotion Program on Pain Scores and Perceptions of the Childbirth Experience among Adolescent Mothers in the Labor Phase

Nittaya Suksaen, M.N.S.^{*a}, Benjawan Klaitabtim, M.N.S.^{**}

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the childbirth pain management promotion program on pain scores and perceptions of childbirth experience among adolescent women in the labor phase. The samples were 60 adolescent women in labor who received maternity services at Bhumibol Adulyadej Hospital from August 2020 to May 2021. The samples were recruited to the study through purposive sampling method. They were divided into an experimental group (n=30) and a control group (n=30). Research instrument used to collect the data was of the perceptions of childbirth experience questionnaire consisted of two parts: 1) general information and 2) the stillbirth experience questionnaire. Three experts reviewed the instrument and it had a content consistency index (CVI) of 0.85. The instrument's reliability was tested yielding the Cronbach's coefficient alpha of 0.93. The data were analyzed using descriptive statistics and an independent t-test.

The findings revealed that the average pain scores during the cervical opening of 4-7 cm. was statistically different for both groups at $p=0.05$, while the average pain scores during cervical opening of 8-10 cm. was not different in both groups. When comparing the average perceived birth experience score between both groups, the mean score was 120.00 in the control group and 116.23 in the experimental group. The average scores of both groups were not statistically different.

Keywords: Childbirth pain management promoting program; Perception of the childbirth experience; Adolescent mothers in labor phase

^{*} Instructor, Department of Maternal and Child Nursing and Midwifery, Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Air Medical Services

^{**} Lecturer, Department of Maternal-Newborn and Midwifery School of Nursing, Rangsit University

^a Corresponding author : Nittaya Suksaen Email : Maekaitong@gmail.com

Received: Sep. 6, 22; Revised: Sep. 28, 22; Accepted: Sep. 28, 22; Published Online: Oct. 10, 22

บทนำ

การคลอดเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญที่สุดเหตุการณ์หนึ่งในชีวิตของมารดา เป็นช่วงเวลาที่มารดาต้องเผชิญความรู้สึกไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกร่วมกับการเปิดขยายของปากมดลูก เพื่อผลักดันให้ทารกคลอดออกมา เมื่อทารกคลอดออกมาแล้วความเจ็บปวดนี้จะลดลงและหายไป ซึ่งความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาเป็นประสบการณ์ที่มีความแตกต่างและเป็นลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล⁽¹⁾ เพราะเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ มารดาคลอดบุตรจะได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในทุกระยะของการคลอด ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิดหมด ระยะที่ 2 ระยะปากมดลูกเปิดหมดจนถึงทารกคลอด ระยะที่ 3 ระยะทารกคลอดจนถึงรกคลอด และระยะที่ 4 ระยะที่รกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด⁽²⁾ โดยระยะที่ 1 ของการคลอดมารดาจะต้องเผชิญความเจ็บปวดเป็นระยะเวลานาน แบ่งออกเป็นระยะย่อย ได้แก่ ระยะปากมดลูกเปิดตั้งแต่เริ่มเปิดถึง 3 ซม. ระยะปากมดลูกเปิดเร็วคือปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 4-7 ซม. ซึ่งเป็นระยะที่มดลูกมีการหดตัวแรงและถี่ขึ้น ความเจ็บปวดจะเพิ่มมากขึ้น และระยะเปลี่ยนแปลงคือปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 8-10 ซม. หัวทารกลงในเชิงกราน มดลูกหดตัวแรงและถี่ขึ้น ดังนั้นพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ดูแลมารดา ระยะคลอดจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด การประเมินความเจ็บปวดและสามารถช่วยเหลือในการจัดการความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดได้⁽³⁾

การตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม เป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 13 ของมารดาทั้งหมดทั่วโลก ผู้คลอดส่วนใหญ่ไม่พร้อมต่อการคลอด การเผชิญต่อเหตุการณ์ในการคลอดจึงเป็นไปด้วยความยากลำบาก โดยเฉพาะการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด หากไม่ได้รับการช่วยเหลือมารดาจะมีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการคลอด ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาและการเลี้ยงบุตรต่อไปได้⁽⁴⁾ อีกทั้งผู้คลอดวัยรุ่นยังขาดวุฒิภาวะในการเผชิญต่อภาวะวิกฤตเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ที่สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาในช่วงวัยอื่น มีความอดทนต่อความเจ็บปวดในการคลอดน้อย กลัวการคลอด มารดาส่วนใหญ่รับรู้ว่าการคลอดเป็นประสบการณ์การคลอดทางลบ^(5,6) ส่งผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาว การปรับบทบาทมารดาและ ความตั้งใจในการมีบุตรคนต่อไป

ความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด มีระยะเวลานานประมาณ 8-24 ชั่วโมง เฉลี่ย 12 ชั่วโมง ในครรภ์แรก และ 4-12 ชั่วโมง เฉลี่ย 6 ชั่วโมงในครรภ์หลัง ซึ่งนับว่าเป็นระยะที่นานที่สุดเมื่อเทียบกับระยะอื่นๆ ของการคลอด การรับรู้ความเจ็บปวดของมารดาที่มาคลอดบุตรแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการคลอดและความเจ็บปวดที่เคยมีมาก่อน และปัจจัยอื่นๆ อีกหลายประการ⁽⁷⁾ ผู้คลอดวัยรุ่นมีพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ที่ยังไม่เจริญเติบโตสมบูรณ์เต็มที่ จึงส่งผลต่อการคลอดและการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ทำให้แสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะที่ไม่เหมาะสมเมื่อเจ็บครรภ์คลอด และหากมีระยะเวลาการคลอดที่ยาวนาน จะมีความอ่อนเพลีย ส่งผลให้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น⁽⁸⁾ หลังจากที่ได้ประเมินความเจ็บปวดแล้วพยาบาลจะเป็นบุคคลที่สำคัญ

อย่างยิ่งในการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของมารดาคลอดบุตร จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาและรายงานเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาอยู่หลายวิธี เช่น การลูบหน้าท้อง การนวด การฟังดนตรี และการกดจุด⁽⁹⁾ เป็นต้น

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแปลความหมายของสตรีเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งประสบการณ์การคลอดบุตรมี 2 ลักษณะ คือ ประสบการณ์การคลอดทางบวกและประสบการณ์การคลอดทางลบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้และปัจจัยด้านสถานการณ์ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการคลอด เศรษฐฐานะทางสังคมและความเข้มแข็งอดทน สตรีที่มีความเข้มแข็งอดทนระดับสูงจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก⁽¹⁰⁾ สำหรับปัจจัยที่ควบคุมได้ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ความเจ็บปวด ความคาดหวัง ความรู้เกี่ยวกับการคลอด การเตรียมตัวเพื่อการคลอด การใช้ยาระงับปวด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการคลอด จากการศึกษาพบว่า สตรีที่ได้รับการสนับสนุนดูแลจากพยาบาล ผดุงครรภ์ สามี หรือเพื่อน มีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลตนเอง สามารถควบคุมตนเองได้ และไม่ได้รับยาระงับปวด สตรีเหล่านี้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก⁽¹¹⁾ สำหรับปัจจัยด้านสถานการณ์เป็นเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับสตรีในระยะคลอด ได้แก่ การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด ชนิดของการคลอดและการปฏิบัติที่เป็นกิจวัตรในระยะคลอดซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด⁽¹⁰⁾

พยาบาลผดุงครรภ์ เป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและให้การช่วยเหลือหญิงวัยรุ่นในระยะคลอดมากที่สุดมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำและคำปรึกษามากขึ้น ซึ่งการช่วยเหลือของพยาบาลผดุงครรภ์ช่วยสนับสนุนให้หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ สามารถปรับพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านคำพูด ด้านการออกเสียง ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านการควบคุมการหายใจ และด้านการแสดงออกทางใบหน้า⁽⁶⁾ พยาบาลผดุงครรภ์จะต้องวางแผนการดูแลแบบองค์รวม ให้การพยาบาลแบบเอื้ออาทร ดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการศึกษาแนวทางการจัดการความปวดในระยะคลอดที่ผ่านมามีหลายวิธี เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ตลอดจนการเตรียมตัวเพื่อการคลอด การให้หญิงตั้งครรภ์ฝึกเทคนิคผ่อนคลาย ซึ่งจะช่วยให้มีความพร้อมทางด้านจิตใจ^(12,13) โดย Khamvongsa ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก โรงพยาบาลบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่างหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่มีอาการเจ็บครรภ์จริงและปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มาคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลบึงกาฬ ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร, เปิด 4-7 เซนติเมตร และเปิด 8-10 เซนติเมตร ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม

การเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร, เปิด 4-7 เซนติเมตร และเปิด 8-10 เซนติเมตร เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นกัน⁽¹⁴⁾

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดจำนวนมากแต่ยังไม่มีการศึกษาที่มีความเฉพาะสำหรับหญิงวัยรุ่นเพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและการส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการดูแลหญิงวัยรุ่นในระยะคลอดให้สามารถจัดการกับความปวดจากการคลอดได้ ด้วยการนำโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอดที่พัฒนาขึ้นมาจากวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอดของ Mercer⁽¹⁵⁾ มาใช้กับหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้คลอดและทารก

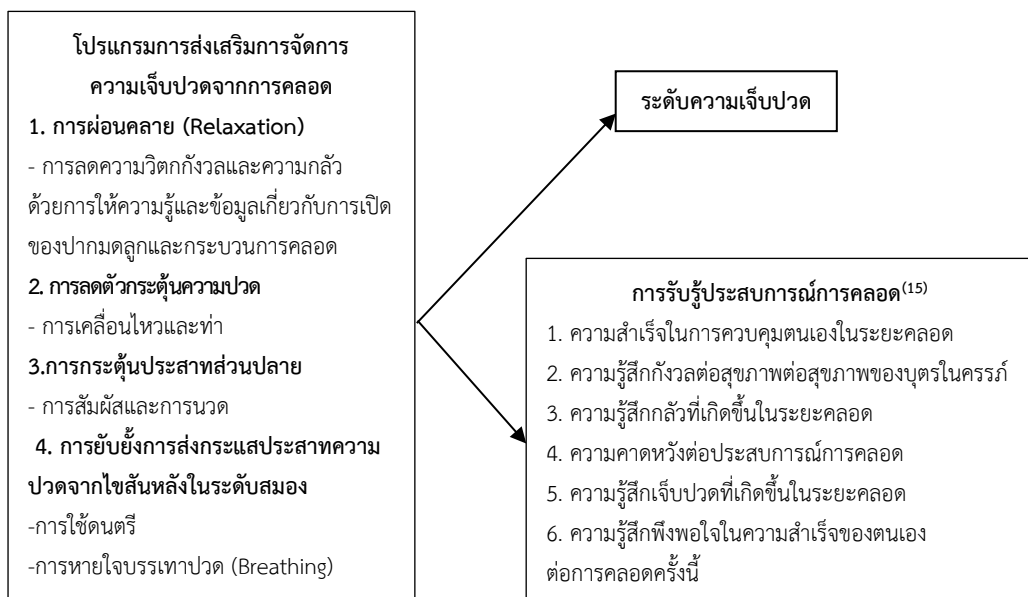
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอดระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอดระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอดระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกัน
2. คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอดระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอดต่อคะแนนความเจ็บปวดและการรับรู้ประสบการณ์คลอดของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ หญิงวัยรุ่นในระยะคลอดที่มารับบริการการคลอดในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 464 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงวัยรุ่นในระยะคลอดที่มารับบริการการคลอดในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.75 ซึ่งหาได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความกลัวการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก ของ ชูลีพร ภาระภักดี และคณะ⁽¹⁶⁾ มีค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนร้อยละ 20 คิดเป็น 12 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาทั้งหมดเท่ากับ 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน แต่เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ทำให้มีการปรับเปลี่ยนการบริการในห้องคลอด จึงจำเป็นต้องเก็บกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ชนิดของการคลอด ระยะเวลาของการคลอด แต่ละระยะ การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และการได้รับยาบรรเทาปวดขณะรอคลอด ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของผู้คลอด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของ ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ⁽¹⁷⁾ จำนวน 42 ข้อ มีข้อคำถามด้านบวก 28 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 14 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ 1 = ไม่เป็นจริงเลย, 2 = เป็นจริงเล็กน้อย, 3 = เป็นจริงมาก และ 4 = เป็นจริงมากที่สุด ส่วนข้อความทางลบให้คะแนน 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 42-168 คะแนน แสดงว่ามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index; CVI) เท่ากับ 0.85 และมีการนำไปทดลองใช้หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของผู้คลอด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ สิงหาคม 2563 ถึง พฤษภาคม 2564 โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการตอบแบบสอบถาม และหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลห้องคลอด เช่น การให้ข้อมูลการเปิดของปากมดลูก การดูแลความสบายขณะรอคลอด การสอนหายใจบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ เมื่อช่วงปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. และปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. ผู้วิจัยประเมินความเจ็บปวด และภายหลังคลอด 6-24 ชั่วโมง ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอด ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรม 4 กิจกรรม ได้แก่

- 1) การผ่อนคลาย ด้วยการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการเปิดของปากมดลูกและกระบวนการคลอด เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัว ตั้งแต่รับผู้คลอดไว้ใน รพ.ที่ห้องรับใหม่ ใช้เวลา 10 นาที
- 2) การลดตัวกระตุ้นความเจ็บปวด ด้วยการเคลื่อนไหวอย่างอิสระบนเตียง การจัดทำนึ่งหรือนอนบนเตียงตามต้องการของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอด ขณะรอคลอด
- 3) การกระตุ้นประสาทส่วนปลาย โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำ สาธิตการสัมผัสและการนวด จากนั้นให้ปฏิบัติด้วยตนเอง และผู้วิจัยกำกับติดตามพร้อมให้กำลังใจและเสริมแรงทุก 2 ชั่วโมง ภายหลังจากรับไว้รอคลอด 15-30 นาที
- 4) การยับยั้งการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดจากไขสันหลังในระดับสมอง แบ่งเป็น 2 กิจกรรมย่อย เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4 ซม. ด้วยการใช้นดนตรีที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ เป็นดนตรีบรรเลงบรรเลง (Piano, Jazz, Orchestra) เสียงนุ่ม ไพเราะ มีจังหวะเสียง (Beat) 60-80 ครั้งต่อนาที ให้หญิงวัยรุ่นในระยะคลอดเลือกฟังตามแต่ที่ตนเองสนใจ เป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง ร่วมกับ ผู้วิจัยสาธิตวิธีการหายใจบรรเทาปวดเป็นรายบุคคล เมื่อรับไว้ในห้องรอคลอดภายในระยะเวลา 30 นาทีแรก

เมื่อช่วงปากมดลูกเปิด 4-7 ซม.และ ปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. ผู้วิจัยประเมินความเจ็บปวด และภายหลังคลอด 6-24 ชั่วโมง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนระดับความเจ็บปวดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งสิทธิการตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถามและการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างคำตอบในแบบสอบถามทั้งหมด

จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะเสนอในภาพรวม และข้อมูลที่ได้จะใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้น ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยได้เซ็นใบยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เลขที่รับรอง 68/63

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยที่สุดคือ 14 ปี อายุมากที่สุดคือ 19 ปี และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยมากที่สุดทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองรวมทั้งหมด 21 คน คิดเป็นร้อยละ 35 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 17.5 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ร่วมกันกับสามี ร้อยละ 96.67 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยม จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพนักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.34 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ถึงร้อยละ 38.34

ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ที่ 39 สัปดาห์ ภูมุน้ำคร่ำแตกเอง ส่วนใหญ่ได้รับยากระตุ้นการคลอดคิดเป็น ร้อยละ 61.67 แต่ได้รับยาบรรเทาปวดเพียงร้อยละ 11.67 ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดส่วนใหญ่อยู่ที่ 5-8 ชม. เวลาที่สั้นที่สุดน้อยกว่า 5 ชม. มีเพียงร้อยละ 5 และใช้เวลาในการคลอดนานมากกว่า 12 ชม.ถึงร้อยละ 11.67

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดช่วงปากมดลูกเปิด 4-7 ซม.ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 5.27 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.20 ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดช่วงปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 9.47 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 9.33

ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดช่วงปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. ของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดช่วงปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=60)

ช่วงการเปิด ของปากมดลูก	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		df	t	p*
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ปากมดลูกเปิด 4-7 ซม.	5.27	2.27	4.20	0.76	58	2.44	0.020
ปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.	9.47	1.30	9.33	0.80	58	0.48	0.636

*p-value < 0.05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 120.00 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 116.24 คะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ค่าเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอด	$\bar{X}$	SD	df	t	p*
กลุ่มควบคุม	120.00	13.10	58	1.023	0.311
กลุ่มทดลอง	116.23	15.34			

*p-value < 0.05

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เมื่อพิจารณาการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มทดลอง ด้านความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอดมีค่าเฉลี่ย 11.03 ด้านรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพบุตรในครรภ์ขณะอยู่ในระยะคลอด มีค่าเฉลี่ย 27.57 และด้านความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเองต่อการคลอดครั้งนี้มีค่าเฉลี่ย 29.50

ในขณะที่กลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอด การรับรู้ประสบการณ์คลอดของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอดมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอดมีค่าเฉลี่ย 17.47 ความคาดหวังต่อประสบการณ์คลอดมีค่าเฉลี่ย 14.30 และความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดมีค่าเฉลี่ย 21.30

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แยกเป็นรายด้าน

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p*
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด	11.03	2.22	9.90	1.30	0.019
2. รู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพบุตรในครรภ์ขณะอยู่ในระยะคลอด	27.57	4.74	25.90	3.96	0.153
3. ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด	16.70	3.14	17.47	3.23	0.356
4. ความคาดหวังต่อประสบการณ์คลอด	14.07	2.74	14.30	3.20	0.763
5. ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด	21.13	3.33	21.30	3.90	0.859
6. ความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเองต่อการคลอดครั้งนี้	29.50	4.24	27.33	4.68	0.065

*p-value < 0.05

การอภิปรายผล

1. ผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริม การจัดการความเจ็บปวดจากการคลอดต่อคะแนนความเจ็บปวด และการรับรู้ประสบการณ์คลอดของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะ ปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดในระยะปากมดลูก เปิด 4-7 ซม. ของทั้งสองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ลดความกลัว และวิตกกังวลในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว อีกทั้งการผ่อนคลาย (Relaxation) ได้แก่ การเคลื่อนไหว การจัดทำ การสัมผัสและการนวด การใช้ดนตรีและเทคนิคการหายใจ บรรเทาปวด ส่งผลให้ลดระดับความเจ็บปวดลงได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Khamvongsa ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุน อย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาล มีระดับความเจ็บปวด ในระยะ ปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁽¹⁴⁾ สนับสนุน การศึกษาของ Khwanmueang et al. ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความเจ็บปวด ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่ฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่ง ในภาคใต้ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2561 ถึง เดือนเมษายน 2562 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁽¹³⁾

ผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอดต่อคะแนนความเจ็บปวด และการรับรู้ประสบการณ์คลอดของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะ ปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าในระยะปากมดลูก เปิด 8-10 ซม. เป็นช่วงสุดท้ายของการคลอด ซึ่งในระยะนี้การหดตัวมดลูกจะรุนแรงมาก นาน 60 ถึง 90 วินาที และเกิดขึ้นทุก 2-3 นาที อีกทั้งจะมีการเคลื่อนตัวของส่วนนำเกิดขึ้นที่ค่อนข้างรวดเร็ว เป็นการเตรียมพร้อม ที่จะเข้าสู่การเบ่งคลอดในระยะที่ 2 ต่อไป ทำให้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะรู้สึกอยากเบ่งในช่วงนี้⁽¹⁸⁾ ในระยะนี้ หญิงตั้งครรภ์จะปวดมากและรู้สึกอยากเบ่งไปพร้อมๆกัน ซึ่งการให้ความรู้และการผ่อนคลาย โปรแกรม การลดความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological interventions) อาจต้องดูแลตั้งแต่ระยะ ฝากครรภ์ กอปรกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นนั้นประกอบด้วยหลายปัจจัยและซับซ้อน เช่น ขนาดของเชิงกรานของมารดา ขนาดทารก ระยะเวลาการรอคลอด และปัจจัยทางจิตสังคม ส่งผลให้ มารดาวัยรุ่นต้องการการดูแลที่ครอบคลุมกาย-จิตสังคม เพื่อให้มีความมั่นใจในการเผชิญความเจ็บปวด ระยะคลอดมากกว่าในมารดาวัยอื่น โดยจากการศึกษาของ Budsangdee & Chankhao ที่ศึกษาผลของ การใช้แอปพลิเคชันในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดต่อการเผชิญความเจ็บปวด ระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของสตรีวัยรุ่นครรภ์อายุ 13-19 ปี อายุครรภ์ 34-35 สัปดาห์ ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 80 คน โดยโปรแกรม ประกอบด้วย การมีประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จจากผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และ การสร้างความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁽¹⁹⁾

2. ผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์คลอดของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอด พบว่าคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอดระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน โดยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์คลอดอยู่ในระดับสูงในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 120.00 ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 116.23 สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอดมีความซับซ้อน โดยโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอด อันประกอบไปด้วย การให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการเปิดช่องปากมดลูกและกระบวนการคลอดตั้งแต่รับผู้คลอดไว้ในรพ.ที่ห้องรับใหม่ การสาธิตการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดด้วยการหายใจบรรเทาปวด การผ่อนคลายด้วยดนตรี การลูบที่หน้าท้องเป็นวงกลมเมื่อมดลูกมีการหดตัว และสามารถเคลื่อนไหวอย่างอิสระบนเตียงนั้น สามารถเพิ่มการรับรู้ประสบการณ์คลอดของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอดได้ส่วนหนึ่ง อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดของการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ไม่สามารถให้ญาติเข้าอยู่เป็นเพื่อนได้ในระยะคลอด ผู้วิจัยทำได้แต่เพียงการโทรศัพท์ผ่านวิดีโอซึ่งยังไม่เพียงพอ หญิงวัยรุ่นกลุ่มนี้ยังคงต้องการการสนับสนุนทางจิตสังคม เช่น การให้ญาติผู้หญิง เช่น มารดาหรือสามีร่วมอยู่เป็นเพื่อนตลอดระยะเวลาคลอด โดย Karapakdee et al. ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความกลัวการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 47 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เลือกมารดาตนเองเป็นผู้ให้การสนับสนุน ในระยะคลอดและมีความกลัวการคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะปากมดลูกเร็วและภาพรวมการคลอดทั้งหมด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตามลำดับ⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและหัวหน้าหน่วยงานห้องคลอด สามารถนำผลการวิจัยมากำหนดเป็นนโยบายและประยุกต์ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอดในระยะคลอดโดยการผ่อนคลายตัวกระตุ้นความเจ็บปวด การกระตุ้นประสาทส่วนปลาย การยับยั้งการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดจากไขสันหลังในระดับสมอง เพื่อช่วยลดความเจ็บปวดและส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์คลอดที่ดีและสามารถทำให้เกิดคุณภาพบริการของหน่วยงาน
2. อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยเป็นแนวทางการจัดการเรียนการสอนในเรื่องการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอดแก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดในระยะคลอด

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอดในระยะคลอดเพื่อให้สามารถใช้งานได้สะดวก เหมาะสมตามบริบทของห้องคลอดในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหาร อาจารย์ กลุ่มตัวอย่าง และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Siyoum M, Mekonnen S. Labor pain control and associated factors among women who gave birth at Leku primary hospital, southern Ethiopia. BMC Res Notes. 2019;12(1):619. Published 2019 Sep 23. doi:10.1186/s13104-019-4645-x
2. Tzeng YL, Yang YL, Kuo PC, Lin YC, Chen SL. Pain, Anxiety, and Fatigue During Labor: A Prospective, Repeated Measures Study. J Nurs Res. 2017;25(1):59-67. doi:10.1097/jnr.000000000000165
3. Alqattan H, Cleland J, Morrison Z. An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait. Journal of Taibah University Medical Sciences. 2018;13(3):272-80.
4. World Health Organization [Internet]. Adolescent pregnancy [Fact sheet 2018]. 2018 [cited 2020 Mar. 4]. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
5. Khwepeya, M., Lee, G. T., Chen, S. R., & Kuo, S. Y. Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi. BMC pregnancy and childbirth. 2018;18(1):391. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2023-7>
6. Sauls D. J. Adolescents' perception of support during labor. The Journal of Perinatal Education. 2004;13(4):36-42. <https://doi.org/10.1624/105812404X6216>
7. Steel, A., Adams, J., Sibbritt, D., Broom, A., Gallois, C., & Frawley, J. Managing the pain of labour: factors associated with the use of labour pain management for pregnant Australian women. Health expectations : An international journal of public participation in health care and health policy. 2015;18(5):1633-44. <https://doi.org/10.1111/hex.12155>
8. Lowdermilk D, Cashion MC, Perry C, Alden K, Olshansky E. Maternity & Women's Health Care. 10th ed. St Louis: Elsevier Mosby; 2011: 369-85.

9. Thomson G, Feeley C, Moran VH, Downe S, Oladapo OT. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reprod Health*. 2019;16(1):71. doi:10.1186/s12978-019-0735-4
10. Parisunyakul S, Baosoung C, Prasitwatanasaree P. Predictors of Women's Perceptions of the Positive Childbirth Experience. *Nursing Journal* 2013;45:84-93.
11. Iliadou M. Supporting women in labour. *Health Science Journal*. 2012;6:385-91.
12. Chuchuy B. The effects of continuous support program in labor by nurses on pain levels and pain coping behaviors in primiparous adolescents. Songkla: Prince of Songkla University; 2015.
13. Khwanmueang P, Chunuan S, Thitimapong B. Effect of Childbirth Preparation Program with Continuous Labor Support on Labor Pain of First-Time Teenage Pregnant Women. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*. 2020;30(3):115-27.
14. Khamvongsa J. The Effects of Continuous Support Program During Labor by Nurses on Pain Levels and Pain Coping Behaviors in Primiparous Adolescents at Buengkan Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*. 2018;26(3):164-75.
15. Marut JS, Mercer RT. Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nurs Res*. 1979;28(5):260-6.
16. Karapakdee C, Deoisres W, Chuahorm U. Effects of Labor Support Program by a Female Relative on Fear of Childbirth and Perception of Childbirth Experience Among First-time Adolescent Mothers. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2019;27(2):20-9.
17. Subprasert Y. Effects of Nursing Care Using Nonpharmacological Technique of Pain Relief on Pain Coping Behaviors During Delivery, Duration of Labor and Perception of Childbirth Experience in Primiparas. Graduate School: Chulalongkorn University; 1998.
18. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *William's Obstetrics*. 25th ed. New York: McGraw-Hill; 2017.
19. Budsangdee B, Chankhao C. Effect of Using an Application for Enhancing Childbirth Self-efficacy to Cope with Labor Pain and Perception of The Childbirth Experience of Nulliparous Pregnant Adolescents. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2021;14(1):241-55.

ความสัมพันธ์ของวัคซีนโควิด-19 และความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรคโควิด-19 โรงพยาบาลชัยภูมิ ปี 2564-2565

พิชญามณต์ วรรณโก^a, อรุณรัตน์ สุ่มหนองบัว^{**}

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การได้รับวัคซีนโควิด-19 ก่อนการเจ็บป่วยระดับอาการรุนแรง และศึกษาความสัมพันธ์ของการได้รับวัคซีนโควิด-19 และความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 เป็นการศึกษาย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564–เมษายน 2565 จำนวน 440 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว สีเหลือง สีแดง และกลุ่มเสียชีวิต กลุ่มละ 110 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxP) ของโรงพยาบาลชัยภูมิ ข้อมูลการได้รับวัคซีนโควิด-19 จากกระบวนฐานข้อมูลวัคซีนกระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ ด้วยสถิติไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.6) อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 35.7) กลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 77.3 ได้รับวัคซีน 1-2 เข็ม ร้อยละ 21.8 ได้รับวัคซีนครบ 3 เข็ม ร้อยละ 0.9 ผู้ป่วยโควิด-19 กลุ่มสีแดงซึ่งมีอาการรุนแรง ไม่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 47.3 ได้รับวัคซีน 1-2 เข็ม ร้อยละ 50.9 ได้รับวัคซีนครบ 3 เข็ม ร้อยละ 1.8 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่อาการไม่รุนแรง (กลุ่มสีเขียวและสีเหลือง) ไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 22.7 และ 19.1 ได้รับวัคซีน 1-2 เข็ม ร้อยละ 60.0 และ 60.9 ได้รับวัคซีนครบ 3 เข็ม ร้อยละ 17.3 และ 20.0 ตามลำดับ ซึ่งการได้รับวัคซีนโควิด-19 และความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และยังพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่เสียชีวิตและกลุ่มที่มีอาการรุนแรง (กลุ่มสีแดง) เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัว ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีนหรือได้รับวัคซีนไม่ครบ

ข้อเสนอแนะ การศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการได้รับวัคซีนโควิด-19 โดยเฉพาะวัคซีนเข็มกระตุ้น และควรส่งเสริมการได้รับวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (608) ร่วมกับการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : โรคโควิด-19; การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19; การเจ็บป่วยรุนแรงด้วยโรคโควิด-19

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชัยภูมิ

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชัยภูมิ

^a Corresponding author : พิชญามณต์ วรรณโก Email : warisakorn.v@gmail.com

รับบทความ: 17 ก.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 30 ก.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 30 ก.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 10 ต.ค. 65

Associations between COVID-19 Vaccine and Severity of COVID-19, Chaiphum Hospital: 2021-2022

Pitchayamon Vannako^{*a}, Arunrat Sunongbua^{**}

Abstract

The objectives of this research were to study the situation of COVID-19 vaccination among patients with severe symptoms and relationships between COVID-19 vaccination and severity of COVID-19 among patients in Chaiphum hospital. The study used a retrospective research design. Samples were 440 COVID-19 patients who were admitted to Chaiphum hospital during July 1, 2021 and April 30, 2022. The samples were selected through systematic sampling and classified into 4 groups: green, yellow, red and dead groups with 110 patients in each group. Data on patients' illness history were collected from the hospital's HOSxP database while history of COVID-19 vaccination was collected from MOPH Immunization Center Dashboard (MOPH IC). The data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square test at $p=0.05$.

Results showed that the majority of patients were females (58.6%) with aged 60 years or older (35.7%). Regarding history of COVID-19 vaccination among the patients with different level of severity, the majority of patients in dead group did not receive COVID-19 vaccine (77.3%) while those who received 1-2 doses and those who received 3 doses were accounted for 21.8% and 0.9 % respectively. Percent of patients in red group (patients with severe symptoms) who did not receive vaccines was 47.3%, while those who received 1-2 doses was 50.9% and those who received 3 doses was 1.8 %. Percent of patients in yellow and green groups (moderate or minimal symptoms) who did not receive vaccines were 22.7% and 19.1%, respectively, while those who received 1-2 doses were 60.0% and 60.9 percent, respectively and those who received 3 doses were 17.3% and 20.0%, respectively. Number of COVID-19 vaccine dose received and level of severity of COVID-19 illness were significantly associated at $p<0.001$. It was also found that COVID-19 deaths and patients in

* Registered Nurse, Professional Level, Department of Social Medicine, Chaiphum Hospital

** Registered Nurse, Senior Professional Level, Department of Community Nursing, Chaiphum Hospital

Corresponding author : Pitchayamon Vannako Email : warisakorn.v@gmail.com

Received: Sep. 17, 22; Revised: Sep. 30, 22; Accepted: Sep. 30, 22; Published Online: Oct. 10, 22

the red group were predominantly elderly and those with underlying illness and did not receive vaccine or did not fully vaccinated.

It is recommended from this study to emphasis on COVID-19 vaccination especially the booster doses. Elderly and persons with underlying illness (608) should be encouraged to receive vaccines along with continuous prevention measures.

Keywords : Covid-19; COVID-19 vaccination; Severity of COVID-19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (coronavirus disease 2019, COVID-19) มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก ผู้ป่วยจะมีอาการ ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ มีไข้ ไอ มีน้ำมูก หายใจถี่และหายใจลำบาก อาจมีอาการทางระบบอื่น ร่วมด้วย เช่น จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ผื่น ตาแดง และท้องเสีย เป็นต้น ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต มาตรการป้องกันต่างๆที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และการกักตัว ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่และระบบเศรษฐกิจ และไม่สามารถป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างสมบูรณ์ หลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยจึงได้มีการคิดค้นและพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ซึ่งเป็นความหวังใหม่ในการป้องกันการติดเชื้อ การแพร่ระบาดของโรค และการลดความรุนแรงจากการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีการรายงานเชื้อหลายสายพันธุ์ที่กลายพันธุ์ไปจากเดิม มีการแพร่ระบาดได้ไวมากขึ้น และอาจทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น รวมถึงอาจมีผลต่อประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด⁽¹⁾ จากสถานการณ์โรคโควิด-19 ทั่วโลก 224 ประเทศ 2 เขตบริหารพิเศษ 2 เรือสำราญ (ข้อมูล ณ วันที่ 16 เมษายน 2565) พบผู้ป่วยทั่วโลก 503,845,846 ราย เสียชีวิต 6,220,414 ราย (1.23%) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยสะสมตั้งแต่ปี 2563 จำนวน 4,012,184 ราย เสียชีวิต 26,754 ราย (0.67%)⁽²⁾ พบผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมาก และจำนวนผู้เสียชีวิต มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามยอดการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น⁽³⁾

สถานการณ์โรคโควิด-19 จังหวัดชัยภูมิ พบผู้ป่วย สะสมตั้งแต่ เมษายน 2564 ถึง 16 เมษายน 2565 จำนวน 27,355 ราย เสียชีวิต 175 ราย⁽⁴⁾ จังหวัดชัยภูมิได้เริ่มให้บริการวัคซีนโควิด-19 ตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน 2564 ต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน ซึ่งผลการดำเนินงานให้บริการวัคซีนโควิด-19 จังหวัดชัยภูมิ ณ วันที่ 16 เมษายน 2565 ให้บริการวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 1 จำนวน 691,721 โดส (ร้อยละ 72.10) เข็มที่ 2 จำนวน 619,653 โดส (ร้อยละ 64.58) เข็มที่ 3 จำนวน 210,231 โดส (ร้อยละ 21.91) เข็มที่ 4 จำนวน 13,904 โดส (ร้อยละ 1.45) รวม 1,536,154 โดส⁽⁵⁾

จากสถานการณ์โรคโควิด-19 และมาตรการต่างๆในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และการให้บริการวัคซีนโควิด-19 ซึ่งได้ดำเนินควบคู่กันไปทุกมาตรการ สถานการณ์โรคโควิด-19 มีการ

แพร่ระบาดสูงขึ้น ซึ่งความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนก็เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้ประชาชน ประกอบการตัดสินใจในการรับวัคซีนโควิด-19 ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยและระดับอาการรุนแรง ของผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลชัยภูมิ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และระดับอาการรุนแรงของการเจ็บป่วยโรคโควิด-19

รูปแบบการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) โดยการเก็บข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564-เมษายน 2565 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxP) ของโรงพยาบาลชัยภูมิ และข้อมูลประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19 จากกระบวนฐานข้อมูลวัคซีนกระทรวงสาธารณสุข (MOPH Immunization Center Dashboard: MOPH IC)

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโควิด-19 ที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในชัยภูมิ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564-เมษายน 2565 จำนวน 9,057 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโควิด-19 ที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564-เมษายน 2565 โดยสุ่มตัวอย่างจากประชากรเป้าหมาย

Inclusion criteria คือ ผู้ป่วยโควิด-19 ที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564-เมษายน 2565 และมีข้อมูลครบถ้วนตามแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล

Exclusion criteria คือ ผู้ป่วยโควิด-19 ที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564-เมษายน 2565 แต่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนตามแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล

การสุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systematic sampling) โดยการสุ่มตัวอย่างรายแรกและเว้นรายต่อไปตามระยะห่างของ N/n (ตามกลุ่มระดับความรุนแรงของโรคโควิด-19) ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนประชากรขนาดเล็ก⁽⁶⁾

$$n = \frac{NZ \frac{2}{\alpha/2} P(1-P)}{d^2 (N-1) + Z \frac{2}{\alpha/2} P(1-P)}$$

Z_{α} = ระดับความเชื่อมั่น (Confidence level; Z) ที่ 95% = 1.96

P = สัดส่วน (จาก Pilot study พบว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 ก่อนป่วย = 20%)

N = จำนวนผู้ป่วยโควิด-19 ทั้งหมด = 9,057

d = Precision = 0.05

$$n = \frac{9,057(1.96)^2 (0.2)(1-0.2)}{0.05^2 (9,057-1) + (1.96)^2 (0.2)(0.8)} = 400 \text{ ราย}$$

การศึกษาครั้งนี้ ใช้ขนาดตัวอย่างผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 440 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 กลุ่มสีเขียว กลุ่มสีเหลือง กลุ่มสีแดง และกลุ่มเสียชีวิต กลุ่มละ 110 ราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัย ตามแบบฟอร์มเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้เฉพาะการศึกษาเท่านั้น การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง และการศึกษาในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่ 018/2565 วันที่รับรอง 17 พฤษภาคม 2565

นิยามศัพท์เฉพาะ

วัคซีนโควิด-19 หมายถึง วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งประเทศไทยได้จัดทำวัคซีนเพื่อให้ประชาชนมีโอกาสได้รับวัคซีนที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ โดยโรงพยาบาลทุกแห่งและสถานบริการสาธารณสุขได้จัดบริการวัคซีนโควิด-19 ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข

ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 หมายถึง อาการหรืออาการแสดงของผู้ป่วยโควิด-19 ซึ่งกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งระดับอาการผู้ป่วยโควิด ตามระดับอาการป่วยออกเป็นสีเขียว สีเหลือง และสีแดง เพื่อการดูแลและรักษาอย่างเป็นระบบ⁽⁷⁾ การศึกษาในครั้งนี้ได้แบ่งประเภทกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มผู้ป่วยสีเขียว สีเหลือง สีแดง ตามแนวทางของกรมการแพทย์และศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยเสียชีวิต

ผู้ป่วยสีเขียว หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่อาการไม่มาก หรือไม่มีอาการ หรืออาการน้อย เช่น มีไข้ ไอ น้ำมูก ตาแดง ผื่นขึ้น ไม่มีโรคร่วม

ผู้ป่วยสีเหลือง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจเร็ว มีปัจจัยเสี่ยงอาการรุนแรงหรือโรคร่วม เช่น อายุมากกว่า 60 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคปอดเรื้อรังอื่น โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานที่คุมไม่ได้ ภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน 90 กิโลกรัม ดับแข็ง ภูมิคุ้มกันต่ำ และเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 1,000

ผู้ป่วยสีแดง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก เอกซเรย์พบปอดอักเสบรุนแรง มีภาวะปอดบวม ความอิ่มตัวของเลือดน้อยกว่า 96% หรือลดลงของออกซิเจนมากกว่า 3% หลังออกแรง ของค่าที่วัดได้ในครั้งแรกที่ออกแรง

ผู้ป่วยเสียชีวิต หมายถึง ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบฟอร์มการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย

- เก็บข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป โรคประจำตัว อาการ ระดับความรุนแรง การรักษา ผลการรักษา ฯลฯ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxP) ของโรงพยาบาลชัยภูมิ
- เก็บข้อมูลประวัติการรับวัคซีนโควิด-19 จากกระดานฐานข้อมูลวัคซีนกระทรวงสาธารณสุข (MOPH Immunization Center Dashboard: MOPH IC)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. การได้รับวัคซีนโควิด-19 ก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 วัดระดับตัวแปรแบบ นามบัญญัติ (Nominal scale) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่ได้รับวัคซีนไม่ครบ (ได้รับวัคซีน 1-2 เข็ม) และ กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่ได้รับวัคซีนครบ (ได้รับวัคซีน 3 เข็มขึ้นไป)
2. ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 วัดตัวแปรแบบนามบัญญัติ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้ป่วยสีเขียว กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้ป่วยสีเหลือง กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มผู้ป่วยสีแดง และกลุ่มที่ 4 คือ กลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ และใช้สถิติวิเคราะห์ศึกษาความสัมพันธ์ของการได้รับวัคซีนโควิด-19 ก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 และระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ด้วยสถิติไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.6) อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.7 อายุเฉลี่ย 52.4 ± 18.3 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 97 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโควิด-19 ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ (ร้อยละ 46.8) เป็นผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 35.0 (ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยสีแดงและกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิต) และเป็นผู้ป่วยที่รับกลับมาจากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพฯ และ ปริมณฑล และต่างจังหวัดร้อยละ 18.2 (ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยสีเขียวและสีเหลือง) จำนวนวัน

นอนรักษา พบว่า ส่วนใหญ่นอนรักษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิ 11-20 วัน (ร้อยละ 43.2) เฉลี่ย 13.7 ± 9.4 วัน
ต่ำสุด 0 วัน สูงสุด 67 วัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคคลตัวอย่าง (n=440)

