



วารสาร ศูนย์อนามัยที่ 9

วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ปีที่ 15 ฉบับที่ 38 กันยายน-ธันวาคม 2564 Volume 15 Number 38 September - December 2021

ISSN 2673-088X (Print)

ISSN 2697-3871 (Online)

บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนบ้านบก อำเภอวังสามสัก จังหวัดอุบลราชธานี
- การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
- การชี้แจงอันตรายและการจัดทำมาตรฐานความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษาสำหรับชุมชนทำเทียนพรรษาในจังหวัดอุบลราชธานี
- ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19
- พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามี
- ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงของตมดลูกกับการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในผู้คลอดครั้งแรกกำหนด
- การพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนตำบลค้อทอง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี
- ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อการทรงตัวและความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน
- พฤติกรรมและผลกระทบจากการติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น
- ความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล และพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี
- แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของบุคลากรในโรงพยาบาล
- Health Promoting Behaviors of COVID-19 Prevention among Village Health Volunteers at Uthai Thani Province, Thailand
- ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- บรรยายาต่อองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟันในเด็กวัยก่อนเรียน
- คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3

บทความวิชาการ

- บทบาทพยาบาลในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้
- ความหลากหลายทางวัฒนธรรมกับการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอด
- บทบาทพยาบาลในการป้องกัน ลด ละ เลิกบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น
- วิธีการรักษาผู้ป่วยภาวะวัยหมดประจำเดือนในมุมมองของแพทย์แผนจีน
- บทบาทพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด

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 เพชรมาก นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา นายแพทย์ไพรัชยุทธ สานกุล	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
บรรณาธิการ	ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	เภสัชกรหญิง ดร.ปยุตต์ศรี ศิริทรัพย์	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป้นตามวา ผศ.ดร.ศรัณญา จุฬารี ดร.สุภาพร วรรณสันทัด ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์ รัชนี บุญเรืองศรี ประดับ ศรีหมื่นไวย	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ฝ่ายจัดการ	กรรณิกา สุขสิงห์, นิตยา สาสวน, ศิริรัตน์ รัตนสมบุรณ์, สุจิตา เกตุพุดชา, อรรควรวรรณ สินธุบัว, กรรณิการ์ จันทร์ส่อง และ อริสรา หวังมวนกลาง	
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	

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

Regional Health Promotion Center 9 Journal

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

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers) บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปี 2562-2564

ผู้ทรงคุณวุฒิภายในหน่วยงาน

ทพญ.กัณทิมา เหมพรหมราช
ทพญ.ณมน เพ็ชรนิล

รองผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกหน่วยงาน

นพ.นิธิรัตน์ บุญตานนท์
อ.รัชนี้ บุญเรืองศรี
ทพญ.วรมณ อัครสุต
ทพญ.จุฑามาศ เทพไชย
ทพ.วิภัทรพงษ์ บำรุงศิริ
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์
ดร.สมร นุ่มผ่อง
รศ.ดร.นวรรตน์ สุวรรณผ่อง
รศ.ภก.ดร.พุดพิงค์ สัตยวงศ์ทิพย์
รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนาะ
รศ.ดร.ทองทิพย์ สลະวงษ์ลักษณ์
ผศ.ดร.จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ
ผศ.ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง
ผศ.ดร.ทิวากรณ์ ราชูธร
อ.ดร.พัชรี ศรีฤๅตา
อ.ปิ่นรดา ฐานะปัตโต
อ.ฐิติมา โพธิ์ชัย
อ.ดร.รชานนท์ ง่วนใจรัก
ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป็นตามวา

ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
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
สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

Regional Health Promotion Center 9 Journal

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

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers) บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปี 2562-2564

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกหน่วยงาน

รศ.ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.วันทนา ถิ่นกาญจน์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.วรรณวดี เนียมสกุล	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ศรีัญญา จุฬารี่	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.ณัฐจิตา เพชรประไพ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.ธนภรณ์ สีสรี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.กชกร เพี้ยชัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.จินตนา ตาปิน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ภรณ์ อนุสนธิ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.รวีวรรณ พงศ์พัฒน์พัชร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
พ.ต. หญิง ดร. ปิยะ วาณะทินภัทร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.เบญจพร สุขประเสริฐ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ณัฐจิรา วินิจนัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.บัณฑิตา นฤมานเดชะ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ลักขณา ไชยนอก	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ประกาย จิโรจน์กุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
อ.ดร.กิตติภูมิ ภัยไธ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.ดร.กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
อ.ดร.ปิยธิดา จุลละปีย์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

Regional Health Promotion Center 9 Journal

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

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers) บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปี 2562-2564

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกหน่วยงาน

อ.ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
อ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
อ.ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
อ.ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
อ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ดร.ปรารถิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ดร.วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
อ.วาสนา หลวงพิทักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
อ.ดร.กิริติ กิจธีระวุฒิวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
อ.ดร.ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
ผศ.ธนวัฒน์ ธิติธนานันท์	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.วันวิสาข์ โชรัมย์ย์	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
อ.พจ.ศิริประภา วีรพัฒนานนท์	สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
อ.พจ.พีรพันธ์ พัฒนมงคล	สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
อ.พจ.วีรชัย สุทธิธารวัช	คณะกรรมการแพทย์จีน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
อ.พจ.บุญยภัสร ศรีธีราธิกุล	หลักสูตรการแพทย์แผนจีนบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา

บทความทุกบทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9
ต้องผ่านการตรวจประเมินคุณภาพ จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewer) อย่างน้อย 3 ท่าน
ในรูปแบบ Double-Blinded Review

บทบรรณาธิการ Editorial

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ฉบับนี้ เป็นฉบับครบรอบปีที่ 15 ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา วารสารมีพัฒนาการมาโดยลำดับ ตั้งแต่ฉบับปฐมฤกษ์ ในปี 2550 จนถึงฉบับที่ 38 ในปัจจุบัน พัฒนาการที่เห็นเด่นชัด เป็นการเริ่มตีพิมพ์บทความวารสารในฐานข้อมูล Thai Journal Online ควบคู่ไปกับการตีพิมพ์วารสารในรูปแบบเล่ม ในปีต้นปี 2562 และวารสารได้รับการประเมินเข้าสู่ฐานข้อมูล Thailand Citation Index (TCI) ในฐานที่ 2 (Tier 2) ต้นปี 2563 ทีมบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิมีส่วนช่วยให้บทความในวารสารมีคุณภาพ ทั้งบทความวิจัย (นิพนธ์ต้นฉบับ) และบทความวิชาการ (บทความทบทวน) โดยกระบวนการประเมินคุณภาพแบบปกปิดสองทาง (Double-blinded peer-review process) กองบรรณาธิการและทีมบริหารจัดการปรับปรุงกระบวนการให้กระชับ ใช้เวลาสั้นลงในการประสานงานติดต่อ ช่วยให้ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่รับบทความ (Submission) จนถึงการพิจารณาตอบรับตีพิมพ์บทความในวารสาร (Acceptance acknowledgement) ใช้เวลาไม่เกิน 60 วัน ในปี 2564 วารสารปรับปรุงแบบการตีพิมพ์ออนไลน์ให้รวดเร็วยิ่งขึ้น โดยตีพิมพ์หลังการตอบรับไม่เกิน 3 สัปดาห์ (บางบทความอาจใช้เวลานานกว่านั้น ขึ้นอยู่กับภาระงานของบรรณาธิการและจำนวนบทความที่ได้รับการตอบรับในขณะนั้น) โดยไม่ต้องรอการตีพิมพ์ตามรอบในเดือนที่ออกวารสาร เริ่มต้นในไตรมาสที่ 4 ของปี 2565 วารสารเริ่มใช้ระบบผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ 3 ท่าน เพื่อพัฒนาคุณภาพของบทความให้ดียิ่งขึ้น โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฯ จะเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีคุณภาพ และมีคุณประโยชน์ต่อวงการสาธารณสุข และเป็นส่วนหนึ่งในการอำนวยความสะดวกให้กับนักวิชาการ นักวิจัย และนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ได้มีแหล่งเผยแพร่ที่มีคุณภาพ และมีขั้นตอนการดำเนินงานที่กระชับและชัดเจน สามารถวางแผนการเผยแพร่ได้ตรงกับการใช้งาน ในปี 2565 เป็นต้นไป วารสารจะปรับเลขฉบับที่ (Volume) จากการนับต่อเนื่องตั้งแต่ฉบับแรก มาเป็นการนับ 1-2-3 เป็นปีต่อไป ตามหลักสากล ดังนั้น วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 16 จะมีสามฉบับ คือ ฉบับที่ 1 (ม.ค.-เม.ย. 65) ฉบับที่ 2 (พ.ค.-ส.ค. 65) และฉบับที่ 3 (ก.ย.-ธ.ค. 65) หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารจะได้มีโอกาสได้รับใช้ทั้งผู้เขียนและผู้อ่านและหากมีข้อเสนอแนะ ดิชมประการใดสามารถติดต่อบรรณาธิการได้โดยตรงทาง Email ที่ DoctorSinsakchon@gmail.com

ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี
บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
ข้อมูลวารสาร	ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers)	ข
บทบรรณาธิการ	จ
บทความวิจัย	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์	399
Factors Affecting Safety Behaviors for Preventing Novel Coronavirus-2019 Infection among Personnel in Buriram Hospital	
ชุติมา ดีสวัสดิ์, พรทิพย์ กิระพงษ์, นิตยา เพ็ญศิริินภา	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนบ้านบก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี	414
Factors Associated with Safety Behavior in The Prevention of Fire In the Ban Bok Household Muang Sam Sip District, Ubon Ratchathani Province	
ชัยกฤต ยกพลชนชัย, ญาณิฐา แพงประโคน, จารุพร ดวงศรี	
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	428
Perceived Behavioral Control and Food Consumption Behaviors Among Older Persons with Uncontrolled Diabetes	
วินัฐ ดวงแสนจันทร์, ตะวัน แสงสุวรรณ, พุทธิพงษ์ พลคำฮัก	
การชี้บ่งอันตรายและการจัดทำมาตรฐานความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษาสำหรับชุมชนทำเทียนพรรษาในจังหวัดอุบลราชธานี	443
Identify Hazards and Preparation of the Safety Standards Operation Procedure for the Making of Buddhist Lent Candle in Communities, Ubon Ratchathani Province	
ญาณิฐา แพงประโคน, จารุพร ดวงศรี, คมสันต์ ธงชัย, รัชนิ จูมจี, ชัยกฤต ยกพลชนชัย	
ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19	469
Stress and Factors Associated with Operational Stress of Khan Dong Hospital Personnel, Buriram Province in the Covid-19 Pandemic Situation	
จารุวรรณ ประภาสอน	

สารบัญ

	หน้า
พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามี	484
Primary Prevention Behavior for Cervical Cancer among Husbands สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, นิชนันท์ สุวรรณภูมิ, อมรรัตน์ นระสนธิ์	
ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงยอดมดลูกกับการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ ในผู้คลอดครรภ์ครบกำหนด	497
Correlations between Fundal Height Measurement and Estimated Fetal Weight in Term Deliveries สุริพร ศรีโพธิ์อุ่น, ราตรี พลเยี่ยม, ลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัย	
การพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนตำบลค้อทอง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี	508
The Development of Water Accident Prevention and Control Measures at Community Level, Kho Thong Subdistrict, Khueang Nai District, Ubon Ratchathani Province จารุพร ดวงศรี, ญาณฐา แพงประโคน, มณฑิชา รักศิลป์, รัชณี จุมจี, ชัยกฤต ยกพลชนชัย, วาสนา สำเร็จ	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี	528
Factors Influencing Depression among High School Students in Pathum Thani Province รัตนา มาฆะสวัสดิ์	
ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อการทรงตัวและความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน	541
Effects of Exercise Programs on Balance and Fear of Falling among Elderly in the Community จุฑาทิพย์ รอดสูงเนิน	

สารบัญ

	หน้า
พฤติกรรมและผลกระทบจากการติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น	561
Game Addiction Behavior and Impacts of Game Addiction in Secondary and High School Students in Khon Kaen Municipality กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร, เอมอร บุตรอุดม, ทิพย์รัตน์ อุดมเมืองเพีย, สุกัญญา รักศรี, ภาสินี โทอินทร์, ทรงสุดา หมั่นไธสง	
ความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล และพัฒนาการด้านภาษาของ เด็กอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี	574
Knowledge and Language Development Promoting Behaviors of Caregivers and Language Development for 2-5-Year-Old Children at Child Development Centers in Subdistrict Municipality, Udon Thani Province ชรินทร์พร มะชะรา, พรทิพย์ กกฝ่าย, สุกัญญา ขารสินธุ์, สังคม ศุภรัตน์กุล, ดวงพร แสงสุวรรณ	
แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน ของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์	588
Motivation and Administrative Factors Affecting the Standard Infection Control of Dental Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals in Buriram Province นวพร รัตนจริยา, ชนะพล ศรีฤๅชา	
ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของบุคลากรในโรงพยาบาล	632
Effectiveness of Program to Improve Self-Care Behaviors to Prevent Colon and Rectal Cancer of Hospital Personnel สุทธิมาศ สุขอัมพร, วลัยนารี พรหมลา	
Health Promoting Behaviors of COVID-19 Prevention among Village Health Volunteers at Uthai Thani Province, Thailand	645
Chunika Jamjumrus	

สารบัญ

	หน้า
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า Factors Related with Medication Adherence in Patients with Depression อาภรณ์ ศรีชัย, ทิวาพร พู่เฟื่อง, พิมพ์มาดา พชรปรกรณ์ศิลป์	671
บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพ ผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ Organizational Climate and Organizational Support Affecting the Performance of Service Quality Criteria of Public Health Personnel at Sub-district Health Promotion Hospitals in Buriram Province นิชาภา หลังแก้ว, ชนะพล ศรีฤๅชา	685
ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟันในเด็กวัยก่อนเรียน Effectiveness of Brushing Skill Promotion Program for Pre-School Children สฤๅญญา ฆารสินธุ์, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, สายฝน จันทร์หอม	705
คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ ไตรมาสที่ 3 Sleep Quality and Factors Associated with Sleep Quality in the Third Trimester of Pregnant Women อรนิต นิคม, ศิริวรรณ บุตรหิน	719
บทความวิชาการ	
บทบาทพยาบาลในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลได้ Nurse's Roles in Delaying the Progression of Diabetic Nephropathy in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus วรรณวิษา สำราญเนตร, นิตยา กออิสรานภาพ, วลัยนารี พรหมลา	456
ความหลากหลายทางวัฒนธรรมกับการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอด Multi-culture for Postpartum Maternal Care สุพรรณษา จิตรสม, บานเย็น แสนเรียน	605

สารบัญ

	หน้า
บทบาทพยาบาลในการป้องกัน ลด ละ เลิกบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น	619
Nurse's Role in Prevention and Cessation of Electronic Cigarette Smoking in Adolescents	
กิตติพงษ์ เรือนเพชร, ปณณทัต บนขุนทด, ถาวรีย แสงงาม, ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ, ศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์	
วิธีการรักษาผู้ป่วยภาวะวัยหมดประจำเดือนในมุมมองของแพทย์แผนจีน	659
Treatments of Perimenopausal Syndrome from Traditional Chinese Medicine Point of View	
ศิริพร พจน์พาณิพงษ์, ศญาดา ด้านไทยวัฒนา, ณัฐธิดา สิริโยธิน	
บทบาทพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	732
Role of Psychiatric Nurses in Therapeutic Relationship Building	
สมรทิพย์ วิภาวนิช	
ภาคผนวก	
คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines)	a
หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)	c
การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9	e
ขั้นตอนและกรอบเวลาการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	H
หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ – บทความทั่วไป	I
หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ – บทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ และการศึกษาอิสระ	j

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์

ชุติมา ดีสวัสดิ์ วท.ม.^{*a}, พรทิพย์ กิระพงษ์ วท.ม.^{**}, นิตยา เพ็ญศิริินภา ส.ค.^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคลและบรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อ (2) พฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อ และ (3) อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและบรรยากาศความปลอดภัยต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์

ประชากรคือบุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 2,384 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 388 คนได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิตามกลุ่มการให้บริการ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ที่มีค่าความเที่ยงด้านบรรยากาศความปลอดภัย และพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อ เท่ากับ 0.93 และ 0.84 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า (1) บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 39.04 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 68.7 เป็นพยาบาล ร้อยละ 36.1 ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมากกว่าร้อยละ 60 มีประสบการณ์ทำงานโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.65 ปี ไม่มีประสบการณ์ทำงานควบคุมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร้อยละ 60.6 และหน่วยงานมีบรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูง (2) บุคลากรมีพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูง และ (3) บรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อ และประสบการณ์การทำงานมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงตามลำดับคือ บรรยากาศความปลอดภัยและประสบการณ์การทำงานควบคุมป้องกันการติดเชื้อ ($\beta=0.67$ และ 0.11) โดยสามารถร่วมกันอธิบายได้ร้อยละ 46.9 ($R^2=46.9$)

คำสำคัญ: บรรยากาศความปลอดภัย; พฤติกรรมความปลอดภัย; การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019;
บุคลากรโรงพยาบาล

* นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

^a ผู้เขียนหลัก ชุติมา ดีสวัสดิ์ Email: noichutima@gmail.com

^{**} รองศาสตราจารย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รับบทความ: 20 พ.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 13 มิ.ย. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 13 มิ.ย. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 30 มิ.ย. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.29>

Factors Affecting Safety Behaviors for Preventing Novel Coronavirus-2019 Infection among Personnel in Buriram Hospital

Chutima Deesawat, M.S.^{*a}, Phonthip Geerapong, M.S.^{**},
Nittaya Pensirinapa, Dr.P.H.^{**}

Abstract

This survey research aimed to examine: (1) personal attributes and safety climate, (2) safety behaviors in response to novel coronavirus-2019 infection, and (3) factors affecting such safety behaviors, all among personnel in Buriram Hospital.

The study involved a sample 388 staff members selected using stratified sampling from all 2,384 medical service personnel in the hospital. Data were collected through an online questionnaire whose reliability coefficients for safety climate and safety behaviors were 0.93 and 0.84, respectively, and then analyzed with descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The results revealed that: (1) Among all respondents with the mean age of 39.04 years, most of them were female, 68.7% had completed a bachelor's degree or equivalent, 36.1% were nurses, more than 60% had been working in inpatient and outpatient departments, had 11.65 years of hospital working experience on average, and 60.6% had no experience in hospital infection control. The safety climate related to novel coronavirus-2019 infection was at the high level. (2) Personnel's safety behaviors in response to novel coronavirus-2019 infection were at the high level. (3) Factors significantly affecting safety behaviors for preventing novel coronavirus-2019 infection were safety climate and infection control experiences ($\alpha = 0.05$; beta = 0.67 and 0.11, respectively). Both factors could explain 46.9% of the results ($R^2 = 46.9$).

Keywords: Safety climate; Safety behavior; Novel coronavirus-2019 infection

^{*} Graduate Student, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

^a Corresponding author: Chutima Deesawat Email: noichutima@gmail.com

^{**} Associate Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

Received: May 20, 21; Revised: Jun. 13, 21; Accepted: Jun. 13, 2021; Published Online: Jun. 30, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.29>

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ ที่มีการระบาดใหญ่แพร่ไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ทำให้มีผู้ป่วยติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดดังกล่าวทำให้บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นด่านหน้า มีบทบาทสำคัญในดูแลรักษาและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องเผชิญกับความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽²⁾ จากสถิติทั่วโลกพบว่า จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประมาณร้อยละ 4 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด⁽³⁾ แต่บางประเทศมีรายงานบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงถึงร้อยละ 10^(4,5) ดังเช่นจากการสำรวจในทวีปยุโรปและอเมริกา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 14⁽⁶⁾ สำหรับประเทศไทย พบบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อประมาณร้อยละ 3.63 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยพบว่าบุคลากรติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 70.75 และติดเชื้อในชุมชนร้อยละ 16.68⁽⁷⁾ หรืออาจกล่าวได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ค่อนข้างมากประมาณร้อยละ 60-70 เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน เนื่องจากสถานการณ์ของการแพร่ระบาดเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ประสิทธิภาพการบริหารจัดการในการรองรับภาวะการแพร่ระบาดที่มีอาจไม่เพียงพอ⁽⁸⁾

บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าประชาชนทั่วไป เนื่องจากการสัมผัสของผ้อยเสมหะของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ⁽⁹⁾ ดังนั้นนอกจากจะดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยแล้ว การดูแลบุคลากรให้มีความปลอดภัย (Personnel safety) ก็มีความสำคัญมากเช่นกัน⁽¹⁰⁾ องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศแนวทางปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบุคลากรทางการแพทย์⁽¹¹⁾ และได้กำหนด Theme “World Patient Safety Day” ว่า บุคลากรทางการแพทย์ปลอดภัย (Health worker safety) ด้วยเหตุผลว่า ไม่มีผู้ป่วยปลอดภัย หากบุคลากรสาธารณสุขไม่ปลอดภัย (No patient safety without health worker safety)⁽¹⁰⁾

ประเทศไทยมีนโยบายเรื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (Patient and personnel safety หรือ 2P safety)⁽¹²⁾ ดังนั้น เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 จึงได้ประกาศเป้าหมายและนโยบาย “ความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนในสถานการณ์ COVID-19” โดยให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยให้ทุกโรงพยาบาลพยาบาลต้องบริหารจัดการ สร้างความปลอดภัยแก่บุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความมั่นใจ โดยให้โรงพยาบาลทุกแห่งประกาศเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของบุคลากร มีแนวทางปฏิบัติเพื่อให้บุคลากรปลอดภัย มีแนวทางมั่นใจ มีการจัดการอุปกรณ์ที่พร้อมใช้ จัดสรรหน้ากากอนามัย (Surgical mask) ให้เพียงพอและบริหารจัดการหน้ากาก N-95 รวมถึงอุปกรณ์ป้องกันอื่นๆ ให้มีสำรองพร้อมใช้ และให้มีช่องทางสื่อสาร⁽¹³⁾

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ให้ความสำคัญ เรื่องการส่งเสริมความปลอดภัยในบุคลากร โดยกำหนดให้เป็นหนึ่งในกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาโรงพยาบาลบุรีรัมย์สู่วิสัยทัศน์⁽¹⁴⁾ แต่เมื่อเกิดสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพบบุคลากรของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1 ราย⁽¹⁵⁾ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการแพร่กระจายไปยังบุคลากรอื่นได้ เนื่องจากมาทำงานที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ก่อนจะได้รับการวินิจฉัย ทั้งนี้การปฏิบัติงานภายใต้บรรยากาศที่ไม่มีความปลอดภัย อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงวิธีการจัดการบรรยากาศความ

ปลอดภัยในโรงพยาบาลที่จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัยตามแนวทางการควบคุมการติดเชื้อ เพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการศึกษาถึงความสำเร็จในการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ในหลายๆ ประเทศ จากโรค Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)⁽¹⁶⁾ ซึ่งเป็นโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจเช่นเดียวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กล่าวถึงสิ่งที่ทำให้บุคลากรปลอดภัยจากการติดเชื้อได้แก่ การได้รับสนับสนุนจากองค์กร การสร้างวัฒนธรรมองค์กร การสื่อสารเผยแพร่คำแนะนำที่ดี เป็นลักษณะการสร้างบรรยากาศความปลอดภัย (Safety climate) นำไปสู่การออกนโยบายหรือขั้นตอนการปฏิบัติงาน การได้รับอุปกรณ์และเครื่องมือที่สนับสนุนการป้องกันการติดเชื้อ เช่น N-95 Mask อ่างล้างมือ ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดมือ ระบบระบายอากาศ รวมทั้งความสามารถในการใช้ทรัพยากร ทั้งนี้ พฤติกรรมด้านความปลอดภัยยังมีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของความไม่ปลอดภัยหรือการติดเชื้อจากการทำงาน โดยพบว่าสิ่งที่มีผล ได้แก่ บรรยากาศความปลอดภัย การทำงานเป็นทีม การสื่อสาร และปัจจัยส่วนบุคคล⁽¹⁷⁾

บรรยากาศความปลอดภัย (Safety climate) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคลากรในองค์กรเกิดความเชื่อมั่นในสถานที่ทำงานว่าจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย โดยเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล เนื่องจากต้องปฏิบัติงานภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพสูง หากปล่อยให้บรรยากาศความปลอดภัยขององค์กรอยู่ในระดับต่ำก็จะก่อให้เกิดความเสี่ยงสูง จนทำให้เกิดการติดเชื้อหรืออันตรายต่อผู้ปฏิบัติงาน อาจทำให้เกิดความสูญเสียต่างๆ ตามมา⁽¹⁸⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าบรรยากาศความปลอดภัยในองค์กรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัย⁽¹⁹⁻²¹⁾ นอกจากนี้ปัจจัยองค์กรที่เป็นปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ยังมีปัจจัยภายในหรือปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการทำงานเรื่องนั้น ๆ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัย^(22,23)

จากการทบทวนบทความและเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์ จะเห็นได้ว่าบรรยากาศความปลอดภัยอาจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ยังไม่มีความรู้ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลของประเทศไทย พบเพียงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์การทำงานกับพฤติกรรมความปลอดภัย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์การทำงานควบคุมป้องกันการติดเชื้อ และประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล รวมทั้งปัจจัยสิ่งแวดล้อม ด้านบรรยากาศความปลอดภัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวทางการควบคุมการติดเชื้อของบุคลากร ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เพื่อเป็นข้อมูลไปสู่การกำหนดนโยบายในการป้องกันหรือควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

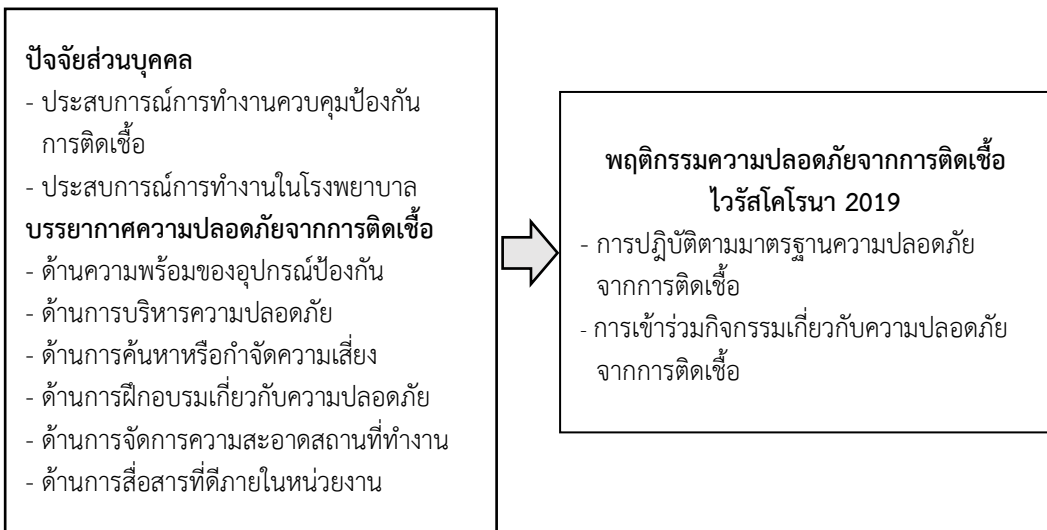
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและบรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและบรรยากาศความปลอดภัยต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อและพฤติกรรมพฤติกรรมความปลอดภัยตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อ (Standard precautions) จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 388 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณหาขนาดตัวอย่างของค่าเฉลี่ยในงานวิจัยที่ผ่านมา และการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิกลุ่มบริการทางการแพทย์ กลุ่มสนับสนุนบริการตามสัดส่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน หน่วยงาน ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลบุรีรัมย์และประสบการณ์ทำงานควบคุมป้องกันการติดเชื้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ
2. บรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแนวความคิด ของ Gershon et al.⁽²¹⁾ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านความพร้อมของอุปกรณ์ป้องกัน ด้านการบริหารความปลอดภัย ด้านการค้นหาและกำจัดความเสี่ยง ด้านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการจัดการสถานที่ทำงาน และด้านการสื่อสารภายในหน่วยงาน โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ จากเห็นด้วยมากที่สุด ถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด จำนวน 24 ข้อ

3. พฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแนวความคิดของ Parker et al.⁽²⁴⁾ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ การปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยจากการติดเชื้อและการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยจากการติดเชื้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับจากการปฏิบัติตัวมากที่สุดถึงน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองสุ่มใช้กับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสุรินทร์จำนวน 32 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามบรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อ เท่ากับ 0.93 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อ เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบ Online Survey ระหว่างวันที่ 8-10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 โดยใช้แบบสอบถามผ่าน Google form ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการได้รับการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของการให้ข้อมูล ทั้งนี้ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกวัน เมื่อได้ข้อมูล 397 ชุด จึงยุติการรับแบบสอบถามและจากการตรวจสอบพบว่าแบบสอบถามออนไลน์ ที่ได้รับคืนมีความสมบูรณ์จำนวน 388 ชุด คิดเป็นร้อยละ 97.73

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยยื่นขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ตามหนังสืออนุมัติ เลขที่ บร 0032.102.1/8 เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2564 ทั้งนี้ผู้วิจัยชี้แจง ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบรับด้วยความสมัครใจ และสามารถหยุดการตอบแบบสอบถามเมื่อไรก็ได้ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบรับการเข้าร่วมวิจัยแล้ว จึงตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทางออนไลน์ ซึ่งข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น โดยคำตอบในแบบสอบถามจะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยหรือหน่วยงานที่ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติงาน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล บรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อ และ พฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อ

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression) วิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและบรรยากาศความปลอดภัยต่อ พฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.5 อายุเฉลี่ย 39.04 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.07 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 68.7 ตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ร้อยละ 36.1 จากหน่วยงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60.6 ไม่มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 11.65 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.26 และมีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 1-40 ปี

บรรยายภาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ในภาพรวม พบว่า โรงพยาบาลบุรีรัมย์มีบรรยายภาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 4.25 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64 เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า บรรยายภาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูงทุกด้านไม่ว่าด้านความพร้อมของอุปกรณ์ป้องกันด้านการบริหารความปลอดภัยจากการติดเชื้อ ด้านการค้นหาหรือกำจัดความเสี่ยง ด้านการฝึกอบรมด้านความปลอดภัย ด้านการจัดการความสะอาดสถานที่ทำงาน และ ด้านการสื่อสารที่ดีในหน่วยงาน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.10-4.45 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.68-0.79 ซึ่งบรรยายภาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อด้านการบริหารความปลอดภัยจากการติดเชื้อมีค่าสูงสุด มีค่าเฉลี่ย 4.45 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 ในประเด็นโรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 และผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จะมีค่าสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.55 และ 4.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 และ 0.72 ตามลำดับ

พฤติกรรมความปลอดภัยตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์พฤติกรรมความปลอดภัยตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวม อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 4.26 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.56 เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า พฤติกรรมความปลอดภัยตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเรื่องการปฏิบัติตามหลักมาตรฐานความปลอดภัยจากการติดเชื้ออยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ย 4.57 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48 สำหรับเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยจากการติดเชื้ออยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.80 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.94

อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและบรรยายภาศความปลอดภัยต่อพฤติกรรมความปลอดภัยตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่า ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อ และบรรยายภาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) สามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรมความปลอดภัยตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้ร้อยละ 46.9 แต่ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัย	b	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	1.74	0.14		12.345	<.001
บรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อ	0.59	0.03	0.67	17.9	<.001
ประสบการณ์ทำงานการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ	0.01	0.01	0.11	2.95	0.003

$R^2=0.469$

เมื่อพิจารณารายด้านของบรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อ พบว่า ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อ และบรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อ ด้านการฝึกอบรมความปลอดภัยด้านการค้นหาหรือกำจัดความเสี่ยง และด้านการสื่อสารที่ดีในหน่วยงาน ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมความปลอดภัยตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้ร้อยละ 50.7 แต่ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล และบรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อ ด้านความพร้อมของอุปกรณ์ป้องกัน ด้านการบริหารความปลอดภัยจากการติดเชื้อ ด้านการจัดการความสะอาดสถานที่ทำงาน ไม่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อจำแนกรายด้านของบรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อ

ปัจจัย	b	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	1.745	0.134		12.976	<.001
การฝึกอบรมด้านความปลอดภัย	0.18	0.046	0.252	3.903	<.001
การค้นหาหรือกำจัดความเสี่ยง	0.213	0.046	0.264	4.626	<.001
การสื่อสารที่ดี	0.192	0.049	0.243	3.909	<.001
ประสบการณ์ทำงานการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ	0.008	0.003	0.112	3.116	0.002

$R^2 = 0.507$

สรุปและอภิปรายผล

1. บรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อ พบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ มีการรับรู้บรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.25 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64) เนื่องจากช่วงนี้มีภาระเบาใหญ่อย่างต่อเนื่องของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลบุรีรัมย์มีการตอบสนองนโยบายของรัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อนโยบายการควบคุมและป้องกัน การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยโรงพยาบาลมีการสนับสนุนการจัดบรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อ จัดหาอุปกรณ์ป้องกันตัว เช่น หน้ากากอนามัย ชุด PPE มีการสื่อสาร และให้ความรู้อย่างกว้างขวาง ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มีการตั้ง