ข้อมูลทั่วไป	1.กลุ่มสีเขียว (n=110)	2.กลุ่มสีเหลือง (n=110)	3.กลุ่มสีแดง (n=110)	4.กลุ่มสีเขียว (n=110)	รวม (n=440)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
เพศ ชาย	41(37.3)	37(33.6)	44(40.0)	60(54.5)	182(41.4)
หญิง	69(62.7)	73(66.4)	66(60.0)	50(45.5)	258(58.6)
อายุ <30 ปี	41(37.3)	14(12.7)	2(1.8)	2(1.8)	59(13.4)
30-39 ปี	30(27.3)	18(16.4)	15(13.6)	5(4.5)	68(15.5)
40-49 ปี	16(14.5)	16(14.5)	23(20.9)	16(14.5)	71(16.1)
50-59 ปี	23(20.9)	26(23.6)	16(14.5)	20(18.2)	85(19.3)
≥60 ปี	-	36(32.7)	54(49.1)	67(60.9)	157(35.7)
อายุเฉลี่ย	36.1±11.4	50.2 ±15.1	58.5±16.2	64.7±16.5	52.4±18.3
min-max (ปี)	20-59	21-79	25-94	26-97	20-97
การรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิ					
อ.เมืองชัยภูมิ	65(59.1)	68(61.8)	44(40.0)	29(26.4)	206(46.8)
Refer จาก รพช.	13(11.8)	9(8.2)	57(51.8)	75(68.2)	154(35.0)
รับจาก กทม./ตจว.	32(29.1)	33(30.0)	9(8.2)	6(5.4)	80(18.2)
วันนอนโรงพยาบาล					
0-5 วัน	8(7.3)	0	7(6.4)	25(22.7)	40(9.1)
6-10 วัน	39(35.4)	76(69.1)	11(10.0)	29(26.4)	155(35.2)
11-20 วัน	63(57.3)	34(30.9)	67(60.9)	26(23.6)	190(43.2)
>20 วัน	0	0	25(22.7)	30(27.3)	55(12.5)
วันนอนเฉลี่ย	10.7± 2.8	10.2±2.3	18.4±10.8	15.4±13.5	13.7± 9.4
min-max (วัน)	3-14	6-19	1-59	0-67	0-67

ส่วนที่ 2 การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของแต่ละกลุ่มตามระดับความรุนแรงของโรคโควิด-19

การได้รับวัคซีนโควิด-19 ก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 มากกว่า 14 วันขึ้นไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีน (ร้อยละ 41.6) ได้รับวัคซีน 1 เข็ม ร้อยละ 19.8 ได้รับวัคซีน 2 เข็ม ร้อยละ 28.6 ได้รับวัคซีน 3 เข็ม ร้อยละ 6.4 ได้รับวัคซีน 4 เข็ม ร้อยละ 3.6 โดยผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรง(กลุ่มสีแดง)และกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีน ก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 (ร้อยละ 47.3 และ 77.3 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การได้รับวัคซีนโควิด-19 ในระยะก่อนป่วยมากกว่า 14 วันขึ้นไป

การได้รับวัคซีน โควิด-19	1.กลุ่มสีเขียว (n=110)	2.กลุ่มสีเหลือง (n=110)	3.กลุ่มสีแดง (n=110)	4.กลุ่มเสียชีวิต (n=110)	รวม (n=440)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
ไม่ได้รับวัคซีน	21(19.1)	25(22.7)	52(47.3)	85(77.3)	183(41.6)
ได้รับวัคซีน 1 เข็ม	30(27.3)	15(13.6)	32(29.1)	10(9.1)	87(19.8)
ได้รับวัคซีน 2 เข็ม	37(33.6)	51(46.4)	24(21.8)	14(12.7)	126(28.6)
ได้รับวัคซีน 3 เข็ม	15(13.6)	10(9.1)	2(1.8)	1(0.9)	28(6.4)
ได้รับวัคซีน 4 เข็ม	7(6.4)	9(8.2)	0	0	16(3.6)

ผู้ป่วยโควิด-19 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.1 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (HT) ร้อยละ 26.6 โรคเบาหวาน (DM) ร้อยละ 18.6 โรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ร้อยละ 8.2 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/หอบหืด (COPD/Asthma) ร้อยละ 4.3 เป็นต้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 โรคประจำตัวของผู้ป่วยโควิด-19

โรคประจำตัว	1.กลุ่มสีเขียว (n=110)	2.กลุ่มสีเหลือง (n=110)	3.กลุ่มสีแดง (n=110)	4.กลุ่มเสียชีวิต (n=110)	รวม (n=440)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. ไม่มีโรคประจำตัว	110(100.0)	72(65.5)	34(30.9)	43(39.1)	259(58.9)
2. มีโรคประจำตัว	-	38(34.5)	76(69.1)	67(60.9)	181(41.1)
- HT	-	26(23.6)	50(45.5)	41(37.3)	117(26.6)
- DM	-	16(14.5)	34(30.9)	32(29.1)	82(18.6)
- DM/HT	-	6(5.5)	19(17.3)	22(20.0)	47(10.7)

ตารางที่ 3 (ต่อ) โรคประจำตัวของผู้ป่วยโควิด-19

โรคประจำตัว	1.กลุ่มสีเขียว (n=110)	2.กลุ่มสีเหลือง (n=110)	3.กลุ่มสีแดง (n=110)	4.กลุ่มเสียชีวิต (n=110)	รวม (n=440)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
- CKD	-	-	18(16.4)	18(16.4)	36(8.2)
- HT/CKD	-	-	11(10.0)	10(9.1)	21(4.8)
- COPD/Asthma	-	4(3.6)	7(6.4)	8(7.3)	19(4.3)
- DM/CKD	-	-	5(4.5)	8(7.3)	13(3.0)
- DM/HT/CKD	-	-	4(3.6)	8(7.3)	12(2.7)
- STROKE	-	1(0.9)	3(2.7)	7(6.4)	11(2.5)
- โรคหัวใจ	-	1(0.9)	4(3.6)	6(5.5)	11(2.5)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ของการได้รับวัคซีน และความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการได้รับวัคซีนโควิด-19(ก่อนการเจ็บป่วยมากกว่า 14 วันขึ้นไป) และความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของการได้รับวัคซีนโควิด-19 และความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19

การได้รับวัคซีน โควิด-19	1.กลุ่มสีเขียว (n=110)	2.กลุ่มสีเหลือง (n=110)	3.กลุ่มสีแดง (n=110)	4.กลุ่มเสียชีวิต (n=110)	Chi-square p-value
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
ไม่ได้รับวัคซีน	21(19.1)	25(22.7)	52(47.3)	85(77.3)	
ได้รับวัคซีน 1-2 เข็ม	67(60.9)	66(60.0)	56(50.9)	24(21.8)	<0.001
ได้รับวัคซีน 3-4 เข็ม	22(20.0)	19(17.3)	2(1.8)	1(0.9)	

นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มอายุ(ต่ำกว่า 60 ปี และ 60 ปีขึ้นไป) และประวัติการมีโรคประจำตัวด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของกลุ่มอายุ,โรคประจำตัว และความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19

กลุ่มอายุและ โรคประจำตัว	1.กลุ่มสีเขียว (n=110)	2.กลุ่มสีเหลือง (n=110)	3.กลุ่มสีแดง (n=110)	4.กลุ่มเสียชีวิต (n=110)	Chi-square p-value
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
กลุ่มอายุ					
< 60 ปี	110(100.0)	74(67.3)	56(50.9)	43(39.1)	<0.001
60 ปีขึ้นไป	0	36(32.7)	54(49.1)	67(60.9)	
โรคประจำตัว(โรคเรื้อรัง)					
มีโรคประจำตัว	0	38(34.5)	82(74.5)	66(60.0)	<0.001
ไม่มีโรคประจำตัว	110(100.0)	72(65.5)	28(25.5)	44(40.0)	

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 (ร้อยละ 77.3) ได้รับวัคซีน 1-2 เข็ม ร้อยละ 21.8 ได้รับวัคซีนครบ 3 เข็มร้อยละ 0.9 ผู้ป่วยโควิด-19 กลุ่มสีแดงซึ่งมีอาการรุนแรง ไม่ได้ได้รับวัคซีนร้อยละ 47.3 ได้รับวัคซีน 1-2 เข็มร้อยละ 50.9 ได้รับวัคซีนครบ 3 เข็ม ร้อยละ 1.8 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่อาการไม่รุนแรง (กลุ่มสีเหลืองและสีเขียว) ไม่ได้ได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 22.7 และ 19.1 ได้รับวัคซีน 1-2 เข็ม ร้อยละ 60.0 และ 60.9 ได้รับวัคซีนครบ 3 เข็ม ร้อยละ 17.3 และ 20.0 ตามลำดับ ซึ่งการได้รับวัคซีนโควิด-19 และความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และยังพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่เสียชีวิตและกลุ่มที่มีอาการรุนแรง(กลุ่มสีแดง)เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัว ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีน และได้รับวัคซีนไม่ครบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และกรรณิการ์ อินตะวงศ์⁽⁸⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2564 ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งสายพันธุ์เดลต้าเป็นสายพันธุ์หลักที่มีการระบาดในช่วงเวลาดังกล่าว มีผู้ป่วยโควิดที่รายงานอย่างเป็นทางการ จำนวน 19,235 ราย เสียชีวิต 154 ราย (ร้อยละ 0.8) โดยส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี มักมีโรคประจำตัวร่วมอยู่ด้วย และเป็นผู้ที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนสูงถึงร้อยละ 80 ในผู้ป่วยที่เสียชีวิต ก่อนนั้นได้รับวัคซีน 1 เข็ม ร้อยละ 12 ได้รับวัคซีน 2 เข็ม ร้อยละ 8 และไม่พบผู้เสียชีวิตที่ได้รับวัคซีนครบ 3 เข็ม เมื่อวิเคราะห์หาประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโควิด ในกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 เปรียบเทียบกับกลุ่มสัมผัสที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป และเป็นคนไทย ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2564 ผู้ที่ได้รับวัคซีน 2 เข็ม มากกว่า 14 วันขึ้นไป สามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อได้ประมาณร้อยละ 71 ในวัคซีนเกือบทุกสูตร ส่วนวัคซีน 3 เข็ม ป้องกันการติดเชื้อได้สูงประมาณร้อยละ 93

ในวัคซีนทุกสูตรรวมถึงวัคซีนสูตรไขว้ และที่สำคัญคือช่วยป้องกันการเสียชีวิตได้มากกว่าร้อยละ 97 ในผู้ที่ได้รับวัคซีน 2 เข็ม และร้อยละ 99 ในผู้รับวัคซีน 3 เข็ม และสอดคล้องกับการศึกษาของชินทร โหมดขัง⁽⁹⁾ ที่ศึกษาวิจัยการฉีดวัคซีนโควิด-19 ต่อการรักษาชีวิตของคนในประเทศไทยพบว่า หลังจากทั่วโลกฉีดวัคซีนโควิด-19 ช่วงเวลา 1 ปีช่วง 8 ธ.ค.2563-8 ธ.ค. 2564 ใน 1,854 ประเทศ พบว่า ช่วยรักษาชีวิตคนได้ประมาณ 20 ล้านคนทั่วโลก ส่วนเฉพาะประเทศไทย การฉีดวัคซีนทุกชนิดในช่วง 28 ก.พ.-8 ธ.ค.2564 ช่วยรักษาชีวิตคนไทยไว้ได้ 382,600 คนและสอดคล้องกับการศึกษาของ Haas et al.⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโควิด-19 และการเจ็บป่วยโควิด-19 ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิต หลังจากรณีการณรงค์วัคซีนทั่วประเทศ ในประเทศอิสราเอล พบว่า วัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 และอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง ซึ่งความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนจะช่วยควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Soiza et al.⁽¹¹⁾ ภาสกร ศรีทิพย์สุโข และคณะ⁽¹²⁾ และ ยศ ตีระวัฒนานนท์ และคณะ⁽¹³⁾

การที่ผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไปไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 อาจเนื่องมาจากบางส่วนมีความวิตกกังวลกลัวจะเกิดอาการข้างเคียงภายหลังการฉีดวัคซีน ซึ่งการศึกษาของพีรวัดน์ ตระกูลทวิสุข⁽¹⁴⁾ ที่ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 และข้อกังวลในบุคลากรทางการแพทย์พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ก็มีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงเป็นส่วนใหญ่ และการศึกษาของ ชนิษฐา ชื่นใจ และบุญภา ปันพชรอำพร⁽¹⁵⁾ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัสของประชากรในกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และด้านความคาดหวังในประสิทธิผล ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และจากการศึกษาของ ไมลา อัสสระสงคราม⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 กับการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ พบว่า แรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ต้องเริ่มจาก การสร้างการรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองร่วมกับการให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง โดยการชักนำจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อจำกัด

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาลชัยภูมิ ซึ่งข้อมูลบางส่วนอาจไม่ครบถ้วน เช่น ประวัติด้านการมีโรคประจำตัว เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเร่งรณรงค์ให้ประชาชนได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 กระตุ้นเข็มที่ 3 ให้ครอบคลุมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว (กลุ่ม 608) เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่รุนแรงและการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19
2. ควรส่งเสริมปัจจัยเชิงบวกและให้ความรู้เพื่อลดปัจจัยเชิงลบในการให้บริการวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ
3. ควรรณรงค์ให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการ New Normal อย่างต่อเนื่อง เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 รวมทั้งโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้วัคซีนโควิด-19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มี.ค. 15]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/11/1628849610213.pdf>
2. ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19. รายงานสถานการณ์โควิด-19 ประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 16 เมษายน 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 16]. เข้าถึงได้จาก <https://www.facebook.com/informationcovid19/>
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ข่าวเพื่อสื่อมวลชน : กรมการแพทย์ห่วงใยประชาชนเหตุตัวเลขผู้ป่วยโควิด-19 พุ่งสูงขึ้นแนะกลุ่มเสี่ยงหากพบเชื้อโควิด 19 รีบติดต่อสถานพยาบาลทันที [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 16]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dms.go.th/Content/Select_Content_Grid_PDF?contentCategoryId=21
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. สถานการณ์โควิด-19 จังหวัดชัยภูมิ 16 เมษายน 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 16]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/ssjchaiyaphum/>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. ผลการให้บริการฉีดวัคซีนCOVID-19 จังหวัดชัยภูมิ 5 เมษายน 2564 ถึง 16 เมษายน 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 16]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/ssjchaiyaphum/>
6. นิคม ถนอมเสียง. การคำนวณขนาดตัวอย่าง Sample Size Determination [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 16]. เข้าถึงได้จาก https://home.kku.ac.th/nikom/516201_sample_size_nk2561.pdf
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ป่วยโควิดตอนนี้คุณอยู่ระดับไหน . [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 16]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sikarin.com/health/>

8. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, กรรณิการ์ อินตะวงศ์. ประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในจังหวัดเชียงใหม่. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ส.ค. 1]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.cmu.ac.th/th/article/b267fbf4-7f6c-4133-8950-eb623475667c>
9. ชรินทร์ โหมตขัง. การฉีดวัคซีนโควิด-19 ต่อการรักษาชีวิตของคนในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ส.ค. 1]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.hfocus.org/content/2022/07/25533>
10. Haas EJ, Angulo FJ, McLaughlin JM, et al. Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalisations, and deaths following a nationwide vaccination campaign in Israel: an observational study using national surveillance data [published correction appears in Lancet. 2021 Jul 17;398(10296):212]. Lancet. 2021;397(10287):1819-1829. doi:10.1016/S0140-6736(21)00947-8
11. Soiza RL, Scicluna C, Thomson EC. Efficacy and safety of COVID-19 vaccines in older people. Age Ageing. 2021;50(2):279-283. doi:10.1093/ageing/afaa274
12. ภาสกร ศรีทิพย์สุโข และคณะ. ประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย: การศึกษาในสถานการณ์จริง (ปีที่ 1) . [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ส.ค. 1]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/13720>
13. ยศ ตีระพัฒนานนท์ และคณะ. โครงการประเมินผลกระทบและความคุ้มค่าของวัคซีนโควิดที่พึงประสงค์เพื่อใช้ในการพัฒนาและคัดเลือกวัคซีนสำหรับใช้ในประเทศไทย . [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ส.ค. 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/13218>
14. พีรวัฒน์ ตระกูลทวีสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 และข้อกังวลในบุคลากรทางการแพทย์ . [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ส.ค. 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/253883>
15. ขนิษฐา ชื่นใจ, บุญกา ปันทุรอำพร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (Covid-19) ของประชากรในกรุงเทพมหานคร . [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ส.ค. 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin-9/6214154037.pdf>
16. ไมลา อิศสระสงคราม. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 กับการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ส.ค. 1]. เข้าถึงได้จาก:
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/odpc10ubon/article/view/254683/173898>

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ปี พ.ศ. 2564

ปิติคุณ เสตะปุระ, พ.บ., ส.ม.*^a, ณัฐธฤต ไชยสงคราม, พ.บ., ส.ม.**

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก ซึ่งขณะนี้ประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยคาดว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง และใช้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค่าความชุก พรรณนาลักษณะและการกระจายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมถึงระบุปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบความถี่ ร้อยละ และระบุปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและเข้ารับการรักษามีจำนวน 9,089 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 0.08 อัตราป่วยสูงสุดในภาคเหนือคิดเป็น 133.7 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนผู้ป่วยชายต่อหญิงเท่ากับ 1 ต่อ 3.1 ผู้ป่วยร้อยละ 76.4 อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น อายุเฉลี่ย 70.01 ± 7.28 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 66.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยร้อยละ 31.4 มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ 60-74 ปี (AOR=1.27, 95%CI 1.06-1.53) และดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (AOR=1.26, 95%CI 1.06-1.49) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยบุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้ก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะสุขภาพจิต และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุตอนต้นและผู้ที่มีโรคอ้วนควรได้รับการประเมินและส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้รับการรักษาโดยเร็วและต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า; ผู้สูงอายุ; ความชุก; ปัจจัยเสี่ยง

* นายแพทย์ชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

** นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง

^a Corresponding author : ปิติคุณ เสตะปุระ Email : do_expert@hotmail.com

รับบทความ: 20 ต.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 31 ต.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 1 พ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 23 พ.ย. 65

Prevalence and Associated Factors of Depressive Disorder among the Elderly in Thailand, 2021

Pitikhun Setapura, MD, MPH^{*a}, Nuttakoon Chaisongkram, MD, MPH^{**}

Abstract

The elderly people around the world frequently suffer from depressive disorder. The global population is rapidly shifting toward elderly. By 2021, Thailand is anticipated to become a complete aged society. This descriptive cross-sectional study used data from Thailand's Health Data Center (HDC) and aimed to calculate the prevalence, describe the characteristics and distribution of depressive disorder, and identify associated factors of the level of depressive disorder among the elderly in Thailand in 2021. The data were analyzed using descriptive statistics. The logistic regression was performed to identify the factors associated with level of depressive disorder. A total 9,089 Thai patient records of depressive disorder aged ≥ 60 years in 2021 were obtained. The prevalence of depressive disorder was 0.08%. According to the distribution, the highest morbidity rate was found in the northern region (133.7 per 100,000 population). The ratio of males to females who had depressive disorder was 1 to 3.1. The mean age of cases was 70.01 ± 7.28 years old. Characteristics of elderly with depressive disorder included that 76.4% were younger elderly, 66.6% graduated from a primary educational level, 31.4% had body mass index (BMI) of ≥ 25 kg/m². For multivariable analysis, the variables that had a statistically significant associations with level of depressive disorder were age 60-74 years old (AOR=1.27, 95%CI 1.06-1.53) and BMI ≥ 25 kg/m² (AOR=1.26, 95%CI 1.06-1.49). The findings suggested that health care worker should promote the aging and pre-aging people for early detection and mental health literacy should be strengthened. Early and continuous treatment of depressive disorder by the experts for the younger elderly and those with obesity must be emphasized.

Keywords: Depressive disorder; Elderly; Prevalence; Risk factors

* Medical Physician, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

** Medical Physician, Professional Level, Maetha Hospital, Lampang Province

Corresponding author : Pitikhun Setapura E-mail : do_expert@hotmail.com

Received: Oct. 20, 22; Revised: Oct. 31, 22; Accepted: Nov. 1, 22; Published Online: Nov. 23, 22

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก ซึ่งพบมากกว่า 264 ล้านคน แต่อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าไม่ใช่ภาวะปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายของทุกคน⁽¹⁾ พบว่าอัตราส่วนของประชากรที่มีภาวะซึมเศร้าของทั่วโลกมีค่าร้อยละ 4.4 โดยครึ่งหนึ่งอยู่ในแปซิฟิกตะวันตก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽¹⁾ นอกจากนี้พบว่าความชุกพบสูงที่สุดในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ⁽¹⁾

ประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2558–2593 ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 นำไปสู่ปัญหาของโรคทางสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้⁽²⁾ โรคทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อประมาณร้อยละ 7 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด⁽²⁾ จากสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทยพบว่า ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด⁽³⁾ คาดว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ภายในปี พ.ศ. 2564 เมื่อผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20⁽⁴⁾

จากสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในประเทศไทย ซึ่งรวบรวมโดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในระหว่างปี พ.ศ. 2556 พบผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.75 พ.ศ. 2557 คิดเป็นร้อยละ 2.05 พ.ศ. 2558 คิดเป็นร้อยละ 2.28 พ.ศ. 2559 คิดเป็นร้อยละ 2.60 พ.ศ. 2560 คิดเป็นร้อยละ 2.96 พ.ศ. 2561 คิดเป็นร้อยละ 3.42 และ พ.ศ. 2562 คิดเป็นร้อยละ 3.49 แนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องมีชีวิตโดยลำพังมีแนวโน้มสูงขึ้น⁽⁵⁾

ภาวะซึมเศร้าสามารถจำแนกเป็น 4 ระดับตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 ได้แก่ ภาวะซึมเศร้ารุนแรงน้อย ภาวะซึมเศร้ารุนแรงปานกลาง ภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากที่ไม่มีอาการทางจิต ภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากที่มีอาการทางจิต จำแนกเป็นรหัส F32.0, F32.1, F32.2 และ F32.3 ตามลำดับ อาการทางจิต ได้แก่ อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด และอาการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตโดยอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์⁽⁶⁾ จากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ได้จำแนกกลุ่มของภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าแบบอื่นและภาวะซึมเศร้าไม่ระบุรายละเอียด จำแนกเป็นรหัส F32.8, F32.9 ตามลำดับ

จากงานวิจัยและข้อมูลในประเทศไทยพบว่ามีความหลากหลายของความชุกและลักษณะทางระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า⁽⁷⁻⁹⁾ โดยคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) เป็นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่สำคัญที่สุดในประเทศไทย ซึ่งฐานข้อมูลนี้จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2555 และข้อมูลเสร็จสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2557

ปัจจุบันมีโรงพยาบาลในประเทศไทยเข้าร่วมจำนวน 1,454 แห่ง⁽¹⁰⁾ จึงเหมาะสมในการใช้เป็นฐานข้อมูลเพื่อทราบสถานการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564
2. เพื่อศึกษาลักษณะและการกระจายของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย : การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรที่ทำการศึกษา : บุคคลสัญชาติไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปซึ่งได้เข้ารับการรักษานในสถานพยาบาลที่รายงานข้อมูลเข้าคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) และได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า (ICD-10; F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2564

การเก็บรวบรวมข้อมูล : ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยดึงข้อมูลจากแฟ้ม PERSON, ADDRESS, DIAGNOSIS_OPD และ NCD_SCREEN ในตัวแปรเพศ วันเกิด สัญชาติ สถานภาพสมรส การศึกษา จังหวัด วันที่วินิจฉัย รหัสการวินิจฉัย (ICD-10; F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9) น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแต่ละตัวแปร

การวิเคราะห์ข้อมูล : ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA version 17.0 โดยใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคำนวณความชุกและการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน เพื่อระบุปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญที่น้อยกว่า 0.05

การรับรองจริยธรรมการวิจัย :

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัยเลขที่ 571/2565 วันที่รับรอง 8 กันยายน พ.ศ. 2565 และข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ โดยวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าตามรหัสการวินิจฉัยในระบบคลังข้อมูลสุขภาพปี พ.ศ. 2564 จำนวน 19,315 ราย เมื่อคัดแยกผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลตัวแปรอายุจำนวน 55 ราย ผู้ป่วยที่ไม่ได้มีสัญชาติไทยจำนวน 130 ราย และผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี จำนวน 10,041 ราย คงเหลือประชากรที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 9,089 ราย คิดเป็นความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยรวมร้อยละ 0.08 จำแนกเป็นเพศชายจำนวน 2,236 ราย (ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศชายร้อยละ 0.04) และเพศหญิงจำนวน 6,853 ราย (ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงร้อยละ 0.10) อัตราส่วนผู้ป่วยเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1 ต่อ 3.1

ลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 76.4 มีอายุระหว่าง 60-74 ปี อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 70.01 (± 7.28) ปี ผู้ป่วยร้อยละ 83.9 มีสถานภาพคือสมรส ผู้ป่วยร้อยละ 66.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยร้อยละ 5.9 ให้ประวัติสูบบุหรี่ ผู้ป่วยร้อยละ 6.2 ให้ประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผู้ป่วยร้อยละ 38.8 มีค่าดัชนีมวลกายในระดับปกติ ($BMI=18.5-22.9 \text{ kg/m}^2$) รองลงมาร้อยละ 31.4 มีค่าดัชนีมวลกายเป็นโรคอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ตามลำดับ (ตารางที่ 1) และเมื่อจำแนกตามลักษณะของภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 34.1 ได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าที่ไม่ระบุรายละเอียด (Depressive episode, unspecified) รองลงมาร้อยละ 33.8 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depressive disorder) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย พ.ศ. 2564

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (N=9,089)		
60-74	6,948	76.4
75 ขึ้นไป	2,141	23.6
Min=60, Max=97, Mean $\pm$ SD:70.01 $\pm$ 7.28		
เพศ (N=9,089)		
ชาย	2,236	24.6
หญิง	6,853	75.4
สถานภาพ (N=8,619)		
สมรส	7,234	83.9
โสด	676	7.8
หม้าย	575	6.7
หย่าร้าง	134	1.6

ตารางที่ 1 (ต่อ) ลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย พ.ศ. 2564

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา (N=6,203)		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	973	15.7
ประถมศึกษา	4,129	66.6
มัธยมศึกษา	742	12.0
ปวส.	146	2.3
ปริญญาตรี	167	2.7
สูงกว่าปริญญาตรี	46	0.7
ดัชนีมวลกาย (kg/m²) (N=8,969)		
< 18.5	849	9.5
18.5-22.9	3,477	38.8
23.0-24.9	1,825	20.3
≥ 25	2,818	31.4
(Min=14.00, Max=47.03, Mean ± SD: 23.54±4.16)		
การสูบบุหรี่ (N=7,729)		
ไม่สูบบุหรี่	7,275	94.1
สูบบุหรี่	454	5.9
การแอลกอฮอล์ (N=7,646)		
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	7,168	93.8
ดื่มแอลกอฮอล์	478	6.2

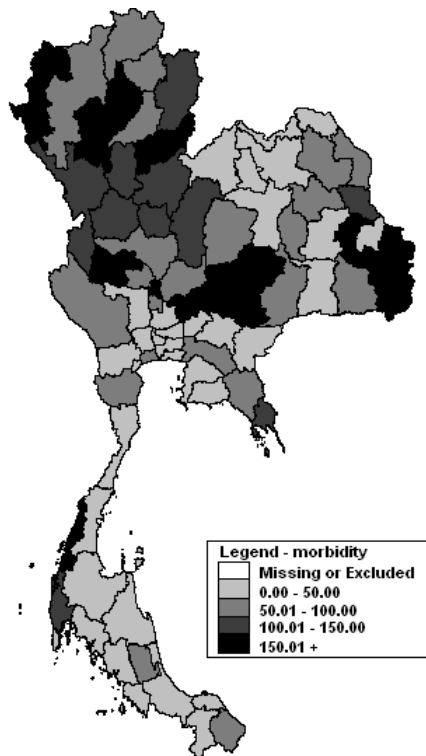
ตารางที่ 2 ลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามการวินิจฉัยและความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2564

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าทั้งหมด	9,089 (100.0)
1. Mild depressive disorder (F32.0)	3,072 (33.8)
2. Moderate depressive disorder (F32.1)	1,243 (13.7)
3. Severe depressive disorder without psychotic symptoms (F32.2)	1,244 (13.7)
4. Severe depressive disorder with psychotic symptoms (F32.3)	238 (2.6)
5. Other depressive disorder (F32.8)	194 (2.1)
6. Depressive episode, unspecified (F32.9)	3,098 (34.1)
จำนวนประชากรกลางปี พ.ศ. 2564 ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	11,852,514
ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564	0.08%

การกระจายของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าตามภูมิภาคจากมากไปน้อยพบว่าภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุดที่ 133.7 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วย 93.9 ต่อประชากรแสนคน ภาคกลางมีอัตราป่วย 38.8 ต่อประชากรแสนคนและภาคใต้มีอัตราป่วย 38.3 ต่อประชากรแสนคน การกระจายตัวของผู้ป่วยรายจังหวัด พบว่าจังหวัดที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ นครราชสีมา (951 ราย) อุบลราชธานี (862 ราย) ลำพูน (624 ราย) เชียงใหม่ (331 ราย) และลำปาง (318 ราย) เมื่อคิดเป็นอัตราป่วยพบว่าจังหวัดที่มีอัตราป่วยของภาวะซึมเศร้าในประชากรสูงอายุสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ลำพูน (อัตราป่วย 632.5 ต่อประชากรแสนคน) อุบลราชธานี (อัตราป่วย 292.3 ต่อประชากรแสนคน) อุดรธานี (อัตราป่วย 217.7 ต่อประชากรแสนคน) นครราชสีมา (อัตราป่วย 196.8 ต่อประชากรแสนคน) และอุทัยธานี (187.3 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ (รูปที่ 1)

เมื่อจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศรหาระดับเล็กน้อยจำนวน 3,072 ราย (ร้อยละ 53.0) และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศรหาระดับปานกลางและรุนแรงจำนวน 2,725 ราย (ร้อยละ 47.0) และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยในการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศรหาระดับปานกลางและรุนแรงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีภาวะซึมเศรหาระดับเล็กน้อย ได้แก่ อายุ 60-74 ปี (COR=1.15, 95%CI 1.02-1.30) การสูบบุหรี่ (COR=1.46, 95%CI 1.13-1.89) มีดัชนีมวลกายระหว่าง 23.0-24.9 kg/m² (COR= 0.84, 95%CI 0.73-0.97) และดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 kg/m² (COR=1.28, 95%CI 1.13-1.45) (ตารางที่ 3) และเมื่อวิเคราะห์พหุตัวแปรพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศรหาระดับปานกลาง

ถึงรุนแรงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีภาวะซีมเศร้าระดับเล็กน้อย ได้แก่ อายุ 60-74 ปี (AOR=1.27, 95%CI 1.06-1.53) และดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 kg/m² (AOR=1.26, 95%CI 1.06-1.49) (ตารางที่ 4)



รูปที่ 1 อัตราป่วยของภาวะซีมเศร้ของผู้สูงอายุในประเทศไทย รายจังหวัด พ.ศ. 2564

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวในปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นภาวะซีมเศร้ระดับปานกลาง และรุนแรงเทียบกับการป่วยเป็นภาวะซีมเศร้ระดับเล็กน้อยในผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564

ปัจจัย	ผู้สูงอายุที่ภาวะซีมเศร้ระดับเล็กน้อย		ผู้สูงอายุที่มีภาวะซีมเศร้ระดับปานกลางและรุนแรง		COR (95%CI)	p-value
	n	%	n	%		
อายุ (ปี)						
60-74	2,338	40.3	2,141	36.9	1.15 (1.02-1.30)	0.026 [†]
75 ขึ้นไป	734	12.7	584	10.1	Ref.	
เพศ						
ชาย	759	13.1	669	11.5	Ref.	0.890
หญิง	2,313	39.9	2,056	35.5	1.01 (0.89-1.14)	

ตารางที่ 3 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวในปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และรุนแรงเทียบกับการป่วยเป็นภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยในผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564

ปัจจัย	ผู้สูงอายุที่ภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อย		ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลางและรุนแรง		COR (95%CI)	p-value
	n	%	n	%		
สถานภาพสมรส						
คู่	2,528	46.1	2,091	38.1	Ref.	
โสด/หม้าย/ หย่า	444	8.1	424	7.7	1.15 (1.00-1.33)	0.052
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน หนังสือ	309	8.1	293	7.6	Ref.	
ประถมศึกษา	1,543	40.3	1,457	38.0	0.99 (0.84-1.19)	0.963
/มัธยมศึกษา						
สูงกว่า มัธยมศึกษา	113	3.0	115	3.0	1.07 (0.79-1.46)	0.649
การสูบบุหรี่						
ไม่สูบ	2,367	49.1	2,208	45.7	Ref.	
สูบ	107	2.2	146	3.0	1.46 (1.13-1.89)	0.004 [†]
การดื่ม						
แอลกอฮอล์						
ไม่ดื่ม	2,340	49.2	2,138	45.0	Ref.	
ดื่ม	137	2.9	137	2.9	1.09 (0.86-1.40)	0.468
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)						
18.5-22.9	1,182	22.8	1,000	19.3	Ref.	
23.0-24.9	706	13.6	500	9.6	0.84 (0.73-0.97)	0.014 [†]
≥ 25	870	16.8	921	18.8	1.28 (1.13-1.45)	<0.001 [†]

COR=Crude odds ratio, Ref=Reference (กลุ่มอ้างอิง), [†]มีนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์พหุตัวแปรเปรียบเทียบแต่ละปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรงเทียบกับการป่วยเป็นภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยในผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564

ตัวแปร	ปัจจัยเปรียบเทียบ	Adjusted		
		Odds Ratio (AOR)	95% CI	p-value
อายุ	60-74 ปี	1.27	1.06-1.53	0.011+
	75 ปี ขึ้นไป	Ref.		
เพศ	ชาย	Ref.		
	หญิง	0.90	0.75-1.07	0.235
สถานภาพสมรส	โสด/หม้าย/หย่าร้าง	1.03	0.84-1.27	0.762
	สมรส	Ref.		
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	Ref.		
	ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา	1.01	0.82-1.24	0.950
การสูบบุหรี่	สูงกว่ามัธยมศึกษา	1.07	0.75-1.53	0.705
	ไม่สูบบุหรี่	Ref.		
การดื่มแอลกอฮอล์	สูบบุหรี่	1.34	0.90-2.00	0.156
	ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	Ref.		
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	ดื่มแอลกอฮอล์	0.81	0.56-1.18	0.278
	18.5-22.9	Ref.		
	23.0-24.9	0.93	0.77-1.13	0.479
	≥ 25.0	1.26	1.06-1.49	0.009+

Ref=Reference (กลุ่มอ้างอิง), +มีนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยของการศึกษานี้ซึ่งใช้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพพบว่ามีความต่ำกว่าหลายการศึกษาซึ่งประมาณค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีค่าตั้งแต่ร้อยละ 3.7 ถึงร้อยละ 45.0 ซึ่งเป็นช่วงที่ค่อนข้างกว้าง ทั้งนี้ขึ้นกับความแตกต่างของประชากร สถานที่ศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า รวมถึงนิยามของภาวะซึมเศร้า บางการศึกษาซึ่งทำในประชากรเฉพาะกลุ่ม เช่น การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง⁽¹¹⁾ พบค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36.9 และการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽¹²⁾

พบค่าความชุกร้อยละ 20.0 เป็นต้น สำหรับการศึกษาศึกษาซึ่งศึกษาในประชากรในบริบทของชุมชนชนบท เช่น การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนภาคเหนือ⁽¹³⁾ พบว่าความชุกร้อยละ 6.5 เป็นต้น ในขณะที่การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในต่างประเทศ เช่น การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในประเทศสิงคโปร์⁽¹⁴⁾ โดยใช้การประเมิน Geriatric Mental State (GMS) พบค่าความชุกร้อยละ 3.7 และการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศเอธิโอเปีย⁽¹⁵⁾ โดยใช้การประเมิน Geriatric Depression Scale (GDS) พบค่าความชุกร้อยละ 45.0 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในสถานการณ์เฉพาะ เช่น ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศฮ่องกง⁽¹⁶⁾ พบความชุกร้อยละ 43.9 เป็นต้น

ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศชายต่ำกว่าเพศหญิง และอัตราส่วนของผู้ป่วยเพศชายต่ำกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับผลการศึกษา⁽¹⁷⁾ ที่ว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในเพศชายที่ต่ำกว่านั้น เนื่องจากความเป็นเพศชายมักไม่ค่อยแสวงหาการรักษาเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า และกระบวนการหล่อหลอมและการเรียนรู้ค่านิยมทางเพศ พบว่าเพศชายได้รับอิทธิพลของวัฒนธรรมทางสังคมที่ส่งผลทำให้มีความจำกัดด้านการแสดงออก กล่าวคือ เพศชายมักไม่แสดงออกถึงความอ่อนแอ การไม่ร้องไห้ให้คนอื่นเห็น และการควบคุมอารมณ์ของความเป็นผู้นำ ดังนั้น เพศชายจะรู้สึกว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องที่น่าอาย อ่อนแอ และทำให้เพศชายจะขอความช่วยเหลือหรือเข้ารับการรักษาที่น้อยกว่าเพศหญิง⁽¹⁸⁾ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในเพศชายต่ำกว่าเพศหญิง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้านั้นสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งไม่พบความแตกต่างของอาการของโรคและความรุนแรงในแต่ละเพศ ในกรณีที่เป็นภาวะซึมเศร้าที่ไม่มีอาการของไบโโพลาร์ร่วมด้วย⁽¹⁹⁾

การกระจายตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งพบอัตราป่วยสูงในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลจากปัจจัยในเรื่องความเพียงพอของรายได้ โดยผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยด้านรายได้และความเพียงพอของรายได้มีผลต่อภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน⁽²⁰⁾ พบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุคลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่⁽²¹⁾ พบว่าปัจจัยการรับรู้ความเพียงพอของรายได้และรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2564 ทว่าราชอาณาจักร⁽²²⁾ ซึ่งพบว่าประชาชนในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายต่อรายได้ที่สูงกว่าภาคอื่น ส่งผลให้การเก็บเงินอมน้อยกว่าภาคอื่น รวมถึงมีหนี้สินในครัวเรือนที่สูงกว่าภาคอื่น ในขณะที่ภาคใต้ซึ่งมีอัตราป่วยของภาวะซึมเศร่าต่ำ พบว่ามีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายต่อรายได้ต่ำสุด ซึ่งทำให้มีเงินเก็บออมและชำระหนี้ได้สูง

เมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่น ซึ่งจากปัจจัยในเรื่องความเพียงพอของรายได้ที่แตกต่างกันนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของอัตราป่วยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่แตกต่างกันในแต่ละภาคด้วย

ผลการศึกษาพบว่าวัยผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-74 ปี) มีอัตราส่วนของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงสูงกว่าวัยผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 75 ปีขึ้นไป) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความแตกต่างจากผลการศึกษาลักษณะของอาการซึมเศร้าในประเทศจามาอิก้า⁽²³⁾ ที่พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเสื่อมถอยตามวัยที่สูงขึ้นส่งผลให้มีโรคทางกายมากขึ้น และมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงของสมองที่ส่งผลต่อการเกิดสมองเสื่อม (Fronto-Temporal Dementia, PTD/Pick's Disease) ของผู้สูงอายุที่นำไปสู่ความผิดปกติทางจิตใจที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าตามมา⁽²⁴⁾ อย่างไรก็ตามในบริบทของประเทศไทยมีการศึกษาซึ่งพบว่าการรับรู้นิยามและสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในมุมมองด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยในช่วงบั้นปลายของชีวิตพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเข้าใจสัจธรรมของชีวิต และการเตรียมจิตใจสำหรับเผชิญการเสียชีวิตอย่างมีสติ โดยผู้สูงอายุมีการตระหนักรู้เกี่ยวกับสมมูลของการมีชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพตามความเป็นจริง ทำให้เกิดความสงบและเกิดอาการของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงน้อยกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้สูงอายุตอนปลายมีการปรับตัวสำหรับการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมาาระดับหนึ่งแล้วทำให้เมื่อเผชิญกับภาวะซึมเศร้าจึงมีอาการรุนแรงน้อยกว่า⁽²⁵⁾

ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 kg/m^2 มีอัตราส่วนของระดับอาการปานกลางถึงรุนแรงที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่าภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการอ้วนลงพุง⁽²⁶⁾ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกายที่ผิดปกติจนเกิดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ และภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน⁽²⁷⁾ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้อาการของภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมให้ญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุรวมถึงผู้ที่อายุ 50-59 ปีซึ่งเป็นวัยที่ควรเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ได้รับคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นโดยใช้แบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) หากพบความผิดปกติควรเข้ารับคำปรึกษาและคัดกรองซ้ำโดยบุคลากรสาธารณสุขโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ9) เพื่อสามารถตรวจพบภาวะซึมเศร้าและได้รับการรักษาโดยเร็ว และในวัยผู้สูงอายุตอนต้น รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนและมีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงควรได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม การประเมินสุขภาพ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มีแผนการรักษาเฉพาะราย (Care plan) และได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาผู้เชี่ยวชาญ/นักโภชนาการตามความเหมาะสม รวมถึงให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ

2. กรมอนามัย โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุควรเร่งรัดการเผยแพร่การใช้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุให้กว้างขวางเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและใช้ติดตามภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้สำนักส่งเสริมสุขภาพควรสนับสนุนนโยบายส่งเสริมสุขภาพ การสร้าง

ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ที่มีอายุ 50-59 ปีเพื่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุและสามารถเข้าสู่วัยผู้สูงอายุได้โดยมีสุขภาวะที่ดี

3. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่อรายได้ที่สูงกว่าภาคอื่น และมีอัตราป่วยของภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่าภาคอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. 2017 [cited 2022 Jul 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.
2. World Health Organization. Mental Health of Older Adults. 2017 [cited 2022 Jul 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
3. Ministry of Interior (Thailand). Department of Provincial Administration. Statistics of the Thai Elderly. 2019 [cited 2022 Jul 20]. Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>.
4. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. 2017 [cited 2022 Jul 20]. Available from: https://population.un.org/wpp/publications/files/wpp2017_keyfindings.pdf.
5. Prasimahabodi Psychiatric Hospital. Report of patients with depressive disorder who access the medical service. Ubon Ratchathani: Prasimahabodi Psychiatric Hospital; 2021 [cited 2022 Sep 7]. Available from: https://thaidepression.com/www/report/main_report/.
6. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). 2019 [cited 2022 Jul]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F30-F39>.
7. Lampu K. Mental health status, including depression and quality of life among members of an elderly club in suburban Bangkok. J Med Assoc Thai. 2012;95 (Suppl 1):S92-S101.