มาตรฐานให้โรงพยาบาลจัดให้มีสภาพแวดล้อมการทำงาน และบรรยากาศความปลอดภัยขององค์กรที่สนับสนุนให้บุคลากร มีสุขภาพดีและมีความปลอดภัย การจัดการความเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในที่องค์กรเป็นส่วนหนึ่งในเรื่องการดูแลสุขภาพของบุคลากรอีกด้านหนึ่ง⁽¹³⁾

2. พฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อ พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์พฤติกรรมความปลอดภัยตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวม อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.26 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.56) เนื่องจาก บุคลากรส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยโรคนี้เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดภาวะการระบาดในวงกว้างอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการติดเชื้อและการเสียชีวิตในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป⁽²⁵⁾ การสื่อสารนั้นทำให้บุคลากรมีการรับรู้และตระหนักถึงอันตรายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^(26,27) ประกอบกับ บุคลากรยังกลัวจะเกิดการติดเชื้อ หรือนำเชื้อไปติดกับบุคคลในครอบครัว จึงมีการปฏิบัติตามแนวการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อเป็นอย่างดี⁽²⁶⁾ ทำให้บุคลากรโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในด้านการปฏิบัติตามหลักมาตรฐานความปลอดภัยจากการติดเชื้อ เช่น การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาขณะปฏิบัติงาน การล้างมือก่อนและหลังการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับสูงมาก ค่าเฉลี่ย 4.57 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(22,28) พบว่า พฤติกรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง และมีการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.43 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46 (29)

3. อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและบรรยากาศความปลอดภัยต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า

3.1. ประสิทธิภาพการทำงานในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน ประกอบกับอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ทำให้ทุกคนมีความสนใจ เรียนรู้ และปฏิบัติตาม ซึ่งเห็นได้จากพฤติกรรมความปลอดภัยของบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽²³⁾ ซึ่งศึกษาเฉพาะในกลุ่มพยาบาลและพบว่าอายุงานหรือระยะเวลาการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

3.2. ประสิทธิภาพการทำงานเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา^(22,30) ซึ่งพบว่าการมีประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกันจะทำให้มีพฤติกรรมความปลอดภัยที่แตกต่างกันและประสบการณ์จากการเรียนรู้อาจมีส่วนช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งมิให้ เกิดการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ สามารถอธิบายได้ว่าบุคลากรในโรงพยาบาลที่ทำงานเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันการติดเชื้อเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดการสั่งสมองค์ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันการติดเชื้อดังเช่นงานวิจัยที่ผ่านมาได้กล่าวไว้ว่าผู้ที่มีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดีจะมีแนวโน้มที่ดีเกี่ยวกับพฤติกรรมความปลอดภัย⁽¹⁹⁾ ซึ่งการมีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องจะทำให้กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัย⁽³¹⁾

3.3. บรรยายภาพความปลอดภัยจากการติดเชื้อ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา^(21,32,33) พบว่าบรรยายภาพความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าโรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายและทำให้บุคลากรมีการรับรู้ถึงบรรยายภาพความปลอดภัยภายในโรงพยาบาล จะสนับสนุนให้บุคลากรมีการช่วยเหลือและร่วมมือกันในการปฏิบัติตนหรือมีพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เมื่อพิจารณารายด้านของบรรยายภาพความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า

1) ด้านความพร้อมของอุปกรณ์ป้องกัน เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เนื่องจากอุปกรณ์ป้องกันตนเอง เช่น หน้ากากอนามัย ชุดPPE และอุปกรณ์อื่นๆได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขและการบริจาคจากภาคประชาชนและหน่วยงานอื่นๆทำให้บุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์เกิดการรับรู้ถึงความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^(26,34) ซึ่งพบว่าการเข้าถึงและการได้รับการสนับสนุนในอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อความสามารถความเต็มใจที่จะปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อทางเดินหายใจหรือพฤติกรรมความปลอดภัย

2) ด้านการบริหารความปลอดภัยจากการติดเชื้อ เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เนื่องจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการระบาดในวงกว้างทั่วโลก ทำให้บุคลากรทุกคนได้มีการรับรู้นโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ชัดเจนจากสื่อต่างๆ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^(31,35) พบว่าการบริหารความปลอดภัยจากการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางความปลอดภัยของบุคลากร

3) ด้านการค้นหาหรือกำจัดความเสี่ยง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) สามารถอธิบายได้ว่าการมีมาตรการค้นหาหรือกำจัดความเสี่ยง เช่นการวัดอุณหภูมิ การเฝ้าระวังบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ที่มีไข้ ไอ มีน้ำมูก เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคลากรตระหนักถึงการปฏิบัติตนให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการศึกษาที่ผ่านมา⁽²¹⁾ พบว่า การค้นหาหรือกำจัดความเสี่ยง ได้แก่ การค้นหาเฝ้าระวังบุคคลที่มีความเสี่ยงและส่งตรวจตามมาตรฐาน การลดโอกาสของการติดเชื้อทั้งในและนอกสถานที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางความปลอดภัยของบุคลากร

4) การฝึกอบรมด้านความปลอดภัย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา^(22,31,36) พบว่าการฝึกอบรม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเต็มใจที่จะปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อทางเดินหายใจทำให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัย ซึ่งการประชุมอบรมเป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างแรงจูงใจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานให้มีความปลอดภัย⁽³⁷⁾ นอกจากนี้การอบรมด้านความปลอดภัยจากการติดเชื้อยังทำให้เกิดความรู้ความ

เข้าใจมีทักษะและได้ตระหนักเห็นความสำคัญดังกล่าวจึงมีการปฏิบัติตนตามแนวทางป้องกันการติดเชื้ออย่างถูกต้อง⁽³⁸⁾

5) การจัดการความสะอาดสถานที่ทำงาน เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เนื่องจากการป้องกันการติดเชื้อจากไวรัสโคโรนา 2019 เน้นเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร และการมีระบบระบายอากาศที่ดีมีการทำความสะอาดบริเวณที่มีผู้ใช้จำนวนมากให้บ่อยที่สุด จากบริบทที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการวิจัยแตกต่างกับการวิจัยที่ผ่านมา^(21,39) ที่พบว่าปัจจัยด้านความสะอาด ระบบระบายอากาศมีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยและการวางอุปกรณ์ไม่เป็นระเบียบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติด้านความปลอดภัย

6) การสื่อสารที่ดีในหน่วยงาน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา^(19,26,40) พบว่ามีการสื่อสารเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและพฤติกรรมความปลอดภัย เนื่องจากการสื่อสารที่ดีจะมีการกระตุ้นให้บุคลากรจะมีรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจึงตื่นตัวในการป้องกันการเกิดโรคจึงเกิดพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้เกิดการจัดบรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการค้นหาหรือกำจัดความเสี่ยง เช่น การตรวจวัดอุณหภูมิ การจัดฝึกอบรมด้านความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ มีการสื่อสารอย่างทั่วถึงภายในโรงพยาบาล

2. ควรเสริมสร้างพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อ โดยจัดให้มีการอบรมเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันการติดเชื้อให้กับบุคลากรทุกคนและสนับสนุนให้บุคลากรมีการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรมีการสื่อสารเรื่องแนวทางการปฏิบัติตนผ่านตามช่องทางสื่อสารต่างๆอย่างทั่วถึง เพื่อให้บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลมีความรู้ในการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย

3. ควรส่งเสริมและเปิดโอกาสให้บุคลากรที่มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันการติดเชื้อมีการถ่ายทอดประสบการณ์ ความรู้ ในการป้องกันการติดเชื้อกับบุคลากรที่มีประสบการณ์น้อย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลหลายแห่งและของบุคลากรสาธารณสุขที่ออกสู่บ้านและชุมชน

2. ควรมีการเปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ

3. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในชุมชนที่ส่งผลกระทบโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อจากชุมชน

4. ควรมีการศึกษาระบาดวิทยาความปลอดภัยจากการติดเชื้อในด้านอื่นๆ หรือปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. COVID-19 Weekly Epidemiological Update 2021 [Internet]. 2021 [cited 2021 May 8]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---4-may-2021>
2. Arslanca T, Fidan C, Daggez M, Dursun P. Knowledge, preventive behaviors and risk perception of the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Turkish health care workers. PLoS ONE. 2021;16(4):e0250017. doi:10.1371/journal.pone.0250017
3. WHO, Thailand. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) รายงานสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 พ.ค. 21]. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/2020-04-15-tha-sitrep-53-covid19-th-final.pdf?sfvrsn=50c6afb2_0w
4. Fwoloshi S, Hines JZ, Barradas DT, Yingst S, Siwingwa M, Chirwa B, et.al. Prevalence of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) among Health Care Workers—Zambia, July 2020. Clinical Infectious Diseases 2021; ciab273, <https://doi.org/10.1093/cid/ciab273>
5. หฤทัย เกียรติพรพานิช. อนามัยโลกแนะแนวทางปกป้อง 'บุคลากรทางการแพทย์' จาก 'COVID-19' [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 พค 22]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/04/18949>
6. WHO. Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2021 May 3]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance-publications?publicationtypes=d198f134-5eed-400d-922e-1ac06462e676>
7. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). สถานการณ์โรคโควิด-19 ในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 พ.ค. 4]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/04/19158>
8. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). บุคลากรการแพทย์ติดเชื้อโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 มิย 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/04/18981>
9. อมร สีสารัมภ์. เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 จากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 พ.ค. 23]. เข้าถึงได้จาก: https://tmc.or.th/covid19/covid19_for_medical.php

10. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). นโยบายความปลอดภัยบุคคลากรสาธารณสุขสู่ภัยโควิด19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 พ.ค. 4]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.hfocus.org/content/2020/04/19122>
11. WHO. Standard precautions in health care [Internet]. 2007 [cited 2020 Jun. 14]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-topics/standard-precautions-in-health-care.pdf?sfvrsn=7c453df0_2%20%20http
12. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). Personnel Safety Goals 2018. กรุงเทพฯ: เพล็กซ์ แอนด์ซีเค้สเฟิล; 2561.
13. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). อนุทิน ประกาศเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขทุกคนในสถานการณ์ COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 พ.ค. 22]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.ha.or.th/TH/News/%E0%B8%82%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%98%E0%B9%8C%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B9%84%E0%B8%9B/Detail/1419>
14. โรงพยาบาลบุรีรัมย์. รายงานประจำปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2563 มิ.ย. 2]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.brh.go.th/index.php/2019-02-19-09-44-43>
15. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด, สำนักงานจังหวัดบุรีรัมย์. สถานการณ์ COVID-19 จังหวัดบุรีรัมย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 มิ.ย. 2]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.buriram.go.th/covid-19/>
16. Dejoy DM. A behavioral-diagnostic model for self-protective behavior in the workplace. Professional Safety 1986;31(12):26-30.
17. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. BMJ 1998;316(7138):1154-7. doi: 10.1136/bmj.316.7138.1154.
18. โรสลิน เทพจันทร์. การบริหารงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย: เอกสารการสอนชุดวิชา 54102 - Occupational health and safety management นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2551.
19. Amponsah-Tawiah K, Adu MA. Work Pressure and Safety Behaviors among Health Workers in Ghana: The Moderating Role of Management Commitment to Safety. Saf Health Work 2016;7(4):340-6. doi: 10.1016/j.shaw.2016.05.001. Epub 2016 May 24.
20. Ancarani A, Di Mauro C, Giammanco MD. Hospital safety climate and safety behavior: A social exchange perspective. Health Care Manage Rev 2017;42(4):341-51. doi: 10.1097/HMR.0000000000000118.

21. Gershon RR, Karkashian CD, Grosch JW, Murphy LR, Escamilla-Cejudo A, Flanagan PA, et al. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *Am J Infect Control*. 2000;28(3):211-21. doi: 10.1067/mic.2000.105288.
22. ฉวีฉัตร โฉลกคงถาวร. การศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2560;31(1):61-71.
23. สุนทร บุญบำเรอ. พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*. 2557;20(2):82-92.
24. Parker SK, Axtel CM, Turner N. Designing a safer workplace: Importance of job autonomy, communication quality, and supportive supervisors. *J Occup Health Psychol* 2001;6(3):211-28.
25. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 พ.ค. 3]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>
26. Houghton C, Mesckell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 4(4):CD013582. doi: 10.1002/14651858.CD013582.
27. Maude RR, Jongdeepaisal M, Skuntaniyom S, Muntajit T, Blacksell SD, Khuenpetch W, et al. Improving knowledge, attitudes and practice to prevent COVID-19 transmission in healthcare workers and the public in Thailand. *BMC Public Health* 2021; 21(1):749. doi: 10.1186/s12889-021-10768-y.
28. วชิระ สุริยะวงศ์, พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, มรุส ทิพยมงคลกุล. วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร และพฤติกรรมการทำงานด้วยความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารการพัฒนาศุภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2560; 5(1):103-18.
29. Muflih S, Al-Azzam S, Lafferty L, Karasneh R, Soudah O, Khader Y, et al. Pharmacists self-perceived role competence in prevention and containment of COVID-19: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery* 2021;64: 102243. doi: 10.1016/j.amsu.2021.102243.
30. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย* 2562;12(1):38-48.
31. Hu X, Yan H, Casey T, Wu C. Creating a safe haven during the crisis: How organizations can achieve deep compliance with COVID-19 safety measures in the hospitality industry. *Int J Hosp Manag* 2020;102662. doi: 10.1016/j.ijhm.2020.102662.

32. Agnew C, Flin R, Mearns K. Patient safety climate and worker safety behaviours in acute hospitals in Scotland. *J Safety Res* 2013;45:95-101. doi: 10.1016/j.jsr.2013.01.008.
33. Lyu S, Hon CK, Chan AP, Wong F, Javed AA. Relationships among Safety Climate, Safety Behavior, and Safety Outcomes for Ethnic Minority Construction Workers. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(3):484. doi: 10.3390/ijerph15030484.
34. จิตอารีย์ จอดสันเทียะ, นิภา มหารัษฎพงศ์, ยุวดี รอดจากภัย. พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพ จังหวัดชลบุรี. *วารสารกรมการแพทย์* 2563;45(2):120-6.
35. Morrow SL, McGonagle AK, Dove-Steinkamp ML, Walker Jr. CT, Marmet M, Barnes-Farrell J. Relationships between psychological safety climate facets and safety behavior in the rail industry: A dominance analysis. *Accid Anal Prev* 2010; 42(5):1460-7. doi: 10.1016/j.aap.2009.08.011.
36. Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020; 4: CD013582. doi: 10.1002/14651858.CD013582.
37. ปริศนา ทองอร่าม, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, อภิรติ นันทศุภวัฒน์. ระบบการจัดการความปลอดภัยในการทำงานสำหรับพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *Nursing Journal*. 2560;44(3):134-43.
38. สมมิตร สิ่งหิใจ, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, พาณี สิตกะลิน. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศองค์การกับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัด เชียงใหม่. *Nursing Journal*. 2559;43(5):162-72.
39. Sadullah O, Kanten S. A research on the effect of organizational safety climate upon the safe behaviors. *Ege Academic Review* 2009;9(3):923-32.
40. Martiana T, Suarnianti S. The determinants of Safety behavior in hospital. *Indian Journal of Public Health Research and Development* 2018;9(4):147-53. doi: 10.5958/0976-5506.2018.00273.5.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการป้องกัน การเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนบ้านบก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

ชัยกฤต ยกพลชนชัย^{*,} ญาณิฐา แพงประโคน^{*}, จารุพร ดวงศรี^{*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบ Cluster sampling จาก 25 อำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี ได้อำเภอม่วงสามสิบ และ Random sampling ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ใช้แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ พฤติกรรมในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีความตรงเชิงเนื้อหา และทดสอบความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการทดสอบไคสแควร์และสหสัมพันธ์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษา อายุการสร้างบ้าน และการมีเครื่องใช้ไฟฟ้าในบ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าความสัมพันธ์ ไคสแควร์ เท่ากับ 6.958, 1.149 และ 6.045 ตามลำดับ การรับรู้การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.437 แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.340 และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.280

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้; ความปลอดภัยในครัวเรือน

^{*} อาจารย์ สาขาวิชาอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

^๑ ผู้เขียนหลัก ชัยกฤต ยกพลชนชัย Email: chaiyakrit.y@ubru.ac.th

รับบทความ: 9 เม.ย. 64; รับบทความแก้ไข: 16 มิ.ย. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 16 มิ.ย. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 12 ก.ค. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.30>

Factors Associated with Safety Behaviors in the Prevention of Fire in Ban Bok Household, Muang Sam Sip District, Ubon Ratchathani Province

Chaiyakrit Yokphochanachai^{*a}, Yanitha Paengprakhon^{*}, Jaruporn Duangsri^{*}

Abstract

The objective of this research was to study factors associated with fire prevention safety behavior. The samples were selected using cluster sampling technique from 25 districts in Ubon Ratchathani province yielding Muang Sam Sip district and using simple random sampling technique from residents in Muang Sam Sip district yielding 50 samples. Instrument used in this study was a questionnaire created by the researchers and was consisted of 4 sections: personal information, motivations in household fire prevention, social supports in household fire prevention, and household fire prevention behaviors. The instrument was tested for content validity and reliability with Cronbach's alpha coefficient of the whole instrument of 0.74. Data analysis was conducted using frequencies, percentages, means, and standard deviations for descriptive statistics and using Chi-square and correlation tests to test the relationships between variables at significance level of 0.05.

The results showed that education levels, age of the house and whether or not the households owned electronic appliances were significantly associated with fire prevention behaviors with Chi-square relationship values of 6.958, 1.149 and 6.045, respectively. Perceived motivations of household fire prevention had a significant positive correlation with household fire prevention behaviors ($r=0.437$). Social supports in household fire prevention had a significant negative correlation with household fire prevention behaviors ($r= -0.340$) and had a significant positive correlation with perceived motivations of household fire prevention ($r=0.280$).

Keywords: Fire prevention behavior; Household safety

^{*} Lecturer, Occupational Health and Safety Program, Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

^a Corresponding author: Chaiyakrit Yokphochanachai Email: chaiyakrit.y@ubru.ac.th

Received: Apr. 9, 21; Revised: Jun. 16, 21; Accepted: Jun. 16, 21; Published Online Jul. 12, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.30>

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์เหตุอัคคีภัยหรือเพลิงไหม้เป็นภัยที่ใกล้ตัว สามารถเกิดขึ้นได้ง่ายและลุกลามได้อย่างรวดเร็วทั่วทุกพื้นที่ที่มีเชื้อเพลิงสามารถติดไฟได้ถ้าไม่มีการตรวจสอบอย่างทั่วถึง⁽¹⁾ ทำให้เกิดความความเสียหายสูญเสียชีวิตทรัพย์สินตลอดจนเสียชีวิตได้⁽²⁾ เมื่อไม่สามารถระงับเหตุหรือควบคุมเพลิงไหม้ส่งผลทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ร้ายแรงและลุกลามในบริเวณใกล้เคียงได้ทุกเมื่อ⁽³⁾ อัคคีภัย เป็นภัยใกล้ตัวที่เกิดขึ้นมีความสูญเสียต่อชีวิตทรัพย์สินและระบบเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศไทยจากสถิติการเกิดอัคคีภัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ถึง พ.ศ. 2558 มีการเกิดขึ้นมากกว่า 52,000 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บ 4,532 คน เสียชีวิต 1,740 คน มูลค่าความเสียหายต่อทรัพย์สิน 31,000 ล้านบาทและยังมีแนวโน้มเพิ่มความถี่และความรุนแรงมากขึ้น⁽⁴⁾

จากรายงานเหตุการณ์ไฟไหม้บ้านเรือนในจังหวัดอุบลราชธานีที่เกิดขึ้นทั้งในตัวจังหวัดและในอำเภอชุมชนรอบนอกถือเป็นพื้นที่หนึ่งที่เกิดเหตุการณ์เพลิงไหม้บ่อยเช่นกัน ในปีพุทธศักราช 2562⁽⁵⁾ ที่ผ่านมา ส่งผลถึงความเสียหายเมื่อเกิดขึ้นต่อทั้งคนในครอบครัวและคนรอบข้าง เพราะนอกจากจะสร้างความเสียหายแก่ตัวบ้านแล้วยังรวมถึงทรัพย์สินของมีค่าต่างๆ อาจมีความเสี่ยงเกิดอันตรายถึงชีวิตเช่นกัน ทั้งนี้ สาเหตุของต้นเพลิงมักมาจากความประมาทของคนในบ้าน ที่ปล่อยปลະละเลย และไม่รอบคอบ เช่น วางเครื่องใช้ไฟฟ้าชิดกันเกินไป สายไฟชำรุดเปิดเตาแก๊สหรือเสียบปลั๊กไฟทิ้งไว้ ถือเป็นสาเหตุในลำดับต้นๆ ที่ทำให้ไฟฟ้าลัดวงจร และเสี่ยงทำให้เกิดเพลิงไหม้ในบ้านได้⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังมีอีกหลายพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดเหตุเพลิงไหม้บ้าน อาทิ การจุดธูปเทียนบูชาพระทิ้งไว้หรือการเผาขยะ ก็ล้วนแต่เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดเหตุไฟไหม้ด้วยกันทั้งนั้น และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุเพลิงไหม้ภายในบ้าน ควรตรวจเช็คระบบไฟฟ้าอย่างสม่ำเสมอว่ามีจุดไหนที่เกิดการชำรุดหรือไม่ รวมถึงถอดปลั๊กไฟ และปิดสวิตช์ไฟทุกครั้งหลังจากที่ใช้งานเสร็จ ที่สำคัญคือควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดเหตุไฟไหม้ดังที่กล่าวมาข้างต้น⁽²⁾

จากสถานการณ์สถิติความสูญเสียและความเสียหายจากเพลิงไหม้เกิดจากหลายสาเหตุที่ส่งผลต่อการเกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน⁽¹⁾ ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือน บ้านบงอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำไปสู่การวางแผนการรับมือและควบคุมการเกิดเพลิงไหม้ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อทรัพย์สินและอันตรายต่อชีวิตของผู้ประสบเหตุเพื่อให้เกิดการรับมือกับอัคคีภัยต้องมีระบบป้องกันอัคคีภัยมีการทำมาตรฐานการออกแบบ มาตรฐานการใช้งาน และมาตรฐานการบำรุงรักษาและการจัดการก่อนเกิดอัคคีภัย⁽⁷⁾ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนบ้านบง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดในครัวเรือนบ้านบง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีเพลิงไหม้
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนบ้านบง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนบ้านบง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนบ้านบก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการสุ่มตัวอย่างแบบ Cluster sampling และ Random sampling ในประชากรทั้งหมด 25 อำเภอ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยมีการทดสอบค่าความตรงของเนื้อหาและความเชื่อมั่นในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการทดสอบไคสแควร์และสหสัมพันธ์สรุปผลการวิจัยในรูปแบบการพรรณนา ใช้ระยะเวลาในการวิจัยทั้งสิ้น 1 ปี ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ตัวแทนประชาชนทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนบ้านบก ตำบลหนองไข่นก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยกำหนดขนาดตัวอย่างเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบ Cluster sampling และ Random sampling ในประชากรทั้งหมด 25 อำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นอำเภอม่วงสามสิบจำนวน 50 คน เป็นกลุ่มที่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยทั้งชายและหญิงซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน จำนวนทั้งสิ้น 25 ครัวเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีลักษณะแบบสอบถามแบบปลายปิด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อายุการสร้างบ้าน จำนวนผู้อาศัย และการมีเครื่องใช้ไฟฟ้าในบ้าน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ จำนวน 30 ข้อ เป็นคำตอบแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ จำนวน 15 ข้อ เป็นคำตอบแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ จำนวน 25 ข้อ เป็นคำตอบแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามีค่าความตรงของเนื้อหา (Item-Objective Congruence-IOC) เท่ากับ 0.51 และทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค เท่ากับ 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยกำหนดหัวข้อ วัตถุประสงค์และกรอบแนวคิด วางแผนดำเนินการตามหลัก PDCA ระหว่างเดือนมกราคม ถึงธันวาคม 2563 โดยการประชุมทีมวิจัยกำหนดรูปแบบการวิจัยและจัดทำหนังสือขออนุญาตลงพื้นที่ ประชุมกลุ่มเป้าหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์บทบาทผู้วิจัย พหุศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย โดยโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี รหัสโครงการ EC021 ก่อนทำการศึกษาและดำเนินการเก็บรวบรวม

ข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย มีการกำหนดรหัสกลุ่มตัวอย่างและแยกข้อมูลส่วนบุคคล พร้อมทั้งกำหนดวิธีการทำลายข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้ในทดสอบสมมติฐานการวิจัยโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square tests) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยทั้งหมด 50 คน พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 48.0 เพศหญิง ร้อยละ 52.0 ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยน้อยกว่า 25 ปี (ร้อยละ 44.0) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว (ร้อยละ 88.0) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 58.0) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 7,564 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-5 คน (ร้อยละ 38.0) ส่วนใหญ่สมาชิกในครัวเรือนไม่มีความรู้เรื่องไฟฟ้า (ร้อยละ 56.0) สถานภาพการเป็นอยู่ในครอบครัวส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน (ร้อยละ 76.0) รองลงมา อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงสองคน (ร้อยละ 12.0) และอาศัยอยู่กับญาติ (ร้อยละ 10.0) ส่วนใหญ่อายุของบ้านที่อยู่อาศัย มากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 70.0) บ้านส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นบ้านไม้กึ่งปูน (ร้อยละ 76.0) เกือบทั้งหมดมีเครื่องใช้ไฟฟ้าในบ้านมากกว่าหนึ่งชิ้น (ร้อยละ 98.0) และสาเหตุที่ก่อให้เกิดไฟ ส่วนใหญ่มาจากการเผาถ่านไม้หรือเผาขยะ (ร้อยละ 84.0) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	26	52.0
ชาย	24	48.0
2. อายุ		
น้อยกว่า 25 ปี	3	44.0
อายุ 26-35 ปี	9	32.0
อายุ 36-45 ปี	16	18.0
มากกว่า 45 ปี	22	6.0

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
3. สถานภาพสมรส		
โสด	4	8.0
แต่งงานแล้ว	44	88.0
หย่าหรือแยกกันอยู่	2	4.0
4. ระดับการศึกษา		
ไม่จบประถมศึกษา	2	4.0
ประถมศึกษา	29	58.0
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	7	14.0
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	5	10.0
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	6	12.0
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	1	2.0
5. รายได้		
น้อยกว่า 5000 บาท/เดือน	24	48.0
ระหว่าง 5000 ถึง 10000 บาท/เดือน	15	30.0
ระหว่าง 10001 ถึง 15000 บาท/เดือน	9	18.0
มากกว่า 15000 บาท / เดือน	2	4.0
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
น้อยกว่า 3 คน	22	44.0
จำนวน 3 ถึง 5 คน	24	48.0
มากกว่า 5 คน	4	8.0
6. มีคนในครอบครัวมีความรู้เรื่องไฟฟ้า		
มี	22	44.0
ไม่มี	28	56.0
7. สถานภาพการเป็นอยู่		
อาศัยอยู่คนเดียว	1	2.0
อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียง 2 คน	6	12.0
อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน	38	76.0
อาศัยอยู่กับญาติ	5	10.0
8. อายุของบ้านที่อยู่อาศัย		
น้อยกว่า 5 ปี	7	14.0
ระหว่าง 5 ถึง 10 ปี	8	16.0
มากกว่า 10 ปี	35	70.0

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
9. ลักษณะบ้าน		
บ้านไม้	6	12.0
บ้านปูน	6	12.0
กึ่งไม้กึ่งปูน	38	76.0
10. เครื่องใช้ไฟฟ้าในบ้าน		
มีอย่างเดียว (พัดลม)	1	2.0
มีหลายอย่าง (หม้อหุงข้าว แอร์ เตารีด ทีวี และเครื่องซักผ้า)	49	98.0
11. สาเหตุอื่น ๆ ก่อให้เกิดไฟ		
จุดธูปเทียนไหว้พระ	7	14.0
ก่อไฟเตาถ่าน	1	2.0
เผาถ่านไม้/เผาขยะ	42	84.0

ด้านการรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แรงจูงใจในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 82.0 รองลงมาที่ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 16.0 และระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 2.0 โดยแยกการรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือน 4 ด้าน แต่ละด้าน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดเพลิงไหม้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.20$, $SD=0.17$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเพลิงไหม้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.03$, $SD=0.10$) ความคาดหวังในความสามารถป้องกันตนเองต่อการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.72$, $SD=0.07$) และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.8$, $SD=0.06$) การรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.32$, $SD=0.65$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลการรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ (n=50)

การรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดเพลิงไหม้	2.20	0.17	ปานกลาง
1) เพลิงไหม้ทำให้ทรัพย์สินเสียหายทั้งหมด	2.80	0.44	มาก
2) เพลิงไหม้ทำให้คนเสียชีวิตได้	2.80	0.50	มาก
3) เพลิงไหม้สามารถป้องกันได้	2.70	0.70	มาก
4) เพลิงไหม้ไม่สามารถควบคุมได้	2.14	0.88	ปานกลาง
5) เพลิงไหม้ไม่มากนัก เกิดได้ปกติทั่วไป	1.96	0.67	ปานกลาง
6) เพลิงไหม้สาเหตุมาจากคน	2.08	0.66	ปานกลาง
7) เพลิงไหม้อยู่นอกเหนือการป้องกัน	1.76	0.79	ปานกลาง

ตารางที่ 2 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลการรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ (n=50)

การรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้	$\bar{X}$	SD	แปลผล
8) ไม่มีใครป้องกันเหตุเพลิงไหม้ได้	1.78	0.79	ปานกลาง
9) เหตุเพลิงไหม้เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ควบคุมเพลิงเท่านั้น	1.78	0.86	ปานกลาง
10) ความรู้เรื่องการระงับเหตุเพลิงไหม้ไม่จำเป็นในครัวเรือน	2.14	0.93	ปานกลาง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเพลิงไหม้	2.03	0.1	ปานกลาง
11) เพลิงไหม้เกิดขึ้นได้ทุกครัวเรือน	2.70	0.65	มาก
12) เครื่องใช้ไฟฟ้าไม่ทำให้เกิดเพลิงไหม้	1.82	0.92	ปานกลาง
13) ระบบไฟฟ้าในครัวเรือนไม่ทำให้เกิดเพลิงไหม้	1.88	0.87	ปานกลาง
14) การจุดธูปไหว้พระไม่ทำให้เกิดเพลิงไหม้	1.72	0.83	ปานกลาง
15) การสูบบุหรี่ หรือการทิ้งก้นบุหรี่ไม่ทำให้เกิดเพลิงไหม้	1.78	0.86	ปานกลาง
16) ระบบไฟฟ้าในครัวเรือนต้องได้รับการตรวจเช็คทุกๆ ปี	2.68	0.65	มาก
17) ระบบ Safety cut ไม่จำเป็นต่อการติดตั้งในระบบไฟฟ้าครัวเรือน	1.80	0.70	ปานกลาง
18) ความรู้เรื่องการโต้ตอบเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเพลิงไหม้ไม่จำเป็นในครัวเรือน	1.82	0.83	ปานกลาง
3. ความคาดหวังในความสามารถป้องกันตนเองต่อการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้	2.72	0.07	ปานกลาง
19) สามารถตรวจเช็คระบบไฟฟ้าในครัวเรือนทุกๆ 6 เดือน	2.40	0.61	มาก
20) ใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าที่ผ่านมาตรฐาน มอก. ทุกชิ้น	2.78	0.47	มาก
21) ศึกษาหาความรู้ด้านการป้องกันเหตุเพลิงไหม้	2.76	0.56	มาก
22) มีระบบตัดไฟฟ้าอัตโนมัติในบ้าน	2.70	0.61	มาก
23) ถอดปลั๊กเครื่องใช้ไฟฟ้าก่อนออกจากบ้านทุกครั้ง	2.82	0.44	มาก
24) ทุกคนในบ้านสามารถระงับเหตุเพลิงไหม้ได้	2.36	0.60	มาก
4. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้	2.80	0.06	มาก
25) การมีความรู้ด้านการป้องกันเหตุเพลิงไหม้มีความจำเป็นต่อครัวเรือน	2.92	0.34	มาก
26) การผ่านการอบรมหลักสูตรดับเพลิงสามารถช่วยระงับเหตุเพลิงไหม้ได้เบื้องต้น	2.54	0.61	มาก
27) การตรวจตราบริเวณบ้านช่วยป้องกันเหตุเพลิงไหม้ได้	1.82	0.44	ปานกลาง
28) การตรวจเช็คระบบไฟฟ้าเป็นประจำช่วยป้องกันเหตุเพลิงไหม้ได้	2.78	0.50	มาก
29) ต้องมีถังดับเพลิงเบื้องต้นในครัวเรือน	2.70	0.54	มาก
30) ทุกคนในบ้านต้องผ่านการอบรมการโต้ตอบเหตุเพลิงไหม้เบื้องต้น	2.72	0.54	มาก
การรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในภาพรวม	2.32	0.65	ปานกลาง

การประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.0 รองลงมา มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 32.0 และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 6.0 โดยแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.38$, $SD=0.84$) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม แยกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ การสนับสนุนทางด้านความรู้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.34$, $SD=0.84$) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.38$, $SD=0.11$) และการสนับสนุนด้านทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.34$, $SD=0.11$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ (n=50)

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้	$\bar{X}$	SD	แปลผล
การสนับสนุนทางด้านความรู้	2.83	0.84	มาก
1) ผู้นำชุมชน หน่วยงานภาครัฐ มีสื่อความรู้มาแจกทุกๆ ปี	2.38	0.86	มาก
2) มีการอบรมประชุมด้านการป้องกันเหตุเพลิงไหม้จากภาครัฐ	2.34	0.85	มาก
3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องลงพื้นที่ให้ความรู้รายครัวเรือน	2.34	0.85	มาก
4) มีการจัดอบรมการป้องกันเหตุเพลิงไหม้ระดับชุมชน	2.42	0.81	มาก
5) มีโอกาสเข้าร่วมอบรมการป้องกันเหตุเพลิงไหม้ระดับชุมชน	2.40	0.81	มาก
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	2.34	0.86	มาก
6) มีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารระดับหมู่บ้าน	2.32	0.91	ปานกลาง
7) มีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารจากภาครัฐ	2.34	0.85	มาก
8) มีสื่อให้ความรู้แจกจ่ายทุกปี	2.34	0.86	มาก
9) มีการสนับสนุนการเข้าร่วมงานอบรมระดับชุมชน	2.36	0.83	มาก
10) มีการติดตามข่าวสารจากภาครัฐ	2.34	0.85	มาก
การสนับสนุนด้านทรัพยากร	2.40	0.81	มาก
11) มีการเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ ที่ให้ความรู้ทุกปี	2.28	0.86	ปานกลาง
12) มีเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ตรวจเช็คระบบไฟ และแนะนำการเปลี่ยนแปลงทุกปี	2.82	0.81	มาก
13) มีการสนับสนุนอุปกรณ์การสอนดับเพลิงเบื้องต้น	2.24	0.82	ปานกลาง
14) มีป้ายรณรงค์ติดที่ชุมชนอย่างทั่วถึง	2.38	0.78	มาก
15) มีหน่วยให้ความรู้และควบคุมเหตุเบื้องต้นระดับชุมชน	2.32	0.80	มาก
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในภาพรวม	2.38	0.84	มาก

ด้านพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 64.0 รองลงมา ที่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 34.0 และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 2.0 โดยพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ทั้งหมดในระดับมาก ($\bar{X}=2.49$, $SD=0.63$) ส่วนพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนรายด้าน แยกเป็น 3 ด้าน

ได้แก่ พฤติกรรมทั่วไปป้องกันการเกิดเพลิงไหม้จากเครื่องใช้ไฟฟ้า อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.44$, $SD=0.62$) พฤติกรรมการเก็บรักษาอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้า อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.58$, $SD=0.59$) และพฤติกรรมการสังเกตอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้า อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.48$, $SD=0.63$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ (n=50)

พฤติกรรมในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือน	$\bar{X}$	SD	แปลผล
พฤติกรรมทั่วไปป้องกันการเกิดเพลิงไหม้จากเครื่องใช้ไฟฟ้า	2.44	0.62	มาก
1) อ่านคู่มือการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าในครัวเรือน	2.52	0.65	มาก
2) ปฏิบัติตามคู่มือเครื่องใช้ไฟฟ้า	2.66	0.59	มาก
3) ฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำจากร้านขายเครื่องใช้ไฟฟ้า	2.70	0.51	มาก
4) ติดตั้งในพื้นที่ ที่ได้รับคำแนะนำจากร้านขายเครื่องใช้ไฟฟ้า	2.76	0.48	มาก
5) ติดตั้งในพื้นที่ ที่ได้รับคำแนะนำจากร้านขายเครื่องใช้ไฟฟ้า	2.66	0.52	มาก
6) ใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าผ่านมาตรฐาน มอก. เท่านั้น	2.48	0.58	มาก
7) ใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าตามอายุงาน	1.88	0.72	ปานกลาง
8) เมื่อเครื่องใช้ไฟฟ้าชำรุดแล้วซ่อมแซมเอง	2.26	0.78	ปานกลาง
9) ชอบและเคยดัดแปลงเครื่องใช้ไฟฟ้าเอง	1.86	0.88	ปานกลาง
10) ตรวจเช็ค ถอดปลั๊กเครื่องใช้ไฟฟ้า	2.62	0.57	มาก
11) ค้นหาความรู้ใหม่ๆเพิ่มเติม	2.48	0.54	มาก
พฤติกรรมการเก็บรักษาอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้า	2.58	0.59	มาก
12) เก็บในบริเวณที่คู่มือและบริษัทแนะนำอย่างถูกต้อง	2.58	0.61	มาก
13) เก็บในบริเวณสะดวกของตัวเอง	2.58	0.64	มาก
14) เก็บหลังจากการใช้แล้วอย่างเป็นระเบียบ	2.56	0.54	มาก
15) แยกเก็บเป็นสัดส่วนพื้นที่บริเวณบ้าน	2.58	0.58	มาก
พฤติกรรมการสังเกตอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้า	2.48	0.63	มาก
16) สายไฟชำรุดบิด งอ ขาดจะซ่อม และเปลี่ยนทันที	2.42	0.76	มาก
17) ไฟติดๆ ดับๆ จะหาสาเหตุ	2.48	0.65	มาก
18) กลิ่น ไอร้อน ความร้อนของเครื่องใช้ หยุดใช้	2.56	0.64	มาก
19) สังเกตการณ์ทำงาน ศักยภาพเครื่องใช้ไฟฟ้าเปลี่ยนไปจากเดิม	2.50	0.68	มาก
20) ดับเทียนไข ธูป หลังจากไหว้พระ	2.56	0.64	มาก
21) ดับกองไฟทุกครั้งหลังจากเสร็จธุระ	2.76	0.48	มาก
22) เก็บข้าวของที่เป็นเชื้อเพลิงให้เป็นระเบียบ	2.70	0.51	ปานกลาง
23) มีระบบสายล่อฟ้าในบ้าน	2.32	0.89	มาก
24) มีเซตกันไฟรอบบ้าน	2.18	0.90	มาก
25) ตัดแต่งกิ่งไม้และตัวบ้านห่างจากต้นไม้ใหญ่	2.32	0.74	มาก
พฤติกรรมในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนในภาพรวม	2.49	0.63	มาก

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือน โดยใช้ Pearson's chi-square test พบว่า ระดับการศึกษา อายุของบ้าน และการมีเครื่องใช้ไฟฟ้าในบ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ เท่ากับ 6.958, 1.149 และ 6.045 ตามลำดับ ส่วน เพศ อายุ รายได้ และจำนวนคนอยู่อาศัยในครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ เท่ากับ 0.394, 0.014, 0.972 และ 0.043 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนโดยใช้ Pearson's Chi-Square

ข้อมูลทั่วไป	พฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้	
	Pearson's Chi-Square (X^2)	ค่าความสัมพันธ์
เพศ	0.394	0.530
อายุ	0.014	0.914
ระดับการศึกษา	6.958*	0.008*
รายได้	0.972	0.314
จำนวนคนอยู่อาศัย	0.043	0.836
อายุของบ้าน	1.149*	0.002*
มีเครื่องใช้ไฟฟ้าในบ้าน	6.045*	0.014*

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนโดยใช้ Pearson's correlation พบว่า การรับรู้การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.437 และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.340 นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.280 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนโดยใช้ Pearson's correlation (n=50)

ตัวแปร	พฤติกรรมป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือน (Y)	การรับรู้การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ (X ₁)	แรงสนับสนุนทางสังคม (X ₂)
พฤติกรรมป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือน (Y)	1	0.437*	-0.340*
การรับรู้การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ (X ₁)		1	0.280*
แรงสนับสนุนทางสังคม (X ₂)			1

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือน อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งชายและหญิง ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 50 คน เป็นตัวแทนจากครัวเรือนๆ ละ 1 คน การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนแสดงให้เห็นว่า ระดับการศึกษา อายุของบ้านและการมีเครื่องใช้ไฟฟ้าในบ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า เท่ากับ 6.958, 1.149 และ 6.045 ตามลำดับ ซึ่งเกิดจากระดับการศึกษาส่งผลต่อการขาดความรู้ความเข้าใจในสาเหตุของการเกิดเพลิงไหม้ รวมถึงอายุของบ้านและอายุของเครื่องใช้ไฟฟ้าในครัวเรือนที่เก่าและอาจชำรุดที่ทำให้ขาดพฤติกรรมในการใส่ใจดูแลตรวจตรา⁽¹⁾ และอาจลดความตระหนักถึงความปลอดภัยในบ้าน ขาดการตรวจเช็คระบบความปลอดภัย⁽⁶⁾ ทำให้ความปลอดภัยในอค์คิยมักไม่เพียงพอเนื่องจากอายุบ้านที่ใช้นาน⁽¹⁾ รวมถึงระบบป้องกันอค์คิยซึ่งมีความสัมพันธ์กับการจัดการก่อนเกิดอค์คิย ซึ่งต้องมุ่งเน้นในส่วนความรู้ด้านมาตรการตรวจตราตรวจเช็คระบบอย่างทั่วถึง⁽¹⁾ เพื่อบำรุงรักษาและดำเนินการแก้ไขให้สามารถใช้งานได้อย่างปลอดภัย⁽⁶⁾

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือน พบว่า การรับรู้การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.437 สอดคล้องกับการศึกษาและวิเคราะห์ระบบป้องกันอค์คิยจากไฟฟ้าลัดวงจรในอาคารต้องมีการรับรู้ที่ดี หากไม่มีความรู้หรือการรับรู้ ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดเพลิงไหม้ได้⁽⁸⁾ เช่น การซ่อมแซมไม่ถูกวิธีจะส่งผลกระทบต่อวงจรไฟฟ้าภายในเครื่องใช้ไฟฟ้าให้เกิดไฟฟ้าลัดวงจร ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดเพลิงไหม้เช่นเดียวกันเพื่อความปลอดภัยต้องจัดทำมาตรฐานการออกแบบ มาตรฐาน

การใช้งาน และมาตรฐานการบำรุงรักษาและการจัดการก่อนเกิดอัคคีภัย⁽⁷⁾ ต้องรู้จักวิธีการซ่อมแซมและติดตั้งด้วยอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน มีการออกแบบที่ถูกต้องและปลอดภัย โดยผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และมีการกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยโดยสำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรมและมีคู่มือในการใช้สินค้าอย่างถูกต้อง⁽⁹⁾

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.340 แสดงถึงการได้รับการสนับสนุนด้านความรู้จากหน่วยงานที่มากเกินไป⁽¹⁰⁾ มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันตนเองลดลงเป็นผลจากการลเลยและเกิดพฤติกรรมเคยชินทำให้ขาดการระมัดระวังในการป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือนได้สอดคล้องกับทฤษฎีเคยชิน⁽¹¹⁾ ของมนุษย์เมื่อคนเคยปฏิบัติตนอย่างไรแล้ว ก็จะปฏิบัติเช่นนั้นอย่างต่อเนื่องถึงแม้สิ่งนั้นจะเป็นพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย เช่น พฤติกรรมการไม่สวมหมวกกันน็อกขณะขับรถ พฤติกรรมการไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมการไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงาน

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือน พบแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.280 แสดงว่าการได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆเกี่ยวกับความปลอดภัยช่วยให้เกิดการรับรู้มากขึ้นสอดคล้องกับแนวคิด Fire safety for all กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยที่มีแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมกระตุ้นการณรงค์ ประชาสัมพันธ์และฝึกอบรมให้ภาคประชาชนมีการรับรู้มีความรู้เข้าใจวงจรการเกิดไฟและสาเหตุการเกิดไฟรวมถึงการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดไฟไหม้ช่วยลดความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้⁽⁴⁾ ทำให้ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการลดอันตรายและความร้ายแรงจากอัคคีภัยได้⁽¹²⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ชุมชนควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมการรับรู้อันตรายจากเพลิงไหม้ รวมถึงการจัดทำแบบตรวจ (Checklist) ตามอายุของบ้าน และอายุของเครื่องใช้ไฟฟ้าในครัวเรือน ตรวจสอบเช็คระบบการไฟฟ้าประจำบ้านในทุกๆเดือนเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดเพลิงไหม้ในครัวเรือน
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมในส่วนอุปกรณ์ถังดับเพลิงในครัวเรือนและอบรมการตรวจเช็คและการใช้งานอย่างถูกวิธีให้กับชุมชนเพื่อเตรียมพร้อมและลดความเสี่ยงในการเกิดเพลิงไหม้ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณชุมชนผู้นำชุมชนกลุ่มตัวอย่างทุกคนและคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. ปลอดภัย จันโศก. การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงต่ออัคคีภัยสำหรับอาคารที่พักอาศัยของ กองทัพอากาศไทย. วารสารเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์อัคคีภัย 2552;2(1):1-5.
2. กิจจา จิตรภิรมย์. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับอัคคีภัย. ก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์ 2557;14(1):1-17.
3. สมาคมส่งเสริมความปลอดภัยและอนามัยในการทำงาน (ประเทศไทย) ในพระราชูปถัมภ์ฯ. 15 กฎเหล็กป้องกันอัคคีภัยฉลองปีใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 1] เข้าถึงได้จาก: http://www.shawpat.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=249:15-&catid=51:-m---m-s&Itemid=202
4. กองมาตรการป้องกันสาธารณภัย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย. Fire safety for all [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 3]. เข้าถึงได้จาก: <http://measures.disaster.go.th/in.criteria-1.189/>
5. สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดอุบลราชธานี กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย. รอบรู้ ปก. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 3]. เข้าถึงได้จาก: https://www.disaster.go.th/th/news/perimeter_fence/94
6. สมมาศ เลิศลักษณ์อรยา. ระบบป้องกันอัคคีภัยกับการจัดการด้านอัคคีภัย. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสต์เทิร์นเอเชีย 2559;6(3):351-8.
7. วิจิต มาลาเวช. ศึกษาและวิเคราะห์ระบบป้องกันอัคคีภัยจากไฟฟ้าลัดวงจรในอาคาร กรณีศึกษา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช; 2559.
8. Karemaker M, ten Hoor GA, Hagen RR, van Schie C, Boersma K, Ruiter RA. Elderly about home fire safety: A qualitative study into home fire safety knowledge and behavior. Fire Safety Journal 2021;124:103391. doi: 10.1016/j.firesaf.2021.103391.
9. ภาคย์ เทพวัลย์. การศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรคและแนวทางในการป้องกันอัคคีภัยของสถานประกอบการอุตสาหกรรม [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาธุรกิจอุตสาหกรรม]. กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ; 2549.
10. สรศักดิ์ รัชตโสภณ. ศึกษาการจัดการความรู้ด้านการป้องกันและระงับอัคคีภัยภายในชุมชน กรณีศึกษา ชุมชนริมทางรถไฟหลังโรงพยาบาลเดชา เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร. [การค้นคว้าอิสระ หลักสูตรปริญญาโทรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2562.
11. สุภากร จันทวานิช. ทฤษฎีสังคมวิทยา, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
12. Morgner C, Patel H. Understanding ethnicity and residential fires from the perspective of cultural values and practices: A case study of Leicester, United Kingdom. Fire Safety Journal 2021;125:103384. doi: 10.1016/j.firesaf.2021.103384.

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

วินัฐ ดวงแสนจันทร์^{*,} ตะวัน แสงสุวรรณ^{*}, พุทธิพงษ์ พลคำฮัก^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 197 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามที่ประเมินใน 3 ด้าน ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเครื่องมือได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล สถิติไคสแคว์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมในระดับสูง ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และลักษณะการอยู่อาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร นอกจากนี้พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.556$, $p<0.05$)

สรุป: ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

คำสำคัญ: การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

^{*} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล นครราชสีมา

^๑ ผู้เขียนหลัก: วินัฐ ดวงแสนจันทร์ E-mail: winut.nurse@gmail.com

^{**} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

รับบทความ: 11 พ.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 17 มิ.ย. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 17 มิ.ย. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 12 ก.ค. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.31>

Perceived Behavioral Control and Food Consumption Behaviors Among Older Persons with Uncontrolled Diabetes

Winut Duangsanjun^{*a}, Tawan Sangsuwan^{*}, Puttipong Poncumhak^{**}

Abstract

This research aimed to study perceived behavioral control and food consumption behaviors and to determine factors associated with food consumption behaviors among older persons with uncontrolled diabetes.

Methods: The samples were consisted of 197 older adults diagnosed with uncontrolled diabetes attending Tambon health promoting hospitals in Muang District, Nakhon Ratchasima province, from July to August 2020. The samples were purposively selected based on the inclusion criteria. The assessment tool measured 3 aspects: demographic data, perceived behavioral control, and food consumption behaviors. The validity and reliability of these instruments were approved prior to the data collection. The data were analyzed using descriptive statistics, point biserial correlations, chi-square tests, and Spearman's rank correlation coefficients.

Results: The sample had perceived behavioral control at a moderate level and food consumption behaviors at a high level. Regarding personal factors, it was found that gender, age, marital status, education level, income, income adequacy, and family characteristics were not associated with food consumption behaviors. In addition, the findings indicated a significant relationship between perceived behavioral control with food consumption behaviors among older persons with uncontrolled diabetes ($r=0.556$, $p<0.05$).

Conclusions: The findings can be used as information for health personal to promote food consumption behaviors among older persons with uncontrolled diabetes.

Keywords: Perceived behavioral control; Food consumption behaviors; Older persons; Uncontrolled diabetes

^{*} Lecturer, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima

^a Corresponding author: Winut Duangsanjun Email: winut.nurse@gmail.com

^{**} Assistant Professor, School of Allied Health Sciences, University of Phayao

Received: May 11, 21; Revised: Jun. 17, 21; Accepted: Jun. 17, 21; Published Online: Jul. 12, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.31>

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ในปัจจุบันพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกถึง 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 700 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2588 ซึ่งในจำนวน 1 ใน 5 ของผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และมีจำนวนผู้ป่วย มากขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติของสำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุม โรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการเจ็บป่วยจากโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2559 พบอัตรา 1,292.79 ต่อ แสนประชากร และเพิ่มขึ้นเป็นอัตรา 1,439.04 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2561⁽²⁾ และจากการสำรวจ สภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยในปี 2557 พบความชุกของโรคเบาหวานสูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ทั้งชายและหญิง คิดเป็นร้อยละ 15.9, 21.9 ตามลำดับ⁽³⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่รุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติ ในการหลั่งอินซูลิน หรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบมากที่สุด ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด⁽⁴⁾ ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากอายุที่เพิ่ม มากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับอ่อนลดลง ทำให้การหลั่งอินซูลินผิดปกติ การควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดไม่มีประสิทธิภาพ⁽⁵⁾ สมาคมโรคเบาหวานของอเมริกากำหนดให้เป้าหมายของการควบคุม ระดับของน้ำตาลในเลือดคือมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ไม่เกิน 7 %⁽⁶⁾ ซึ่งถ้าหากมีระดับน้ำตาลใน เลือดสูงเป็นเวลานาน สามารถทำให้เกิดการป่วยและตายก่อนวัยอันสมควรจากภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา

ปัญหาจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สามารถทำให้เกิดผลกระทบด้านร่างกายจาก ภาวะแทรกซ้อนต่อตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือดสมอง เช่น ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic retinopathy) พบได้มากถึงร้อยละ 13.6-31.2⁽⁷⁾ ในการเกิดโรคไตจากเบาหวาน (Diabetes nephropathy) เป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย รวมไปถึงมีรายงานการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ เกี่ยวข้องกับหลอดเลือด การรับรู้ความรู้สึกบริเวณเท้าบกพร่อง เกิดแผลและมีเนื้อตายนำไปสู่การถูกตัดเท้า และมีรายงานการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา⁽⁵⁾ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องได้รับการดูแลรักษาเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติเพราะไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบ ทางด้านร่างกายยังรวมถึงส่งผลกระทบในด้านอื่นๆ ตามมาด้วย

ในปัจจุบันโรคเบาหวานยังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อย่างไรก็ตาม เป้าหมายหลักใน การดูแลรักษา คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงระดับปกติมากที่สุด⁽⁷⁾ โดย สมาคมโรคเบาหวานแห่งอเมริกาแนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ประมาณ ตลอดเวลาทั้งในวัย ผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ เพื่อคงความสามารถในการทำหน้าที่หรือคุณภาพชีวิต ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่มีประสิทธิภาพอย่างหนึ่งคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม⁽⁸⁾ ถือเป็นสิ่งที่ควรทำเป็นอันดับแรกใน การดูแลมากกว่าการเริ่มรักษาด้วยยา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประกอบด้วย ชนิดของอาหาร ซึ่งการ บริโภคเป็นพฤติกรรมที่มีผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในเลือด แหล่งอาหารที่ให้คาร์โบไฮเดรต ได้แก่ ข้าวแป้ง และผลิตภัณฑ์ ผลไม้ ผัก นมและผลิตภัณฑ์จากนม ขนมหวานและเบเกอรี่ ซึ่งคาร์โบไฮเดรตที่ได้จากการ บริโภคอาหารจะมีการย่อยและดูดซึมที่ทางเดินอาหารถูกเปลี่ยนเป็นน้ำตาลกลูโคสทั้งหมด โดยคาร์โบไฮเดรต

จะถูกย่อยด้วยอะไมเลส (Amylase) ที่สร้างจากตับอ่อน และทำหน้าที่เปลี่ยนสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเป็นน้ำตาลกลูโคส ซึ่งถ้าได้มากเกินไปจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการกำหนดเลือกรับประทานอาหาร จำนวนมื้อของอาหารที่รับประทาน อุปกรณ์ที่ใช้รวมทั้งสุขนิสัยของการรับประทานอาหาร⁽⁹⁾ ดังนั้นการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเป็นแนวทางหนึ่งในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของเอจเซน (Ajzen)⁽¹⁰⁾ เป็นทฤษฎีหนึ่งที่สามารถอธิบายถึงพฤติกรรมได้ โดยกล่าวถึงการกระทำด้วยเหตุผลว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จจะเกิดจากการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ถ้าหากมีความตั้งใจที่จะกระทำการใดก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมาและประสบผลสำเร็จ ในทางตรงกันข้ามถ้าไม่มีความตั้งใจก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาไม่ดี ซึ่งเอจเซนได้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมไว้ คือการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอาจสัมพันธ์กับพฤติกรรมโดยไม่ผ่านความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม โดยเฉพาะในกรณีที่บุคคลมีการรับรู้การควบคุมตรงกับความเป็นจริง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดนราธิวาส จำนวน 160 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 4 ($R^2=0.04$, $p<0.01$)⁽¹¹⁾ จะเห็นได้ว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งมีความสำคัญต่อการแสดงออกของพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม⁽¹⁰⁾ ในต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น⁽¹²⁾ และในประเทศไทยพบมีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ในผู้สูงอายุ⁽¹¹⁾ แต่ยังไม่พบการศึกษาในพื้นที่ในบริบทของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงยังไม่พบการศึกษาดังกล่าวในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวโดยคาดว่าผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการวางแผนการดูแลให้ผู้สูงอายุ และนำไปต่อยอดการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

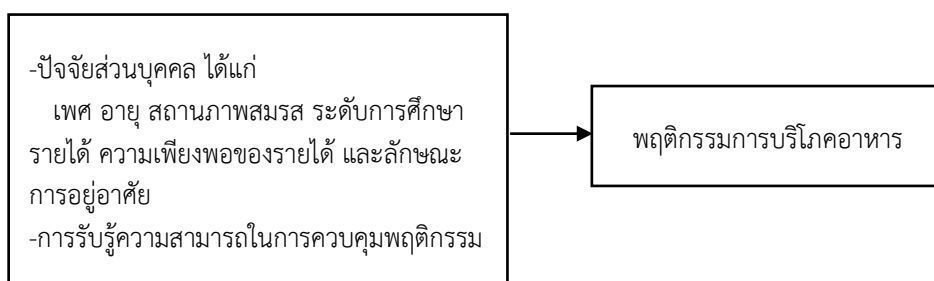
1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หรือไม่ อย่างไร
3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของเอจเซน (Ajzen)⁽¹⁰⁾ ซึ่งกล่าวถึงการกระทำด้วยเหตุผลว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จจะเกิดจากความตั้งใจ (Intention) ถ้าหากมีความตั้งใจที่จะกระทำการใดก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมาและประสบความสำเร็จ ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมมีผลมาจากปัจจัย 3 ประการ คือ 1) ทศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward behavior) 2) บรรทัดฐานเชิงอัตวิสัยหรือการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms) และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) อย่างไรก็ตาม เอจเซนได้กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีผลโดยตรงต่อการแสดงออกของพฤติกรรม โดยไม่ผ่านความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมคือการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จจะเกิดจากการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับการมีโอกาสดำเนินการในการทำพฤติกรรม และการรับรู้ว่ามีปัจจัยควบคุมบางอย่างที่สามารถเอื้ออำนวยต่อการกระทำนั้น จะทำให้แสดงพฤติกรรมนั้นออกมาและประสบความสำเร็จ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรโดยคาดว่าจะการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและปัจจัยส่วนบุคคลน่าจะมีผลสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสมตั้งแต่ 7% ขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสมตั้งแต่ 7% ขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี Power analysis ซึ่งกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.20 และเปิดตารางของโพลิตและเบค (Polit & Beck)⁽¹³⁾ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 197 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้ 1) สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้ 2) มีสุขภาพจิตปกติ โดยประเมินจากแบบสอบถามสุขภาพจิตจุฬา⁽¹⁴⁾ โดยมี 15 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 19 คะแนน และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกาญจณี ชิตบุตร์⁽¹¹⁾ ประกอบด้วย มาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ และมาตรวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดให้คะแนน 1-5 คะแนน คำนวณคะแนนรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยนำค่าคะแนนแต่ละข้อของมาตรวัดความเชื่อคูณกับคะแนนแต่ละข้อจากมาตรวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการบริโภคอาหาร แล้วนำค่าคะแนนแต่ละข้อมารวมกัน มีคะแนนต่ำสุด-สูงสุด เท่ากับ 10-250 คะแนน
3. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกาญจณี ชิตบุตร์⁽¹¹⁾ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดให้คะแนน 1-5 คะแนน สำหรับการแปลผลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร นำผลรวมของคะแนนหารด้วยจำนวนข้อจากมาตรวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรง (Validity)

แบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามของกาญจน์ ชิตบุตร⁽¹¹⁾ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ดัดแปลงให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.84 และ 0.86 ตามลำดับ

การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ที่ผ่านการพิจารณาและปรับปรุงตาม ข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน และตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย โดยการทดลองใช้กับ ประชากรที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 15 ราย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคูนบลาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82 และ 0.87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 ขออนุญาตเก็บ รวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจง โครงการวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและให้ลงนาม ในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการ ตรวจตามนัด มีโต๊ะแยกให้นั่งตอบแบบสอบถามเพื่อความเป็นส่วนตัวในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวม ข้อมูลด้วยตนเองด้วยวิธีการอ่านให้ฟังแล้วให้เลือกตอบ โดยจะใช้เวลารายละ 30 นาที โดยจะให้ผู้ป่วยตอบ แบบสอบถาม 2 ชุดแรก จากนั้นให้พัก 5 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเช่นเดียวกันให้เสร็จ

การวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับคะแนนของการรับรู้ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้กับพฤติกรรมการบริโภค อาหารโดยใช้สหสัมพันธ์พอยท์ไบเริล (Point biserial) สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการ บริโภคอาหาร โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และอายุ รายได้ การรับรู้ความสามารถในการควบคุม พฤติกรรมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งไม่ปกติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง 004/2020 ลงวันที่ 16 มกราคม 2563 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การ วิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างเห็นดียินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ

กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ยกเลิกไม่เข้าร่วมวิจัยได้ตลอดกระบวนการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตามมาตรฐาน สำหรับข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับและผลการวิจัยนำเสนอในลักษณะของภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 197 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.45 มีอายุเฉลี่ย 66.29 ปี (SD=4.39) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 75.64 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.60 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 77.16 ปัจจุบันประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.56 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 59.90 ความเพียงพอของรายได้ พอใช้จ่าย ร้อยละ 59.90 แหล่งที่มาของรายได้ ส่วนใหญ่จากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 37.54 และลักษณะการอยู่อาศัย อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 65.87

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 119.23 คะแนน (SD=22.18) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (n=197)

คะแนน	ค่าต่ำสุด-สูงสุด		$\bar{X}$	SD	ระดับคะแนน
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	10 - 250	80 - 183	119.23	22.18	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาตามมาตรวัด พบว่ามาตรวัดด้านความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการบริโภคอาหาร โดยนำเสนอค่าเฉลี่ยสูงสุด-ต่ำสุด 3 อันดับแรก พบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการไม่ยากเจ็บป่วยทำให้รับประทานข้าวกล้อง ผักใบเขียว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 คะแนน (SD=0.72) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการซื้อข้าวเหนียว ข้าวสวยขัดขาวได้สะดวก ทำให้รับประทานข้าวเหนียว ข้าวสวยขัดขาว ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 คะแนน (SD=0.73) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม
จำแนกตามมาตรวัดด้านความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการบริโภคอาหาร (n=197)

ด้านความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการ บริโภคอาหาร	$\bar{X}$	SD	ระดับคะแนน
1. การไม่ยากเจ็บป่วยทำให้รับประทานข้าวกล้อง ผักใบเขียว	4.18	0.72	สูง
2. การโฆษณาประชาสัมพันธ์เชิญชวนของสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ทำให้ดื่ม น้ำหวาน น้ำอัดลม	4.03	1.15	สูง
3. ความเพียงพอของรายได้ทำให้รับประทานผักเพื่อสุขภาพ	4.02	0.74	สูง
4. ฤดูกาลที่มีผลไม้รสหวาน ทำให้รับประทานผลไม้รสหวาน	2.31	0.65	ต่ำ
5. ความชอบรับประทานขนมหวาน ทำให้รับประทานขนมหวาน	2.26	0.80	ต่ำ
6. การซื้อข้าวเหนียว ข้าวสวยขัดขาวได้สะดวก ทำให้รับประทาน ข้าวเหนียว ข้าวสวยขัดขาว	2.01	0.73	ต่ำ
ค่าเฉลี่ยรวม	3.26	0.83	สูง

มาตรวัดด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการบริโภคอาหาร
โดยนำเสนอค่าเฉลี่ยสูงสุด-ต่ำสุด 3 อันดับแรก พบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการโฆษณาประชาสัมพันธ์เชิญชวนของ
สื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ทำให้ดื่ม น้ำหวาน น้ำอัดลม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 คะแนน
(SD=1.02) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการซื้อข้าวเหนียว ข้าวสวยขัดขาวได้สะดวก ทำให้รับประทานข้าวเหนียว
ข้าวสวยขัดขาว ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 คะแนน (SD=0.64) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม
จำแนกตามมาตรวัดด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการบริโภคอาหาร
(n=197)

ด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่สนับสนุนหรือ ขัดขวางการบริโภคอาหาร	$\bar{X}$	SD	ระดับคะแนน
1. การโฆษณาประชาสัมพันธ์เชิญชวนของสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ทำให้ดื่ม น้ำหวาน น้ำอัดลม	4.22	1.02	สูง
2. การไม่ยากเจ็บป่วย ทำให้รับประทานข้าวกล้อง ผักใบเขียว	4.10	0.65	สูง
3. ความเพียงพอของรายได้ ทำให้รับประทานผักเพื่อสุขภาพ	4.05	0.84	สูง
4. ฤดูกาลที่มีผลไม้รสหวาน ทำให้รับประทานผลไม้รสหวาน	2.32	0.78	ต่ำ
5. ความชอบรับประทานขนมหวาน ทำให้รับประทานขนมหวาน	2.30	0.86	ต่ำ
6. การซื้อข้าวเหนียว ข้าวสวยขัดขาวได้สะดวก ทำให้รับประทาน ข้าวเหนียว ข้าวสวยขัดขาว	2.20	0.64	ต่ำ
ค่าเฉลี่ยรวม	3.32	0.82	สูง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 คะแนน (SD=0.84) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุดคือประทานอาหารในแต่ละวันครบทั้ง 3 มื้อ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.77 คะแนน (SD=0.74) พบค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือรับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.11 คะแนน (SD=1.40) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (n = 197)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	$\bar{X}$	SD	ระดับคะแนน
1. ประทานอาหารในแต่ละวันครบทั้ง 3 มื้อ	4.77	0.74	สูง
2. รับประทานอาหารหลักตรงตามเวลาของมื้อ	3.97	1.08	สูง
3. รับประทานอาหารแต่ละมื้อจนอิ่มเต็มที่	2.81	1.12	สูง
4. ดื่มน้ำอัดลม เช่น เป๊ปซี่ โค้ก	4.55	0.52	สูง
5. รับประทานอาหารจุบจิบ ระหว่างมื้อ	4.32	0.59	สูง
6. รับประทานอาหารที่มีรสหวาน เช่น ฝอยทอง ทองหยิบ ทองหยอด หรือขนมหวานอื่นๆ	4.26	0.86	สูง
7. รับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก	2.11	1.40	ต่ำ
8. เลือกการทำอาหารโดยวิธีต้ม นึ่ง ย่าง	3.11	0.98	สูง
9. รับประทานผักสด ผักลวก	3.42	1.01	สูง
10. รับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก กัลยหอม แตงโม เป็นต้น	3.53	0.97	สูง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.68	0.84	สูง

3. เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (n=197)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	
	ค่าสถิติ	p-value
เพศ	$r_{pb} = -0.07$	0.327
อายุ	$r = .026$	0.714
สถานภาพสมรส	$X^2 = 90.26$	0.072
ระดับการศึกษา	$X^2 = 84.33$	0.649
รายได้	$r = 0.028$	0.699
ความเพียงพอของรายได้	$r_{pb} = 0.019$	0.792
ลักษณะการอยู่อาศัย	$X^2 = 68.38$	0.090

หมายเหตุ r_{pb} = Point biserial, r = Spearman's rank correlation coefficient, X^2 = Chi-Square test

4. สำหรับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.556$; $p<0.05$) เมื่อพิจารณาตามมาตรวัด พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการบริโภคอาหาร และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.567, 0.534$; $p<0.05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (n=197)

ตัวแปร	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	
	r	p-value
ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการบริโภคอาหาร	0.567	0.000*
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการบริโภคอาหาร	0.534	0.000*
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	0.556	0.000*

* $p<0.01$

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 119.23 คะแนน (SD=22.18) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.64) เป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งในวัยสูงอายุตอนต้นยังคงมีการรับรู้ความสามารถของตนต่อการกระทำพฤติกรรมได้ดี และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมที่กำหนดได้นั้น บุคคลนั้นมีแนวโน้มจะใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 77.16) ซึ่งสามารถที่จะรับรู้และเข้าใจในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดนราธิวาส จำนวน 160 ราย ผลการศึกษาพบว่า มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ในระดับสูง⁽¹¹⁾ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นเพียงพอจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นในระดับสูง

จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.98 คะแนน (SD=4.51) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 59.90) ซึ่ง ทำให้ไม่สามารถซื้ออาหารที่มีระดับน้ำตาลสูงได้ความหลากหลาย เช่น ขนม เบเกอรี่ หรือนมต่างๆ ซึ่งมีราคาสูง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 88 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับประทานคาร์โบไฮเดรตในหมวดผักชนิดต่างๆ ครบ 3 มื้อ⁽⁹⁾ อาจเนื่องมาจากผักพื้นบ้านหาได้ง่าย ซึ่งเป็นพืชที่ปลูกเองหรือสามารถซื้อตามหมู่บ้านได้ และส่วนน้อยที่เลือกรับประทานขนม เบเกอรี่ หรือนมต่างๆ เพราะมีราคาที่สูง และการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 65.87) ซึ่งสามารถให้คำแนะนำในการเลือกซื้ออาหารหรือเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และลักษณะการอยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะการอยู่อาศัย อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 65.87 ซึ่งการอาศัยร่วมกับบุคคลในครอบครัวมีโอกาสจะได้รับการช่วยเหลือส่งผลให้มีการปรับตัวทางด้านจิตใจ ช่วยลดความเครียดได้มากขึ้น ช่วยส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองมากขึ้นและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ในทางตรงกันข้ามผู้เป็นเบาหวานที่มีคู่สมรส แต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อาจเกิดจากไม่สามารถดูแลเอาใจใส่ ให้คำแนะนำไม่เต็มที่เท่าที่ควร ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และในผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวอาจจะใช้เวลาในการดูแลตนเอง ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี⁽¹⁵⁾

จากผลการศึกษาพบว่า เมื่อพิจารณาตามมาตรวัด พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการบริโภคอาหาร และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.567, 0.534; p<0.05$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า เป็นความเชื่อเกี่ยวกับ

ปัจจัยที่สนับสนุน หรือขัดขวางที่อาจจะเกิดขึ้นจากปัจจัยทั้งภายนอก เช่น มีความเชื่อว่าการที่ไม่อยากเจ็บป่วยทำให้รับประทานข้าวกล้อง ผักใบเขียว จะทำให้มีความตั้งใจในการทำกิจกรรมนั้นสูง และร่วมกับมีการรับรู้ความยากง่ายในการควบคุมตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ตั้งใจ⁽¹¹⁾ และการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($r=0.556$; $p<0.05$) อธิบายได้ว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเป็นความรู้สึกของบุคคลว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ หากผู้สูงอายุรับรู้ว่าจะสามารถที่จะเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานโดยสามารถควบคุมและจัดการกับอุปสรรคต่างๆ ได้ ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความตั้งใจและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามมาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2: การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและการรับรู้ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง 154 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตามการที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.45) อธิบายได้ว่า การใช้พลังงานพื้นฐานของร่างกาย (Basal metabolic rate-BMR) เพื่อใช้ในการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ และของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายในเพศชายมากกว่าเพศหญิง รวมทั้งเพศชายมีการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมากกว่าเพศหญิง ทำให้การนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานมากกว่าเพศหญิง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 312 ราย ผลการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่เพศหญิงมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ดีเท่าเพศชาย 1.72 เท่า⁽¹⁵⁾

การศึกษานี้พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.556$, $p<0.05$) สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้มาเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในการวางแผนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ความเชื่อของผู้สูงอายุมีความสามารถที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ เช่น ความชอบของการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสม การรับรู้คุณค่าและประโยชน์ของอาหาร และสามารถจัดการกับอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุในการให้การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559-2561. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 14]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission3>
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 9th edition. Brussels: Belgium [serial online]. 2020 [cited 14 June 2021]. Available from: <http://www.diabetesatlas.org>
3. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
4. ประเสริฐ ธนกิจจารุ, ไพรัช เกตุรัตนกุล, วีระศักดิ์ ศรีนันทกร, กิตติ ชื่นยง. Textbook of Medicine Rangsit University. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2558.
5. Zheng Y, Ley SH, Hu, FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. Nature Reviews Endocrinology 2018;14(2):88-98.
6. American Diabetes Association. Diabetes care. The Journal of Clinical and Applied Research and Education 2020;43 Suppl 1:S1-S2.
7. Deerochanawong C, Ferrario A. Diabetes Management in Thailand: A literature review of the burden, costs, and outcomes. Globalization and Health 2013;9(1):1-18.
8. ศศิวรรณ ชันทะชา, เบญจา มุกตพันธุ์. ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ที่มีความหลากหลายเชื้อชาติ อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. ศรีนครินทร์เวชสาร 2021;36(1):97-104.
9. วินัฐ ดวงแสนจันทร์, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์, ณัฐพงศ์ โฆษขุนพันธ์. การบริโภคคาร์โบไฮเดรตและอีโมโกลบินเอวีนซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2561.
10. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior: Theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2015.
11. กาญจน์ ชิตบุตร. เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความตั้งใจ และพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดนราธิวาส [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
12. Fila SA, Smith C. Applying the theory planned behavior to healthy eating behaviors in urban Native American youth. International journal of behavioral nutrition and physical activity 2006;3(1):1-10.
13. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principle and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

14. Jitapunkul S. Principles of Geriatric Medicine. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 1998.
15. กุสุมา กังหลี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(3):256-268.
16. Askari A, Jeihooni AK, Kashfi SM, Marzban A, Khiyali Z. The effect of educational program based on belief, attitude, subjective norm, and enabling factors model on changing the metabolic indices in elderly patients with type II diabetes. International journal of preventive medicine 2018;9(1):74-79.

การชี้บ่งอันตรายและการจัดทำมาตรฐานความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษา สำหรับชุมชนทำเทียนพรรษาในจังหวัดอุบลราชธานี

ญาณิฐา แพงประโคน^{*}, จารุพร ดวงศรี^{*}, คมสันต์ ธงชัย^{**},
รัชณี จุมจี^{**}, ชัยกฤต ยกพลชนชัย^{*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สำรวจชี้บ่งอันตรายในงานทำเทียนพรรษาในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อชี้บ่งอันตรายในชุมชนทำเทียนพรรษา 2) จัดทำมาตรการและมาตรฐานความปลอดภัยให้ชุมชนทำเทียนพรรษา 3) อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยให้กับชุมชนทำเทียนพรรษาทั้ง 3 ประเภท ได้แก่ แกะสลัก ปะพิมพ์ และโบราณ สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากชุมชนต้นเทียนที่ส่งเข้าประกวดต้นเทียนพรรษาในจังหวัดอุบลราชธานีอย่างต่อเนื่อง ทั้ง ขนาดกลางและใหญ่ 10 แห่ง โดยศึกษาปัญหาและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบ ค้นหาสาเหตุของอันตรายโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัยและจัดทำมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งจากการวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัยในการทำเทียนพรรษาทั้ง 3 ประเภท พบลักษณะอันตราย 2 ด้าน คือ ด้านที่ 1 สภาพแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ 1) แสงสว่างไม่เพียงพอ 2) ความร้อนจากน้ำเทียน 3) ฝุ่น 4) พุ่ม ด้านที่ 2 พฤติกรรมและสภาพการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ 1) ไฟฟ้าดูด/ช็อต 2) ไฟไหม้ 3) แก๊สระเบิด 4) วัสดุมีคมบาดทิ่มแทง 5) ตกจากที่สูง 6) วัตถุหนักตกใส่ 7) การยศาสตร์ โดยจัดทำมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงาน คู่มือความปลอดภัยสำหรับแรงงานนอกระบบงานทำเทียนพรรษา และอบรมคู่มือความปลอดภัยให้กับช่างเทียนพรรษา 41 คน ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ด้วยสถิติ t-test โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังอบรมมีระดับความรู้เพิ่มขึ้น มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นคู่มือความปลอดภัยสามารถใช้เป็นเครื่องมือให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยเพื่อเป็นแนวปฏิบัติและเป็นแนวทางจัดสภาพแวดล้อมและสถานที่ทำงานให้มีความปลอดภัย เพื่อลดอุบัติเหตุ เพิ่มคุณภาพชีวิตและเป็นคู่มือความปลอดภัยสำหรับชุมชนทำเทียนพรรษาในจังหวัดอุบลราชธานีซึ่งมีมากกว่า 100 แห่ง ต่อไป

คำสำคัญ: ชุมชนทำเทียนพรรษา; แรงงานนอกระบบ; ความปลอดภัย

^{*} อาจารย์ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

^๑ ผู้เขียนหลัก ญาณิฐา แพงประโคน Email: yanitha.p@ubru.ac.th

^{**} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

รับบทความ: 29 เม.ย. 64; รับบทความแก้ไข: 16 มิ.ย. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 17 มิ.ย. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 12 ก.ค. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.32>

Hazard Identification and Preparation of Safety Operation Procedure for Large Candle Making during Buddhist Lent in a Community, Ubon Ratchathani Province

Yanitha Paengprakhon^{*a}, Jaruporn Duangsri^{*}, Comson Thongchai^{**},
Ratchanee Joomjee^{**}, Chaiyakrit Yokphonchanachai^{*}

Abstract

This research and development aimed to 1) explore the hazard identification in large candle making in Ubon Ratchathani province in order to identify the danger in the candle making communities, 2) prepare measures and safety standards for the candle making communities, and 3) train and provide knowledge about safe work practices for candle making communities in Ubon Ratchathani province. There are three candle making methods: carving, appliqué and molding. Ten medium and large-size candles made by the candle making communities that had continuously participated in the Candle Contest in Ubon Ratchathani were purposively selected. The problems and laws related to informal workers were studied. The causes of accidents were investigated by using Job Safety Analysis (JSA) and the Safety Standard Operating Procedure (SSOP) was established. According to the analysis for safety in making 3 types of large candles, two aspects of risks and dangers were found as follows: 1) working environments that included insufficient lighting, heat from boiling candle wax, dust and metal fume; 2) unsafe acts and unsafe conditions that included electric shock, fire, explosion, cut, or stabbed by sharp materials, falling from height, contacting with heavy objects, and ergonomics. Safety Standard Operating Procedure was then established and developed as a safety manual for informal workers making large candles. In addition, the results of the safety manual training for 41 workers' levels of knowledge were analyzed using t-test. Knowledge scores before and after the training according to the safety manual in making large candles was compared. It was found that the level of knowledge of the workers making large candles increased with

^{*} Lecturer, Occupational Health and Safety Program, Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani Province

^a Corresponding author: Yanitha Paengprakhon Email: yanitha.p@ubru.ac.th

^{**} Assistant Professor, Occupational Health and Safety Program, Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani Province

Received: Apr. 29, 21; Revised: Jun. 16, 21; Accepted: Jun. 17, 21; Published Online Jul. 12, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.32>

statistical significance at the 0.05 level. Therefore, the safety manual for informal workers making large candles can be used to provide knowledge about safe work practices. It can also be used as a guideline for managing the safe environment and workplace to help reduce accidents and increase good quality of life. Additionally, it can also be used as a safety manual for more than 100 large candle making communities in Ubon Ratchathani province.

Keywords: Large candle making communities; informal workers; safety

บทนำ

จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคอีสานที่สืบทอดประเพณีแห่เทียนพรรษามาจนถึงปัจจุบัน ได้รับอิทธิพลความเชื่อเรื่องอานิสงส์ของการถวายขี้ผึ้งและการถวายแสงสว่างเป็นทาน ผนวกกับมีความเชื่อและประเพณีปฏิบัติตาม ฮีตสิบสองในงานบุญเดือนแปดหรือบุญเข้าพรรษามาอย่างยาวนาน เริ่มจากการนำเทียนเวียนหัวของแต่ละคนไปถวายพระที่วัด มาเป็นการถวายเทียนมัตถรวมที่พันรอบให้สวยงามด้วยกระดาษจิ้งโกล์ จนช่วงกลางพุทธศตวรรษที่ 24 ที่สมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงสรรพสิทธิประสงค์ ขณะทรงเป็นข้าหลวงมณฑลลาวท้าว ทรงว่าราชการที่เมืองอุบลราชธานี จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ขึ้น ที่เห็นได้ชัดเจนนี้อาณาเขตของต้นเทียนที่จะนำไปถวายวัดให้มีขนาดใหญ่ขึ้น และเริ่มมีการประกวดต้นเทียนและขบวนแห่เทียนพรรษา จนเกิดเป็นวิวัฒนาการของการทำต้นเทียนและขบวนแห่เทียนขึ้นมาเป็นลำดับ ซึ่งคาดว่าเทียนแบบติดพิมพ์น่าจะเกิดขึ้นมาก่อนเทียนแบบแกะสลัก⁽¹⁾

ในจังหวัดอุบลราชธานีมีชุมชนคนทำเทียนตามวัดต่างๆ มากกว่า 100 แห่ง ลักษณะของการทำเทียนพรรษา เป็นอุตสาหกรรมขนาดย่อม ใช้แรงงานนอกระบบซึ่งเป็นแรงงานในชุมชนที่มีความชำนาญเฉพาะและสืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น โดยการเทียนพรรษาจะทำในช่วงก่อนเข้าพรรษาประมาณเดือนกรกฎาคมของทุกปี โดยมีรูปแบบของต้นเทียนพรรษา 3 ประเภท คือ แบบแกะสลัก แบบปะพิมพ์ และแบบโบราณที่นำเอาต้นเทียนมัตถรวมกัน ซึ่งแต่ละชุมชนมีความถนัดในการทำเทียนพรรษาแตกต่างกัน⁽²⁾

แรงงานนอกระบบถือเป็นแรงงานส่วนใหญ่ในประเทศไทยและมีบทบาทสำคัญต่อเศรษฐกิจของประเทศ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเมินไว้ว่าร้อยละ 55.6 ของแรงงานในระบบเศรษฐกิจไทยเป็นแรงงานนอกระบบที่ไม่ได้รับการคุ้มครอง ทางกฎหมายและประกันสังคม งานทำเทียนพรรษาถือเป็นการใช้แรงงานนอกระบบ⁽³⁾ ถึงแม้จะมีกฎหมายคุ้มครองแรงงานนอกระบบ แต่พบว่ยังไม่มีการชี้แจงเพื่อค้นหาอันตรายมาก่อน เนื่องจากลักษณะงานเป็นการรวมกลุ่มกันทำก่อนเข้าพรรษา 1-3 เดือน สถานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นพื้นที่วัด บางส่วนเป็นบ้านในชุมชน ซึ่งจากการสำรวจลักษณะการทำงานเบื้องต้นพบว่ามีแหล่งกำเนิดของอันตราย เช่น การสัมผัสกับแหล่งความร้อน แสงสว่างในการทำงาน ท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกวิธี วัสดุเครื่องมือที่มีคม การทำงานที่สูง รวมทั้งความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสถานที่ทำงาน ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจนำมาซึ่งอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานได้ จึงควรเข้าไปวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย เพื่อเสนอแนะมาตรการปรับปรุงแก้ไขและจัดทำมาตรฐานการทำงานอย่างปลอดภัย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กลุ่มแรงงานในชุมชนคนทำเทียนในจังหวัดอุบลราชธานี⁽⁴⁻¹⁵⁾

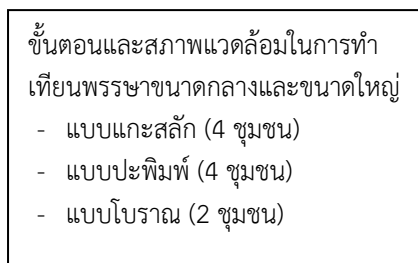
วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันอันตรายในชุมชนทำเทียนพรรษา
2. เพื่อจัดทำมาตรการและมาตรฐานความปลอดภัยให้ชุมชนทำเทียนพรรษา
3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการอบรมให้ความรู้ความปลอดภัยในขั้นตอนการทำเทียนพรรษา

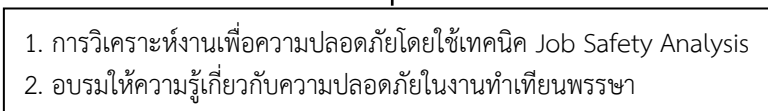
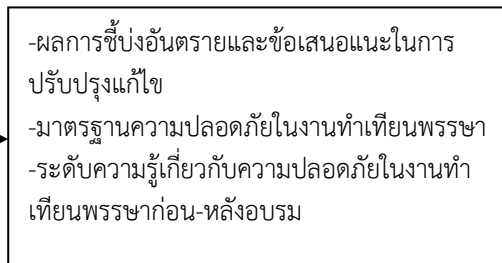
กรอบแนวคิดการวิจัย

เป็นงานวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยดำเนินการศึกษาการศึกษาเอกสารและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง และใช้เทคนิควิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย (Job Safety Analysis) เข้าไปศึกษาขั้นตอนและสภาพแวดล้อมในการทำงานของช่างทำเทียนแต่ละประเภทเพื่อดำเนินการป้องกันอันตรายและจัดทำมาตรฐานความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษา

ตัวแปรต้น:



ตัวแปรตาม:



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ศึกษาขั้นตอนและสภาพแวดล้อมในการทำงานของช่างทำเทียนพรรษาแต่ละประเภทเพื่อดำเนินการป้องกันอันตรายและจัดทำมาตรฐานความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ชุมชนทำเทียนพรรษา 3 ประเภท ได้แก่ ประเภทแกะสลัก ประเภทปะพิมพ์ และประเภทโบราณในจังหวัดอุบลราชธานี โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยคัดเลือกจากต้นเทียนที่เคยส่งเข้าประกวดต้นเทียนพรรษาในจังหวัดอุบลราชธานีตั้งแต่ขนาดกลางและขนาดใหญ่ จำนวน 10 แห่งประกอบด้วย ประเภทแกะสลัก 4 ชุมชน ประเภทปะพิมพ์ 4 ชุมชน และประเภทแบบโบราณ 2 ชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบฟอร์มวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย (Job Safety Analysis)
2. อุปกรณ์บันทึกภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมวิจัยลงพื้นที่เพื่อศึกษาขั้นตอนการทำงานทำเทียนพรรษาในกลุ่มตัวอย่าง 10 ชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนการร่างแบบ ขึ้นโครง ตกแต่งต้นเทียน จนถึงขั้นตอนการแห่เทียนพรรษา โดยใช้แบบฟอร์มการวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย (Job Safety Analysis) และกล้องถ่ายภาพ โดยใช้เทคนิคการสังเกต สัมภาษณ์ ลงมือฝึกปฏิบัติบางขั้นตอนร่วมกับชุมชน จากนั้นนำผลการซึ่งบ่งอันตรายในขั้นตอนการทำงานทำเทียนพรรษาแต่ละประเภทให้ผู้เชี่ยวชาญ คือ หัวหน้าช่างทำเทียนพรรษาแต่ละชุมชนร่วมกันทบทวนความถูกต้องและเหมาะสมของอันตรายและมาตรการที่เสนอแนะและร่างมาตรฐานความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษาเพื่อนำมาปรับปรุงผลการซึ่งบ่งอันตรายและมาตรฐานความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษาให้กับชุมชน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลการซึ่งบ่งอันตรายโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย (Job Safety Analysis) โดยเข้าไปสำรวจขั้นตอนและสภาพแวดล้อมในงานทำเทียนพรรษา จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ แปรผลและบันทึกข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา อธิบายประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ผลการซึ่งบ่งอันตรายโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย (Job Safety Analysis) เพื่อบรรยายอันตรายที่พบในขั้นตอนการทำงาน
2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรมความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษา โดยใช้สถิติทดสอบสมมติฐานแบบ Paired samples t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเคารพและคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษาความลับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามจริยธรรมในการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้าคัดออก โดยกลุ่มตัวอย่างการวิจัยสามารถถอดตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลเสียต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2563 เลขที่ HE632045

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ความเสี่ยงอันตรายโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย (Job Safety Analysis) ขั้นตอนการทำเทียนทั้ง 3 ประเภท ได้แก่ เทียนพรรษาประเภทแกะสลัก เทียนพรรษาประเภทแปะพิมพ์ และเทียนพรรษาประเภทโบราณ พบลักษณะความเสี่ยงอันตรายทั้งในด้านสภาพแวดล้อมจากการทำงาน 2 ด้านดังนี้

1. **ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน** จากการสำรวจพบว่าแต่ละวัดมีสภาพพื้นที่ทำเทียนพรรษาค่อนข้างดี ส่วนใหญ่มีการมุงหลังคาแบบถาวร มีบางแห่งที่ทำแบบชั่วคราวมีการทำโครงหลังคากันแดดที่แข็งแรง จากการวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัยพบอันตรายโดยแบ่งออกได้ดังนี้

- 1) แสงสว่าง มีแสงสว่างไม่เพียงพอ โดยเฉพาะกรณีที่ปฏิบัติงานในเวลากลางคืน และแสงจ้าจากงานเชื่อมเป็นอันตรายต่อดวงตา
- 2) ความร้อน จากน้ำเทียนที่กำลังหลอม ซึ่งมีความร้อนอาจกระเด็นหรือหกใส่ผู้ปฏิบัติงาน
- 3) ฝุ่น มีการใช้ปูนปลาสเตอร์ในการหล่อหุ่น โครงสร้างเทียนและสีน้ำมันนำมาทาหุ่น ซึ่งอันตรายที่พบจะเป็นฝุ่นจากปูนปลาสเตอร์ และสีน้ำมันอาจกระเด็นถูกร่างกาย
- 4) พุ่มโลหะ จากการใช้เครื่องเชื่อมไฟฟ้าซึ่งเป็นอันตรายต่อดวงตาทำให้แสบตาและระคายเคืองระบบทางเดินหายใจ

2. **ด้านพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe actions) และสภาพการณ์ที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe conditions)** พบว่า มีการนำอุปกรณ์เครื่องมือ เทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้เพื่อเพิ่มความสะดวกในการทำงาน แต่ยังไม่มีการจัดการด้านความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือ เช่น เครื่องเชื่อม เครื่องตัดไฟฟ้า ปืนยาว ซึ่งกรณีเกิดอุบัติเหตุทำให้ระดับความรุนแรงของอันตรายในงานทำเทียนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งลักษณะอันตรายที่พบมีดังนี้

- 1) ไฟฟ้าดูดหรือลัดวงจร มีการใช้เครื่องเชื่อมไฟฟ้า เครื่องตัดเหล็ก ตัดไม้ ในงานทำโครงสร้างรวมทั้งระบบไฟแสงสว่างซึ่งไม่มีการตรวจสอบความปลอดภัยทั้งการตรวจสอบก่อนใช้งาน วิธีการใช้งานที่ปลอดภัย และการจัดเก็บที่เหมาะสม ไม่มีการต่อสายดินหรืออุปกรณ์ไฟฟ้าหรือสายไฟชำรุด เป็นอันตรายต่อชีวิตได้
- 2) ไฟไหม้ ประกายไฟ สะเก็ดไฟ จากแหล่งความร้อน ได้แก่ เตาฟืนและเตาแก๊ส หากสัมผัสหรือกระเด็นถูกวัสดุที่ติดไฟซึ่งอยู่ใกล้บริเวณพื้นที่ปฏิบัติงานอาจทำให้เกิดไฟไหม้ได้
- 3) การระเบิด จากภาชนะความดัน ได้แก่ ถัง LPG ที่ใช้เป็นแหล่งเชื้อเพลิงในการต้มเทียน และถังลมที่ใช้สำหรับอัดปืนยาวในการทำเทียนโบราณ อาจระเบิดได้
- 4) วัสดุของมีคมบาดทิ่มแทง พบว่ามีการใช้เครื่องตัดไฟฟ้า มีด กรรไกร ปืนยิงยาว ซึ่งมีโอกาสบาดทิ่มแทงผู้ปฏิบัติงานได้ จำเป็นต้องมีการจัดวางในที่ที่เหมาะสมระหว่างใช้งาน และจัดเก็บให้เรียบร้อยหลังใช้งาน
- 5) ตกจากที่สูง ซึ่งพบว่ามีทั้งนั่งร้าน ส่วนใหญ่มีทั้งนั่งร้านที่เป็นเหล็กและเป็นไม้โดยตัวโครงสร้างของนั่งร้านส่วนใหญ่มีความมั่นคงแข็งแรง แต่พื้นนั่งร้านเป็นลักษณะของการเอาไม้ไปวางทำให้ขยับไม่มั่นคงอาจเหยียบพลาดตกลงมาได้ เนื่องจากช่างต้องปีนขึ้นไปทำงานบริเวณตัวโครงสร้างเพื่อทำงานทั้งการประกอบโครงสร้าง การแกะสลัก การติดพิมพ์ และติดลายบนตัวโครงสร้างเทียน ซึ่งพบว่าบริเวณที่พื้นยืนปฏิบัติงานด้านบนมีการวางสิ่งของกีดขวาง ทำให้มีโอกาสสะดุดล้มและพลัดตกได้

6) วัสดุตกใส่ เนื่องจากลักษณะการทำงานมีการทำงานบนที่สูงดังนั้น เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ วางไม่เป็นระเบียบ มีโอกาสตกลงมาด้านล่าง หากมีผู้ปฏิบัติงานบริเวณนั้นการจะได้รับอันตรายได้

7) ด้านการยศาสตร์ พบว่าท่าทางการทำงานไม่เหมาะสมเนื่องจากเป็นการทำงานลักษณะชั่วคราว ไม่ได้โต๊ะ เก้าอี้ ที่นำมาปฏิบัติงานจึงไม่ได้ออกแบบหรือจัดหาให้เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน โดยนำมาจากวัด หรือสิ่งที่ชุมชนมีอยู่มาใช้

ผลการวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษาตามตัวอย่าง (ตารางที่ 1) และผลการจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษาโดยแบ่งความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษา เป็น 3 ประเภทงานตามตัวอย่าง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษาประเภทแกะสลัก

ขั้นตอน	ลักษณะอันตรายที่อาจเกิดขึ้น	การป้องกันและการปรับปรุงแก้ไข
1. การออกแบบลายที่จะแกะสลัก	1. แสงสว่างไม่เพียงพออาจให้เมื่อยล้าสายตาได้	1.1 สถานที่นั่งทำงานควรอยู่บริเวณที่มีแสงสว่างจากธรรมชาติหรือหลอดไฟแสงสว่าง
	2. ท่าทางการทำงานไม่เหมาะสม หรือนั่งทำงานท่าเดิมเป็นเวลานานทำให้ปวดเมื่อยคอ บ่า ไหล่	2.1 พักบริหารร่างกาย ยืดเส้นยืดสายเมื่อเกิดการเมื่อยล้า (ควรพักทุก 1-2 ชั่วโมง) 2.2 จัดหาโต๊ะ เก้าอี้สำหรับนั่งวาดลาย
2. รื้อโครงเดิมออกเพื่อประกอบโครงใหม่โดยแกะเทียนเดิม (สามารถนำมาหลอมใช้ใหม่ได้) รื้อหุ่นปั้น	1. ตกจากนั่งร้าน หรือรถเข็นขณะทำการรื้อโครงเดิม ซึ่งอาจทำให้แขนขาหัก เศษวัสดุ เศษเหล็ก ที่อยู่ด้านล่างทิ่มแทงร่างกาย 2. เศษวัสดุ โครงเหล็กทิ่มแทงมือ ขณะรื้อโครงสร้างเดิม	2.1 จัดหาที่นั่งที่มีความมั่นคงแข็งแรง และมีการตรวจสอบสภาพนั่งร้านก่อนเริ่มทำงานทุกวัน 2.2 สวมใส่ถุงมือหนังป้องกันวัสดุแหลมคมทิ่มแทง

ตารางที่ 2 ตัวอย่างมาตรฐานความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษาประเภทแกะสลัก

ขั้นตอน	มาตรการความปลอดภัย
1. การออกแบบลายที่จะแกะสลัก	1. สถานที่นั่งทำงานควรมีการติดตั้งหลอดไฟแสงสว่างให้มีแสงสว่างเพียงพอ (ให้ความเข้มแสงประมาณ 600 ลักซ์) เนื่องจากเป็นงานค่อนข้างละเอียด เพื่อป้องกันการเมื่อยล้าสายตา ปวดศีรษะจากการที่ต้องเพ่งสายตามาก 2. พักบริหารร่างกาย ยืดเส้นยืดสายเมื่อเกิดการเมื่อยล้า (ควรพักทุก 1-2 ชั่วโมง) 3. จัดหาโต๊ะ เก้าอี้สำหรับนั่งวาดลาย เพื่อป้องกันความเมื่อยล้าขณะปฏิบัติงาน 4. ออกแบบระดับความสูงของต้นเทียนไม่ให้สูงเกินระดับสายไฟฟ้าหรือสายสื่อสารบนท้องถนนเพราะขณะแห่เทียนอาจจะไปเกี่ยวสายไฟเสียหายได้

ตารางที่ 2 (ต่อ) ตัวอย่างมาตรฐานความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษาประเภทแกะสลัก

ขั้นตอน	มาตรการความปลอดภัย
2. รื้อโครงเดิมออกเพื่อประกอบโครงใหม่โดยแกะเทียนเดิม (สามารถนำมาหลอมใช้ใหม่ได้) รื้อหุ่นปั้น	1. จัดหาโรงงานที่มีความมั่นคงแข็งแรง และตรวจสอบสภาพโรงงานก่อนเริ่มทำงานทุกวัน เพื่อป้องกันการตกจากนั่งร้าน ซึ่งอาจทำให้แขนขาหัก และถูกวัสดุด้านล่างทิ่มแทงร่างกาย 2. สวมใส่ถุงมือหนังเพื่อป้องกันเศษวัสดุ โครงเหล็กทิ่มแทงมือ 3. สวมใส่หมวกนิรภัยป้องกันอันตรายจากวัตถุที่ตกใส่ กระแทกศีรษะทั้งผู้ปฏิบัติงานด้านบนและด้านล่าง 4. ควรกำหนดแนวเขตให้ชัดเจน ไม่ให้มีคนยืนทำงานด้านล่าง ในตำแหน่งเดียวกันขณะปีนขึ้นไปปฏิบัติงานด้านบนรถแห่เทียนเนื่องจากวัสดุสิ่งของที่อยู่ด้านบนโครงสร้างมีโอกาสหล่นลงมาใส่ศีรษะผู้ปฏิบัติงานด้านล่างได้

ผลการนำมาตรฐานความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษามาพัฒนาต่อยอดเป็นคู่มือความปลอดภัยสำหรับแรงงานนอกระบบงานทำเทียนพรรษา ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ บทที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบ บทที่ 2 ความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษาประเภทปะพิมพ์ บทที่ 3 ความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษาประเภทแกะสลัก และบทที่ 4 ความปลอดภัยในงานเทียนพรรษาประเภทโบราณ ผลการอบรมให้ความรู้ช่างทำเทียนพรรษาตามคู่มือความปลอดภัยสำหรับแรงงานนอกระบบงานทำเทียนพรรษา ช่างทำเทียนทั้ง 3 ประเภท จำนวน 41 คน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเพศ ระดับการศึกษา ช่วงอายุ และประเภทของช่างเทียนที่เข้ารับการอบรมความรู้ความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษา (n=41)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ	
- ชาย	33 (80.49)
- หญิง	8 (19.51)
2. ระดับการศึกษา	
- ป. 4	5 (12.20)
- ป. 6	12 (29.27)
- ม.ต้น / ปวช	11 (26.83)
- ม.ปลาย / ปวส	9 (21.95)
- ปริญญาตรี	4 (9.76)