8. Thongtang O, Sukhatunga K, Ngamthipwatthana T, Chulakadabba S, Vuthiganond S, Pooviboonsuk P, et al. Prevalence and incidence of depression in the Thai elderly. *J Med Assoc Thai.* 2002;85(5):540-4.
9. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Lerttrakarnnon P, Jiraniramai S, Sirirak T, Assanangkornchai S, et al. Prevalence, clinical and psychosocial variables of depression, anxiety and suicidality in geriatric tertiary care settings. *Asian J Psychiatr.* 2019;41:38-44.
10. Ministry of Public Health (Thailand). Strategy and Planning Division of Office of the Permanent Secretary of Ministry of Public Health. Number of hospitals in Thailand. 2016 [cited 2022 Jul 20]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
11. Bunloet A. Prevalence and Factors Associated with Depression among the Elderly Community Residents with Chronic Diseases in Samlian Urban Primary Care Unit, Khon Kaen. *Srinagarind Med J.* 2016;31(1):25-33.
12. Sararak M, Chuntuang C, Chutakulkit S. Factors Related to Depression Among Elderly in Non-Communicable Disease Patients Receiving Services at Phoyai Sub-district Health Promoting Hospital, Warin Chamrap District, Ubon Ratchattani Province. In: Ubon Ratchattani University, editor. Uon Ratchattani2022. p. 241-51.
13. Aung TNN, Moolphate S, Koyanagi Y, Angkurawaranon C, Supakankunti S, Yuasa M, et al. Depression and Associated Factors among Community-Dwelling Thai Older Adults in Northern Thailand: The Relationship between History of Fall and Geriatric Depression. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(17):10574.
14. Subramaniam M, Abdin E, Sambasivam R, Vaingankar JA, Picco L, Pang S, et al. Prevalence of Depression among Older Adults-Results from the Well-being of the Singapore Elderly Study. *Ann Acad Med Singap.* 2016;45(4):123-33.
15. Mulat N, Gutema H, Wassie GT. Prevalence of depression and associated factors among elderly people in Womberma District, north-west, Ethiopia. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1).
16. Jin Y, Sun HL, Lam SC, Su Z, Hall BJ, Cheung T, et al. Depressive symptoms and gender differences in older adults in Hong Kong during the COVID-19 pandemic: a network analysis approach. *Int J Biol Sci.* 2022;18(10):3934-41.
17. Rungreangkulkit S. Depression in Men: Gender Lens. *Songklanagarind J Nurs.* 2017;37(1):158-65.

18. Aekwarangkoon S, Noonin N, Petsirasan R, Nuaphet U. Report of Prevention and Strategy in Depression among Elderly Nakhon Si Thammarat: The School of Nursing, Walailak University; 2016.
19. Moreno X, Gajardo J, Monsalves MJ. Gender differences in positive screen for depression and diagnosis among older adults in Chile. *BMC Geriatr.* 2022;22(1).
20. Phantong W, Khammathi A, Saengthong W, Nilphat O, Khakhuen S. Prevalence and Factors Related to Depression among Elderly People in Community Hospitals. *SCNJ.* 2020;7(2):114-26.
21. Siriwanikulthorn I, Jiraporncharoen W, Pinyopornpanish K, Angkurawaranon C, Rojanasumapong A, Inpa C, et al. Prevalence and factor associated with depression in elderly patients in family medicine outpatient clinic, Chiang Mai University. *J Ment Health Thai.* 2021;29(1):1-11.
22. Ministry of Digital Economy and Society, National Statistical Office. The 2021 Household Socio-economic Survey Whold Kingdom. Bangkok: Text and Journal Publication Co.,Ltd; 2022.
23. Gibson RC, James K, Waldron NK, Abel WD, Eldemire-Shearer D, Mitchell-Fearon K. Patterns of depressive symptoms among younger elderly (60-74 years old) and older elderly (≥ 75 years old) in Jamaica. *Int Psychogeriatr.* 2019;31(8):1217-24.
24. Pieruccini-Faria F, Muir-Hunter SW, Montero-Odasso M. Do depressive symptoms affect balance in older adults with mild cognitive impairment? Results from the "gait and brain study". *Exp Gerontol.* 2018;108:106-11.
25. Praditsathaporn C, Chandanasotthi P, Amnatsatsue K, Sunsern R. Buddhist Apporoach for Mental Health of Eldery. *Journal of Public Health Nursing.* 2012;26(1):69-79.
26. Repousi N, Masana MF, Sanchez-Niubo A, Haro JM, Tyrovolas S. Depression and metabolic syndrome in the older population: A review of evidence. *J Affect Disord.* 2018;237:56-64.
27. Oakley LD, Aekwarangkoon S, Ward EC. Successful holistic management of type 2 diabetes with depression: a very personal story. *Holist Nurs Pract.* 2011;25(2):88-96.

การจัดชุดกิจกรรมบริการเชิงรุก เพื่อสุขภาพช่องปากของเด็ก 0-5 ปี

พนิดานันท์ โพธิ์พงศ์^a

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการเก็บข้อมูล การเข้ารับบริการทันตกรรมของเด็ก 0-5 ปี ให้สอดคล้องกับข้อมูลในฐานข้อมูล Health Data Center 2) พัฒนาชุดกิจกรรมการบริการเชิงรุกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและลดความซ้ำซ้อนในการเก็บข้อมูล และ 3) ติดตามและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเก็บข้อมูล การเข้ารับบริการทันตกรรมของเด็ก 0-5 ปี กลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กวัย 0-5 ปี เขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ปี 2564 จำนวน 1,778 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากการรับบริการทันตกรรมของเด็ก 0-5 ปี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Independent sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.01

ผลการศึกษาพบว่า 1) เด็กวัย 0-5 ปี ได้รับการตรวจโดยทันตบุคลากรมากกว่าร้อยละ 80 โดยการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ ได้รับการบริการร้อยละ 41.81 การสอนแปรงฟัน ได้รับการบริการร้อยละ 36.83 และการรับบริการทันตกรรม กิจกรรมฟันดีไม่มีผุและกิจกรรมเด็กปราศจากฟันผุ ได้รับการบริการร้อยละ 45.95 2) มีการให้บริการทันตกรรมเชิงรุก ได้แก่ การเยี่ยมบ้านเชิงรุกแบบใหม่ การเพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างทันตบุคลากรกับผู้ดูแลเด็ก และ 3) ทันตแพทย์และทันตบุคลากรรับผิดชอบงานของ รพ.สต.ที่อยู่ในโซนเดียวกัน และให้คำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ และพบว่า หลังจากจัดชุดกิจกรรมการบริการเชิงรุก จำนวนการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากเท่ากับ 817 คน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการจัดกิจกรรม ที่มีจำนวนผู้เข้ารับบริการเท่ากับ 170 คน นับว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ : การบริการทันตกรรมเชิงรุก; เด็ก 0-5 ปี; การส่งเสริมทันตสุขภาพ; ชุมชน

* ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

^a Corresponding author : พนิดานันท์ โพธิ์พงศ์ Email : olive9238@gmail.com

รับบทความ: 26 ต.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 1 พ.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 1 พ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 23 พ.ย. 65

Proactive Oral Health Services for Children Aged 0-5 Years Old

Panitanan Popong^{*a}

Abstract

The objectives of this action research were to: 1) develop a data collection model. Access to dental services for children 0-5 years old in accordance with the data in the Health Data Center database 2) develop a series of proactive service activities to be more efficient and reduce the redundant data collections, and 3) monitor and evaluate the development of data collection models and dental services provided for children 0-5 years old. The target group included 1,778 children aged 0-5 years in Chai Badan district, Lopburi province in 2021. Quantitative data were collected from dental services for children 0-5 years of age. The data were analyzed using descriptive statistics including percentages, means and standard deviations. Inferential statistics were used to determine the relationships between factors using t-test for independent samples with significance level of 0.01.

The results showed that 1) over 80 percent of children aged 0-5 years old were examined by dental personnel. Among them, 41.81 percent were provided with fluoride coating/applying, 36.83 percent were provided with brushing instructions and dental services Activities titled 'good teeth without caries' and 'activities of children without cavities' reached 45.95% of the children; 2) there were proactive dental services, including new proactive home visits with added communication channels between dental personnel and child caregivers; 3) dentists and dental personnel who worked in district health promotion hospitals in the same area could provide online consultations. It was found that, after organizing a series of proactive service activities, number of visits for oral health examinations significantly increased from 170 persons to 817 persons at $p=0.01$.

Keywords : Proactive dental services; Children 0-5 years old; Dental health promotion; Community

^{*} Dentist, Senior Professional Level, Chaibadan Hospital, Lopburi Province

^a Corresponding author : Panitanan Popong Email : olive9238@gmail.com

Received: Oct. 26, 22; Revised: Nov. 1, 22; Accepted: Nov. 1, 22; Published Online: Nov. 23, 22

บทนำ

ปัญหาทางสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทย เพราะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัยของเด็กวัย 3-5 ปี ซึ่งเด็กวัยนี้เป็นช่วงอายุที่สำคัญที่สุดในการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สติปัญญา^(1,2) และเป็นพื้นฐานในการพัฒนาพฤติกรรมต่างๆ เพื่อการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต หากปล่อยให้เด็กวัย 3-5 ปี มีสภาวะช่องปากที่ไม่ดี มีฟันน้ำนมผุ จะส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายของเด็กอย่างเห็นได้ชัด คือความเจ็บป่วยทรมาน เมื่อฟันผุลุกลามไปถึงโพรงประสาทฟัน ส่งผลในการเคี้ยวอาหาร ระบบทางเดินอาหาร และสภาพจิตใจ เนื่องจากอาการปวดฟัน จะทำให้เด็กวัย 3-5 ปี เกิดความเครียดทางอารมณ์ หงุดหงิดง่าย มีความวิตกกังวล เสียบุคลิกภาพ และขาดความมั่นใจ โดยการเกิดฟันผุในเด็กนี้ ขึ้นอยู่กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่เด็กของผู้ปกครองมากที่สุด การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก นอกจากจะเป็นหน้าที่ของทันตบุคลากรแล้ว ผู้ปกครองก็มีส่วนร่วมด้วย เพราะผู้ปกครองจะเป็นผู้ที่ดูแลเด็กได้ใกล้ชิด หากได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมก็จะส่งผลให้สุขภาพช่องปากของเด็กดีไปด้วย^(3,4)

จากการสำรวจสภาวะช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8⁽⁵⁾ ในสถานการณ์ของเด็กอายุ 3 ปี มีผู้ปราศจากโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 47.1 ในเด็กอายุ 5 ปี มีแนวโน้มการปราศจากโรคฟันผุลดลงคือร้อยละ 24.4 นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กก่อนวัยเรียน ทั้ง 2 กลุ่มอายุประมาณร้อยละ 40.0 มีคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ พบฟันผุ ระยะเริ่มต้นในเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ร้อยละ 31.1 และร้อยละ 31.3 ตามลำดับ ซึ่งเด็กกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมป้องกัน เพื่อไม่ให้เกิดฟันผุเป็นรู นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ 18.6 มีฟันกรามถาวรซี่ที่หนึ่งขึ้นในช่องปากแล้ว การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่ช่วงปฐมวัยจึงมีความสำคัญ และลดโอกาสเกิดฟันถาวรผุได้ โดยสิ่งสำคัญที่ต้องเน้นย้ำเพิ่มเติมคือ พฤติกรรมทันตสุขภาพที่พึงประสงค์ได้แก่ การแปรงฟันอย่างมีคุณภาพ และพฤติกรรมการบริโภคนม แม้ว่า เด็กส่วนใหญ่จะแปรงฟันตอนเช้าก่อนมาโรงเรียน แต่พบว่าผู้ปกครองของเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 44.1 ปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง และเมื่อเด็กโตขึ้นพบว่าในกลุ่มอายุ 5 ปี เด็กถูกปล่อยให้แปรงฟันเองถึงร้อยละ 80.4 มีเพียงร้อยละ 14.4 ที่ผู้ปกครองยังคงแปรงให้ พฤติกรรมการดื่มนมเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ดื่มนมหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้านถึงร้อยละ 44.5 และ 47.6 ตามลำดับ เด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 39.5 ใช้ขวดนมเมื่ออยู่ที่บ้าน และยังมีเด็กอายุ 5 ปี อีกร้อยละ 11.9 ที่ยังคงดูดนมจากขวด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ

จากข้อมูลการรับบริการทันตกรรมของเด็ก 0-5 ปี และสภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก 0-5 ปี เขตอำเภอย้ายบาดาล จังหวัดลพบุรี จากข้อมูล Health Data Center (HDC) ปี พ.ศ. 2561-พ.ศ. 2563 พบว่าการเข้าถึงบริการของเด็ก 0-5 ปี ในเขตอำเภอย้ายบาดาล จังหวัดลพบุรี ยังไม่ครอบคลุม ถึงร้อยละ 100

ถึงแม้ว่าจะมีจำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับการตรวจโดยทันตบุคลากรจะมีมากกว่าร้อยละ 80 แต่ก็ยังพบว่า มีเด็กอีกกว่าร้อยละ 20 ที่ยังเข้าไม่ถึงการให้บริการทันตกรรมครบทุกกิจกรรม โดยได้รับการตรวจสุขภาพ ช่องปาก และเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ แต่ยังขาดการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และการควบคุม การเกิดคราบจุลินทรีย์ (Plaque control)

จากข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก 0-5 ปี และการรับบริการทันตกรรมของเด็ก 0-5 ปีที่ยัง เข้าไม่ถึงการให้บริการทันตกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเลือกเขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เป็นกรณีศึกษา เพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมการบริการเชิงรุก ในการแก้ปัญหาทันตสุขภาพและการเข้ารับบริการทันตกรรมของเด็ก 0-5 ปี ในกิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปาก การเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ และการฝึกแปรงฟันแบบ ลงมือปฏิบัติ รวมถึงการควบคุมการเกิดคราบจุลินทรีย์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเก็บข้อมูล การเข้ารับบริการทันตกรรมของเด็ก 0-5 ปี ให้สอดคล้องกับข้อมูล ในฐานข้อมูล Health Data Center
2. เพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมการบริการทันตกรรมเชิงรุก ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ลดความซ้ำซ้อน ในการเก็บข้อมูล
3. ติดตามและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเก็บข้อมูล การเข้ารับบริการทันตกรรมของเด็ก 0-5 ปี

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่ ธันวาคม 2563-กันยายน 2565 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก 0-5 ปี และการรับบริการ ทันตกรรมของเด็ก 0-5 ปี เขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี (ธันวาคม 2563-มกราคม 2564)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาชุดกิจกรรม การบริการเชิงรุกทันตกรรมของเด็ก 0-5 ปี และแบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปาก และทาฟลูออไรด์วานิชเด็ก 0-5 ปี อำเภอชัยบาดาล (กุมภาพันธ์ 2564-กรกฎาคม 2565)

ระยะที่ 3 ระยะติดตามและสังเกตผล เก็บรวบรวมข้อมูล และสรุปผลการดำเนินงาน (สิงหาคม 2565)

ระยะที่ 4 ระยะสะท้อนกลับผลการดำเนินงาน และปรับปรุงชุดกิจกรรมการบริการทันตกรรมเชิงรุก ให้มีผลลัพท์ดีขึ้น (กันยายน 2565)

กลุ่มเป้าหมาย เป็นเด็กวัย 0-5 ปี เขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ปี 2564 จำนวน 1,778 คน

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

เด็กอายุ 0-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในทุกตำบล ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภอชัยบาดาล (19 แห่ง) ทุกสิทธิการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการชุดกิจกรรมการบริการทันตกรรมเชิงรุก ของเด็ก 0-5 ปี ประกอบด้วยเป็นเครื่องมือได้จากการทบทวนวรรณกรรม และเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการร่วมมือกันของทันตบุคลากรในพื้นที่อำเภอชัยบาดาล เพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลให้สอดคล้องกับการลงข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการรับบริการทันตกรรมของเด็ก 0-5 ปีและแบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากและทาฟลูออไรด์วานิช เด็ก 0-5 ปี อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี (ภาพที่ 1)
2. แบบบันทึกกิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพช่องปาก
3. แบบบันทึกการเข้ารับบริการก่อนและหลังการใช้กิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพช่องปาก

แบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากและทาฟลูออไรด์วานิชเด็ก 0-5 ปี อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี											
ชื่อ-สกุล..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่..... อ.ชัยบาดาล จ.ลพบุรี เบอร์โทรศัพท์.....											
อายุ 0-4 เดือน			อายุ 6 เดือน			อายุ 9-12 เดือน			อายุ 1 ปี 6 เดือน		
ร/ว/ป สืบลิ้ง	ผลการตรวจ ช่องปาก	ผลการตรวจ ฟันสุขภาพ และพฤติกรรม	ร/ว/ป สืบลิ้ง	ผลการตรวจ ช่องปาก	ผลการตรวจ ฟันสุขภาพ และพฤติกรรม	ร/ว/ป สืบลิ้ง	ผลการตรวจ ช่องปาก	ผลการตรวจ ฟันสุขภาพ และพฤติกรรม	ร/ว/ป สืบลิ้ง	ผลการตรวจ ช่องปาก	ผลการตรวจ ฟันสุขภาพ และพฤติกรรม
(1) ☐ เด็กผู้ชาย (2) ☐ เด็กผู้หญิง (3) ☐ เด็กชาย (4) ☐ เด็กหญิง	(1) ☐ สุขภาพดี (2) ☐ สุขภาพดี (3) ☐ สุขภาพดี (4) ☐ สุขภาพดี	(1) ☐ สุขภาพดี (2) ☐ สุขภาพดี (3) ☐ สุขภาพดี (4) ☐ สุขภาพดี	(1) ☐ สุขภาพดี (2) ☐ สุขภาพดี (3) ☐ สุขภาพดี (4) ☐ สุขภาพดี	(1) ☐ สุขภาพดี (2) ☐ สุขภาพดี (3) ☐ สุขภาพดี (4) ☐ สุขภาพดี	(1) ☐ สุขภาพดี (2) ☐ สุขภาพดี (3) ☐ สุขภาพดี (4) ☐ สุขภาพดี	(1) ☐ สุขภาพดี (2) ☐ สุขภาพดี (3) ☐ สุขภาพดี (4) ☐ สุขภาพดี	(1) ☐ สุขภาพดี (2) ☐ สุขภาพดี (3) ☐ สุขภาพดี (4) ☐ สุขภาพดี	(1) ☐ สุขภาพดี (2) ☐ สุขภาพดี (3) ☐ สุขภาพดี (4) ☐ สุขภาพดี	(1) ☐ สุขภาพดี (2) ☐ สุขภาพดี (3) ☐ สุขภาพดี (4) ☐ สุขภาพดี	(1) ☐ สุขภาพดี (2) ☐ สุขภาพดี (3) ☐ สุขภาพดี (4) ☐ สุขภาพดี	(1) ☐ สุขภาพดี (2) ☐ สุขภาพดี (3) ☐ สุขภาพดี (4) ☐ สุขภาพดี
*ไม่เอาด = ไม่มีขาว, มีคราบจุลินทรีย์											

ภาพที่ 1 แบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากและทาฟลูออไรด์วานิช เด็ก 0-5 ปี อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับ บริการทันตกรรมของเด็ก 0-5 ปี เขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี
2. เก็บข้อมูลผลการดำเนินการในชุดกิจกรรมการบริการเชิงรุกทันตกรรม ตามการแบ่งโซน การรับผิดชอบ โดยเขตอำเภอชัยบาดาล แบ่งเป็น 3 โซน ใน 19 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยการแบ่งโซนคือ การรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่อยู่ในพื้นที่ตำบลที่อยู่ติดกัน และใกล้เคียงกัน เพื่อง่ายต่อการแบ่งเขตการรับผิดชอบด้านสาธารณสุข ในเขตอำเภอชัยบาดาล โดยเฉลี่ย โซนละ 6-7 ตำบล

โซนที่ 1 ประกอบด้วย รพ.สต.นาโสม รพ.สต.ซับตะเคียน รพ.สต.บัวชุม รพ.สต.หนองยายโสีรพ. สต.เกาะรัง และ รพ.สต.เขาสมโภชน์

โซนที่ 2 ประกอบด้วย รพ.สต.ท่ามะนาว รพ.สต.ท่าดินดำ รพ.สต.บ้านใหม่สามัคคี รพ.สต.นิคม ลำน้ำรายณ์ รพ.สต.ศิลาทิพย์ และ รพ.สต.ซับไทร

โซนที่ 3 ประกอบด้วย รพ.สต.เขาแหลม รพ.สต.ม่วงค่อม รพ.สต.ห้วยหิน รพ.สต.ชัยบาดาล รพ.สต.ชัยบาดาลยุคใหม่ รพ.สต.มะกอกหวาน และ รพ.สต.ชัยนารายณ์

โดยกลุ่มโซนที่จัดไว้มีวัตถุประสงค์เพื่อความสะดวกคล่องตัวในการหมุนเวียนแลกเปลี่ยน การช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายในกลุ่มโซน เช่นในกรณีที่ รพ.สต.นั้น ไม่มีทันตบุคลากร จะมีทันตบุคลากรจากตำบลใกล้เคียงที่อยู่ในโซนเดียวกันไปให้บริการทันตกรรมใน รพ.สต.นั้นๆ

3. นำข้อมูลมาวิเคราะห์ สรุปผลการดำเนินการชุดกิจกรรมการบริการทันตกรรมเชิงรุก ในกิจกรรม การตรวจสุขภาพช่องปาก การเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ และการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และการควบคุมการเกิดคราบจุลินทรีย์ (Plaque control)

4. สะท้อนกลับผลการดำเนินงาน โดย

- 1) แจ้งให้ผู้ดูแลเด็กที่นำเด็กเข้ารับบริการทันตกรรมรับทราบในกิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปาก การเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ และการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ Plaque control ในพื้นที่เขต รับผิดชอบของ รพ.สต.

- 2) ชี้แจงผลการดำเนินงานการให้บริการทันตกรรม ในที่ประชุม คณะกรรมการประสานงาน สุขภาพอำเภอ (คป.สอ.) ชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ที่จัดประชุมทุก 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และการเข้ารับบริการทันตกรรมของเด็ก และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Independent sample t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง การเข้ารับ บริการก่อนและหลังการใช้กิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพช่องปาก

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี (เอกสารรับรองเลขที่ KNH 22/2565) ผู้วิจัยมีมาตรการการพิทักษ์สิทธิของเด็ก 0-5 ปีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เด็ก 0-5 ปีและผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยวิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยโดยละเอียด
2. เด็ก 0-5 ปีทุกคนเข้าร่วมโครงการโดยได้รับการอนุญาตจากผู้ดูแลเด็กและได้รับความยินยอมเข้าร่วมโครงการอย่างสมัครใจ โดยกำหนดให้มีการทำแบบยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัยของเด็ก 0-5 ปีและผู้ดูแลเด็ก
3. เด็ก 0-5 ปีและผู้ดูแลเด็กทุกคนมีสิทธิในการบอกยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าว โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวเด็ก 0-5 ปีและผู้ดูแลเด็ก
4. ข้อมูลส่วนตัวของเด็ก 0-5 ปีและผู้ดูแลเด็กทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ โดยเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ทั้งนี้ เมื่อประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมบริการเชิงรุกแล้วพบว่ามีความสำเร็จจะทำการส่งมอบกิจกรรมบริการเชิงรุกนี้ให้กับบุคลากรทางทันตสุขภาพและสาธารณสุข ดำเนินการขยายกิจกรรมบริการเชิงรุกนี้ให้กับกลุ่มเปรียบเทียบกับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย การเข้ารับบริการทันตกรรมของเด็ก 0-5 ปี เขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี มีจำนวน 1,778 คน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการทันตกรรม (N=1,778)

กลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการทันตกรรม	เกณฑ์ชีวิต (ร้อยละ)	พ.ศ. 2564 คน (ร้อยละ)	พ.ศ. 2565 คน (ร้อยละ)
1. ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	50	526 (29.59)	817 (45.95)
2. ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟัน แบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือ ปฏิบัติ และ Plaque control	50	479 (26.94)	655 (36.83)
3. ร้อยละของเด็ก 3-5 ปี เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่	50	171 (9.61)	744 (41.84)

จากข้อมูล การนำชุดกิจกรรมการบริการเชิงรุกเข้ามาใช้ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการทันตกรรมของเด็ก 0-5 ปี เขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ในทุกกิจกรรม ในปี 2565 จากข้อมูล Health Data Center (HDC) ได้รับการตรวจโดยทันตบุคลากร มากกว่าร้อยละ 80 เมื่อจำแนกตามกิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพช่องปาก พบว่า กิจกรรมเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ ได้รับการบริการ จำนวน 744 คน คิดเป็นร้อยละ 41.84 กิจกรรมการสอนแปรงฟัน ได้รับการบริการ 655 คน คิดเป็นร้อยละ 36.83 กิจกรรมรับบริการทันตกรรม กิจกรรมฟันดีไม่มีผุและกิจกรรมเด็กปราศจากฟันผุ ได้รับการบริการ 817 คน คิดเป็นร้อยละ 45.95 และทุกกิจกรรมมีผู้เข้าบริการทันตกรรมของเด็ก 0-5 ปี จำนวนสูงขึ้นกว่าปี 2564

2. การพัฒนาระบบการให้บริการทันตกรรม และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

2.1 ผลจากการพัฒนากิจกรรมการบริการเชิงรุก พบว่า ระบบการให้บริการทันตกรรม มีการแบ่งโซนการรับผิดชอบ 3 โซน ใน 19 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยทันตแพทย์และทันตบุคลากร จะร่วมกันรับผิดชอบงานส่งเสริมทันตสุขภาพของ รพ.สต. ที่รับผิดชอบร่วมกันวางแผน การเยี่ยมบ้าน โดยดูจากสภาพปัญหา ดูบริบทชีวิต พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็ก โดยทันตแพทย์จะเป็นที่ปรึกษา ในการวางแผนการเยี่ยมบ้าน ให้กับทันตบุคลากรในโซนใกล้เคียงกันด้วย รวมทั้งการกำกับติดตามการออกไปเยี่ยมบ้านทันตบุคลากรด้วย

2.2 การเยี่ยมบ้านของทันตบุคลากร จะออกไประหว่างช่วงเวลา/ช่วงอายุ ที่เด็กมาคลินิกเด็กดี (ช่วงอายุ 0-4 เดือน, 6 เดือน, 9-12 เดือน, 18 เดือน , 2-3 ปี และ 3-5 ปี) โดยการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 ห่างกัน 6 เดือน

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 6 กิจกรรม

กิจกรรม 1 คัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ และจัดกลุ่มความเสี่ยง⁽⁷⁾ โดยใช้ แบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากและทาฟลูออไรด์วานิช

กิจกรรม 2 ตรวจประเมินสภาวะช่องปากเด็กและแจ้งให้ผู้ดูแลเด็กทราบ

กิจกรรม 3 ประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเด็ก (เรื่องการเกิดโรคฟันผุและการเกิดโรคเหงือกอักเสบ)

กิจกรรม 4 ประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็ก ความถี่ในการทำทำความสะอาดช่องปากเด็ก

กิจกรรม 5 การสื่อสารประเด็นสาระที่สำคัญ และการฝึกทักษะการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ การใช้ไหมขัดฟัน ให้กับผู้ดูแลเด็ก

กิจกรรม 6 ส่งต่อคนไข้ในกรณีการรักษาที่จำเป็นและเร่งด่วน⁽⁸⁾

ตารางที่ 2 เกณฑ์ประเมินระดับความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม

Code	เกณฑ์	intervention	ผู้ดูแล
เสี่ยงสูง ระดับ 1	- มีปัญหาเรื้อรัง เช่น ปวด บวม มีหนอง	- Emergency treatment	ทันตแพทย์
เสี่ยงสูง ระดับ 2	- มีรอยผุมากกว่า 1 ซี่ - มีเหงือกอักเสบ	- อุดฟัน ขัดฟัน เคลือบฟลูออไรด์ - สอนแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ	ทันตแพทย์/ ทันตบุคลากร
เสี่ยงสูง ระดับ 3	- ไม่มีฟันในช่องปาก - มีเหงือกอักเสบ	- ขัดฟัน เคลือบฟลูออไรด์ - สอนแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ	ทันตบุคลากร
เสี่ยงต่ำ	- ไม่มีฟันผุ - ไม่มีเหงือกอักเสบ	- ตรวจ ผูกแปรงฟัน แบบลงมือปฏิบัติ	ทันตบุคลากร

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 โดยการเข้าไปประเมินและติดตาม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรม 1 ประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเด็ก (เรื่องการเกิดโรคฟันผุและการเกิดโรคเหงือกอักเสบ)

กิจกรรม 2 ประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็ก

กิจกรรม 3 ติดตามเคส กรณีมีการส่งต่อเพื่อรับการรักษา

2.3 ข้อมูลในการสื่อสารผ่านทางระบบออนไลน์ ทั้ง application Line, Messenger (ในโปรแกรม Facebook) ระหว่างทันตบุคลากรกับกลุ่มผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วย

1) การให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็ก กับผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดื่มนม การเลือกอาหารที่มีคุณค่าให้กับเด็ก อาหารระหว่างมื้อ การฝึกเด็กให้กินเป็นเวลา หลีกเลี่ยงการแปรงเขี้ยวทำให้เกิดฟันผุทางน้ำลาย การทำความสะอาดช่องปาก แบบฝึกปฏิบัติและการตรวจฟัน และการป้องกันฟันผุและการรักษาโรคฟันผุ

2) การแจ้งข่าวสารประชาสัมพันธ์ จาก รพ.สต. ได้แก่ การรายงานกิจกรรมต่างๆ ในรอบสัปดาห์ ข้อมูลนัดหมาย วัน/เวลา การฉีดวัคซีนต่างๆ และข้อมูลการเฝ้าระวังโรค การแพร่กระจายโรค และการป้องกันโรคในฤดูกาลนั้นๆ

3) การแจ้งข่าวสารประชาสัมพันธ์ จาก รพ. สต. ได้แก่ การรายงานกิจกรรมต่างๆ ในรอบสัปดาห์ ข้อมูลนัดหมาย วัน/เวลา การฉีดวัคซีน

2.4 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างทันตแพทย์และทันตบุคลากรของแต่ละ รพ.สต. มีเป้าหมายเดียวกันคือ เพื่อส่งต่อการรักษาทางทันตกรรมในกรณีคนไข้ที่ต้องได้รับการรักษาแบบต่อเนื่องและเหมาะสม โดยทันตบุคลากรจะให้การติดตามคนไข้ต่อเนื่องจนได้รับการรักษาที่เสร็จสมบูรณ์แล้ว เมื่อทันตบุคลากร

ได้ออกไปเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง จะมีการบันทึกกิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพ ลงในแบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากแล้วนำมารวบรวมนำมาวิเคราะห์และติดตามประเมินผลเป็นรายเดือนอย่างต่อเนื่อง

3. การเข้ารับบริการก่อนและหลังการใช้กิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพช่องปาก

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย จำนวนการเข้ารับบริการทันตกรรมจำนวน 3 รายการ

การเข้ารับบริการทันตกรรม (ปี พ.ศ.)	N	$\bar{X}$	S	t-test	p-value
ปี 2564	3	9.16	0.69	43.90**	0.00
ปี 2565	3	45.95	1.24		

**ระดับนัยสำคัญที่ 0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า การเข้ารับบริการก่อนและหลังการใช้กิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพช่องปากทุกกิจกรรม (3 รายการ) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นั่นคือ และหลังจากจัดชุดกิจกรรมการบริการเชิงรุก จำนวนการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก จำนวน 817 คน จากก่อนจัดกิจกรรม จำนวน 170 คน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากข้อมูล กลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการทันตกรรมของเด็ก 0-5 ปี เขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ในกิจกรรม 1) การตรวจสุขภาพช่องปาก 2) การฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและการควบคุมการเกิดคราบจุลินทรีย์ และ 3) กิจกรรมเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ ซึ่งในปี 2565 มีจำนวนสูงขึ้น น่าจะมีผลมาจากผู้วิจัยได้ใช้นวัตกรรมชุดกิจกรรมการบริการเชิงรุกในการแก้ปัญหาสถานะทันตสุขภาพของเด็ก 0-5 ปี ที่มีรูปแบบกิจกรรมเข้าถึงผู้รับบริการอย่างแท้จริง

2. การพัฒนากิจกรรมการบริการเชิงรุก ส่งผลให้จำนวนการเข้ารับบริการทันตกรรมสูงขึ้น น่าจะมีผลมาจากการดำเนินกิจกรรม มีกิจกรรมระบบการเยี่ยมบ้านเชิงรุกแบบใหม่ และการเพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่าง ทันตบุคลากรกับผู้ดูแลเด็ก ผ่านทางระบบออนไลน์ (Application Line) จึงเป็นนวัตกรรมที่เข้าสู่ศตวรรษที่ 21 ที่มีการพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตในสังคมยุคใหม่

3. ในการแก้ปัญหาทันตสุขภาพของเด็ก 0-5 ปี ในเขตอำเภอชัยบาดาล ถือว่าเป็นความร่วมมือกันในพื้นที่⁽⁶⁾ โดยที่ทันตบุคลากรเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ดังจะเห็นได้จาก การร่วมกันพัฒนาแบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากและการทาฟลูออไรด์วานิช เด็ก 0-5 ปี เขตอำเภอชัยบาดาล ซึ่งเป็นการนำปัญหาในพื้นที่ มาออกแบบ และหาแนวทางร่วมกัน ถือว่าเป็นความเข้มแข็งของทีมทันตบุคลากร อำเภอชัยบาดาล เพราะเป็นการแก้ปัญหาที่ยั่งยืนและสามารถนำไปต่อยอด เพื่อพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

4. ในการพัฒนางานทันตกรรมเชิงรุกนี้ เป็นการดูแลพฤติกรรมสุขภาพช่องปากเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 5 ปี เป็นการปลูกฝังรากฐานในการส่งเสริม ให้สามารถดูแลทันตสุขภาพได้ด้วยตนเอง ตั้งแต่ก่อนฟันน้ำนมที่จะขึ้นในช่องปาก ซึ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องนี้ จะส่งผลให้สภาวะสุขภาพช่องปากเด็กในอนาคตมีสุขภาพช่องปากที่ดี แนวโน้มในการเกิดโรคฟันผุในฟันแท้ลดลง

5. ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการให้บริการทันตกรรมเชิงรุก ส่งผลให้การเข้าไปเข้ารับบริการทันตกรรมของเด็ก 0-5 ปี เขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเรวดี ศรีหามู⁽⁹⁾ ในเรื่องสภาวะทันตสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลพระบุ อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า การพัฒนาระบบงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เด็กก่อนวัยเรียน ส่งผลให้ ค่าเฉลี่ยการถอน อุดฟัน มีค่าสูงกว่าผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ระดับประเทศ ครั้งที่ 8 พ.ศ.2560⁽¹⁾

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มเป้าหมายอายุ 0-5 ปี ที่เข้ารับบริการทันตกรรม ในเขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยเดียวกันในเขตอำเภออื่นๆ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปาก
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นการจัดกิจกรรมบริการเชิงรุกรูปแบบใหม่ๆ เพื่อกระตุ้นการเข้ารับบริการทันตกรรมของเด็กในกลุ่มอายุอื่นๆ
3. ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในสถานการณ์โรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่ เช่นโควิด-19 เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมกิจกรรมทันตสุขภาพที่สมบูรณ์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. คู่มือหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2560 สำหรับเด็กอายุ 3-6 ปี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560
2. Capuano F, Bigras M, Japel C. Kindergarten for four-year-olds: a measure to promote school and social success in children from disadvantaged backgrounds. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Encyclopedia on Early Childhood Development [Online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development; 2014:1-7. 2014 [cited 2021 Oct 10]. Available from: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Capuano-Bigras-JapelANGxp1.pdf>

3. ณัฐธิดา พันพะสุก, อชชาวดี สักกุนัน, อรรพรรณ นามมนตรี, รัชนิกร สาวิสิทธิ์. การรับรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองกับสภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก 3-5 ปี ในอำเภอช้างสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล. 2561;29(2):13-26.
4. สุทธิธรรมี พรหมพราว, สุภาภรณ์ ฉัตรชัย วิวัฒนา, อาริยา รัตนทองคำ, มุขดา ศิริเทพทวี. โรคฟันผุใน เด็กปฐมวัย : สาเหตุและการป้องกัน. วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2560;12(2):27-40.
5. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจ สภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ต.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/dental2/n2423_3e9aed89eb9e4e3978640d0a60b44be6_survey8th_2nd.pdf
6. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ต้นแบบการบูรณาการจัดบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ: กรณีศึกษา 3 พื้นที่. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2547.
7. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข สำหรับทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
8. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ANC คุณภาพ WCC คุณภาพ ศพด. คุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
9. เรวดี ศรีหาม. สภาวะทันตสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลพระบุ อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2565; 4(1):1-15.

**ประสิทธิผลของน้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา
ต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอก
ณ คลินิกทางกระดูก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร
กัญญภักดิ์ ศิลารักษ์^a**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอกที่ได้รับน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา ณ คลินิกทางกระดูก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ด้วยการวิจัยแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนในผู้ป่วยนอกที่มีภาวะนอนไม่หลับและได้รับการตรวจประเมินจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยแล้วว่าควรได้รับการรักษาด้วยน้ำมันกัญชา โดยรับประทานครั้งละ 3 หยด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอนติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 200 คน ที่มารับการรักษาในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563–31 มกราคม 2564 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม EQ-5D-5L ในการสอบถามคุณภาพชีวิตและใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh sleep quality index : T-PSQI) เปรียบเทียบประสิทธิผลหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับน้ำมันกัญชาติดต่อกันครบ 3 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82 มีอายุเฉลี่ย 51.34 ± 3.09 ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม EQ-5D-5L พบว่า ค่าอรรถประโยชน์เฉลี่ยก่อนเริ่มการรักษาคือ 0.80 ± 0.19 และหลังได้รับการรักษาในเดือนที่ 3 คือ 0.86 ± 0.16 โดยค่าอรรถประโยชน์เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนคุณภาพการนอนหลับเฉลี่ยเปรียบเทียบก่อนและหลังรับประทานน้ำมันกัญชาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 14.07 ± 1.87 คะแนน เป็น 7.35 ± 1.90 คะแนน ตามลำดับ การศึกษานี้บอกได้ว่าการใช้น้ำมันกัญชา มีผลทำให้คุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยดีขึ้น และสามารถพิจารณาเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยได้

คำสำคัญ : น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา; คลินิกทางกระดูก; คุณภาพชีวิต; คุณภาพการนอนหลับ

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

^a Corresponding author : กัญญภักดิ์ ศิลารักษ์ Email : kanyapakiss22@gmail.com

รับบทความ: 2 พ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 21 พ.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 23 พ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 27 พ.ย. 65

Efficacy of Cannabis Oil (Deja's Formula) on Out-Patients' Sleep Quality and Quality of Life at Hang Ga Rok Clinic : Phra Arjarn Phan Arjaro Hospital, Sakhon Nakhon Province

Kanyapak Silarak^{*a}

Abstract

The objective of this study was to evaluate the quality of sleep and quality of life of Ganja oil (Deja's formula) treatment among out-patient at Hang-Ga-Rok Clinic, Phra Arjan Phan Arjaro Hospital. The retrospective observational study was conducted in out-patients with insomnia who were diagnosed by physician or Thai traditional medicine and were determined to receive the treatment of cannabis oil. The patients were prescribed with dosage of 3 drops by oral once a day at bedtime for 3 months. The samples were selected using purposive sampling method and included 200 patients who visited the clinic from February 1, 2020 to January 31, 2021. Assessment of the medication's efficacy was done using EQ-5D-5L questionnaire for quality of life and Thai version of the Pittsburgh sleep quality index : T-PSQI questionnaire for quality of sleep. The efficacy was evaluated by comparing the results between before and after the patients being treated with cannabis oil for 3 months. Among the 200 patients, 82 percent were females. Their average age was 51.34 ± 3.09 years old. The result of quality of life from the data collected by EQ-5D-5L questionnaire showed that the utility measurement before the intervention was 0.80 ± 0.19 and after the 3-month intervention was 0.86 ± 0.16 ; with the average utility measurement increased significantly ($p < 0.05$). The average of quality of sleep scores comparing between before and after the treatment of cannabis oil decreased significantly from 14.07 ± 1.87 to 7.35 ± 1.90 . The result of this study showed that treating the patients with cannabis oil was able to improve patient's quality of life and quality of sleep and the cannabis oil should be considered as an alternative treatment.