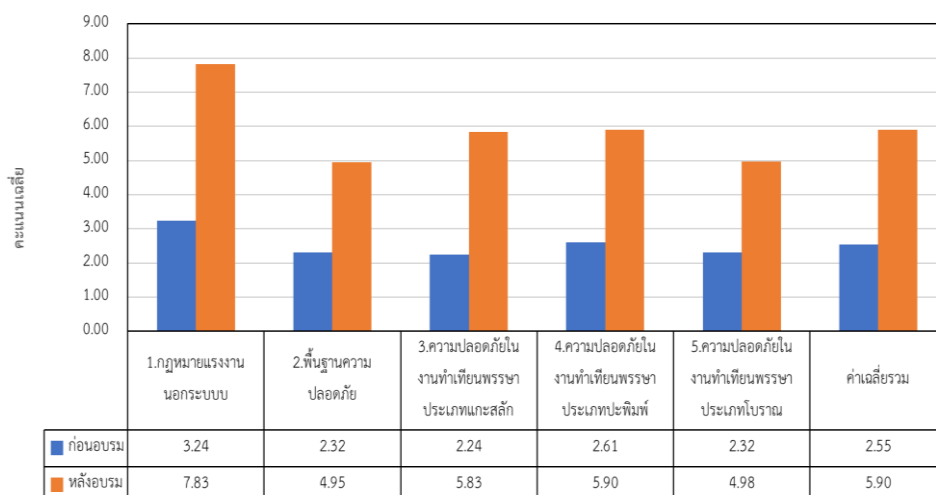
ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของเพศ ระดับการศึกษา ช่วงอายุ และประเภทของช่างเทียนที่เข้ารับการอบรมความรู้ความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษา (n=41)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
3. อายุ	
- 25 - 30 ปี	4 (9.76)
- 31 - 35 ปี	9 (21.95)
- 35 - 40 ปี	7 (17.07)
- 40 - 45 ปี	8 (19.51)
- 45 - 50 ปี	7 (17.07)
- 50 - 55 ปี	3 (7.32)
4. ประเภทช่างเทียน	
- ช่างเทียนแกะสลัก	20 (48.78)
- ช่างเทียนปะพิมพ์	10 (24.39)
- ช่างเทียนโบราณ	11 (26.83)

ผลการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำเทียนพรรษาของช่างเทียนพรรษา จำนวน 41 คน เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษาจำแนกรายบุคคล พบระดับความรู้ก่อนอบรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.31 ระดับความรู้น้อย จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 92.68 หลังอบรมระดับความรู้สูง 41 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำเทียนพรรษาของช่างเทียนพรรษา จำแนกตามหมวดคำถามแบ่งข้อคำถามเป็น 5 หมวด จากคำถาม 30 ข้อ ได้แก่ 1) กฎหมายแรงงานนอก ระบบ 2) พื้นฐานด้านความปลอดภัย 3) ความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษาประเภทแกะสลัก 4) ความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษาประเภทปะพิมพ์ 5) ความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษาประเภทโบราณ ระดับความรู้หลังอบรมเพิ่มขึ้น ตามแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำเทียนพรรษาของช่างเทียนพรรษาจำแนกตามหมวดคำถาม 5 หมวด



เมื่อวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษาด้วยสถิติ t-test โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังอบรมคู่มือความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่าช่างเทียนพรรษามีระดับความรู้เพิ่มขึ้นหลังผ่านการอบรม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างก่อนและหลังการอบรมด้วย Paired sample t-test

การทดสอบ	N	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
ก่อนการอบรม	41	12.73	2.45	-42.28	0.000*
หลังการอบรม	41	29.48	0.71		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การชี้บ่งอันตรายและจัดทำมาตรฐานความปลอดภัยในงานทำเทียนพรรษาสำหรับชุมชนทำเทียนพรรษาในจังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาลักษณะปัญหาและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบ ค้นหาสาเหตุของการประสบอันตรายจากการทำงานโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย (Job Safety Analysis) ซึ่งปัญหาจากการวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัยในการทำเทียนทั้ง 3 ประเภท ได้แก่ เทียนพรรษาประเภทแกะสลักเทียนพรรษาประเภทปะพิมพ์ และเทียนพรรษาประเภทโบราณ พบลักษณะความเสี่ยงอันตราย 2 ด้าน คือ ด้านที่ 1 สภาพแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ 1) แสงสว่างไม่เพียงพอ 2) ความร้อนจากน้ำเทียน 3) ฝุ่น 4) พุ่มโลหะ ด้านที่ 2 พฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe acts) และสภาพการณ์ที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe conditions) ได้แก่ 1) ไฟฟ้าดูด/ช็อต 2) ไฟไหม้ 3) การระเบิด 4) วัสดุของมีคมบาด

ทีมแท่ง 5) ตกจากที่สูง 6) วัตถุหนักตกใส่ 7) ด้านการยศาสตร์ สอดคล้องกับทฤษฎีของ Heinrich⁽¹⁶⁾ ที่ได้ศึกษาสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งเกิดจากการกระทำไม่ปลอดภัย (Unsafe actions) และสภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัย (Unsafe conditions) ดังนั้นการสำรวจจุดเสี่ยงหรือซึ่งอันตราย และดำเนินการแก้ไขปรับปรุงจึงช่วยป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุได้ และ งานวิจัยของ นภาพร หงส์ภักดี⁽⁸⁾ พบว่าช่างทำเทียนพรรษายังไม่ได้รับความเอาใจใส่จากผู้จัด งานหรือจากจังหวัดเท่าที่ควร ทั้งที่เป็นพื้นเพองสำคัญของการประดิษฐ์ต้นเทียนและเป็นผู้ที่ช่วยสร้างชื่อเสียงให้จังหวัด

สำหรับการจัดทำมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงาน (Safety Standard Operating Procedure: SSOP) และพัฒนาเป็นคู่มือความปลอดภัยสำหรับแรงงานนอกระบบในงานทำเทียนพรรษา เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติงานของชุมชนทำเทียนพรรษา เป็นเครื่องมือที่ช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรณิการ์ กล้าหาญ⁽¹⁷⁾ เรื่องการพัฒนาคู่มือวิธีปฏิบัติงานสำหรับหน่วยงานการกำกับความปลอดภัยทางนิวเคลียร์ โดยใช้แนวทางการประเมินความเสี่ยง ประยุกต์ใช้แนวทางการประเมินความเสี่ยง (Risk assessment approach) ไปใช้ในการพัฒนาคู่มือวิธีปฏิบัติงาน (Procedure manual) จะทำให้การดำเนินงานเกิดความปลอดภัยได้ และการประเมินความเสี่ยงเป็นวิธีการที่สามารถป้องกันสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยได้

การประเมินประสิทธิผลของการอบรมให้ความรู้ตามคู่มือความปลอดภัยให้กับช่างเทียนพรรษาด้วยสถิติ t-test เปรียบเทียบก่อนและหลังอบรมพบว่าช่างเทียนพรรษามีระดับความรู้เพิ่มขึ้น มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นคู่มือความปลอดภัยสำหรับแรงงานนอกระบบในงานทำเทียนพรรษา สามารถใช้เป็นเครื่องมือให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยเพื่อเป็นแนวปฏิบัติและเป็นแนวทางจัดสภาพแวดล้อมและสถานที่ปฏิบัติงานให้มีความปลอดภัยได้

ข้อเสนอแนะ

1. ชุมชนทำเทียนพรรษาในจังหวัดอุบลราชธานีมีมากกว่า 100 แห่ง ดังนั้นควรขยายผลการฝึกอบรมให้ความรู้ไปยังชุมชนทำเทียนต่างๆ ให้ความรู้และความตระหนักเรื่องความปลอดภัยมากขึ้น
2. แรงงานช่างทำเทียนพรรษาเป็นแรงงานนอกระบบดังนั้นจึงไม่มีการรายงานอุบัติเหตุต่างๆ ที่เกิดจากการทำงาน ซึ่งหน่วยงานของรัฐควรเข้าไปดูแลเรื่องสวัสดิภาพในการทำงาน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย ซึ่งเป็นหลักการในการซึ่งอันตรายโดยที่ยังไม่ได้มีการประเมินความเสี่ยง เนื่องจากแต่ละชุมชนทำเทียนแม้จะทำเทียนพรรษาประเภทเดียวกัน ลักษณะเหมือนกัน แต่ระดับความเสี่ยงแต่ละชุมชนจะแตกต่างกันซึ่งต้องพิจารณาในเรื่องโอกาสและความรุนแรง ดังนั้นควรมีการต่อยอดการวิจัยโดยการเข้าไปประเมินความเสี่ยงของชุมชนทำเทียนด้วยเพื่อที่จะได้ทราบระดับปัญหาที่เป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องหามาตรการในการลดและควบคุมความเสี่ยงเร่งด่วน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอบพระคุณชุมชนทำเทียนในจังหวัดอุบลราชธานี ทั้ง 10 แห่ง ได้แก่ ชุมชนทำเทียนวัดไชยมงคล วัดทุ่งศรีเมือง วัดพระธาตุหนองบัว วัดกลาง วัดมหาวนาราม วัดบุรพาราม วัดศรีประดู่ วัดพลแพน วัดหลวง (อำเภอพิบูลมังสาหาร) กลุ่มทำเทียนอำเภอสว่างวีรวงศ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนวิธีการทำเทียนพรรษา ทั้งประเภทแกะสลัก แป๊ะพิมพ์ และโบราณ รวมทั้งอนุญาตให้เข้าไปสำรวจพื้นที่ เพื่อดำเนินการวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัยและจัดทำมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงาน จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ท้ายที่สุดประโยชน์อันใดจากงานวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบให้แก่บิดามารดา ครอบครัว ครู อาจารย์ที่อบรมสั่งสอน เป็นกำลังใจมาโดยตลอด

เอกสารอ้างอิง

1. นภาพร หงษ์ภักดี, สืบพงศ์ หงษ์ภักดี. ต้นเทียนพรรษา ภูมิปัญญาท้องถิ่น ในงานประเพณีแห่เทียนพรรษา จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารนักบริหาร 2559;36(2):62-78.
2. กลุ่มสถิติแรงงาน กองสถิติสังคม. สำรวจแรงงานนอกระบบปี พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561.
3. ตะวัน วรณรัตน์. การศึกษาแรงงานนอกระบบในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร 2557;34(3):119-50.
4. ตะวัน วรณรัตน์. ระบบการคุ้มครองแรงงานนอกระบบ. วารสารวิจัยสังคม 2551;31(1-2):35-55.
5. มูลนิธิเพื่อการพัฒนาแรงงานและอาชีพ. HomeNet Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 กุมภาพันธ์ 20]. เข้าถึงได้จาก: www.homenetthailand.org
6. ไทย. พระราชบัญญัติ ฯลฯ. พระราชบัญญัติความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ.2554. [กรุงเทพฯ]: ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 128 ตอนที่ 4ก; 17 มกราคม 2554: 1-25.
7. ไทย. กฎหมาย, พระราชบัญญัติ ฯลฯ. พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541. กรุงเทพฯ: ราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกา เล่มที่ 115 ตอนที่ 74 ก; 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2541: 1-48.
8. ไทย. กฎหมาย, พระราชบัญญัติ ฯลฯ. พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533. กรุงเทพฯ: ราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกา เล่มที่ 107 ตอนที่ 161 ตอนพิเศษ; 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2533: 1-42.
9. ไทย. กฎหมาย, พระราชบัญญัติ ฯลฯ. พระราชบัญญัติหลักสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: ราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกา เล่มที่ 115 ตอนที่ 74 ก; 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2533: 1-48.
10. ไทย. กฎหมาย, พระราชบัญญัติ ฯลฯ. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: ราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกา เล่มที่ 115 ตอนที่ 74 ก; 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2533: 1-48.
11. ไทย.ประกาศ ฯลฯ. ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่องแนวปฏิบัติด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานสำหรับแรงงานนอกระบบ . กรุงเทพฯ: กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน; 2556.
12. สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการแรงงานนอกระบบ. วารสารแรงงานนอกระบบ 2551;1(1):42-78.

13. Huitfeldt H, Jutting J. Informality and Informal Employment. PROMOTING PRO-POOR GROWTH:EMPLOYMENT. Paris: OECD Development Center; 2009:95-108.
14. Munro L. A Literature Review on Trade and Informal Labour Markets in Developing Countries", OECD Trade Policy Papers, No. 132. Paris: OECD Publishing; 2011. doi:10.1787/5kg3nh4xwxr0-en.
15. Heinrich HW. Industrial Accident Prevention: A scientific approach, 4th ed. New York: McGraw-Hil; 1959.
16. กรณิการ์ กล้าหาญ. การพัฒนาคู่มือวิธีปฏิบัติงานสำหรับหน่วยงานการกำกับความปลอดภัยทางนิวเคลียร์โดยใช้แนวทางการประเมินความเสี่ยง. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

วรรณิษา สำราญเนตร^{*a}, นิตยา กออิสรานภาพ^{*}, วลัยนารี พรหมลา^{**}

บทคัดย่อ

ภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลกลูโคสในร่างกายนสูง และไปทำลายหลอดเลือดฝอยในเนื้อไต ปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลงทำให้อัตราการกรองของไตลดลง ปัจจัยเสี่ยงของภาวะไตเสื่อม ได้แก่ ระดับน้ำตาลที่ควบคุมไม่ได้ ความดันโลหิตสูง ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน การรับประทานยาไม่เหมาะสม การใช้ยาไม่ถูกต้อง การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วน และการไม่ออกกำลังกาย พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยชะลอไตเสื่อมโดยการค้นหาปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มแรก คัดกรองและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันและการรักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถป้องกันการเกิดภาวะไตเสื่อมจากโรคเบาหวานได้ นำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ลดการบำบัดทดแทนไต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล; การชะลอไตเสื่อม; โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^a ผู้เขียนหลัก วรรณิษา สำราญเนตร Email: wanwisa@smnc.ac.th

^{**} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

รับบทความ: 20 พ.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 24 มิ.ย. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 24 มิ.ย. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 12 ก.ค. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.33>

Review Article

Nurse's Roles in Delaying the Progression of Diabetic Nephropathy in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus

Wanwisa Samrannet^{*a}, Nittaya Korissaranuphab^{*}, Walainaree Pommala^{**}

Abstract

Diabetic nephropathy in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus is the condition that high glucose level in the body damages glomerulus causing the kidney to lose infiltrate function associated with decreasing in renal blood flow. These are the leading cause of the end-stage renal disease (ESRD). Factors related to diabetic nephropathy are associated with glycemic control, hypertension, duration that a person has been diagnosed with diabetes mellitus, poor eating habits, incorrect drug use behaviors, smoking and alcohol drinking, obesity, and lack of exercises. Nurses' roles to delay the progression of diabetic nephropathy in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus are as follows: finding risk factors at the early stages, screenings and providing health education about the disease and conditions, providing prevention and treatments, promoting patients and family to realize the importance of self-care, including helping with the behavioral change that can prevent diabetic nephropathy, leading to clinical improvement and reducing the need for renal replacement therapy and ultimately improving quality of life of the patients.

Keywords: Nurse's roles; Delayed progression of diabetic nephropathy; Uncontrolled type 2 diabetes mellitus

^{*} Lecturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Prabormrajchanok Institute

^a Corresponding author Wanwisa Samrannet E-mail: wanwisa@smnc.ac.th

^{**} Assistant Professor, Faculty of Nursing, Pathumthani University

Received: May 20, 21; Revised: Jun. 24, 21; Accepted: Jun. 24, 21; Published Online: Jul. 12, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.33>

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกพบผู้ป่วยประมาณ 415 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2040 จะพบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน⁽¹⁾ ส่วนในประเทศไทย ปี 2560 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 4.4 ล้านคน คาดการณ์ว่าจะถึง 5.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583⁽²⁾ ส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคตามมา เช่น การเสื่อมของจอประสาทตา ภาวะไตเสื่อม ภาวะปลายประสาทอักเสบ การเกิดแผลที่เท้า และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น⁽³⁾ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุด คือภาวะแทรกซ้อนทางไต หรือไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) พบประมาณร้อยละ 25-40⁽⁴⁾ โดยเฉลี่ยผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มานานกว่า 10 ปี จะเริ่มพบอาการไตเสื่อมประมาณร้อยละ 30-35⁽⁵⁾ และหากมีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องก็จะกลายเป็นโรคไตเรื้อรังตามมาได้

ภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดแดงฝอยในโกลเมอรูลัสของไต ซึ่งผลจากการเป็นเบาหวานระยะเวลานานทำให้ประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง⁽⁶⁾ โดยมีสาเหตุมาจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตไม่ได้ รวมถึงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การไม่ควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทานยารักษาเบาหวานที่ไม่ถูกต้อง การใช้ยาสมุนไพร ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และความเครียด เป็นต้น⁽⁶⁻⁹⁾ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว มีผลทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงไตเกิดการตีบแข็งมีผลทำให้การทำงานของไตค่อยๆ ลดลง และเกิดการเสื่อมลงอย่างถาวร⁽¹⁰⁾ เมื่อระยะการดำเนินของโรคเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ส่งผลให้เกิดภาวะของเสียคั่ง (Uremia) และต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง⁽⁷⁾

ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป้าหมายในการดูแล คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้ได้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการดำเนินของโรค ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ พยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและป้องกันการเสื่อมของไตอย่างถูกต้อง สร้างความรู้ ความเข้าใจ และเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง จนสามารถช่วยชะลอการเกิดไตเสื่อม ลดการเกิดเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้

ภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน

ภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) เกิดจากมีการหนาตัวขึ้นของผนังหลอดเลือดแดงฝอยในโกลเมอรูลัสของไต (Glomerulus basement membrane) และการขยายตัวของหลอดเลือด (Mesangial tissue) ทำให้ความสามารถในการซึมผ่านของหลอดเลือดสูงขึ้น ประสิทธิภาพการกรองของปัสสาวะเสื่อมลง ในระยะแรกจะพบระดับอัลบูมินในปัสสาวะ (Albuminuria) สูงกว่าปกติ ประมาณ 30-300 มิลลิกรัมต่อวัน ทำให้หน่วยกรองของไตเสียไปเรื่อย ๆ การทำหน้าที่ของไตลดลงอย่างต่อเนื่อง มักพบร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะที่มีอัตราการกรองของไตลดลง มีอาการบวม เกิดภาวะของเสียคั่ง จนเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรัง^(7,11)

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน

1. **ระดับน้ำตาลที่ควบคุมไม่ได้** คือ ระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA1C หรือ Glycosylated hemoglobin) >7% ระดับกลูโคสในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Plasma glucose) มากกว่า 90-130 mg/dL ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีโอกาสที่จะเกิดโรคไตเรื้อรังมากกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ 2.51 เท่า⁽¹²⁾ จะส่งผลให้เกิดอัตราการกรองของไตที่เพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสภาพของ Glomerular basement membrane หนาตัวขึ้นมีการรั่วของโปรตีนไข่ขาวในปัสสาวะ (Microalbuminuria) ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นการทำงานของไตลดลง เกิดภาวะไตเสื่อม
2. **ระดับความดันโลหิตสูง** พบว่า มีโอกาสเกิดภาวะไตเสื่อมร้อยละ 89.7⁽¹³⁾ เนื่องจากความดันโลหิตที่สูงขึ้นส่งผลให้มีการสูญเสียมวลไต (Nephron mass) ลักษณะเนื้อไตเป็นก้อนขรุขระ (Granular kidney) บริเวณเนื้อไตชั้นนอก (Renal cortex) บางและมีเยื่อพังผืดที่ผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแดง หนาตัวขึ้นและรูของหลอดเลือดเล็กลงทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ไตจึงเสื่อมสมรรถภาพ ประสิทธิภาพการกรองของเสียลดลง⁽⁹⁾
3. **ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน** ร่วมกับอายุมากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี พบไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 82.6 ซึ่งสัมพันธ์กับการเป็นเบาหวานมานานเกิน 5 ปีพบไตวายเรื้อรังร้อยละ 76.9⁽¹⁰⁾ ระยะเวลาของการเป็นเบาหวานที่นานขึ้น 5 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะไตเสื่อมสูง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดมีผลทำให้หลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงไตเกิดการตีบแข็ง (Arteriosclerosis) มีผลให้การทำงานของไตเสื่อมลง⁽⁹⁾ ร่วมกับผู้ป่วยจะเริ่มไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากมีอายุที่ต้องรับประทานเพิ่มขึ้น มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาที่ยากขึ้นจนเบื่อการรักษา
4. **การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม** เช่น อาหารรสเค็มจะทำให้ไตทำงานหนักเนื่องจากเกิดการคั่งของน้ำในร่างกายทำให้ต้องขับโซเดียมออกโดยปัสสาวะบ่อยๆ อาหารโปรตีนมากจะทำให้เกิดการย่อยสลายโปรตีนแล้วของเสียจะผ่านไตมากทำให้ไตทำงานเพิ่มขึ้น อาหารไขมันสูงจะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงส่งผลต่อหลอดเลือดตีบแคบทำให้เกิดไตเสื่อมเร็วขึ้น และการดื่มน้ำปริมาณน้อยทำให้ปริมาตรเลือดในร่างกายลดลงเกิดภาวะขาดน้ำส่งผลให้เลือดหนืดขึ้นแล้วทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง
5. **พฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง** ได้แก่ ยาสมุนไพร เช่น ยาต้ม/หม้อ ยาลูกกลอนหรือโสมและยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: NSAIDs) พบว่า ผู้ที่ใช้ยาสมุนไพรมีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้ 3.96 เท่า และผู้ใช้ยา NSAIDs ตั้งแต่ 2 ครั้งต่อเดือนขึ้นไป มีโอกาสที่จะเกิดโรคไตเรื้อรัง 4.32 เท่าของผู้ที่ไม่ใช้⁽¹²⁾ เมื่อมีการใช้เป็นเวลานาน ทำให้เกิดยาสะสมที่ไตเนื่องจากการขับออกทางไตลดลงและมีการสังเคราะห์โพรสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ลดลงทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมส่งผลเกิดอาการบวมและความดันโลหิตสูงทำให้การไหลเวียนเลือดสู่ไตลดลง รวมทั้งยาต้านการอักเสบจะทำให้เลือดคั่งเกิดอาการบวมทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลงส่งผลต่อไตเสื่อม
6. **การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์** สารนิโคตินในบุหรี่จะทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว จะส่งผลให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด เลือดไหลไปยังอวัยวะส่วนปลายได้น้อยลง จะทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น การไหลเวียนเลือดในไตลดลง ส่งเสริมให้ผนังหลอดเลือดเปลี่ยนแปลงทำให้ไตสูญเสียคุณสมบัติการกรองและการดูดซึมกลับสารต่างๆ มีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะมากขึ้น และในผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ จะส่งผลให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับ

น้ำตาลในกระแสเลือดได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อหน่วยไตและทำให้ไตเสื่อมลง⁽⁷⁾ ส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นตัวเร่งให้ร่างกายขับน้ำออกจากร่างกาย ทำให้ไตทำงานเพิ่มขึ้น

7. **ภาวะอ้วนจากดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) สูง** ความอ้วนที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เนื่องจากเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกายมีการตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินลดน้อยลง อินซูลินจึงไม่สามารถพาน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ดีเช่นเดิม จึงมีน้ำตาลส่วนเกินอยู่ในกระแสเลือด จะส่งผลต่อหน่วยไตต้องรับภาระการกรองเพิ่มขึ้นจึงเกิดไตเสื่อมตามมา

8. **การไม่ออกกำลังกาย** การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ตามความเหมาะสมแต่ต้องไม่รุนแรงและไม่เหนื่อยจนเกินไป เช่น การเดิน การบริหารร่างกายชนิดที่อยู่กับที่ ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้นสุขภาพแข็งแรงกว่าเดิม การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมน้ำหนักและลดปริมาณไขมันไม่ดีได้ เพิ่มการเผาผลาญอาหาร ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มการตอบสนองต่ออินซูลิน (Insulin sensitivity) ดีขึ้น และลดการเกิดภาวะไตเสื่อม

จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงของเกิดภาวะไตเสื่อมจากเบาหวานมีหลายสาเหตุ มีความแตกต่างกันแต่ละบุคคล และเมื่อเกิดไตจะเสื่อมมากขึ้นจนถึงระยะสุดท้ายของโรคจะทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องรับรู้อันตรายถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมของตนเองเพื่อให้เกิดความตระหนักและเกิดการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งพยาบาลควรค้นหาปัจจัยเสี่ยงเริ่มแรก มีการคัดกรองและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันและการบำบัดรักษา การปฏิบัติตนเองในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม สามารถเพิ่มอัตราการกรองไตและชะลอการเสื่อมของไตได้ ป้องกันผลกระทบจากการเกิดโรคที่ตามมา

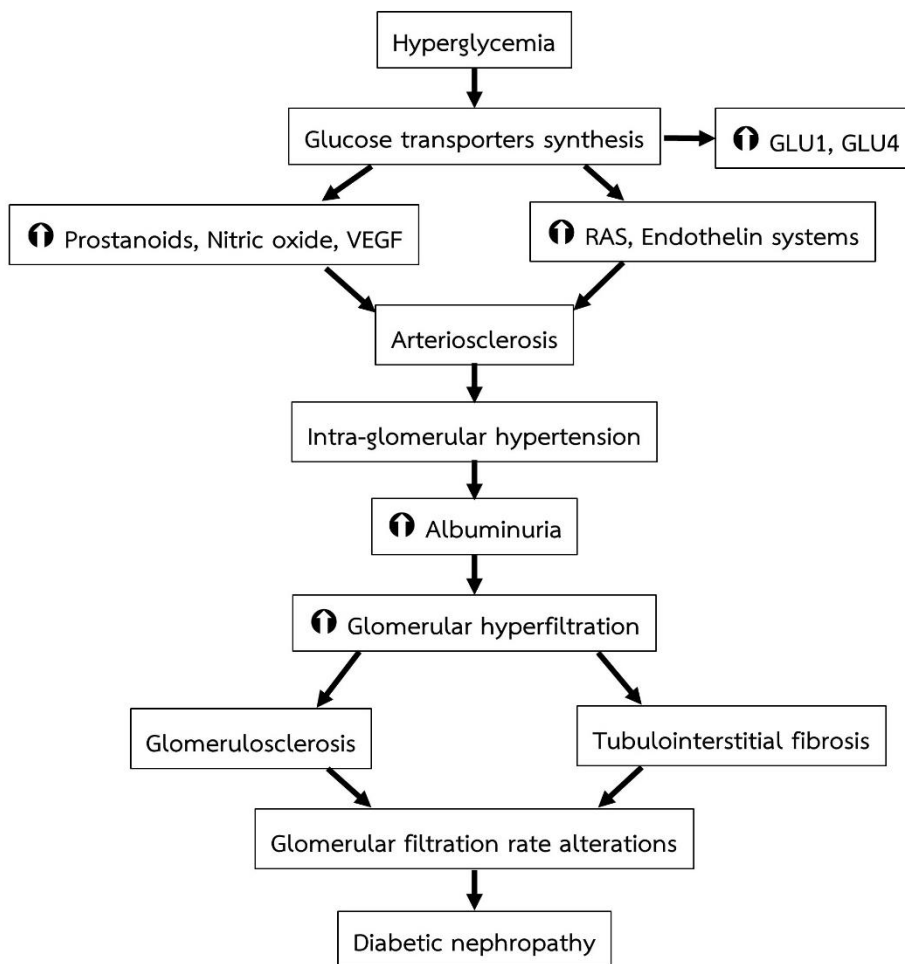
การตรวจวินิจฉัยภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน^(7,14-16)

1. ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HBA_{1c}) มากกว่าร้อยละ 7
2. ระดับน้ำตาลในเลือด (พลาสมา) หลังอดอาหารเข้ามอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose: FPG) มากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
3. มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท
4. ตรวจพบค่า Urinary Albumin to Creatinine Ratio (UACR) มากกว่า 300 มิลลิกรัม/กรัม ของ Creatinine (Macroalbuminuria)*
5. ตรวจพบ ค่า Urinary Albumin to Creatinine Ratio (UACR) 30-300 มิลลิกรัม/กรัม Creatinine (Microalbuminuria) ร่วมกับ 1 ใน 2 ข้อต่อไปนี้
 - 5.1 ตรวจตาพบ Diabetic retinopathy
 - 5.2 ระยะของการเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1
6. ระดับไขมัน Low Density Lipoprotein (LDL) มากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
7. ระดับไขมัน High Density lipoprotein (HDL) น้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

* โดยการวินิจฉัยภาวะ Microalbuminuria หรือ Macroalbuminuria ควรตรวจอย่างน้อย 2 ใน 3 ครั้ง ห่างกัน 3-6 เดือน เนื่องจาก Albuminuria อาจเกิดจากสาเหตุอื่นได้ เช่น การออกกำลังกาย ไข้ ตั้งครรภ์ หายใจล้มเหลว ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

8. ระดับไขมัน Triglyceride มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
9. Blood Urea Nitrogen (BUN) (ค่าปกติ 6-20 mg/dL) และ Serum creatinine (ค่าปกติ 0.1-1.4 mg/dL) เมื่อค่า BUN และ Serum creatinine สูงกว่าค่าปกติ แสดงว่ามีความผิดปกติการทำงานของไต
10. ค่าอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ต่ำกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาที

กลไกการเกิดภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน⁽¹⁷⁻¹⁹⁾



รูปที่ 1 กลไกการเกิดภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

↑ หมายถึง เพิ่มขึ้น

ระยะการดำเนินโรคของภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน⁽²⁰⁻²¹⁾

ระยะการดำเนินโรค	ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน	การตรวจร่างกาย	การตรวจโปรตีนไข่ขาวปัสสาวะ (Albuminuria)	อัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate)
ระยะที่ 1 ระยะไตทำงานมากขึ้น (Hyperfiltration stage)	เมื่อเริ่มเป็นเบาหวานและวินิจฉัยครั้งแรก	ไม่พบความผิดปกติ	ปกติ น้อยกว่า 30 มก./วัน	เพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ
ระยะที่ 2 ระยะโปรตีนรั่วในปัสสาวะเป็นครั้งคราว (Normoalbuminuria)	2-5 ปี	ไม่พบความผิดปกติ	พบเป็นครั้งคราว ปริมาณน้อยกว่า 30 มก./วัน	ปกติ (มากกว่า 90 มล./นาที)
ระยะที่ 3 ระยะโปรตีนรั่วในปัสสาวะเล็กน้อย (Microalbuminuria)	5-15 ปี	เริ่มตรวจพบความดันโลหิตสูง	พบโปรตีนไข่ขาว 30-300 มก./วัน	ปกติ (มากกว่า 90 มล./นาที)
ระยะที่ 4 ระยะโปรตีนรั่วในปัสสาวะมาก (Overt nephropathy or Macroalbuminuria)	10-20 ปี	พบความดันโลหิตสูง อาจมีอาการบวม บริเวณหน้าแข้ง ปัสสาวะเป็นฟองมากขึ้น	พบโปรตีนไข่ขาว มากกว่า 300 มก./วัน	ลดลง 12-15 มล./นาที/ปี
ระยะที่ 5 ระยะไตวายเรื้อรัง (End-Stage Renal Disease: ESRD)	20-30 ปี	อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีภาวะซีด ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตสูง บวม ชี้นิ้ว หรืออาจมีอาการชัก จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต	พบโปรตีนไข่ขาว มากกว่า 300 มิลลิกรัม/วัน	น้อยกว่า 10-15 มิลลิลิตรต่อนาที

สรุปได้ว่า กลไกการเกิดภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะส่งผลเสียต่ออวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ส่งผลต่อหลอดเลือดฝอยที่ไต น้ำตาลที่สะสมในผนังหลอดเลือดมาเป็นเวลานานจนทำให้หลอดเลือดตีบและอุดตัน ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการกรองของเสียออกจากร่างกายลดลง จึงพบการรั่วของโปรตีนที่ปนออกมากับปัสสาวะด้วย ประสิทธิภาพในการทำงานของไตน้อยลง เกิดความดันและการคั่งของน้ำปัสสาวะในทางเดินปัสสาวะ จนทำให้ไตถูกทำลายในที่สุด

บทบาทพยาบาลในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

การชะลอความเสื่อมของไต เป็นการช่วยประคับประคองการทำงานของไต เพื่อให้ไตส่วนที่ยังดีอยู่คงความสามารถในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องทำการบำบัดทดแทนไต ลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพและยังช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่ได้นานขึ้น การดำเนินของโรคเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร การไม่มาตรวจตามแพทย์นัด การลืมรับประทานยาหรือใช้สมุนไพรหรือยาอื่นร่วมด้วยโดยไม่ปรึกษาแพทย์ การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 3 ระดับ⁽²²⁻²³⁾ ดังนี้