Keywords : Cannabis Oil (Deja's Formula); Hang Ga Rok Clinic; Quality of life; Sleep quality

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level, Phra Arjarn Phan Arjaro Hospital Sakon Nakhon Province

^a Corresponding author : Kanyapak Silarak Email : kanyapakiss22@gmail.com

Received: Nov. 2, 22; Revised: Nov. 21, 22; Accepted: Nov. 23, 22; Published Online: Nov. 27, 22

บทนำ

มนุษย์ใช้เวลาถึงหนึ่งในสามของเวลาชีวิตในแต่ละวันสำหรับการนอนหลับพักผ่อน⁽¹⁾ โดยคิดเป็นประมาณ 30,000 ชั่วโมงใน 1 ปี และประมาณ 14 ปีของช่วงชีวิต ซึ่งปกติแล้วมนุษย์ต้องการการนอนหลับประมาณวันละ 7-8 ชั่วโมง การนอนหลับที่ดีและมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ระยะเวลาการนอนหลับที่เพียงพอ และคุณภาพการนอนที่มีคุณภาพ ซึ่งการนอนหลับที่มีคุณภาพเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ ความผาสุก และวิถีการดำเนินชีวิตที่ดีของมนุษย์⁽²⁾ การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพและเพียงพอมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางกายที่ไม่แข็งแรง อ่อนล้า หาวนอนตอนกลางวัน ระบบภูมิคุ้มกันลดลง และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเข้าสังคม ความสามารถในการจัดการปัญหา การตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง ความจำลดลง ขาดสมาธิ และหงุดหงิดง่าย⁽³⁾

ภาวะนอนไม่หลับเป็นปัญหาการนอนที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งพบว่าประชากรในวัยผู้ใหญ่ประมาณร้อยละ 30 จะต้องเคยประสบกับภาวะนี้ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของชีวิต บางคนอาจเป็นแค่ชั่วคราว แต่ก็มีส่วนที่มีภาวะนอนไม่หลับเรื้อรัง และมีถึงร้อยละ 10 ที่ภาวะนอนไม่หลับนี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานรวมถึงส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนอนไม่หลับ (Insomnia disorder)⁽⁴⁾ ในผู้สูงอายุภาวะนอนไม่หลับสามารถพบได้สูงถึงเกือบร้อยละ 50 ทั้งนี้เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ เช่น มีการสร้างฮอร์โมนเมลาโตนินที่ลดลง⁽⁵⁾ ส่งผลทำให้วงจรการหลับ-การตื่น (Sleep-wake cycle) เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ การศึกษาในต่างประเทศยังพบว่าปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่รวมด้วย รวมถึงปัจจัยทางด้านจิตใจ และระดับการรู้คิด (Cognition) ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาวะนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่สำคัญและสามารถพบได้ในวัยทำงานและพบได้มากขึ้นในวัยสูงอายุ⁽⁶⁾

กัญชา (*Cannabis Sativa* L.) เป็นพืชล้มลุกในวงศ์ Cannabaceae สารสำคัญและสารที่ออกฤทธิ์ที่พบส่วนใหญ่เป็นสารกลุ่มแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) ได้แก่ Delta-9-tetrahydrocannabinoids (Δ^9 -THC), Cannabidiol (CBD), Cannabigerol (CBG), Cannabichromene (CBC) เป็นต้น ซึ่งสารกลุ่มแคนนาบินอยด์ เช่น สาร THC มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท (psychoactive substance) สาร CBD มีฤทธิ์ทำให้สงบหรือคลายเครียด รักษาโรจิต อาการเกร็งและอาการปวด

น้ำมันกัญชา สูตรอาจารย์เดชา เป็นสารสกัดกัญชาในน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น มีความเข้มข้น 10% ของน้ำหนักกัญชาแห้ง ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้กำหนดความเข้มข้นของปริมาณสาร THC ของน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา เท่ากับ 2 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร มีสรรพคุณช่วยให้นอนหลับ ช่วยเจริญอาหาร บรรเทาอาการปวดเรื้อรัง แก้อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ปัจจุบันมีสิ่งจำ

โดยแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลทั่วประเทศไทย แต่ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในเรื่องประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา

การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา ต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอก ณ คลินิกทางกระดูก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร เพื่อนำข้อมูลไปประกอบการศึกษาวิจัยทางคลินิก พัฒนาเป็นยาและผลิตภัณฑ์ เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้วยน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา รวมทั้งใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อยืนยันประโยชน์ของการใช้น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา สามารถนำไปใช้ในทางเวชปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา ต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอก ณ คลินิกทางกระดูก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาด้วยภาวะนอนไม่หลับที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าทุกรายในช่วงที่ทำการศึกษาโดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 2 ส่วน ได้แก่ แฟ้มประวัติผู้ป่วยและข้อมูลในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในระบบ HosXP ของโรงพยาบาล

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน (Retrospective chart review) ในผู้ป่วยนอกที่มีภาวะนอนไม่หลับและได้รับการตรวจประเมินจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยแล้วว่าควรได้รับการรักษาด้วยน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา โดยรับประทานครั้งละ 3 หยด วันละ 1 ครั้งก่อนนอนติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 เดือน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 200 คน ที่มารับการรักษาในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 – 31 มกราคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เวชระเบียนของผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาด้วยภาวะนอนไม่หลับ ณ คลินิกทางกระดูก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ที่ได้รับการรักษาด้วยน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา จำนวน 200 คน ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563-31 มกราคม 2564 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังต่อไปนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยแล้วเห็นสมควรว่าควรได้รับการรักษาด้วยน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 เดือน เพื่อการรักษาหรือบรรเทาอาการของภาวะนอนไม่หลับ

3. ไม่ตั้งครรภ์ ไม่ให้มนบุตร ไม่มีประวัติแพ้ยาที่มีส่วนผสมของกัญชา
4. ไม่มีภาวะการทำงานของไตผิดปกติ (CKD Stage 1-2) และ/หรือมีกายวิภาคของไตผิดปกติ
5. ไม่มีภาวะการทำงานของตับผิดปกติและ/หรือมีกายวิภาคของตับผิดปกติ
6. มีสัญญาณชีพและอาการทางคลินิกคงที่ (Vital Signs Stable & Clinically Stable)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา/สมุนไพร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือใช้ประเมินคุณภาพชีวิต มีคำถามอยู่ 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ในแต่ละด้านให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมายถูกในช่องสี่เหลี่ยมที่ตรงกับสุขภาพของตนเองในวันนั้นมากที่สุด คำตอบที่ได้ประกอบด้วยตัวเลขจำนวน 5 ตัว เรียงตามมิติทางสุขภาพ โดยเลข 1 หมายถึงไม่มีปัญหา, เลข 2 หมายถึงมีปัญหาเล็กน้อย, เลข 3 หมายถึงมีปัญหาปานกลาง, เลข 4 หมายถึงมีปัญหาหนัก, และเลข 5 หมายถึงไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้หรือมีปัญหาหนักที่สุด คำตอบที่ได้ในส่วนนี้จะนำไปคำนวณ index scores หรือค่าอรรถประโยชน์ ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง visual analog scale (VAS) สำหรับให้ผู้ตอบให้คะแนนสุขภาพตนเอง โดย VAS มีลักษณะเป็นเส้นคล้ายไม้บรรทัด มีตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุด 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (T-PSQI) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (ใช้คำถามข้อ 9) องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (ใช้คำถามข้อ 2 และ 5.1) องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน (ใช้คำถามข้อ 4) องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย (ใช้คำถามข้อ 1, 3 และ 4) องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 5.2-5.10) องค์ประกอบที่ 6 การใชยานอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 6) องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (ใช้คำถามข้อ 7 และ 8) รวมจำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ โดยสอบถามถึงการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีลักษณะคำตอบ 2 แบบ คือ 1) แบบเลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เลย, น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์, 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ และมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และ 2) แบบเติมคำ ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาในการนอนหลับ มีคะแนนรวม ไม่เกิน 21 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับได้แก่ มีคุณภาพการนอนหลับในระดับดี (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน) และในระดับไม่ดี (มากกว่า 5 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล แบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทยและแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย

ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบประเมินความตรงตามเนื้อหาและดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำไปทดลองเก็บข้อมูลจำนวน 30 ตัวอย่าง หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.70 และ 0.70 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน (Retrospective chart review) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าที่มารับบริการ ณ คลินิกทางกระดูก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ในช่วงระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563–31 มกราคม 2564 จำนวน 200 คน ซึ่งได้เก็บรวบรวมข้อมูลจาก 2 ส่วน ได้แก่ แฟ้มประวัติผู้ป่วยและข้อมูลในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในระบบ HosXP ของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม STATA ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล คุณภาพการนอนและคุณภาพชีวิต โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร

การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ รับรอง SKN REC 2022-021 และผู้วิจัยได้ทำการปกปิดข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนโดยกำหนดรหัสตัวเลขแทนการใช้ชื่อ-นามสกุล หรือ HN มีการจัดเก็บข้อมูลในกล่องเอกสารที่สามารถเข้าถึงได้โดยผู้วิจัยเท่านั้น การนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยจะใช้ข้อมูลในภาพรวมในการนำเสนอและเอกสารแบบบันทึกข้อมูลต่างๆเมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะถูกทำลายโดยเครื่องทำลายเอกสารและทำลายตามลำดับ

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ณ จุดเริ่มต้นการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา/สมุนไพร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 51-60 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา/สมุนไพร ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	36 (18.00)
หญิง	164 (82.00)
อายุ	
25-30 ปี	11 (5.50)
31-40 ปี	31 (15.50)
41-50 ปี	57 (28.50)
51-60 ปี	74 (37.00)
มากกว่า 60 ปี ขึ้นไป	27 (13.50)
สถานภาพสมรส	
โสด	51 (25.50)
สมรส	127 (63.50)
หม้าย/หย่าร้าง	22 (11.00)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	36 (18.00)
มัธยมศึกษา	82 (41.00)
อนุปริญญา	42 (21.00)
ปริญญาตรี	40 (20.00)
อาชีพ	
รับจ้าง	92 (46.00)
รับราชการ	45 (22.50)
แม่บ้าน	21 (10.50)
ไม่ประกอบอาชีพ	42 (21.00)
โรคประจำตัว	
มีโรคประจำตัว	24 (12.00)
ไม่มีโรคประจำตัว	176 (88.00)
ประวัติการแพ้ยาหรือสมุนไพร	
มีประวัติแพ้ยาหรือสมุนไพร	6 (3.00)
ไม่มีประวัติแพ้ยาหรือสมุนไพร	194 (97.00)

คุณภาพการนอนหลับใช้แบบประเมิน T-PSQI ทำในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับน้ำมันกัญชา สูตรอาจารย์เดชา พบว่าก่อนเริ่มต้นการรักษากลุ่มตัวอย่างทั้ง 200 คน มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 100.00 คะแนนคุณภาพการนอนหลับเฉลี่ยเท่ากับ 14.07 ± 1.87 และหลังได้รับการรักษา ด้วยน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา ติดต่อกันจนครบ 3 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 163 คน (ร้อยละ 81.50) มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับที่ดี โดยมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับเฉลี่ยเท่ากับ 7.35 ± 1.90 โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับน้ำมันกัญชา สูตรอาจารย์เดชา (n=200)

คุณภาพการนอนหลับ (คะแนนที่เป็นไปได้)	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนการรักษา	หลังการรักษา
คุณภาพการนอนหลับที่ดี (0-5)	0 (0.00)	163 (81.50)
คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (6-21)	200 (100.00)	37 (18.50)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับน้ำมันกัญชา สูตรอาจารย์เดชา (n=200)

คุณภาพการนอนหลับ (คะแนนที่เป็นไปได้)	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value ^a
	ก่อนการรักษา	หลังการรักษา	
คะแนนรวมเฉลี่ย (0-21)	14.07 ± 1.87	7.35 ± 1.90	< 0.05

หมายเหตุ :^aPaired sample t-test

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 มิติและสภาวะสุขภาพทางตรง โดยใช้เครื่องมือ EuroQol อรรถประโยชน์ของ EQ-5D-5L และ VAS ในกลุ่มตัวอย่าง 200 คน พบว่าก่อนการรักษาด้วยน้ำมันกัญชา สูตรอาจารย์เดชา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการเคลื่อนไหว ไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ไม่มีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายตัวและไม่รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า และมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและสภาวะสุขภาพทางตรงเฉลี่ยเท่ากับ 0.80 ± 0.19 และ 81.05 ± 16.54 คะแนนตามลำดับ และเมื่อได้รับการรักษาด้วยน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา ครบ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและสภาวะสุขภาพทางตรงเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 0.86 ± 0.16 และ 88.19 ± 9.53 คะแนนตามลำดับ และมีค่าอรรถประโยชน์และภาวะสุขภาพ (VAS) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value<0.05) ดังแสดงในตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา (n=200)

คะแนน EQ-5D-5L	ก่อนเริ่มการรักษา n = 200 (%)	หลังรับการรักษา n = 200 (%)
การเคลื่อนไหว		
ไม่มีปัญหาในการเคลื่อนไหว	144 (72.00)	144 (72.00)
มีปัญหาในการเคลื่อนไหวเล็กน้อย	23 (11.50)	25 (12.50)
มีปัญหาในการเคลื่อนไหวปานกลาง	21 (10.50)	22 (11.00)
มีปัญหาในการเคลื่อนไหวอย่างมาก	8 (4.00)	5 (2.50)
เคลื่อนไหวไม่ได้	4 (2.00)	4 (2.00)
การดูแลตนเอง		
ไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง	143 (71.50)	150 (75.00)
มีปัญหาในการดูแลตนเองเล็กน้อย	26 (13.00)	28 (14.00)
มีปัญหาในการดูแลตนเองปานกลาง	14 (7.00)	12 (6.00)
มีปัญหาในการดูแลตนเองอย่างมาก	13 (6.50)	6 (3.00)
ดูแลตนเองไม่ได้	4 (2.00)	4 (2.00)
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ		
ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	147 (73.50)	149 (74.50)
มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำเล็กน้อย	21 (10.50)	24 (12.00)
มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำปานกลาง	15 (7.50)	16 (8.00)
มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอย่างมาก	14 (7.00)	9 (4.50)
ทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำไม่ได้	3 (1.50)	2 (1.00)
อาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายตัว		
ไม่มีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายตัว	115 (57.50)	136 (68.00)
มีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายตัวเล็กน้อย	37 (18.50)	29 (14.50)
มีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายตัวปานกลาง	32 (16.00)	27 (13.50)
มีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายตัวอย่างมาก	12 (6.00)	7 (3.5)
มีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายตัวอย่างมากที่สุด	4 (2.00)	1 (0.50)

ตารางที่ 4 (ต่อ) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา (n=200)

คะแนน EQ-5D-5L	ก่อนเริ่มการรักษา n = 200 (%)	หลังรับการรักษา n = 200 (%)
ความกังวลหรือความซึมเศร้า		
ไม่รู้สึกรู้สึกกังวลหรือซึมเศร้า	154 (77.00)	166 (83.00)
รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย	39 (19.50)	31 (15.50)
รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง	5 (2.50)	3 (1.50)
รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก	2 (1.00)	0 (0.00)
รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมากที่สุด	0 (0.00)	0 (0.00)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามเครื่องมือ EuroQol อรรถประโยชน์ของ EQ-5D-5L และ VAS ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา (n=200)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value ^a
	ก่อนการรักษา	หลังการรักษา	
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 มิติ	0.80 ± 0.19	0.86 ± 0.16	< 0.05
สภาวะสุขภาพทางตรง (VAS)	81.05 ± 16.54	88.19 ± 9.53	< 0.05

^a Paired sample t-test

การอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของน้ำมันกัญชาสูตร อ. เดชา ต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอก ณ คลินิกทางกระดูก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ในครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ด้านคุณภาพการนอนหลับ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน มีภาวะการนอนไม่หลับดีขึ้นหลังใช้น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา ติดต่อกัน 3 เดือน จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 81.50 มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับเฉลี่ยเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 14.07 ± 1.87 คะแนน เป็น 7.35 ± 1.90 คะแนนตามลำดับ โดย 3 องค์ประกอบที่มีคะแนนเฉลี่ยลดลงมากที่สุดได้แก่ 1) องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาดังแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 2) องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาของการนอนหลับ และ 3) องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการใช้น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา ติดต่อกัน 3 เดือน สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง

มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น ทั้งนี้อาจจะเป็นผลมาจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสารสำคัญในช่อดอกัญชาของน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา ที่มีฤทธิ์ช่วยให้นอนหลับ ได้แก่ สารทีเอชซีทีที่มีฤทธิ์ช่วยผ่อนคลายและระงับประสาทในกัญชา^(7,8)

ด้านคุณภาพชีวิต 5 มิติและภาวะสุขภาพผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา เท่ากับ 0.80 ± 0.19 และ 81.05 ± 16.54 คะแนนตามลำดับ หลังใช้น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา ต่อเนื่อง 3 เดือน คะแนนคุณภาพชีวิต 5 มิติและภาวะสุขภาพเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.86 ± 0.16 และ 88.19 ± 9.53 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้คะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่างหลังใช้น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างสามารถนอนหลับได้ดีขึ้นจึงทำให้รู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า รู้สึกได้ว่าตนเองพักผ่อนได้อย่างเต็มที่และพร้อมที่จะทำงานหรือดำเนินชีวิตต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศศิพงศ์ ทิพย์รัชดาพร และคณะ⁽⁹⁾ และการศึกษาของณัชชา เต็งเดิมวงศ์⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าตำรับยาสุขไสยาสน์ที่มีส่วนประกอบของกัญชาสามารถทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะนอนไม่หลับมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นตามลำดับ และการศึกษาของสนธยา มณีนรัตน์ และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าคุณภาพชีวิตที่แย่งสัมพันธ์กับการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพซึ่งส่งผลทำให้เกิดอาการทางกายเช่น ปวดศีรษะ วิงเวียนและยังเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า

ข้อสรุป

น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา ปริมาณสารสำคัญ สารทีเอชซีทีเท่ากับ 2 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร รับประทานครั้งละ 3 หยด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน ต่อเนื่องกัน 3 เดือนสามารถรักษาภาวะนอนหลับไม่ดีของกลุ่มตัวอย่างได้ดี โดยประเมินจากคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับที่ดี คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 มิติและสภาวะสุขภาพทางตรงที่ดีขึ้น ซึ่งน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา อาจจะเป็นทางเลือกใหม่สำหรับใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันที่ใช้รักษาอาการนอนหลับได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประโยชน์ของนโยบายการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการเพิ่มความมั่นคงด้านยาสมุนไพรแผนไทยของประเทศในอนาคต

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนแบบย้อนหลัง จึงทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถที่จะควบคุมตัวแปรหรือปัจจัยกวนอื่นๆ ที่อาจจะส่งผลต่อผลลัพธ์การวิจัยในครั้งนี้ได้ รวมทั้งการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง ซึ่งอาจจะทำให้ไม่สามารถตัดสินใจได้แน่ชัดว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะการนอนหลับที่ดีขึ้น เป็นผลจากการใช้น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา หรือเป็นผลทางด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง (Placebo effect) ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งหน้าว่าควรทำการศึกษเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้ตำรับน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา กับยาหลอกในผู้ป่วยที่มีภาวะนอนไม่หลับต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Kryger M, Roth T, Dement WC. Principles and practice of sleep medicine. 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2016.
2. จิรวัดน์ วัฒนปัญญาเวช. การจัดการปัญหาการนอนแบบไม่ใช่นอนเพื่อคุณภาพการนอนที่ดี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;4(1):205-15.
3. Ban DJ, Lee TJ. Sleep duration, subjective sleep disturbances and associated factors among university students in Korea. J Korean Med Sci. 2001;16(4):475-480. doi:10.3346/jkms.2001.16.4.475
4. Duffy JF, Zitting KM, Chinoy ED. Aging and Circadian Rhythms. Sleep Med Clin. 2015;10(4):423-434. doi:10.1016/j.jsmc.2015.08.002
5. Rodriguez JC, Dzierzewski JM, Alessi CA. Sleep problems in the elderly. Med Clin North Am. 2015;99(2):431-439. doi:10.1016/j.mcna.2014.11.013
6. Razali R, Ariffin J, Puteh SEW, Wahab S, Daud TIM. Sleep quality and psychosocial correlates among elderly attendees of an urban primary care centre in Malaysia. Neurology Asia. 2016;21(3):265-73.
7. Sonavane GS, Sarveiya VP, Kasture VS, Kasture SB. Anxiogenic activity of Myristica fragrans seeds. Pharmacol Biochem Behav. 2002;71(1-2):239-244. doi:10.1016/s0091-3057(01)00660-8
8. Wade DT, Makela P, Robson P, House H, Bateman C. Do cannabis-based medicinal extracts have general or specific effects on symptoms in multiple sclerosis? A double-blind, randomized, placebo-controlled study on 160 patients. Mult Scler. 2004;10(4):434-441. doi:10.1191/1352458504ms1082oa
9. ศศิพงศ์ ทิพย์รัชดาพรและคณะ. ประโยชน์และความปลอดภัยของตำรับยาสุขไสยาสน์ในผู้ป่วยที่มีภาว่นอนไม่หลับ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2564;19(2):317-30.
10. ณัฏชา เต็งเต็มวงศ์. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของตำรับยาสุขไสยาสน์ในโรคนอนไม่หลับเรื้อรัง : การศึกษาย้อนหลังเบื้องต้นในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2564;19(2):331-43.
11. สนธยา มณีรัตน์และคณะ. คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยรบกวน วิธีการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับและความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยรบกวนของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร. วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต. 2564;11(4):10-24.

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) เพื่อส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 (ปรับปรุง 10 กรกฎาคม 2565)

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 เป็นวารสารในระบบการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index) โดยได้รับการประเมินให้อยู่ใน TCI Tier 2 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2567 วารสารฯ เผยแพร่งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข การพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ **ทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความอย่างน้อย 3 ท่าน** เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน วารสารฯ จึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

วารสารฯ รับบทความ 2 ประเภท ได้แก่ บทความวิจัย และบทความวิชาการ

บทความวิจัย (Research Article) หรือต้นฉบับดั้งเดิม (Original Article) คือบทความที่รายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยอย่างเป็นระบบและถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัย หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาและดำเนินการในมนุษย์ ควรต้องผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Research Ethical Committee: EC หรือ Institutional Review Board: IRB) จากสถาบันที่มีมาตรฐาน

บทความวิจัยควรพิมพ์ในโปรแกรม MS Word (ไม่รับบทความที่เป็นรูปแบบ PDF) ตั้งระยะขอบทั้ง 4 ด้าน 1 นิ้ว (2.54 ซม.) พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด ใช้ตัวอักษร Th Sarabun PSK ขนาด Font ตามที่แนะนำในแบบฟอร์ม (หน้าถัดไป) เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ และบทความโดยรวมมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า **บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 3 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความทบทวน หรือบทความวิชาการ (Review/Academic Article) เป็นบทความจากการทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่มีความสำคัญ มีส่วนเพิ่มเติมจากองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิม เป็นประเด็นค้นพบใหม่ มีการถ่ายทอดประสบการณ์ หรือมีนวัตกรรมที่น่าสนใจ บทความวิจัยควรพิมพ์ในโปรแกรม MS Word (ไม่รับบทความที่เป็นรูปแบบ PDF) ตั้งระยะขอบทั้ง 4 ด้าน 1 นิ้ว (2.54 ซม.) พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด ใช้ตัวอักษร Th Sarabun PSK ขนาด Font ตามที่แนะนำในแบบฟอร์ม (หน้าถัดไป) เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ และบทความโดยรวมมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า **บทความทบทวน และบทความวิชาการต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 3 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

ชื่อบทความภาษาไทย

Th Sarabun PSK Bold Font 18

Th Sarabun Bold Font 16

ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-1*, ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-2**, ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-3***

Th Sarabun Bold Font 16

บทคัดย่อ

Th Sarabun Normal Font 16

เนื้อหาในบทคัดย่อ (มีจำนวนคำไม่เกิน 300 คำ)

Th Sarabun Bold Font 16

Th Sarabun Normal Font 16

คำสำคัญ : คำสำคัญ-1; คำสำคัญ-2; คำสำคัญ-3

Th Sarabun Normal Font 14

* ข้อมูลผู้เขียน-1 เช่น ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ฯลฯ ที่ต้องการให้แสดงในบทความ และ Email

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

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

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ

Th Sarabun PSK Bold Font 18

Th Sarabun Bold Font 16

ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-1*, ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-2**, ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-3***

Th Sarabun Bold Font 16

Abstract

Th Sarabun Normal Font 16

เนื้อหาในบทคัดย่อ (มีจำนวนคำไม่เกิน 300 คำ)

Th Sarabun Bold Font 16

Th Sarabun Normal Font 16

Keywords : Keyword-1; Keyword -2; Keyword -3

Th Sarabun Normal Font 14

* Author-1's Profile

** Author-2's Profile

*** Author-3's Profile

หากไม่แน่ใจเว้นส่วนนี้ว่างได้

ส่วนประกอบของเนื้อหาในบทความวิจัย

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย

บทคัดย่อ

คำสำคัญ

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ

Abstract

Keywords

(หัวข้อพิมพ์ด้วย ThSarabunPSK Bold Font16; เนื้อหาพิมพ์ด้วย ThSarabunPSK Normal Font16)

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

คำถามการวิจัย (ถ้ามี)

สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ผลการวิจัย (นำเสนอเป็นประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย) หากนำเสนอด้วยตาราง/แผนภูมิ ต้องมี

ข้อความบรรยายเพื่ออธิบายตาราง/แผนภูมิด้วย)

การอภิปรายผล(อภิปรายเป็นประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัยและผลการวิจัย)

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ (ระบุเป็นข้อ)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย (ระบุเป็นข้อ)

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

เอกสารอ้างอิง (อ้างอิงในรูปแบบ Vancouver Style เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ)

ส่วนประกอบของเนื้อหาในบทความวิชาการ หรือบทความทบทวน

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย

บทคัดย่อ

คำสำคัญ

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ

Abstract

Keywords

(หัวข้อพิมพ์ด้วย ThSarabunPSK Bold Font16; เนื้อหาพิมพ์ด้วย ThSarabunPSK Normal Font16)

บทความวิชาการ/ทบทวนไม่มีรูปแบบที่ตายตัว แต่บทความต้องนำเสนอประเด็นใหม่ที่ไม่เคยมีการนำเสนอในที่ใดมาก่อน บทความวิชาการ/ทบทวน ไม่ใช้การทบทวนวรรณกรรม แต่ต้องนำเสนอแนวคิด การวิพากษ์ หรือการวิจารณ์ของผู้เขียน โดยอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

หัวข้อแนะนำของบทความวิชาการ/ทบทวน

ความเป็นมาและความสำคัญของประเด็นและแนวคิดที่นำเสนอ

การศึกษาเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นนำเสนอประเด็นที่ 1 (มีความชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสม)

ประเด็นนำเสนอประเด็นที่ 2 (มีความชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสม)

ประเด็นนำเสนอประเด็นที่ 3 (มีความชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสม)

การอภิปรายหรือการวิพากษ์ (ตามความเหมาะสม)

การนำประเด็นที่นำเสนอไปใช้ในการปฏิบัติ/การวิจัย (ตามความเหมาะสม)

สรุป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

เอกสารอ้างอิง (อ้างอิงในรูปแบบ Vancouver Style เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ)

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์มี 2 แบบ คือการอ้างอิงในเนื้อหา และการอ้างอิงท้ายเล่ม
การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ด้วย” ตัวอย่างเช่น ⁽¹⁾
2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย
3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง
4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศานุภาค (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น ⁽¹⁻³⁾ แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น ^(4,6,10)

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้กำหนดไว้ภายในวงเล็บที่ได้อ้างถึงในเนื้อหาของปริยญาณิพนธ์ โดยไม่ต้องแยกภาษาและประเภทของเอกสารอ้างอิง
2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า ลักษณะการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ดังนี้

****หมายเหตุ:** เครื่องหมาย / ต่อไปนี้ แทนการเว้นวรรค 1 ระยะ

บทความวารสาร

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อย่อของวารสารต่างประเทศ(ถ้าเป็นวารสารภาษาไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม)/ปีที่ตีพิมพ์/เล่มที่พิมพ์(ฉบับที่พิมพ์):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. พิเชฐ สัมปทานกุล, นิพนธ์ อุดมสันติสุข, รสสุคนธ์ ศรีพัฒน์. วิธีการเพาะเชื้อแบบง่ายเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อไมโครแบคทีเรียของต่อมน้ำเหลืองในการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กทางเซลล์วิทยา; การประเมินคุณค่าและการใช้งาน. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2539;40(5):383-91.

¹ ทิพวรรณ สุขรวัย. การเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต] 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20citation3.pdf>

2. Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocious IRBP gene expression during mouse development. Invest Ophthalmol Vis Sci 1994;35:1083-8.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์./ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

3. พนิชา อิ่มสมบูรณ์, บรรณาธิการ. ไมเกรน รักษาได้โดยไม่ใช้ยา. กรุงเทพฯ: เนชั่นบุ๊คส์; 2556.
4. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริญญา
นิพนธ์หรือสารนิพนธ์ ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่

ตัวอย่าง

5. พงษ์พัฒน์ เวชสิทธิ์. การศึกษาโปรตีนจากพิษงูแมวเซาที่มีผลต่อการทำงานของไตในหนูขาว [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเคมีชีวภาพ]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2542.
6. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [Dissertation Ph.D. Medicine]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย
เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุง หรือลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ การเขียนอ้างอิงให้เขียนดังนี้

7. อุษณีย์ อนุกุล. Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus ที่สัมพันธ์กับชุมชนและปศุสัตว์: ภัยเงียบของการสาธารณสุขไทย. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2557 มกราคม 23];46(3):[หน้า 187-206]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.ams.cmu.ac.th/journal/images/stories/journal/201309vol3/20130901.pdf>
8. LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [serial online]. 1995[cited 2000 Aug 5];310:1387-90. Available from:
<http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.html>

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

มีขั้นตอนดังนี้

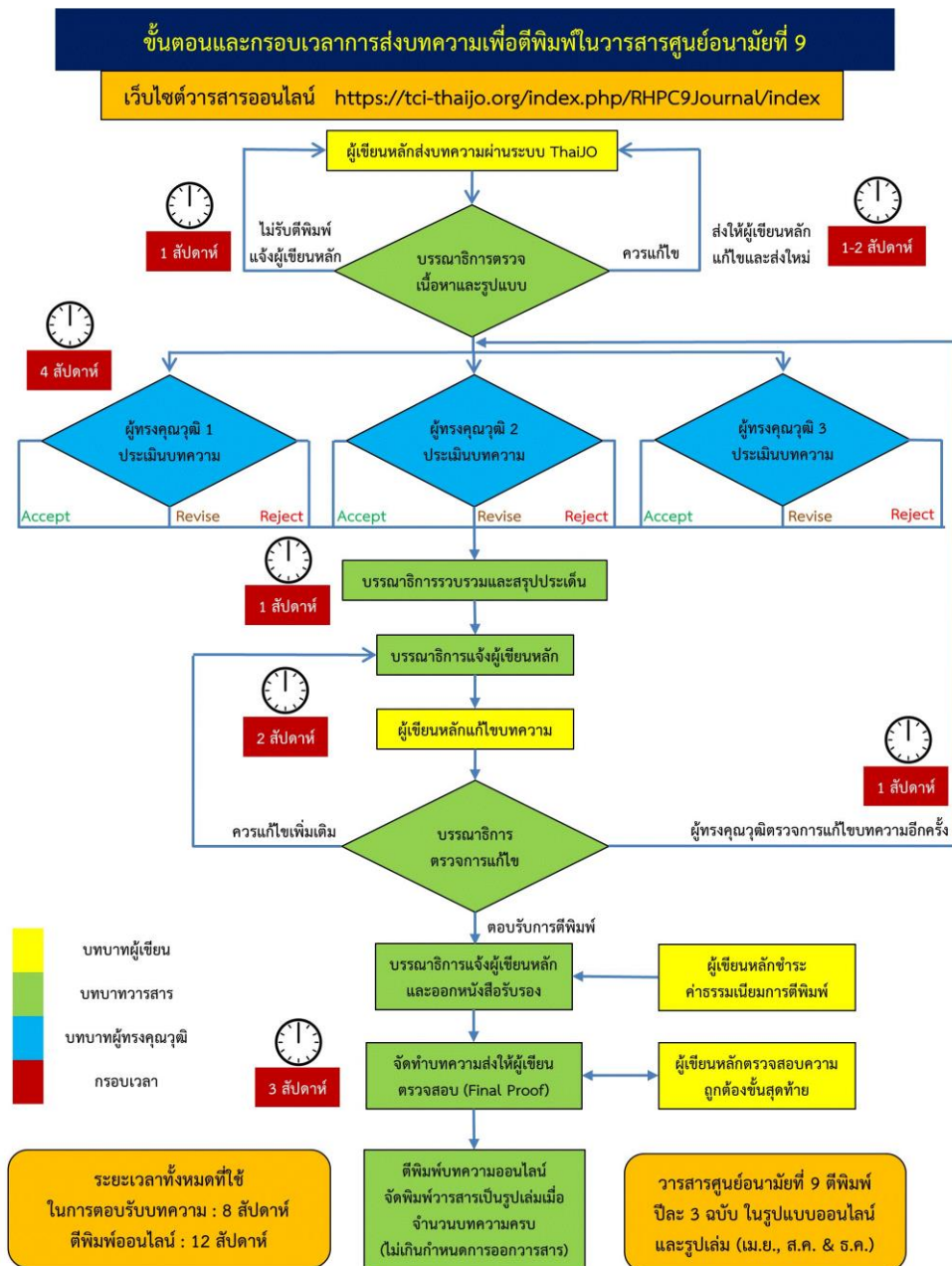
ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
1	ผู้เขียนเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด	ผู้เขียน	N/A
2	ผู้เขียนส่งบทความ (รูปแบบ MS Word เท่านั้น) พร้อมหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ (สแกน) และสแกนหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (กรณีบทความวิจัย) ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ในเว็บไซต์วารสาร	ผู้เขียน	N/A
3	บรรณาธิการตรวจสอบเนื้อหาว่ามีคุณภาพและรูปแบบว่าถูกต้องหรือไม่ หากผ่านการประเมินเบื้องต้น บรรณาธิการตอบรับและนำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมิน หากไม่ผ่าน บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนให้มีการปรับปรุง หรือปฏิเสธการรับพิจารณาหากบทความมีคุณภาพต่ำมาก หรือไม่ตรงประเด็นการเผยแพร่ของวารสารฯ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
4	บรรณาธิการส่งบทความที่ผ่านการประเมินในเบื้องต้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) ประเมินและให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความอย่างน้อยบทความละ 3 ท่าน ผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้กระบวนการประเมินแบบปกปิดทั้งสองฝั่ง (Double-Blinded Review)	บรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	3 สัปดาห์
5	บรรณาธิการรับคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับ ตรวจสอบคำแนะนำ และสรุปประเด็นที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
6	บรรณาธิการส่งคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับให้ผู้เขียนผ่านระบบ ThaiJO โดยให้เวลาในการแก้ไข/ปรับปรุงคุณภาพงานเขียน 1-2 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
7	ผู้เขียนส่งงานที่แก้ไขแล้วกลับมาที่วารสารฯ ผ่านระบบ ThaiJO	ผู้เขียน	N/A

N/A = Not Applicable

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
8	บรรณาธิการตรวจสอบการแก้ไขเบื้องต้นเปรียบเทียบกับคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยดำเนินการต่อใน 3 รูปแบบขึ้นอยู่กับคุณภาพการแก้ไข และคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
8.1	บรรณาธิการตอบรับการตีพิมพ์บทความ กรณี-ผู้ทรงคุณวุฒิมอบหมายให้บรรณาธิการพิจารณาต่อและบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นแล้ว (ไปลำดับที่ 9)	บรรณาธิการ	N/A
8.2	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง กรณี-ผู้ทรงคุณวุฒิขอประเมินบทความซ้ำอีกครั้งและบรรณาธิการตรวจสอบแล้วว่าบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นตามที่คุณวุฒิแนะนำมาแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
	ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความที่ได้รับการแก้ไขและส่งผลการประเมินมาที่บรรณาธิการเพื่อดำเนินการต่อไป	ผู้ทรงคุณวุฒิ	1-2 สัปดาห์
8.3	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเพิ่มเติม กรณี-ผู้เขียนแก้ไขบทความไม่ครบถ้วนตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ หรือบรรณาธิการพิจารณาแล้วเห็นว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้คุณภาพของบทความดีขึ้น		
	ผู้เขียนแก้ไขบทความตามคำแนะนำ	ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
9	ผู้เขียนโอนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในวารสารจำนวน 3,500 บาท สำหรับบทความภาษาไทย และจำนวน 5,000 บาท สำหรับบทความภาษาอังกฤษ มาที่บัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ธนากรกรงไทย สาขานครราชสีมา เลขที่บัญชี 301-0-04317-1 และส่งสำเนาสลิปการโอนเงินทาง Email ของบรรณาธิการ	ผู้เขียน	N/A
10	ฝ่ายจัดการของวารสารฯ ออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 และใบเสร็จรับเงิน จัดส่งให้ผู้เขียนตามที่อยู่ที่ผู้เขียนให้ไว้	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
11	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรจัดทำต้นฉบับให้ บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง	ฝ่ายออกแบบ และพิสูจน์ อักษร และ บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
12	บรรณาธิการส่งบทความฉบับพร้อมตีพิมพ์ให้ผู้เขียน ตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตีพิมพ์ออนไลน์	บรรณาธิการ และผู้เขียน	1-2 วัน
13	บรรณาธิการตีพิมพ์บทความออนไลน์ที่เว็บไซต์ของวารสาร และแจ้งให้ผู้เขียนทราบ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
14	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรรวบรวมบทความที่ตีพิมพ์ใน ฉบับที่มีกำหนดออกวารสารเป็นรูปเล่ม ส่งให้บรรณาธิการ ตรวจสอบความถูกต้องและเขียนบทบรรณาธิการ ในช่วง เวลาที่สอดคล้องกับกำหนดออกวารสาร ดังนี้ - ฉบับเดือน ม.ค.-เม.ย. ดำเนินการไม่เกินปลายเดือน มี.ค. - ฉบับเดือน พ.ค.-ส.ค. ดำเนินการไม่เกินปลายเดือน ก.ค. - ฉบับเดือน ก.ย.-ธ.ค. ดำเนินการไม่เกินปลายเดือน พ.ย.	ฝ่ายออกแบบ และพิสูจน์ อักษร และ บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
15	จัดพิมพ์วารสารเป็นรูปเล่ม	โรงพิมพ์	1-2 สัปดาห์
16	ฝ่ายจัดการจัดส่งวารสารที่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้ผู้เขียน	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน
บรรณาธิการ คณะผู้จัดทำ และศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
ผู้เขียนมีความรับผิดชอบบทความของตนเอง
กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขข้อความ
ให้ถูกต้องตามหลักภาษาและมีความเหมาะสม



หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ.....E-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความวิจัย/วิชาการเรื่อง.....

เผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงานในระบบ ThaiJO ทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/index> เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ ไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ และยินยติปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาทสำหรับบทความภาษาไทย และบทความละ 5,000 บาทสำหรับบทความภาษาอังกฤษ (โดยโอนเข้าบัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หมายเลขบัญชี 301-0-04317-1 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารแล้ว)

.....

(.....)

ผู้ส่งบทความ (ผู้พิมพ์หลัก)

...../...../.....

หมายเหตุ สแกนหรือถ่ายรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน และส่งหนังสือรับรองฉบับจริงมาที่
บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

177 หมู่ 6 ต.โคกกรวด อ.เมือง

จ.นครราชสีมา 30280

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่

https://docs.google.com/document/d/1OeXmTOx0_uXCSMShnznA8uKpPxXwmV9o/edit?usp=sharing&oid=110564042903051624133&rtpof=true&sd=true

หนังสือรับรองการส่งบทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ หรือการศึกษาอิสระ เพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	
เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	
ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล อ.จรรยาที่ปรึกษา).....	
ที่อยู่ในการติดต่อ.....	
เบอร์โทรศัพท์/มือถือ.....E-mail.....	
ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความจากวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์/การศึกษาอิสระ เรื่อง.....	
.....	
โดย (ชื่อ-สกุลนักศึกษา).....	
สาขาวิชา.....มหาวิทยาลัย.....	
ที่อยู่ในการติดต่อ.....	
เบอร์โทรศัพท์/มือถือ.....E-mail.....	
แล้วว่าถูกต้องตามหลักวิชาการ และบทความนี้ไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ และ นักศึกษายินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่า การตีพิมพ์ในวารสารศูนย์ อนามัยที่ 9 มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาทสำหรับบทความภาษาไทย และ 5,000 บาทสำหรับ บทความภาษาอังกฤษ (โดยโอนเข้าบัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หมายเลขบัญชี 301-0-04317-1 เมื่อบทความได้รับการ แก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารแล้ว)	
.....	
(.....)	(.....)
นักศึกษา	อาจารย์ที่ปรึกษา
...../...../.....	/...../.....
หมายเหตุ สแกนหรือถ่ายรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน และส่งหนังสือรับรองฉบับจริงมาที่ บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา 177 หมู่ 6 ต.โคกกรวด อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30280	

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่

https://docs.google.com/document/d/1OeXmTOx0_uXCSMShnznA8uKpPxXwmV9o/edit?usp=sharing&oid=110564042903051624133&rtpof=true&sd=true