1. **บทบาทพยาบาลการป้องกันขั้นแรก (Primordial prevention) และระดับปฐมภูมิ (Primary prevention)** การป้องกันขั้นแรกและระดับปฐมภูมิเป็นการป้องกันไม่ให้อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานเกิดโรคไตเรื้อรัง²² ตั้งแต่เริ่มป่วยเป็นเบาหวานและเริ่มมีอาการไตเสื่อมในระยะที่ 1 อัตราการกรองของไตมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 และระยะที่ 2 อัตราการกรองของไตลดลงร้อยละ 60-90 เป็นการค้นหาและคัดกรอง ควบคุมกับปัจจัยหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เป็นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงแวดล้อม และกำจัดปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดไตเสื่อม พยาบาลควรมีบทบาท ดังนี้

1.1 การซักประวัติและค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เช่น ประวัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA_{1c}) และระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้า (FPG) การควบคุมระดับความดันโลหิต ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วนจากดัชนีมวลกายสูง และการออกกำลังกาย

1.2 การตรวจร่างกายตามระบบประเมินการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย อาการขาอาการบวม ลักษณะสีปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นฟอง หากพบความผิดปกติพิจารณาส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยระยะของโรคไตเรื้อรัง

1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยประเมินค่าอัตราการกรองไต (GFR) และตรวจหาค่าอัลบูมินในปัสสาวะปีละ 1 ครั้ง เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกราย

1.4 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง ให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถชะลอความเสื่อมไตได้

2. **บทบาทพยาบาลในการป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)** การป้องกันระดับทุติยภูมิเป็นการป้องกันในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีการเสื่อมของไตมากกว่าครึ่งแล้วเพื่อป้องกันไม่ให้งานการทำงานของไตลดลง⁽²²⁾ ในผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตลดลงเหลือร้อยละ 30-59 เป็นการค้นหาบุคคลที่มีไตเสื่อมจากกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 2 เพื่อวินิจฉัยการเข้าสู่ภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 โดยเร็วที่สุดเมื่อเกิดโรคและส่งผลให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคไตตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยการสนับสนุนการรู้จักตนเอง สร้างความตระหนักและสร้างแรงจูงใจในการชะลอไตเสื่อม จากเบาหวาน พัฒนาความรู้และทักษะในการจัดการตนเองและลงมือปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง⁽²⁴⁾ พยาบาลควรมีบทบาท ดังนี้

2.1 การตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจค่าครีเอตินิน (Creatinine) และคำนวณค่าอัตราการกรองของไต (GFR) ตรวจปัสสาวะ Urine Protein Creatinine Ratio (UPCR), Potassium, Calcium, phosphate ทุก 6 เดือน

2.2 การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะซีด ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น

2.3 การให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมจากเบาหวานจะต้องมีแนวทางในการรับประทานอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม ดังนี้

2.3.1 การเลือกอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาล (Glycemic Index: GI) ต่ำหรือน้อยกว่า 55 เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด อาทิ ผัก ผลไม้ที่รสหวานน้อย ธัญพืชต่าง ๆ ขนมปังโฮลวีท เป็นต้น อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่ควรเป็นหมู่แป้งปลอดโปรตีน ได้แก่ วุ้นเส้น ก๋วยเตี๋ยว เชิงไฉ่ ซาหริ่ม สาकु

2.3.2 การจำกัดอาหารโปรตีน จำกัดโปรตีน 0.6-0.8 กรัมต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม เพื่อลดปริมาณของของเสีย (Urea) ในกระแสเลือด เน้นเนื้อปลาและไข่ขาว

2.3.3 การจำกัดอาหารที่มีไขมันสูง เลือกอาหารที่มีไขมันน้อย เช่น ไข่ขาว นมพร่องไขมัน เนื้อปลาโดยเฉพาะปลาทะเลน้ำลึก เช่น ปลาทู ปลาซาบะ ปลาทูน่า เป็นต้น ลดไขมันชนิดอิ่มตัวหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลมาก เช่น เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล ไข่แดง กะทิ เนยขาว เนยแท้ และเนยเทียม เลือกใช้น้ำมันรำข้าวในการประกอบอาหาร ซึ่งควรใช้ในปริมาณเพียงเล็กน้อย

2.3.4 การจำกัดเกลือและโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ลดการรับประทานเกลือแกงน้อยกว่า 3 ช้อนชาต่อวันหลีกเลี่ยงการปรุงรสเพิ่ม หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสำเร็จรูป อาหารหมักดองเนื่องจากโซเดียมจะดึงสารน้ำให้คงอยู่ในร่างกายมาก เป็นเหตุให้ความดันโลหิตสูงขึ้น^(7,25) การจัดการอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจะช่วยชะลอการทำงานการทำงานของไตส่วนที่ยังเหลืออยู่ให้เป็นไปอย่างช้าๆ ยืดระยะเวลาในการเข้าสู่การบำบัดทดแทนไตออกไปให้นานที่สุด

2.4 การส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยควบคุมน้ำหนักให้ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร⁽¹⁶⁾ เน้นการออกกำลังกายผสมผสานทั้งแบบยืดหยุ่นและแบบมีแรงต้าน หรือแบบแอโรบิก หลีกเลี่ยงกีฬาที่มีการปะทะ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

2.5 การส่งเสริมให้รับประทานยาต่อเนื่องและถูกต้อง ตามแผนการรักษา งดการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs, Cox-2, Antifungal ระวังการเข้ายากกลุ่ม Amiglycoside อาหารเสริมและสมุนไพรที่มีผลต่อไต^(16,23)

2.6 การให้คำแนะนำการงดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่

2.7 การประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม

3. บทบาทพยาบาลในการป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) การป้องกันระดับตติยภูมิเป็นการป้องกันความพิการและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 อัตราการกรองของไตลดลงเหลือร้อยละ 15-29 และระยะที่ 5 ที่มีทำงานของไตลดลงอย่างมาก มีอัตราการกรองของไตเหลือน้อยกว่าร้อยละ 15⁽²²⁾ เพื่อชะลอการเกิดไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งให้คำปรึกษาเมื่อได้รับการบำบัดทดแทนไต พยาบาลมีบทบาท ดังนี้

3.1 การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจเลือดได้แก่ CBC, BUN, Cr, eGFR, Electrolyte, FBS, HbA1C, Serum albumin, Lipid profile ตรวจปัสสาวะ Urine Protein Creatinine Ratio (UPCR), Potassium, Calcium, Phosphate ทุก 3 เดือน

3.2 การประเมินอาการแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน อาการบวม เหนื่อยหอบ เบื่ออาหาร โรคติดเชื้อ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวหรือการทำการกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง รวมทั้งอาการทางด้านจิตใจ เช่น เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น

3.3 เน้นการควบคุมเรื่องอาหารและปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารหวาน มัน เค็มและน้ำดื่มอย่างเคร่งครัด เนื่องจากมีของเสียคั่งในกระแสเลือด (Uremic) ดังนี้

3.3.1 การจำกัดอาหารโปรตีน ปริมาณ 0.6 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ให้รับประทานโปรตีนที่มีคุณภาพสูง ได้แก่ เนื้อปลา เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์แปรรูป ผู้ป่วยที่มีฟอสฟอรัสในเลือดมากกว่า 5.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลีกเลี่ยงนมทุกชนิด ไข่แดง โปรตีนจากถั่วและผลิตภัณฑ์จากถั่ว หลีกเลี่ยงเครื่องดื่ม ที่มีสีเข้ม ได้แก่ ชา กาแฟ โกโก้ น้ำอัดลมสีเข้ม เฝาระวังอาการของภาวะน้ำเกิน จำกัดน้ำดื่ม (ปริมาณน้ำดื่มที่สามารถดื่มได้ คือ ปริมาณปัสสาวะจากวันก่อนบวก 500 มิลลิลิตร)

3.3.2 การลดการรับประทานอาหารรสหวานและให้รับประทาน อาหารที่มีค่า GI ต่ำ ได้แก่ ข้าวสวย เส้นก๋วยเตี๋ยว วุ้นเส้น สาหร่าย และควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ขนมปัง เผือก มัน ข้าวโพด และเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลสูง ได้แก่ น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำสมุนไพรผสมน้ำตาล เครื่องดื่มชูกำลัง

3.3.3 การจำกัดอาหารที่มีโพแทสเซียม งดกินผักผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น มะละกอ กล้วย ส้ม มันฝรั่ง หน่อไม้ อะโวคาโด, มะเขือเทศ, ฟักทอง, พรุณ, ลูกเกดและผลไม้แห้งชนิดต่างๆ เป็นต้น

3.3.4 การจำกัดเกลือในอาหาร โดยลดการปรุงเพิ่ม เลิกการใช้ผงชูรส หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารแปรรูป หลีกเลี่ยงอาหารจานด่วน

3.3.5 จำกัดอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง

3.4 การส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม ควรเป็นการออกกำลังกายเบาๆ และทำอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ เช่น การออกกำลังกายในร่ม การเดิน ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน เป็นต้น และสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการควบคุมน้ำหนักควรเดินให้นานขึ้นกว่าเดิมอย่างน้อย 20-30 นาที

3.5 การให้คำแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการบำบัดทดแทนไตแบบต่างๆ ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และการปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) แก่ผู้ป่วยทุกราย และส่งพบอายุรแพทย์ไตเพื่อรับการบำบัดทดแทนไตตามความเหมาะสม

3.6 ประสานงานกับทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลเภสัชกร นักโภชนาการบำบัด นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม

บทสรุป

โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญ หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน โดยสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากการที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี บทบาทพยาบาลที่สำคัญเพื่อชะลอความเสื่อมของไต คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีค่าใกล้เคียงปกติ ลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเสื่อมของไต ค้นหาผู้ป่วยให้ได้รับการวินิจฉัยเริ่มแรก และดูแลให้ได้รับการรักษาในระยะแรก ให้ความรู้เรื่องโรคไตจากเบาหวาน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยพยาบาลจะต้องมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยให้ได้ ตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และมีการประยุกต์ความรู้เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยให้เหมาะสมเฉพาะราย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้ และมีการชะลอความเสื่อมของไต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Anastasi JK, Klug C. Diabetic peripheral neuropathy: Person-centered care. *Nursing* 2021;51(4):34-40.
2. สำนักข่าว Hfocus. โรคเบาหวานในวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2562 พ.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18031>
3. Sloan G, Shillo P, Selvarajah D, Wu J, Wilkinson ID, Tracey I, et al. A new look at painful diabetic neuropathy. *Diabetes Res Clin Pract* 2018;144:177–91. doi: 10.1016/j.diabres.2018.08.020.
4. Ibrahim, W. K., & Miky, S. F. Diabetes Self-management Education Program among Patients at Risk for Diabetic Nephropathy. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*. 2019; 6(3): 383-95.
5. Liu WJ, Huang WF, Ye L, Chen RH, Yang C, Wu HL, et al. The activity and role of autophagy in the pathogenesis of diabetic nephropathy. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2018;22(10):3182-89.
6. ศิริลักษณ์ ถูทอง. การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2560;18(พิเศษ):17-24.
7. Jiang N, Huang F, Zhang X. Smoking and the risk of diabetic nephropathy in patients with type 1 and type 2 diabetes: a meta-analysis of observational studies. *Oncotarget* 2017;8(54):93209-18.

8. Stroescu AEB, Tanasescu MD, Diaconescu A, Raducu L, Balan DG, Mihai A, et al. Diabetic nephropathy: A concise assessment of the causes, risk factors and implications in diabetic patients. *Revista de Chimie* 2018;69(11):4018-21.
9. Liang S, Cai GY, Chen XM. Clinical and pathological factors associated with progression of diabetic nephropathy. *Nephrology* 2017;22:14-9.
10. นุสรรา วิโรจนกัญ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11* 2560;31(1):41-8.
11. Alpers CE, Hudkins KL. Pathology identifies glomerular treatment targets in diabetic nephropathy. *Kidney research and clinical practice* 2018;37(2):106-11.
12. ทวี ศิลารักษ์, ลัณวิ ปิยะบัณฑิตกุล, วิริณธ์ กิตติพิชัย. ปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 2563;40(2):109-21.
13. อัจฉรา เจริญพิริยะ, อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, งามจิต คงทน. ความชุกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *Region 11 Medical Journal* 2559;31(1):73-82.
14. Selby NM, Taal MW. An updated overview of diabetic nephropathy: Diagnosis, prognosis, treatment goals and latest guidelines. *Diabetes, Obesity and Metabolism* 2020;22:3-15.
15. สิทธิ ภาณุพลย์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรงพยาบาลปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร. *Journal of The Department of Medical Services* 2563;45(2):12-8.
16. บัวหล้น หินแก้ว. บทบาทพยาบาลในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2561;11(1):38-46.
17. นาริรัตน์ พุ่มสลุต, ปัญชา สติระพจน์. การติดตามการลดลงของอัตราการกรองของไตระยะยาวในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *Royal Thai Army Medical Journal* 2563;69(4):159-66.
18. เกตุแก้ว จันทร์จำรัส. การสำรวจความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรเทคนิคการแพทย์มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
19. Umanath K, Lewis JB. Update on diabetic nephropathy: core curriculum 2018. *American Journal of Kidney Diseases* 2018;71(6):884-95.
20. ปัญชา สติระพจน์. Diagnosis and Management of Diabetic Nephropathy. *เวชสารแพทย์ทหารบก* 2563;73(3):199-210.
21. Sulaiman MK. Diabetic nephropathy: recent advances in pathophysiology and challenges in dietary management. *Diabetology & metabolic syndrome* 2019;11(1):1-5.
22. สุรัสวดี พนมแก่น, ปราณี่ แสสดคง, สมใจ เจียรพะพงษ์, จรรยา คนใหญ่. บทบาทพยาบาลในการป้องกันโรคไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2563;34(4):14-8.

23. สิริินดา ศรีจิงใจ, ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, สุจินตนา พันธักกล้า, วาริ วณิขปัญญพล. บทบาทพยาบาลในการชะลอโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและสาธารณสุข 2563;14(3):1-9.
24. จันจิรา หินขาว, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, สุนทรี เจียรวิทยกิจ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อ พฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสื่อมของไตระยะที่ 3. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2562;30(2):185-202.
25. รสสุคนธ์ วาริตสกุล. การจัดการอาหารเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(1):22-9.

ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน ของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

จารุวรรณ ประภาสอน^{*า}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากร และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในประชากรบุคลากรโรงพยาบาลแคนดงทั้งหมด 110 คน โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง ผู้วิจัยได้อธิบายและทำความเข้าใจกับประชากรในการทำแบบสอบถาม และประชากรตอบแบบสอบถาม ได้แบบสำรวจตอบกลับ 109 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.09 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ Chi-square test ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และค่าถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.6 อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 44.0 สถานภาพคู่ ร้อยละ 59.6 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 58.7 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 44.0 มีลักษณะงานเป็นบริการผู้ป่วย ร้อยละ 67.9 และรายได้เฉลี่ย 19,000 บาทต่อเดือน โดยระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดน้อย ร้อยละ 46.8 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 คือ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, 0.05 ได้แก่ ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร ($p=0.01$) ด้านลักษณะงานและภาระงาน ด้านบทบาทในองค์กร ด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ ($p=0.05$) และปัจจัยพยากรณ์ความเครียดในการปฏิบัติงาน มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร และความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.05$ ดังนั้น หน่วยงานควรนำผลการวิจัยไปใช้วางแผนงาน แก้ไขปัญหาความเครียดจากการทำงานของบุคลากรให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อก่อให้เกิดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: ความเครียด; ปัจจัยในการปฏิบัติงาน; บุคลากร; โรงพยาบาล

^{*} นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

^า ผู้เขียนหลัก จารุวรรณ ประภาสอน Email: yee2521@gmail.com

รับบทความ: 23 พ.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 26 มิ.ย. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 26 มิ.ย. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 14 มิ.ย. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.34>

Stress and Factors Associated with Operational Stress of Khaen Dong Hospital Personnel, Buriram Province in the Covid-19 Pandemic Situation

Jaruwan Prapasorn^{*a}

Abstract

The purpose of this cross-sectional descriptive research was to examine stressful situations and stress factors in the operations of the personnel of Khaen Dong Hospital Buri Ram province during the COVID-19 pandemic situations with 110 hospital personnel using a customized questionnaire filled under the guidance of the researcher. One hundred and nine questionnaires were returned yielding the response rate of 99.09 percent. Descriptive data were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations. Inferential statistics were done with chi-square tests, Pearson's product moment correlation Coefficients, and multiple regression methods.

The result indicated that the majority of the respondents were females (70.6%), aged between 31-40 years old (44.0%), were married (59.6%), had bachelor's degree (58.7%), had worked in the hospital for more than 10 years (44.0%), worked with duties that required patient contacts (67.9%), and had an average monthly income of 19,000 Baht. Their stress level was at a low level (46.8%). Personal factors that significantly correlated with stress with 0.05 significant level was work duration. Factors correlating to work-related stress with significant statistical value at $p=0.01$ and 0.05 were the organizational structure and work environments ($p=0.01$), work characteristics and responsibilities, roles in the organization, career achievement and growth ($p=0.05$). Factors predicting work-related stress with a significant statistical value of $p=0.05$ were the organizational structure and work environments, and career achievement and growth. Therefore, the organization should apply this research results to the work planning to solve work-related stress among the personnel where applicable to motivate the personnel.

Keywords: Stress; Work-related factors; Personnel; Hospital

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level, Khaen Dong Hospital, Buriram Province

^a Corresponding author Jaruwan Prapasorn E-mail: yee2521@gmail.com

Received: May 23, 21; Revised: Jun. 26, 21; Accepted: Jun. 26, 21; Published Online: Jul. 14, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.34>

บทนำ

สภาพสังคม เศรษฐกิจ และการทำงานในปัจจุบัน ท่ามกลางการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีผู้ติดเชื้อทั่วโลก 63 ล้านราย เสียชีวิตกว่า 1.3 ล้านราย สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อ 4,008 ราย เสียชีวิต 60 ราย สภาพการทำงานในโรงพยาบาลที่มีภาระงานมากขึ้นจากการเจ็บป่วยของประชากรด้วยโรคเรื้อรังและอุบัติเหตุ ส่งผลบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานทั้งการให้บริการผู้ป่วย และส่วนสนับสนุนบริการมีความเสี่ยง ทั้งจากด้านโรคและความคาดหวังจากผู้ป่วยและญาติ จากการประเมินสุขภาพจิตประชาชนในช่วงการระบาดโควิด-19 เป็นระยะ รวม 6 ครั้ง โดยครั้งล่าสุดมีการสำรวจวันที่ 26-30 พฤษภาคม 2563 โดยสำรวจความเครียด ภาวะหมดไฟ ภาวะซึมเศร้า ความคิดทำร้ายตัวเอง ทั้งในกลุ่มประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดระดับมากเพิ่มมาจากร้อยละ 4.8 เป็นร้อยละ 7.9 เช่นเดียวกับกลุ่มประชาชนเครียดระดับมากเพิ่มจากร้อยละ 2.7 เป็นร้อยละ 4.2⁽¹⁾ ซึ่งการดูแลจิตใจบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นเรื่องที่สำคัญเพราะเป็นบุคคลที่ต้องปฏิบัติงานโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย ลดการสูญเสีย จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ ภายใต้ความคาดหวังจากหลายภาคส่วนในการดูแลคนจำนวนมาก ต้องปฏิบัติงานติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนาน ต้องอยู่ภายใต้ความเครียดจากความกดดัน อีกทั้งเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าบุคคลอื่น จึงทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีโอกาสเกิดปฏิกิริยาทางจิตได้มากกว่าทั่วไป ซึ่งอาจเกิดความรู้สึกกดดัน ตึงเครียด โกรธ กังวลใจ กลัว หดหู่ ท้อแท้ และเหนื่อยล้าจากงานที่ต้องเผชิญได้มากกว่าปกติ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาปกติของมนุษย์ที่เกิดขึ้นได้ ไม่ได้หมายความว่าเราไม่สามารถทำงานต่อไปได้ อ่อนแอ ไม่เสียสละ ไม่ทุ่มเท ไม่มีความรับผิดชอบการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในช่วงเวลานี้จึงมีความสำคัญเท่ากับการดูแลสุขภาพกาย⁽¹⁾

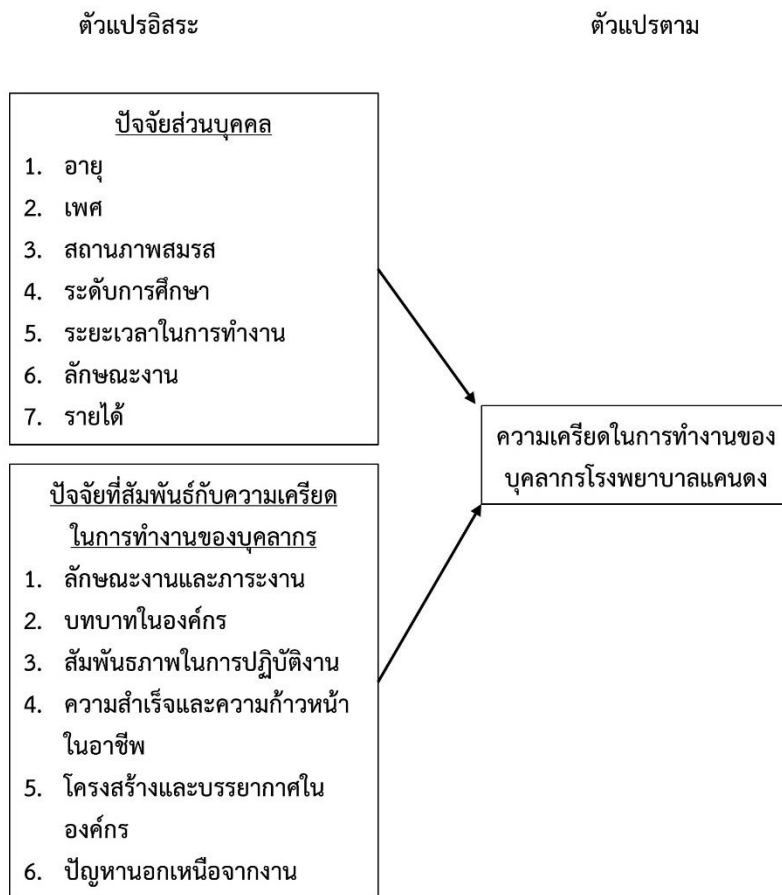
โรงพยาบาลแคนดง เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ระดับ F3 มีบุคลากร 110 คนไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ให้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 70,000 ครั้ง/ปี ผู้ป่วยในเฉลี่ย 2,800 ครั้ง/ปี โดยมีบุคลากรต้องปฏิบัติงานโดยตรงในการดูแลผู้ป่วย ทำให้อยู่ภายใต้ความเครียดจากความกดดันทั้งจากผู้ป่วย ญาติ และสังคม ทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงาน อาจเกิดความรู้สึกกดดัน ตึงเครียด กลัว หดหู่ ท้อแท้ และเหนื่อยล้าจากงานที่ต้องเผชิญได้มากกว่าปกติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสนับสนุน ที่มีการแบ่งเป็นกลุ่มงานต่างๆ ซึ่งโครงสร้างการบริหารขาดความยืดหยุ่น บรรยากาศในองค์กรบางครั้งไม่เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สภาพแวดล้อมทางกายภาพไม่เหมาะสม ภาระงานมากเกินไป ล้วนส่งผลกระทบต่อความเครียดในการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลแคนดงมีบุคลากรทั้งสิ้นจำนวน 110 คน ประกอบด้วย กลุ่มบริการผู้ป่วย 74 คน และกลุ่มสนับสนุนบริการ 36 คน ยังไม่เคยมีการศึกษาสถานการณ์ความเครียดของบุคลากร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน ซึ่งผลการศึกษาจะนำมาใช้เป็นข้อมูลส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและลดความเครียดของบุคลากร ลดผลกระทบที่อาจจะส่งผลต่อการปฏิบัติงาน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานของบุคลากรตามแนวคิดของ Cooper & Cartwright 6 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะงานและภาระงาน ด้านบทบาทในองค์กร ด้านสัมพันธภาพในการปฏิบัติงาน ความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร ด้านปัญหานอกเหนือจากงาน ซึ่งจะได้ทำการศึกษาทั้ง 6 ปัจจัย รวมทั้งปัจจัยด้านบุคคล ดังนั้น ภาวะอารมณ์ของคน

มีการเปลี่ยนแปลงไม่เหมือนกัน แม้ภายนอกอาจจะดูเหมือนว่าปกติก็ทำตาม ซึ่งความเครียด ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม หากบุคลากรมีความเครียดเป็นระยะเวลานาน ซึ่งอาจจะกระทบต่องาน และลาออกในที่สุด

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งสามารถนำไปสู่การวางแผนบริหารจัดการความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง ให้มีการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ สุขภาพจิตที่ดี มีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดีขึ้นได้

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดงในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19
 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง
- สมมติฐานงานวิจัย**
สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลสัมพันธ์กับความเครียด
สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยในการปฏิบัติงานมีผลต่อความเครียด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากับประชากรบุคลากรโรงพยาบาลแคนดงทั้งหมด 110 คน ที่ปฏิบัติงาน เดือนกันยายน 2563 เป็นต้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม แบ่ง เป็น 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากร 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงาน ลักษณะงาน และ รายได้

2. แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต 5 ข้อ แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0=แทบไม่มี 1=เป็นบางครั้ง 2=บ่อยครั้ง และ 3=เป็นประจำ

การแปลผล 0-4 คะแนน หมายถึง เครียดน้อย 5-7 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง 8-9 คะแนน หมายถึง เครียดมาก และ 10-15 คะแนน หมายถึง เครียดมากที่สุด ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้แบบสอบถาม 30 ชุด กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มที่ศึกษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.865

3. แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการทำงาน ซึ่ง ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองตามแนวคิดของ Cooper & Cartwright 6 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ รวม 24 ข้อ แบ่งเป็นระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0=ไม่เห็นด้วย 1=เห็นด้วยเล็กน้อย 2=เห็นด้วยปานกลาง และ 3=เห็นด้วยมาก

การแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ของเกณฑ์ 3-2-1-0 และให้แต่ละช่วงชั้นมีความกว้างเท่ากัน ดังนี้ 0.00-0.75 คะแนน หมายถึง ไม่มีผลต่อความเครียด 0.76-1.51 คะแนน หมายถึง มีผลต่อความเครียดน้อย 1.52-2.26 คะแนน หมายถึง มีผลต่อความเครียดปานกลาง 2.27-3.00 คะแนน หมายถึง มีผลต่อความเครียดมาก นำคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านมาหาความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน และปัจจัยทำนายความเครียดในการปฏิบัติงาน⁽²⁾ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยมีค่า Item-objective congruence (IOC) อยู่ระหว่าง 0.66-1 ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามให้เนื้อหาสอดคล้อง ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือให้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.834

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความร่วมมือเก็บแบบสอบถามถึงหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลแคนดง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากบุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแคนดง เพื่อตอบแบบสอบถาม จำนวน 110 ชุด เก็บข้อมูล ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์-มีนาคม 2564 ได้กลับคืน จำนวน 109 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 99.09

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงพรรณนา ใช้สถิติ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียด ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัย ทั้ง 6 ด้าน กับความเครียดในการปฏิบัติงาน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) และทดสอบการทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด ด้วยการทดสอบการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยได้ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2021-002 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครโดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลบุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่ว่ากรณีใดๆ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยจะมีการทำลายหลังเสร็จสิ้นงานวิจัย

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.6) อายุเฉลี่ย 31.70 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 44.0) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 59.6) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 58.7) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 3.2 ปี ส่วนใหญ่ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 44.0) มีลักษณะงานเป็นบริการผู้ป่วย (ร้อยละ 67.9) และรายได้เฉลี่ย 19,000 บาทต่อเดือน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (N=109)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	29.4
หญิง	77	70.6
อายุ (ปี)		
20-30 ปี	26	23.9
31-40 ปี	48	44.0

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (N=109)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
41-50 ปี	26	23.9
มากกว่า 50 ปี	9	8.3
$\bar{X}=21.70$, $SD=8.87$		
สถานภาพ		
โสด	39	35.8
คู่	65	59.6
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	5	4.6
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	4	3.7
มัธยมศึกษา	26	23.9
ปวส./อนุปริญญา	13	11.9
ปริญญาตรี	64	58.7
ปริญญาโท	2	1.8
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	6	5.5
1-5 ปี	34	31.2
6-10 ปี	21	19.3
มากกว่า 10 ปี	48	44.0
$\bar{X}=30.2$, $SD=9.91$		
ลักษณะงาน		
บริการผู้ป่วย	74	67.9
สนับสนุนบริการ	35	32.1
รายได้		
5,000-15,000 บาท	56	51.4
15,001-25,000 บาท	23	21.1
25,001-35,000 บาท	15	13.8
มากกว่า 35,001	15	13.8
$\bar{X}=19,000$, $SD=1.097$		

2. การประเมินความเครียด

2.1 การประเมินระดับความเครียดรายข้อ ใน 5 ข้อคำถาม พบว่าส่วนใหญ่ประเมินคำตอบเกี่ยวกับความเครียดอยู่ในระดับเป็นบางครั้ง เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อมีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก อยู่ในระดับเป็นบางครั้ง ร้อยละ 54.1 ($\bar{X}=1.06$, $SD=0.792$) ข้อมีสมาธิน้อยลง อยู่ในระดับเป็นบางครั้ง

ร้อยละ 67.0 ($\bar{X}=0.95$, $SD=0.644$) ข้อหงุดหงิด กระวนกระวาย ว้าวุ่นใจ อยู่ในระดับเป็นบางครั้ง ร้อยละ 59.6 ($\bar{X}=1.00$, $SD=0.758$) ขอรู้สึกเบื่อ เซ็ง อยู่ในระดับเป็นบางครั้ง ร้อยละ 56.9 ($\bar{X}=1.12$, $SD=0.802$) และข้อไม่อยากพบปะผู้คน อยู่ในระดับแทบไม่มี ร้อยละ 51.4 ($\bar{X}=0.63$, $SD=0.790$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการประเมินความเครียด (แยกตามรายข้อ)

ข้อคำถาม	ระดับการประเมิน				Mean	SD
	แทบไม่มี N (%)	บางครั้ง N (%)	บ่อยครั้ง N (%)	เป็นประจำ N (%)		
1. มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก	25 (22.9)	59 (54.1)	19 (17.4)	6 (5.5)	1.06	0.792
2. มีสมาธิน้อยลง	23 (20.2)	73 (67.0)	11 (10.1)	3 (2.8)	0.95	0.644
3. หงุดหงิด กระวนกระวาย ว้าวุ่นใจ	25 (22.9)	65 (59.6)	13 (11.9)	6 (5.5)	1.00	0.758
4. รู้สึกเบื่อ เซ็ง	21 (19.3)	62 (56.9)	18 (16.5)	8 (7.3)	1.12	0.802
5. ไม่อยากพบปะผู้คน	56 (51.4)	42 (38.5)	6 (5.5)	5 (4.6)	0.63	0.790

2.2 ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อแปลผลคะแนนความเครียดและจัดระดับความเครียดตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง มีความเครียดอยู่เกณฑ์เครียดน้อย ร้อยละ 46.8 ($\bar{X}=1.69$, $SD=0.729$) รองลงมาอยู่ในเกณฑ์เครียดปานกลาง ร้อยละ 37.6 อยู่ในเกณฑ์เครียดมาก ร้อยละ 9.2 และอยู่ในเกณฑ์เครียดมากที่สุด ร้อยละ 6.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (N=109)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดน้อย (ระดับคะแนน 0-4)	51	46.8
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดปานกลาง (ระดับคะแนน 5-7)	41	37.6
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดมาก (ระดับคะแนน 8-9)	10	9.2
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดมากที่สุด (ระดับคะแนน 10-15)	7	6.4
($\bar{X}=1.69$, $SD=0.729$)		

2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน 6 ด้าน ในภาพรวมบุคลากรของโรงพยาบาลแคนดง ส่วนใหญ่มีผลต่อความเครียดปานกลาง ($\bar{X}=2.06$, $SD=0.899$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ ด้านบทบาทในองค์กร ($\bar{X}=2.36$, $SD=0.887$) ความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ ($\bar{X}=2.33$, $SD=0.872$) และด้านสัมพันธภาพในการปฏิบัติงาน ($\bar{X}=2.06$, $SD=0.870$) และพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านปัญหานอกเหนือจากงาน ($\bar{X}=1.73$, $SD=0.889$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน (รายด้าน)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ผลต่อ ความเครียด
1. ด้านลักษณะงานและภาระงาน	2.01	0.938	ปานกลาง
2. ด้านบทบาทในองค์กร	2.36	0.887	มาก
3. ด้านสัมพันธภาพในการปฏิบัติงาน	2.06	0.870	ปานกลาง
4. ความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ	2.33	0.872	มาก
5. ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร	1.89	0.936	ปานกลาง
6. ด้านปัญหานอกเหนือจากงาน	1.73	0.889	ปานกลาง
ภาพรวม	2.06	0.899	ปานกลาง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ

1. ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียด

การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนระดับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ($p = 0.04$) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนระดับความเครียด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ลักษณะงาน และรายได้ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนระดับความเครียด

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเครียด		$\bar{X}$	p-value
	น้อย-ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก-มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			4.41	0.22
ชาย	27 (24.8)	5 (4.6)		
หญิง	65 (59.6)	12 (11.0)		
อายุ			5.30	0.81
20-30 ปี	20 (18.3)	6 (5.5)		
31-40 ปี	40 (36.7)	8 (7.3)		
41-50 ปี	24 (22.0)	2 (1.9)		
มากกว่า 50 ปี	8 (7.3)	1 (1.0)		
สถานภาพ			7.21	0.30
โสด	30 (27.5)	9 (8.3)		
คู่	58 (53.2)	7 (6.4)		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	4 (3.7)	1 (1.0)		

ตารางที่ 5 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนระดับความเครียด

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเครียด		$\bar{X}$	p-value
	น้อย-ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก-มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับการศึกษา			17.10	0.15
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	3 (2.8)	1(1.0)		
มัธยมศึกษา	25 (23.0)	1(1.0)		
ปวส./อนุปริญญา	13 (12.0)	0(0.0)		
ปริญญาตรี	50 (45.9)	14		
ปริญญาโท	1 (1.0)	1(1.0)		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน			17.70	0.04*
น้อยกว่า 1 ปี	4 (3.7)	2 (1.9)		
1-5 ปี	27 (24.8)	7 (6.4)		
6-10 ปี	19 (17.4)	2 (1.9)		
มากกว่า 10 ปี	42 (38.5)	6 (5.5)		
ลักษณะงาน			0.83	0.84
บริการผู้ป่วย	61 (56.0)	13 (12.0)		
สนับสนุนบริการ	31 (28.4)	4 (3.7)		
รายได้			15.78	0.07
5,000-15,000 บาท	51 (46.8)	5 (4.6)		
15,001-25,000 บาท	18 (16.5)	5 (4.6)		
25,001-35,000 บาท	12 (11.0)	3 (2.8)		
มากกว่า 35,001 บาท	11 (10.1)	4 (3.7)		

* p<0.05

2. ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 6 ด้าน กับความเครียด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

การหาความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 6 ด้าน กับความเครียดของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) คือ ปัจจัยด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร มีค่า $r=0.312$ ($p=0.001$) ในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) คือปัจจัยด้านลักษณะงานและภาระงาน มีค่า $r=0.238$ ($p=0.013$) ปัจจัยด้านบทบาทในองค์กร มีค่า $r=0.239$ ($p=0.012$) ปัจจัยด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ มีค่า $r=0.241$ ($p=0.012$)

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด คือ ด้านสัมพันธภาพในการปฏิบัติงาน มีค่า $r=0.176$ ($p=0.067$) ปัจจัยด้านปัญหานอกเหนือจากงาน มีค่า $r=0.167$ ($p=0.083$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 สรุปค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน	ความเครียดในการปฏิบัติงาน	
	r	p-value
1. ด้านลักษณะงานและภาระงาน	0.238	0.013*
2. ด้านบทบาทในองค์กร	0.239	0.012*
3. ด้านสัมพันธภาพในการปฏิบัติงาน	0.176	0.067
4. ด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ	0.241	0.012*
5. ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร	0.312	0.001**
6. ด้านปัญหานอกเหนือจากงาน	0.167	0.083

*p<0.05 **p<0.01

3. ปัจจัยพยากรณ์ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง
เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบขั้นตอน (Stepwise) พบว่า มีตัวแปรอิสระ 2 ตัว ที่พยากรณ์ความเครียดในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร และความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ร้อยละ 10.7 (R-square=0.107) ดังสมการ

ความเครียดในการปฏิบัติงาน =
0.912 + 0.212(ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร) + 0.188(ด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ)

Z ความเครียดในการปฏิบัติงาน = 0.227(Z ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร)+0.188(Z ด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ)

โดยตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์สูงสุดคือ ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร (b=0.212, p=0.018) รองลงมาได้แก่ ความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ (b=0.188, p=0.049) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบขั้นตอน (Stepwise) ในการพยากรณ์ความเครียดในการปฏิบัติงาน

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	Sig
ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร	0.212	0.088	0.227	2.407	0.018
ด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ	0.188	0.095	0.188	1.992	0.049
ค่าคงที่ (constant)	0.912				

R=0.328 R²=0.107 Adjust R²=0.091 F=6.384

สรุปและอภิปรายผล

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล** พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง Generation Y (ช่วงอายุ 31-40 ปี) มีระดับการศึกษาปริญญาตรี สถานภาพคู่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มากกว่า 10 ปี ลักษณะงานเป็นบริการผู้ป่วย และรายได้เฉลี่ย 19,000 บาทต่อเดือน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กาญจนา วิเชียรประดิษฐ์ และคณะ⁽³⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่อยู่ในกำกับของรัฐ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.5 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 33.97 ปี ร้อยละ 63.6 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 95.7 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 38.6 มีรายได้จากงานประจำไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน ร้อยละ 39.1 มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 65.7

2. **ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง** เมื่อแปลผลคะแนนความเครียดและจัดระดับความเครียดตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง มีความเครียดอยู่เกณฑ์เครียดน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัฒนวิดี เรืองจำเนียร และคณะ⁽²⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานของบุคลากรหน่วยงานสนับสนุนโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรหน่วยงานสนับสนุนมีระดับความเครียดในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ ในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน จำนวน 6 ด้าน ในภาพรวมบุคลากรของโรงพยาบาลแคนดง ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และสิรินรัตน์ แสงสิริรักษ์⁽⁹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าปานกลางถึงสูง และความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ ด้านบทบาทในองค์กร ความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ และด้านสัมพันธภาพในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับแนวคิด Cooper & Cartwright⁽⁴⁾ ได้กล่าวว่าปัจจัยด้านบทบาทในองค์กร ถ้าองค์กรกำหนดบทบาทหน้าที่ให้แก่พนักงาน และทำให้พนักงานเกิดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่นั้นอย่างชัดเจน ก็จะไม่เกิดความขัดแย้งหรือความเครียดในการทำงาน และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในองค์กร อันใดแก่ หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน และลูกน้อง ล้วนแต่มีอิทธิพลต่ออารมณ์และความเครียดของบุคคล ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันนั้น เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลและองค์กรดำเนินไปได้ด้วยดี และสอดคล้องกับแนวคิดของ ทวีป อภิสิทธิ์⁽⁵⁾ ได้กล่าวว่า สาเหตุของความเครียดในการทำงานของคนทำงานราชการหรือหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ความไม่ชัดเจนของหน้าที่การทำงานที่ทำ คนที่ทำงานแล้วไม่รู้ว่าบทบาทหน้าที่ของตนจะต้องทำและรับผิดชอบอะไรอย่างนั้น ก็เหมือนกับคนตาบอด ไม่รู้ว่าสิ่งที่ตนทำไปผิดหรือถูก ไขว่บทบาทหน้าที่ของตนหรือไม่ ในที่สุดก็จะเกิดความเครียดในการทำงานได้ เพราะบางครั้งก็อาจจะไปทำบทบาทหน้าที่ที่ไม่ใช่ของตน และทำให้เกิดการกระทบกระทั่งหรือขัดแย้งกับผู้อื่นจนเป็นเหตุให้เกิดความเครียดได้โดยง่าย

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนระดับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คือ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของต่อลาภ อยู่พงษ์พิทักษ์ และ อริสรา เสยานนท์⁽⁶⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของพนักงานธนาคารออมสินสำนักงานใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดในภาพรวมของพนักงานมีความเครียดในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่งงาน และระยะเวลาปฏิบัติงาน มีความเครียดในการปฏิบัติงานที่ไม่แตกต่างกัน

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) คือ ปัจจัยด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร บุคลากรมีความเห็นว่า โครงสร้างการบริหารขาดความยืดหยุ่น บรรยากาศองค์กรไม่เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ บรรยากาศในองค์กรไม่เป็นมิตร ขาดขวัญ กำลังใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัฒนวิติ เรืองจำเนียร และคณะ⁽²⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานของบุคลากรหน่วยงานสนับสนุนโรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร ปัจจัยด้านบทบาทหน้าที่ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในที่ทำงาน ปัจจัยด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ และปัจจัยด้านลักษณะงาน มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.29, 0.51, 0.44, 0.30$ และ 0.25 ; $p \leq 0.05$ ตามลำดับ

ในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ ปัจจัยด้านลักษณะงานและภาระงาน บุคลากรมีความเห็นว่า ภาระงานมากเกินไป ขาดทักษะและทำงานไม่ตรงความสามารถ งานมีความเสี่ยง สภาพแวดล้อมทางกายไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ และคณะ⁽⁷⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยพยากรณ์ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลในจังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาล จังหวัดพิษณุโลกมี 5 ตัวแปร ได้แก่ ลักษณะงาน ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การศึกษาระดับปริญญาโท และการศึกษาระดับอนุปริญญา โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ความเครียดได้ร้อยละ 30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมถึงปัจจัยด้านบทบาทในองค์กร บุคลากรมีความเห็นว่า งานมีความไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ ความไม่สอดคล้องในบทบาทหน้าที่กับความต้องการ ค่านิยมของบุคลากร หน้าที่ความรับผิดชอบต่ออุปกรณ์ งบประมาณ อาคารสถานที่ หน้าที่ความรับผิดชอบในการบริการผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ และปัจจัยด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ บุคลากรมีความเห็นว่า ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าในอาชีพ ค่าตอบแทนไม่เหมาะสมกับปริมาณงาน การเลื่อนขั้นเงินเดือนไม่เหมาะสม ไม่มีการสนับสนุนการหาความรู้เพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สาวินี ดันติ วุฒิคุณ และคณะ⁽⁸⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องสิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคมขององค์กรที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรสิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคมขององค์กร จำนวน 3 ตัว มีผลต่อการเกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ตัวแปรด้านความต้องการในงาน (Demands) ($b=0.598$) ตัวแปรด้านบทบาท (Role) ($b=0.135$) และตัวแปรด้านความสัมพันธ์ (Relationships) ($b=0.132$) ตามลำดับ โดยผู้ปฏิบัติงานที่รับรู้ถึงระดับความต้องการในงานสูง มีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และมีความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานที่ไม่ดีมีแนวโน้มที่จะมี

ความเครียดจากการปฏิบัติงานในระดับที่สูงกว่า และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัฒนวิดี เรืองจำเนียร และคณะ⁽²⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานของบุคลากรหน่วยงานสนับสนุนโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรหน่วยงานสนับสนุนมีระดับความเครียดในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความเครียด ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร ปัจจัยด้านบทบาทหน้าที่ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในที่ทำงาน ปัจจัยด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ และปัจจัยด้านลักษณะงาน มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.29, 0.51, 0.44, 0.30$ และ 0.25 ; $p < 0.05$ ตามลำดับ)

3.3 ปัจจัยพยากรณ์ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบขั้นตอน (Stepwise) พบว่า มีตัวแปรอิสระ 2 ตัว ที่พยากรณ์ความเครียดในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร และความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ร้อยละ 10.7 ในขณะที่อีกร้อยละ 89.3 เป็นผลมาจากปัจจัยอื่นๆ โดยตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์สูงสุดคือ ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร รองลงมาได้แก่ ความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัฒนวิดี เรืองจำเนียร และคณะ⁽²⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานของบุคลากรหน่วยงานสนับสนุนโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร ปัจจัยด้านบทบาทหน้าที่ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในที่ทำงาน ปัจจัยด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ และปัจจัยด้านลักษณะงาน มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.29, 0.51, 0.44, 0.30$ และ 0.25 ; $p < 0.05$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการวางแผนงานเพื่อแก้ไขปัญหาความเครียดจากการทำงานของบุคลากรอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเอง เพื่อก่อให้เกิดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน
2. ควรจัดโปรแกรมประเมินและการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจแบบบูรณาการของบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นประจำทุกปี
3. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับความเครียดเพิ่มเติม เช่น ภาระหนี้สิน สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว เป็นต้น หรือความอยู่ดีมีสุขในองค์กร

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. เผยผลสำรวจ "ปชช.-บุคลากรแพทย์" เครียดมากขึ้นช่วงผ่อนปรนฯ โควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.) [เข้าถึงเมื่อ 2563 มิ.ย. 30]. เข้าถึงได้จาก: <https://news.trueid.net/detail/no73qGVNn3ro>
2. พัฒนวิทย์ เรื่องจำเนียร, ณรงค์ ณ เชียงใหม่, รพีพร เทียมจันทร์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานของบุคลากรหน่วยงานสนับสนุนโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. พิชนศาสตร์ 2556;2:97-110.
3. กาญจนา วิเชียรประดิษฐ์, ทนงค์ดี ยิ่งรัตน์สุข, ศรีรัตน์ ล้อมพวง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่อยู่ในกำกับของรัฐ. เอกสารการประชุมวิชาการบัณฑิตศึกษาระดับชาติครั้งที่ 2; 17 พฤษภาคม 2556; ณ โรงแรมริชมอนด์. นนทบุรี; 2556.
4. ลักขณา สรวิวัฒน์. จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์; 2544.
5. ทวีป อภิสิทธิ์. ความเครียดทางอารมณ์ของคนทำงาน (ราชการ). ประชาศึกษา 2532;40(3):22-5.
6. ต่อลาภ อยู่พงษ์พิทักษ์, อริสรา เสยานนท์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของพนักงานธนาคารออมสินสำนักงานใหญ่. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย; 2559.
7. นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ, กิ่งแก้ว สำรวยริน, วิภาดา ศรีเจริญ, นุชจรี ครองดี, สุทธธัญญ์ เพ็งปรางค์. ปัจจัยพยากรณ์ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลในจังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย 2562;3:194-201.
8. สาวินี ตันติวุฒิกุล, ณัฐณีย์ มีมนต์, ดรุณี ภูขาว, ภัคนันท์ จิตต์ธรรม. สิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคมขององค์กรที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาล. วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2563;12(1).
9. เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์, สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์. ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2563; 65(4):400-8.

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามี

สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์^{*}, นิชนันท์ สุวรรณภูมิ^{**}, อมรรัตน์ นธะสนธิ^{*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของกลุ่มสามี รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลอายุระหว่าง 21-63 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก คือ การฉีดวัคซีน รักษาดูแลตัวเอง การใช้ถุงยางอนามัย การรักษาความสะอาด ประเด็นปัญหา พบว่า มีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาและความเชื่อทางเพศ ผู้ให้ข้อมูลเสนอความต้องการเพื่อนำไปสู่การป้องกันมะเร็งปากมดลูก คือ ต้องการให้มีการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในวัยเรียน เพิ่มช่องทางการให้ข้อมูลข่าวสาร และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้คนนอกพื้นที่ โดยมีปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสามี คือ 1) ความเชื่อ ทศนคติ ด้านลบเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และ 2) ความรู้เรื่องการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในผู้ชาย ดังนั้น จากผลการวิจัยจึงมีข้อเสนอแนะต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ คือควรเพิ่มช่องทางการให้ข้อมูลข่าวสารที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ข้อเสนอแนะต่อบุคลากรทางการแพทย์ คือควรให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์กับวัยรุ่นและเรื่องมะเร็งปากมดลูกกับเพศชาย

คำสำคัญ: การป้องกันระดับปฐมภูมิ; มะเร็งปากมดลูก; สามี

^{*} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

^๑ ผู้เขียนหลัก สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์ Email: suvapat.n@ubu.ac.th

^{**} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

รับบทความ: 16 มิ.ย. 64; รับบทความแก้ไข: 27 มิ.ย. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 27 มิ.ย. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 15 ก.ค. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.35>

Primary Prevention Behavior for Cervical Cancer among Husbands

Suvapat Nakrukamphonphatn^{*a}, Nitchanun Suwannakoot^{**},
Amornrat Natason^{*}

Abstract

This qualitative research aims to examine primary prevention behaviors for cervical cancer among husbands. The data collection was administered through observations, in-depth interviews, and document studies. Triangulation was employed to verify the reliability of the data. The data were analyzed using content analysis. The results revealed that key informant aged between 21 and 63 years old. The informants' cervical cancer primary prevention behaviors included four methods consist of getting human papillomavirus (HPV) vaccine, using condoms, having only one partner, and keeping personal hygiene. The participant's shared their problems including having premarital sex (sex before marriage), having extramarital sex (sex with others who were not their wives/partners), and sex beliefs. The husbands suggested measures for cervical cancer prevention included promoting sex education in schools, increasing channels to distribute health information, and providing cervical cancer screenings by health care providers from outside of the area. Conditional factors that affected cervical cancer primary prevention behaviors were two points: 1) beliefs and negative attitude regarding sexual relationships and 2) knowledge regarding cervical cancer prevention among men group. The recommendations for primary care units included adding more channels for health information regarding cervical cancer prevention appropriated to the local contexts. It was also recommended that health care providers should promote sex education for adolescence and promote cervical cancer prevention education among males.

Keywords: Primary prevention, Cervical cancer; Husbands

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

^a Corresponding author Suvapat Nakrukamphonphatn Email: suvapat.n@ubu.ac.th

^{**} Instructor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

Received: Jun. 16, 21; Revised: Jun. 27, 21; Accepted: Jun. 27, 2021; Published Online: Jul. 15, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.35>

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในสตรี ใน พ.ศ. 2561 ทั่วโลกมีอัตราการอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกราวหกแสนคน และอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกราวสามแสนคน⁽¹⁾ ประเทศไทยมีแนวโน้มของอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น โดยพบอัตราการตายที่พบบ่อยที่สุดคือภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ตามลำดับ⁽²⁾ สาเหตุของมะเร็งปากมดลูกเกือบทั้งหมดมาจากการติดเชื้อ Human Papilloma Virus (HPV) ซึ่งพบบ่อยในอวัยวะเพศของผู้ชาย และสามารถผ่านจากคนสู่คนระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดหรือทางทวารหนัก นอกจากเชื้อ HVP แล้วยังมีปัจจัยสนับสนุนให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย การมีคู่นอนหลายคน การมีคู่นอนที่มีเชื้อ HPV หรือมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก การสูบบุหรี่ การรับประทานยาคุมกำเนิดต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก⁽³⁾

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขและมีเป้าหมายให้บรรลุใน พ.ศ. 2579 คือ 1) สตรีอายุ 15 ปี ต้องได้รับวัคซีนป้องกันเชื้อ HPV ร้อยละ 90 2) สตรีอายุ 35 และ 45 ปี ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการทดสอบที่มีประสิทธิภาพสูงร้อยละ 70 และ 3) สตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกต้องได้รับการรักษาก่อนการแพร่กระจายร้อยละ 90⁽⁴⁾ ทั้งนี้โรคมะเร็งปากมดลูกนั้นสามารถป้องกันได้ 3 ระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ การป้องกันระดับทุติยภูมิ และการป้องกันระดับตติยภูมิ โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิหมายถึงการป้องกันไม่ให้เชื้อ HPV ที่มดลูกซึ่งเป็นการป้องกันที่สำคัญและได้ผลดี ได้แก่ การฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยแนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกเมื่ออายุ 9-12 ปี ส่วนผู้ที่มีอายุ 12-26 ปี ให้สามารถฉีดวัคซีนได้หากต้องการ⁽³⁾ การไม่มีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย การมีคู่นอนคนเดียว การขลิบหนังหุ้มปลายองคชาต การไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ 2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ หมายถึงการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อ HPV และทำการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของมะเร็งปากมดลูก และ 3) การป้องกันระดับตติยภูมิ หมายถึงการรักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเพื่อให้บรรเทาจากโรคหรือการดูแลรักษาแบบประคับประคองตามสภาวะของโรค⁽⁵⁻⁷⁾ ปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายด้านการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ คือขยายการเข้าถึงวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในเยาวชนไทย การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการสร้างความเข้าใจในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก⁽⁸⁾ จะเห็นได้ว่ามะเร็งปากมดลูกนั้นสามารถป้องกันได้ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย นอกจากนั้นผู้ชายมีส่วนในการสนับสนุนด้านการเงิน การเดินทาง รวมทั้งการดูแลสุขภาพรู้สึกให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการป้องกันและการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก⁽⁹⁾ ดังนั้นสามีจึงเป็นผู้ที่สำคัญในสนับสนุนส่งเสริมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

จากการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่เป็น การศึกษาการป้องกันระดับทุติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิง และการศึกษาพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสามีพบจำนวนไม่มากนักซึ่งอาจไม่พบประเด็นที่นำไปสู่การแก้ปัญหา ถ้าปล่อยให้เป็นการจัดการ ปัญหาเฉพาะฝ่ายหญิงอาจยังไม่เกิดประสิทธิภาพเพียงพอ ดังนั้นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและลดภาระการบริหารจัดการระยะยาวตามสาเหตุหลักของโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาพฤติกรรม

การป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสามีซึ่งมีความสำคัญที่จะเป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสามารถนำผลการวิจัยไปสู่การวางแผนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ และปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสามีในจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ได้ทำการรวบรวมข้อมูลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 3 จังหวัด ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม 2561 มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร คือ สามีที่อยู่กินกับภรรยา ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี และภรรยาไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล

เพื่อให้เกิดการกระจายของกลุ่มตัวอย่างและความหลากหลายของผู้ให้ข้อมูลตามบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สุ่มจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ได้จัดกลุ่มจังหวัดตามขนาดของประชากร (Cluster) เป็น 3 กลุ่ม คือ ขนาดเล็ก ขนาดกลางและขนาดใหญ่ จังหวัดขนาดเล็กตามจำนวนประชากร คือ มีจำนวนประชากร 223,195–722,918 คน จำนวน 8 จังหวัด จังหวัดขนาดกลาง มีจำนวนประชากร 722,919–1,222,642 คน จำนวน 6 จังหวัด และจังหวัดขนาดใหญ่ มีจำนวนประชากร 1,222,643–1,722,365 คน จำนวน 6 จังหวัด สุ่มจังหวัดโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากไม่ใส่คืนจากกลุ่มจังหวัดขนาดเล็ก ขนาดกลางและขนาดใหญ่เพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มละ 1 จังหวัด และสุ่มอำเภอ โดยสุ่มจังหวัดละ 2 อำเภอเพื่อเป็นตัวแทนโดยการจับฉลากเลือกอำเภอที่มีลักษณะกึ่งเมือง และอำเภอที่อยู่ห่างออกไปจากเมือง และจับฉลากสุ่มตำบลตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่าง ได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ สามีที่อยู่กินกับภรรยามากกว่า 1 ปี โดยมีภรรยาไม่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือไม่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้คัดเลือก ส่วนเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ มีภรรยาป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์ให้กลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) คือ หลังจากยินยอมตนเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วภายหลังมีความรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัด ไม่สะดวก สามารถขอยุติการร่วมโครงการได้ทันที โดยนักวิจัยจะทำการชี้แจง นัดหมายวันเวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึกและรวบรวมข้อมูลจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) แนวคำถามการสัมภาษณ์ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยมีตัวอย่างคำถามคือ ท่านรู้จักมะเร็งปากมดลูกอย่างไร ท่านมีวิธีการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างไร มีปัญหาและความต้องการอะไรบ้างที่จะทำให้การป้องกันมะเร็งปาก

มดลูกสำเร็จ ซึ่งแนวคำถามการสัมภาษณ์ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสูติรีเวช จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้าน พฤติกรรมศาสตร์และการประเมินผล จำนวน 1 คน และ พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลงานด้านการ ส่งเสริมป้องกันมะเร็งปากมดลูก จำนวน 1 คน

2) เครื่องมือในการบันทึกภาคสนาม ได้แก่ เทปบันทึกเสียง และการบันทึกภาคสนาม และ

3) นักวิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาการทำวิจัยเชิง คุณภาพก่อนการดำเนินการวิจัย

การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU- REC-04-2561 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC097/2561 ผู้วิจัยได้ชี้แจง วัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนการวิจัยให้ผู้วิจัยทราบถึงสิทธิในการยินยอม ปฏิเสธ หรือการขอยุติการ วิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับไม่ระบุตัวตนผู้ตอบ จะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำบันทึกข้อความผ่าน คนบติเพื่อลงนามถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอ อนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจะเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อ ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดโครงการวิจัย คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายมาเพื่อชี้แจงรายละเอียด พร้อมกับนัดหมายวันเวลาในการสัมภาษณ์ เมื่อถึงวันนัดหมายก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียด ได้แก่ วัตถุประสงค์ สิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย การขอยุติการสัมภาษณ์ การ รักษาความลับ และขออนุญาตจดบันทึกเกี่ยวกับการบันทึกเทปเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เชิง ลึกในห้องปิดส่วนตัวใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที หรือจนข้อมูลอิ่มตัว เมื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมตนเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยได้ทำการถอดเทปคำต่อ คำและใส่รหัสข้อมูล วิเคราะห์ประเด็นหลัก ประเด็นย่อย โดยตีความสำคัญของพฤติกรรมการป้องกันมะเร็ง ปากมดลูก และปัจจัยเงื่อนไขเพื่อจัดทำเป็นข้อสรุปตอบวัตถุประสงค์การวิจัย

ความน่าเชื่อถือในการวิจัย (trustworthiness) ผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือได้ (Credibility) โดยใช้การโยงข้อมูลสามเส้า (Data triangulation) โดยการเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายคนและ แหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน และทำการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member check) ด้านความสามารถในการ ถ่ายโอน (Transferability) วิเคราะห์และทำความเข้าใจเรื่องราวมองเห็นภาพประสบการณ์เหมือนเกิดขึ้นกับ ตนเอง ด้านความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยการทำงานร่วมกับทีมวิจัยเพื่อการตรวจสอบ ข้อมูล และด้านความสามารถในการยืนยัน (Confirmability)⁽¹⁰⁻¹¹⁾

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 20 คน มีอายุระหว่าง 21-63 ปี (Mean=38.8 ปี, SD=12.47) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 60) ประถมศึกษา (ร้อยละ 30) และปริญญาตรี (ร้อยละ 10) ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 60) รับจ้าง (ร้อยละ 20) และรับราชการ (ร้อยละ 20) ตามลำดับ มีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 1,500-30,000 บาท ต่อเดือน ผู้ให้ข้อมูลมีประวัติการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตอนอายุ 12-30 ปี (Mean = 19.55, SD = 4.31) มีเพศสัมพันธ์เฉลี่ย 1-8 ครั้งต่อเดือน

1) ด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกพบ 2 กลุ่ม คือ ไม่ทราบ และ ทราบ ดังนี้

ไม่ทราบ ไม่ทราบว่ามะเร็งปากมดลูกคืออะไรนั้น เพราะไม่ใช่เรื่องของตัวเอง โกลตัว ไม่มีใครมาบอก

“ไม่มีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกนะ แต่สนใจเรื่องอื่นมากกว่าเพราะมันใกล้ตัวเรา ไม่มีใครบอก”

“รู้ว่ามะเร็งปากมดลูก ไม่รู้ว่าเป็นอะไร ไม่ได้สนใจ ให้ตอบคงตอบยาก เพราะไม่ใช่เรื่องของเพศชาย”

ทราบ ทราบเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกว่ามีสาเหตุการเกิดจากเชื้อไวรัส เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ตอนอายุน้อย คู่่นอนหลายคน ไม่สะอาด ใช้อุปกรณ์ในการร่วมเพศ ออกร มีเลือดออก ปวดท้อง

“สาเหตุการเกิดมะเร็งปากมดลูก ภรรยาเล่าให้ฟังเรื่องมะเร็งปากมดลูก มีเชื้ออะไรนี้แหละ ไม่ได้จำมาก เห็นบอกว่าเกิดจากการมีคนนอนนำหลายคน ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย ส่วนวัคซีนไม่รู้จัก ว่าคืออะไร”

“คิดว่ามะเร็งปากมดลูกเกิดจากความสกปรก ติดเชื้อจากคนหนึ่งไปอีกคนหนึ่ง”

“รู้จักมะเร็งปากมดลูกว่าเกิดจากความสกปรก และมีประจำเดือนทำความสะอาดไม่เพียงพอ ออริโมนกินมากไป ใช้งานหนัก บางคนมีการใช้อุปกรณ์ในการช่วยตนเองสอดใส่อวัยวะเพศ ออกร มีอาการปวดท้อง เลือดออกไม่หยุด เมินไม่หยุด”

2) พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ 4 ประเด็น คือ การฉีดวัคซีน รักเดียวใจเดียว การใช้ถุงยางอนามัย การรักษาความสะอาด มีรายละเอียด ดังนี้

การฉีดวัคซีน มีการกล่าวถึงการป้องกันมะเร็งปากมดลูกด้วยการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV ก็ทราบว่าสามารถป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวัคซีน แต่ภรรยาก็ไม่เคยฉีด ดังคำกล่าว

“วัคซีนสามารถฉีดป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ สามารถป้องกันได้เพราะมีวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก แต่ตอนนี้ก็พาไปตรวจแป็บเสมียร์ที่โรงพยาบาลด้วย วัคซีนภรรยาไม่เคยฉีด”

รักเดียวใจเดียว เป็นคำกล่าวที่สะท้อนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก คือ การมีคู่คนเดียว เพราะเห็นใจภรรยาเลยไม่กล้านอกใจและกลัวยุ่งยากที่ต้องดูแล และมีพ่อแม่เป็นแบบอย่างที่ดี ดังคำกล่าว

“มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ โดยไม่นอกใจเมีย ไม่เที่ยว มีศีลธรรมในใจว่า รักเดียวใจเดียว เหตุผลที่รักเดียวใจเดียวเพราะว่าพ่อแม่พาเห็ดมา ปฏิบัติตามท่านมา พ่อ แม่ พี่ชายก็ไม่มีใครกินเหล้าสูบบุหรี่”

“ไม่อยากมีใครหลายคนหรอก ยุ่งยากที่ต้องดูแล คิดแล้วยาก ไม่อยากดูแลหลายคน”

“มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตอนอายุ 21 ปี ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา ครั้งแรกตอนนั้น ภรรยาอายุ 18 ปี เห็นพ่อแม่เป็นแบบอย่าง ปู่ย่าตายายไม่เคยทำให้เห็น ท่านสอนไว้ และได้เข้าวัดมาตั้งแต่เด็ก หลวงปู่สอน รำลึกถึงบุญคุณปู่ ไม่กล้าทำชั่ว มีศีล 5 ในใจ ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย ”

การใช้ถุงยางอนามัย เป็นภาพสะท้อนของการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อีกประการหนึ่ง คือ การใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งลักษณะการป้องกันการติดเชื้อ HPV นั้นคล้ายกับการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทราบว่าสามารถใช้ในการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ แต่ก็ใช้ถุงยางอนามัยเฉพาะกับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาและคนที่ตนไม่รู้จัก

“การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้เคยได้ยินในวิทยุชุมชน สามารถป้องกันได้ 95 เปอร์เซ็นต์”

“จำได้ว่า เทียวเจอกัน ถ้าคนรู้จักก็จะไม่สวมถุงยางอนามัย แต่ถ้าไม่รู้จักก็จะสวมถุงยางอนามัย”

“คนที่อยู่กินด้วยกัน เป็นแฟนกันหมายถึงก่อนการแต่งงาน ส่วนคนที่ไม่แน่ใจก็จะสวมถุงยางอนามัย”

การรักษาความสะอาด การรักษาความสะอาดนั้น ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงการรักษาความสะอาดของร่างกาย และสุขอนามัยทางเพศของสามีภรรยา

“สามีป้องกันตนเอง ต้องสะอาด ต้องรักษาตนเองให้ดีกว่าก่อน ทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำถูสบู่ สวมถุงยางอนามัยถ้าเที่ยวนอกบ้าน ใจคดียากหลงผู้ใหม่ ไม่ได้ทั้งคนเดิม แต่ต้องสะอาด”

“ทำความสะอาดตนเอง ดูแลตนเอง โดยเฉพาะอวัยวะเพศ ให้คู่นอนหมั่นทำความสะอาด ป้องกันตนเองไม่มีคู่นอนหลายคนดีที่สุด ถ้ามีให้ใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันตนเอง”

3) ปัญหา

ผู้ให้ข้อมูลมีการกล่าวถึงประเด็นปัญหา 3 ประเด็น คือ 1) เพศสัมพันธ์ครั้งแรก 2) มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา 3) ความเชื่อทางเพศ เชื่อว่ามีคู่นอนหลายคนเป็นการเพิ่มประสบการณ์ทางเพศและมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาแต่เมื่อภรรยาารู้ก็จะเลิก

เพศสัมพันธ์ครั้งแรก เป็นเสียงสะท้อนของพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ รวมทั้งโรคเริมปากมดลูกด้วย กล่าวคือ ผู้ให้ข้อมูลมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน มีประสบการณ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาก่อนการแต่งงาน แต่ก็ยังมีเพียงหนึ่งคนที่มีเพศสัมพันธ์กับภรรยาเพียงคนเดียวเท่านั้น ดังคำกล่าว

“มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ตอนอายุ 25 ปี ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา”

“ยอมรับว่าเคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา คนที่ผ่านมารู้จักกันอยู่กินกัน ประมาณ 1 เดือน และเลิกรากันไป และต่อมาก็มีภรรยา หลังจากนั้นเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ แล้วก็ได้ภรรยาใหม่ (ปัจจุบัน) และเห็นแล้วว่าอยู่กันได้ คนสุดท้ายแล้วจะไม่มีใครอีกแล้ว”

“มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตอนอายุ 13 ปี กับแฟนอายุ 17 ปี และอีกครั้งตอนอายุ 15 ปี หลังจากนั้นอีกมากกว่า 5 คน แต่จำไม่ได้ว่าใคร เทียวเจอกัน ค่อยๆ ไปด้วยกัน ถ้าคนที่รู้จักก็จะไม่สวมถุงยางอนามัย แต่ถ้าไม่รู้จักก็จะสวมถุงยางอนามัย”

มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา เมื่อพบเจอคนมากก็มีโอกาสมาก แต่ถ้าภรรยารู้จักจะเล็ก
“เจอคนมากโอกาสก็มาก เป็นเรื่องปกติของผู้ชาย และก็อาจมีเราเจอคนมากแต่ก็ป้องกันโดยใช้
ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่ไม่ใช่ภรรยา”

“หลังจากแต่งงานแล้วก็ยังแอบแฟน ไปมีคนอื่นอยู่ ถ้าระแคะระคายก็จะเล็ก”

ความเชื่อทางเพศ ได้สะท้อนภาพความเชื่อทางเพศของเพศชายที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ให้ข้อมูล
กล่าวว่าหากมีคู่นอนจำนวนมากนั้นเป็นการเพิ่มประสบการณ์ทางเพศ

“มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นรวมแล้วหลายคน แอบมี แต่ไม่ได้มีสัมพันธ์ที่เหนียวแน่น ตกลงกันก่อน
ถ้าตกลงกันได้ไม่ผูกมัด ก็ไปด้วยกัน แค่มองก็รู้แล้วว่าเป็นอย่างไร มีความเชื่อว่ามีคู่นอนหลายคนเพิ่ม
ประสบการณ์ทางเพศ”

4) ความต้องการเพื่อนำไปสู่การป้องกันมะเร็งปากมดลูก

ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะการดำเนินการเพื่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ 3 ประเด็น คือ 1)
การให้ความรู้การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในวัยเรียน 2) เพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข่าวสาร และ 3) การตรวจ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยคนนอกพื้นที่

ให้ความรู้การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในวัยเรียน การให้ความรู้ในกลุ่มวัยเรียนในการมี
เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ในด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครก และสถานที่ที่ไม่เหมาะสม

“ความรู้เรื่องที่ต้องการให้เน้นย้ำคือ เรื่อง การไม่มีเพศสัมพันธ์ในที่สกปรก ในป่า ในน้ำ การใช้
ถุงพลาสติกแทนถุงยางอนามัย การใช้มือที่สกปรกจับอวัยวะเพศ เนื้อตัวต้องสะอาด ไม่ให้สกปรกต้องล้างทำ
ความสะอาดก่อน หลังการมีเพศสัมพันธ์”

เพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข่าวสาร กล่าวถึงช่องทางในการได้รับข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้เกิดความ
เหมาะสมในแต่ละกลุ่มคน รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเพิ่มเติมเนื่องจากปัจจุบันมีการให้ความรู้เรื่อง
โรคเรื้อรัง

“มีช่องทางการสื่อสาร เทคโนโลยี อินเทอร์เน็ต ส่วนมากที่คนเข้าถึงคือ ยูทูป ทีวีเกิ้ล ให้ความรู้ทาง
social มากขึ้น หรือทาง Facebook คนก็ใช้งานมาก”

“เจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือ ให้ความรู้ ในเรื่องการป้องกันต่างๆ การรักษา ความเสี่ยงที่จะเกิดโรค
ส่วนใหญ่ที่ให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง แต่โรคมะเร็งปากมดลูกไม่ได้พูดในกลุ่มผู้ชาย
เข้าใจว่าไม่เกี่ยวข้องกัน เข้าใจเจ้าหน้าที่”

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้คนนอกพื้นที่ แสดงภาพของการให้บริการด้านการ
ป้องกันระดับทุติยภูมิ เพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองจึงได้เสนอให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใช้คน
นอกพื้นที่เพื่อให้ลดความอายในการเข้ารับบริการตรวจ

“ต้องเข้าใจ หญิงให้ความรู้ ความเข้าใจ สาเหตุ การรักษา การป้องกันในหญิง โอกาสเสี่ยงทั้งหญิง
และชาย เพื่อป้องกันตนเอง ไม่อยากไปตรวจเพราะบางคนอาย เพราะเป็นคนที่รู้จักกัน คนบ้านเดียวกัน”

5) ปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

จากการวิเคราะห์เอกสารและผลการวิจัย สะท้อนให้เห็นปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสามี 2 ประเด็น คือ ความเชื่อ ทศนคติด้านลบ และความรู้เรื่องการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในผู้ชาย ดังนี้

1) ความเชื่อ ทศนคติด้านลบ โดยผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการเพิ่มประสบการณ์ทางเพศ เป็นความเชื่อที่มีในตัวบุคคลซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ยาก

2) ความรู้เรื่องการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มของผู้ชายโดยส่วนใหญ่ยังไม่ได้มีการส่งเสริมป้องกันโรคเรื้อรัง ได้แก่ เาหวาน ความดันโลหิตสูง

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสามี ตามความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติตัวของสามี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในการศึกษาครั้งนี้มี 4 ประเด็น คือ

1) “การฉีดวัคซีน” เป็นการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ทั่วโลกให้การยอมรับ เป็นเสียงสะท้อนให้ทราบว่าการกลุ่มสามีก็ทราบวิธีการป้องกันมะเร็งปากมดลูกและก็ทราบว่าภรรยาของตนไม่ได้รับวัคซีนดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของ American Cancer Society⁽³⁾ แต่อย่างไรก็ตามประเทศไทยได้สนับสนุนวัคซีนป้องกันเชื้อ HPV เฉพาะระดับประถมศึกษา⁽⁸⁾ ไม่ได้ครอบคลุมกลุ่มสตรีที่แต่งงานแล้ว ในปัจจุบันประเทศไทยมีวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก 3 ชนิด คือ ชนิด 2 สายพันธุ์ (Bivalent HPV Vaccine) 4 สายพันธุ์ (Quadrivalent HPV Vaccine) และ 9 สายพันธุ์ (Nonavalent HPV Vaccine) โดยแนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเด็กหญิงอายุ 11-12 ปี ให้ฉีด 2 เข็ม ห่างกัน 6-12 เดือน และ ในผู้หญิงหรือผู้ชายอายุ 9-26 ปี ฉีด 3 เข็ม ส่วนในกลุ่มผู้หญิงที่อายุ 26-45 ปี หรือผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์แล้วให้พิจารณาเป็นรายๆ ไป โดยประเมินจากความเสี่ยงและประโยชน์จากการได้รับวัคซีน⁽¹²⁾ แต่หากหญิงที่แต่งงานแล้วมีความประสงค์รับวัคซีนก็สามารถทำได้แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเองและประสิทธิภาพการป้องกันอาจไม่เท่าที่ควร

2) “รักเดียวใจเดียว” โดยการมีคู่คนเดียว ประกอบกับเห็นอกเห็นใจภรรยาจึงไม่กล้านอกใจและกลัวยุ่งยากที่ต้องดูแล รวมทั้งมีพ่อแม่เป็นแบบอย่าง ในประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการการเลียนแบบมี 2 หลักการ คือ ตัวแบบ (Model) และตัวที่ไปเลียนแบบ (Mimic) มีองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ พฤติกรรมที่เหมือนกัน พฤติกรรมทางเลือกอย่างอิสระและการลอกแบบ⁽¹³⁾ สามารถอธิบายได้ว่าภรรยาสะท้อนจากสังคมวัฒนธรรมจากตัวแบบมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่างๆ รวมทั้งการรักเดียวใจเดียว ส่วนหนึ่งมาจากแบบอย่างโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว พ่อ แม่ ผู้ที่มีชื่อเสียงในสังคมที่มีพฤติกรรมรักเดียวใจเดียวก็จะเป็นแบบอย่างให้คนปฏิบัติตามได้

3) “ใช้ถุงยางอนามัย” การใช้ถุงยางอนามัยนั้น สามารถการป้องกันการติดเชื้อ HPV ซึ่งคล้ายกับการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์แต่ไม่สามารถป้องกันได้ทั้งหมด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาหรือคนที่ตนไม่รู้จัก ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันการ

ติดเชื้อ HPV แต่การใช้ถุงยางอนามัยนั้นไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ทั้งหมดเนื่องจากถุงยางอนามัยไม่ได้คลุมบริเวณอวัยวะเพศได้ทั้งหมด จึงสามารถป้องกันได้เพียงบางส่วนเท่านั้น และการสัมผัสบริเวณที่มีเชื้อ HPV ก็ยังเป็นสาเหตุของการแพร่เชื้อได้ด้วยเช่นกัน⁽¹¹⁾ จึงสามารถกล่าวได้ว่าถุงยางอนามัยนั้นสามารถป้องกันได้บางส่วนแต่ในผู้ชายก็จะใช้เพื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา แต่อย่างไรก็ตามการใช้ถุงยางอนามัยกับภรรยาอาจถูกมองว่าเป็นการไม่เชื่อใจกัน ถุงยางอนามัยจึงถูกนำมาใช้กับคนที่ไม่ไว้วางใจและใช้เป็นอุปกรณ์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์

4) “รักษาความสะอาด” การรักษาความสะอาดของร่างกายและสุขอนามัยทางเพศของสามีภรรยาในประเด็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นภาพความต้องการความสะอาดสุขอนามัยทางเพศของสามีภรรยา ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงของโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ และเป็นการลดเชื้อโรคของผิวหนัง สอดคล้องกับนโยบายของประเทศไทยที่มีการส่งเสริมความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์⁽⁸⁾ สามารถสรุปได้ว่าหากร่างกายสะอาดก็จะมั่นใจและอาจเพิ่มความสุขของชีวิตคู่ได้

ปัญหาด้านการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ

พบ 3 ประเด็น คือ 1) เพศสัมพันธ์ครั้งแรก 2) มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา 3) ความเชื่อทางเพศ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

เพศสัมพันธ์ครั้งแรก ผู้ให้ข้อมูลมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน แต่แฟนก็ไม่ใช่ภรรยา กล่าวคือมีประสบการณ์ทางเพศกับผู้หญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาคนปัจจุบันก่อนการแต่งงาน ซึ่งสอดคล้องกับอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของผู้ให้ข้อมูล คือ 12 ปี ซึ่งอยู่ในวัยเรียนประถมปลายหรือมัธยมศึกษาตอนต้น และสอดคล้องกับผลการสำรวจจากโครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2558-59 พบว่ามีอัตราการสมรสของผู้หญิงอายุก่อน 15 ปี ร้อยละ 4.3 และเพศชายร้อยละ 1.7⁽¹⁴⁾ จากสถิติสามารถอนุมานได้ว่าอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต้องต่ำกว่า 15 ปี และสอดคล้องกับอัตราการคลอดของหญิงอายุ 10-14 ปี ใน พ.ศ. 2560 คือ 1.3 ต่อ 1,000 ประชากร⁽¹⁵⁾ แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตอนอายุน้อย และมีการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรด้วย ดังนั้นการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุน้อยนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก และยังส่งผลกระทบต่อสังคมในระยะยาวอีกด้วย จึงคงความจำเป็นตามนโยบายประเทศคือการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์⁽⁸⁾ ทั้งนี้สามารถนำไปสู่การป้องกันการตั้งครรภ์และปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้อีกด้วย

มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา เมื่อพบเจอคนมากก็มีโอกาสมาก แต่ถ้าภรรยารู้จักจะเลิก ประเด็นดังกล่าวสะท้อนภาพพฤติกรรมของชายไทย ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2558-2559 พบว่า ผู้ที่มีอายุ 15-49 ปี ณ เวลาที่สำรวจมีสามีหรือภรรยามากกว่า 1 คน เพศชายร้อยละ 2.9 เพศหญิงร้อยละ 3.4⁽¹⁴⁾ จากผลสำรวจเห็นได้ว่าสถิติแสดงจำนวนของเพศหญิงมีสามีมากกว่า 1 คน สูงกว่าเพศชาย สามารถอธิบายได้ว่าการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาหรือสามีเป็นภาพที่สะท้อนวัฒนธรรมไทยที่มีการเปลี่ยนแปลง การมีโอกาสนในการพบปะคนมากทำให้มีโอกาสนอกใจได้มาก ประกอบกับการสื่อ ข่าวสาร ภาพยนตร์ ก็มีการนำเสนอเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับการมีสัมพันธ์

กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา ในกลุ่มที่หลากหลาย อาจเป็นช่องทางให้คนได้รู้เห็น ปฏิบัติตาม เอาเป็นแบบอย่างได้ หรืออาจทำให้เป็นเรื่องปกติ

ความเชื่อทางเพศ ได้สะท้อนภาพความเชื่อทางเพศของเพศชายที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อว่าหากมีคู่นอนจำนวนมากนั้นเป็นการเพิ่มประสบการณ์ทางเพศ ในประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2558-2559 ที่พบว่าเพศหญิงชายนั้นมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาหรือสามี⁽¹⁴⁾ แสดงถึงมุมมองด้านเพศของผู้ชายซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลคือ “เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงมาแล้วหลายคน เป็นการเพิ่มประสบการณ์ทางเพศ” สามารถอธิบายได้ว่าในมุมมองของเพศชายที่มีภาวะผู้นำ และแสดงความแข็งแรงของร่างกาย จึงอาจเป็นการแสดงออกอีกประการหนึ่ง

ความต้องการ ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะการดำเนินการเพื่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ 3 ประเด็น คือ 1) ให้ความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยกับกลุ่มวัยรุ่น 2) เพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข่าวสาร และ 3) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยคนนอกพื้นที่ จากข้อเสนอความต้องการในประเด็นดังกล่าว สอดคล้องกับนโยบายด้านการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทย กล่าวคือ การส่งเสริมความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์⁽⁸⁾ การให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกในผู้ชายเป็นส่วนในการสนับสนุนให้ผู้ชายช่วยในการสนับสนุนป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก⁽⁹⁾ ปัจจุบันได้มีการส่งเสริมความรู้ในประเด็นดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มผู้เรียนในระบบการศึกษา มีการสนับสนุนอุทยานอนามัยโดยแจกฟรีในหน่วยบริการสุขภาพสุขภาพ แต่อาจมีผู้ที่เข้าไม่ถึงข้อมูล หรือ อุปสรรค ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และยังคงเป็นเรื่องลับของวัฒนธรรมไทยที่การพูดคุยเรื่องเพศศึกษาเป็นเรื่องที่น่าอาย ต้องปกปิดส่วนด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งในแต่ละพื้นที่มีกลวิธีต่างๆ ที่หลากหลายเพื่อนำมาใช้กับพื้นที่ของตนเพื่อให้คนได้รับบริการ ได้แก่ กลยุทธ์ทางการตลาด⁽¹⁶⁾ การรับรู้เรื่องสุขภาพต่อทัศนคติในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก⁽¹⁷⁾ รวมทั้งยังมีการศึกษาพบว่า ผู้ชายมีส่วนในการสนับสนุนด้านการเงิน การเดินทาง การดูแลจิตใจและให้กำลังใจเพื่อให้กลุ่มภรรยาในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก⁽⁹⁾ และยังพบว่ามีกลยุทธ์อื่นๆ อีกมากมายที่นำมาใช้ในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นความต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพดีและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ปัจจัยเงื่อนไข

จากการวิเคราะห์เอกสารและผลการวิจัย สะท้อนให้เห็นปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสามี 2 ประเด็น คือ ความเชื่อด้านลบ และความรู้เรื่องการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในผู้ชาย ดังนี้

1) ความเชื่อด้านลบ โดยผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการเพิ่มประสบการณ์ทางเพศ เป็นความเชื่อที่มีในตัวบุคคลซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ยาก กล่าวได้ว่าประเด็นดังกล่าวนี้ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีคู่นอนหลายคนและส่งผลมาสู่ครอบครัวแตกแยก ซึ่งสามารถนำข้อมูลส่งต่อเพื่อการออกแบบกิจกรรม เพื่อให้งานด้านการส่งเสริมป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับปัญหาและความ

ต้องการ กล่าวได้ว่าความเชื่อนี้ถูกส่งสมมาเป็นระยะเวลายาวนาน ผ่านกระบวนการที่หลากหลายซึ่งการแก้ไขต้องใช้เวลาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

2) ความรู้เรื่องการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มของผู้ชายโดยส่วนใหญ่ยังไม่ได้มีการส่งเสริมป้องกันโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าในส่วนของการรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสามียังมีไม่มากนัก ซึ่งความรู้เป็นสิ่งที่สำคัญที่จะนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพอนามัยของสามีภรรยาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอต่อหน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ ในด้านการเพิ่มช่องทางในการให้ข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้สอดคล้องกับบริบทแวดล้อมของแต่ละพื้นที่
2. ข้อเสนอต่อพยาบาลวิชาชีพ ควรให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกในเพศชาย และความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์กับวัยรุ่น เพื่อให้เกิดความตระหนัก และมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของคู่สามีภรรยาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Cervical cancer [Internet]. 2021 [cited 2021 April 1]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1.
2. Ministry of Public Health. Public health statistics 2017 [Internet]. 2017 [cited 2017 December 1] Available from: <http://bps.moph.go.th>.
3. American Cancer Society. About cervical cancer [Internet]. 2020 [cited 2021 April 1]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/about.html>.
4. WHO. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem [Internet]. 2020 [cited 2021 April 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>.
5. Mahidol University Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. National cancer control Program (2018-2022) [Internet]. 2018 [cited 2021 June 10]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/policy/en/sdgs17-p005>.
6. Watanaveeradej V, Tangsathapornpong A, Chokephaibulkit K. Vaccine Guide 2012-2013 and common problems. Bangkok: Beyond Enterprise; 2011. (in Thai)
7. Ruengkachon I. Cervical Cancer. Bangkok: PA living; 2018. (In Thai)

8. Gynecology Treatment committee. Guidelines of the Royal College of Obstetricians Thailand for primary prevention cervical cancer [Internet]. 2020 [cited 2021 April 1]. Available from: <http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/11/GY-63-016-CPG-HPV-vaccination-17Oct20.pdf>. (in Thai)
9. Adewumi K, Oketch SY, Choi Y, Huchko MJ. Female perspectives on male involvement in human-papillomavirus-based cervical cancer-screening program in western Kenya. BMC Woman's Health 2019;19:107.
10. Arpanantikul M. Phenomenology: an application in nursing research. Bangkok: CU-print; 2020. (in Thai)
11. Oumtanee A. Qualitative Research in Nursing. Bangkok: CU-print; 2016. (in Thai)
12. Small et al. Cervical Cancer: A Global Health Crisis. Cancer 2017;2404-12.
13. Sungthong W, Khusin P. Cross-universal information learning, and behavior imitation the love culture of Thai Youth in higher education institutions. T.L.A. Bulletin 2019;63(1):74-90.
14. MICS. Thailand Situation child and woman in Thailand 2558-2559 (B.E.). Bangkok: UNICEF (Thailand) and National Statistical Office of Thailand; 2017. (in Thai)
15. Department of health. Reproductive Health Situation in Adolescents and Youth in 2017 [internet]. 2017 [cited 2021 June 14]. Available from: https://rhold.anamai.moph.go.th/more_news.php?cid=14&filename=index
16. Promrub S. Marketing Strategy for the promotion of access to cervical cancer screening for the woman in Tambom Naphai and Tambon Ladyai, Muang District Chaiyaphum Province. Journal for Health Promotion and Environment Health 2018;12(29):34-46.
17. Srirakul K, Kanthawee P. The effect of health belief model (HBM) program on the attitudes of woman who receive pap smear services in Tha khao plueak sub district Mae-Chan District, Chiang rai. Chiangrai Medical Journal 2017;9(1):123-32.

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงยอดมดลูก กับการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในผู้คลอดครรภ์ครบกำหนด

สุริพร ศรีโพธิ์อุ่น^{*a}, ราตรี พลเยี่ยม^{**}, ลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัย^{*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกในครรภ์ ทำการศึกษาในผู้คลอดครรภ์ครบกำหนดที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ในระหว่างเดือนมกราคม – เดือนเมษายน พ.ศ. 2563 จำนวน 138 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวัดระดับความสูงของยอดมดลูกแล้วนำมาคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และใช้สถิติ Paired sample t-test ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างน้ำหนักทารกจากการคาดคะเนกับน้ำหนักทารกแรกเกิด

ผลวิจัยพบว่าระดับความสูงของยอดมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเนอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.992$ และ $r=0.837$, $p<0.01$) และน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับน้ำหนักทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.831$, $p<0.01$) ในขณะที่น้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเนและน้ำหนักทารกแรกเกิดมีความคลาดเคลื่อนของการคาดคะเน 75.30 กรัม ($SD=246.71$) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าระดับความสูงของยอดมดลูกสามารถใช้คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอดได้ ดังนั้น ควรนำวิธีการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกไปใช้ในคัดกรองความเสี่ยงของมารดาและทารกในระยะคลอด โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดยากหรือคลอดติดขัด เพื่อวางแผนการดูแลให้เหมาะสมหรือส่งต่อผู้คลอดไปยังสถานบริการที่มีความพร้อม

คำสำคัญ: ระดับความสูงยอดมดลูก; การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์; การดูแลในระยะคลอด

^{*} อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

^a ผู้เขียนหลัก สุริพร ศรีโพธิ์อุ่น Email: ssurepron@hotmail.com

^{**} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จ.ร้อยเอ็ด

รับบทความ: 19 มิ.ย. 64; รับบทความแก้ไข: 30 มิ.ย. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 1 ก.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 16 ก.ค. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.36>

Correlations between Fundal Height Measurement and Estimated Fetal Weight in Term Deliveries

Sureepron Sripoun^{*a}, Ratree Polyiam^{**}, Lumpong Sriwongchai^{*}

Abstract

This descriptive correlation research aimed to study correlations between fundal height and fetal weight in term pregnant women among 138 pregnant women delivered at Phon Thong hospital, Roi-Et province during January and April 2020. Data collection was done by the measurement of fundal height and estimated fetal weight. Data analyses used in this study included frequencies, percentages, standard deviations and Pearson's product moment correlation coefficients. Paired sample t-tests were used to compare between birth weight and estimate fetal weight.

The research results showed that the fundal heights had significant correlations with estimate fetal weights at a high positive level ($r=0.992$, $p<0.01$) and estimate fetal weights also had significant correlations with birth weights at a high positive level ($r=0.831$, $p<0.01$). The mean differences between birth weights and estimate fetal weights were 75.30 grams ($SD=246.71$) with a significant difference ($p<0.001$).

The study results confirmed that the fundal height can be used as an effective estimation of fetal weight. Therefore, the fundal height measurement should be recommended to use as a screening method for risks associated with mothers and newborns during intrapartum period, especially for those who are at risk for dystocia for proper management or referral to prompt health care services.

Keywords: Fundal height; Estimated fetal weight; Intrapartum care

^{*} Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Roi-Et Rajabhat University

^a Corresponding author: Sureepron Sripoun Email: ssureepron@hotmail.com

^{**} Registered Nurse, Professional Level, Phon Thong Hospital, Roi-Et Province

Received: Jun 19, 21; Revised: Jun. 30, 21; Accepted: Jul. 1, 2021; Published Online: Jul. 16, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.36>

บทนำ

น้ำหนักของทารกแรกเกิดเป็นปัจจัยสำคัญของการให้การดูแลในระยะคลอดและระยะหลังคลอด โดยเฉพาะทารกตัวโต (Macrosomia) เป็นสาเหตุสำคัญของการคลอดติดขัด และทำให้เกิดการบาดเจ็บของทารกแรกเกิด รวมทั้งภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และเป็นสาเหตุสำคัญของการตกเลือดหลังคลอดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด⁽¹⁾ นอกจากนี้ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอดได้มาก เช่น กลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome) ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ รวมทั้งการขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด⁽²⁾ ดังนั้นการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอดจึงเป็นการช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก เป็นข้อมูลที่น่ามาใช้ในการวางแผนการดูแลในระยะคลอดตลอด และการวางแผนวิธีการคลอด

วิธีการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ระยะคลอดนั้นนิยมอยู่ 2 วิธี ได้แก่ การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง และการวัดระดับความสูงยอดมดลูก การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยการตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงเป็นวิธีที่นิยมในปัจจุบัน แต่มีข้อจำกัดในด้านอุปกรณ์ซึ่งมีราคาสูง และความชำนาญของผู้ทำการตรวจซึ่งต้องให้สูติแพทย์เป็นผู้ทำการตรวจ ในขณะที่ วิธีการวัดระดับความสูงยอดมดลูกเป็นวิธีที่สามารถทำได้โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ทำได้ง่าย ประหยัด สามารถใช้ในการประเมินภาวะปกติและภาวะเสี่ยงในระยะคลอด เพื่อพิจารณาการส่งต่อเพื่อการประเมินด้วยการตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง หากสงสัยว่ามีความผิดปกติของขนาดหรือท่าทารกในครรภ์ วิธีการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกสามารถใช้ในการทำนายน้ำหนักทารกในครรภ์ได้ รายงานการศึกษาพบว่า วิธีการวัดระดับความสูงยอดมดลูกมีความแม่นยำในการทำนายภาวะทารกน้ำหนักน้อยประมาณร้อยละ 36-57 และสามารถทำนายภาวะทารกตัวโตได้ประมาณร้อยละ 53-88^(3,5) และมีความไว (Sensitivity) ในการทำนายน้ำหนักทารกแรกเกิดจากการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ประมาณร้อยละ 88-97⁽⁴⁾

วิธีการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกนี้ เป็นวิธีการในทางคลินิกที่ใช้ในการประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์วิธีการวัดใช้สายวัดแบบไม่มียืดหยุ่นทำการวัดความสูงของยอดมดลูกจากตำแหน่งขอบบนของกระดูกหัวหน่าวจนถึงยอดมดลูก สายวัดต้องไม่ห่างจากผนังหน้าท้องมารดาเกิน 0.5 เซนติเมตร^(6,7) การวัดระดับความสูงยอดมดลูกควรเริ่มวัดเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 20 สัปดาห์ขึ้นไป เพราะในระยะนี้ขนาดของมดลูกจะสัมพันธ์กับอายุครรภ์แล้ว และจะสัมพันธ์กันไปจนถึงอายุครรภ์ประมาณ 34 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะเริ่มลดลงหลังอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ จากการเคลื่อนเข้าสู่ช่องเชิงกรานมารดาของทารกในครรภ์^(1,8) ในขณะอายุครรภ์ 20-34 สัปดาห์ ระดับยอดมดลูกจะมีการเพิ่มขึ้นประมาณ 1 เซนติเมตร/สัปดาห์ และจะสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่ระดับ ± 2 ถึง ± 3 เซนติเมตร จนกระทั่งถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ระดับความสูงของยอดมดลูกจะมีการลดระดับลงประมาณ 0.3 เซนติเมตร/สัปดาห์^(9,10) และหากพบว่าระดับความสูงของยอดมดลูกมากกว่า 38 สัปดาห์ในระยะก่อนคลอดมีความสัมพันธ์กับภาวะทารกตัวโต⁽⁴⁾

วิธีการวัดระดับความสูงยอดมดลูกเพื่อคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอดนี้ ถึงแม้ว่าจะมีความแม่นยำในการคาดคะเนน้ำหนักทารก แต่ก็ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากวิธีการวัดระดับยอดมดลูกนั้นขึ้นอยู่กับเทคนิคและวิธีการของผู้ที่ทำการวัด ซึ่งจากการศึกษานำร่องโดยการสังเกตและสอบถามพยาบาลห้องคลอดและอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลโพธิ์ทอง ในเดือนธันวาคม 2562 จำนวน 10 คน

พบว่า มีวิธีการวัดที่เหมือนกันในเรื่องตำแหน่งของการวัด คือวัดจากขอบบนของกระดูกหัวหน้าจนถึงยอดมดลูก แต่มีความแตกต่างกันเล็กน้อยในวิธีการวัด คือ บางคนวัดโดยไม่รวมส่วนโค้งของยอดมดลูก ในขณะที่บางคนวัดโดยรวมเอาส่วนโค้งบริเวณยอดมดลูกโดยการใช้สันมือกดลงเล็กน้อย ทำให้ค่าระดับความสูงยอดมดลูกที่วัดได้มีความแตกต่างกัน สำหรับความคิดเห็นของพยาบาลต่อการวัดระดับความสูงของยอดมดลูก ทุกคนเชื่อว่าสามารถใช้ในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ได้จริง เพราะที่ผ่านมาจากประสบการณ์พบว่าค่าใกล้เคียงกันระหว่างน้ำหนักที่คาดคะเนกับน้ำหนักทารกแรกเกิด และหากมีวิธีการวัดระดับความสูงยอดมดลูกที่เป็นมาตรฐาน จะช่วยให้การใช้ความสูงของยอดมดลูกในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

ดังนั้นในการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้วิธีการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอด และใช้ประเมินความเสี่ยงของผู้คลอดเพื่อทำการรายงานหรือส่งต่อสูติแพทย์เพื่อตรวจยืนยันขนาดของทารกในครรภ์ และวางแผนการคลอดที่เหมาะสม⁽¹¹⁾ ตลอดจนการส่งต่อผู้คลอดไปยังสถานบริการที่มีความพร้อมในการดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดยากหรือคลอดติดขัดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความสูงยอดมดลูกกับการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ และความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนกับน้ำหนักทารกแรกเกิดที่ชั่งภายใน 30 นาทีหลังคลอด ในผู้คลอดครรภ์ครบกำหนด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนา หาค่าความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) ระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักของทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเน และน้ำหนักทารกแรกเกิดที่ชั่งภายใน 30 นาทีหลังคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้คลอดครรภ์ครบกำหนดที่มาคลอดที่โรงพยาบาลโพ้นทอง จังหวัดร้อยเอ็ดในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 1,186 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้คลอดครรภ์ครบกำหนดที่มาคลอดที่โรงพยาบาลโพ้นทองในระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2563 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* POWER คำนวณจากสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Pearson's product moment correlation)⁽¹¹⁾ แบบสองทิศทาง (Two-tailed) กำหนดอำนาจการทดสอบปานกลาง (Medium) = 0.3 และกำหนดค่า α = 0.05 และค่า β = 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 138 ราย มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป
- 2) เป็นการตั้งครรภ์เดี่ยว
- 3) ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ และอยู่ในแนว longitudinal lie
- 4) ทารกในครรภ์ยังมีชีวิต
- 5) คลอดภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทารกในครรภ์มีภาวะผิดปกติ และมีความผิดปกติของน้ำคร่ำทั้งแบบน้ำคร่ำมากและน้ำคร่ำน้อยตามเกณฑ์วินิจฉัยของสูติแพทย์

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด ประกอบด้วย อายุ น้ำหนักก่อนคลอด ส่วนสูง อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด ภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ระดับความสูงของยอดมดลูก น้ำหนักทารกในครรภ์ที่คาดคะเนจากระดับความสูงยอดมดลูก วิธีการคลอดและน้ำหนักทารกแรกเกิดที่ชั่งภายในครึ่งชั่วโมงหลังคลอด

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ประกอบด้วย สายวัดแบบไม่ยืดหยุ่นมีมาตรวัดทั้งด้าน เซนติเมตรและด้านนิ้ว วิธีการวัดระดับยอดมดลูก และเครื่องชั่งน้ำหนักทารกแรกเกิดแบบดิจิทัล โดยมีวิธีการ และขั้นตอนการวัดความสูงของยอดมดลูกที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

- 1) ก่อนทำการวัดความสูงของยอดมดลูกให้ผู้คลอดปัสสาวะก่อน
- 2) จัดท่าผู้คลอดในท่านอนหงายราบ
- 3) ทำการวัดความสูงของยอดมดลูกในขณะที่มดลูกคลายตัว วัดจากขอบบนตรงรอยต่อของกระดูกหัวหน่าว (Symphysis pubis) โดยทาบสายวัดด้านนิ้วกับแนวโค้งนูนของมดลูกจนถึงระดับยอดมดลูกหรือห่างจากผนังหน้าท้องผู้คลอดไม่เกิน 0.5 เซนติเมตร^(6,7) อ่านค่าเป็นเซนติเมตร
- 4) ทำการตรวจภายในเพื่อประเมินระดับของส่วนน้ำในรายที่ไม่มีข้อห้ามของการตรวจภายใน ผู้วิจัยนำวิธีการวัดระดับยอดมดลูกไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะได้ค่า CVI รายข้อเท่ากับ 1.00 ทุกข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลโพธิ์ทอง ระหว่างเดือน มกราคม-เดือนเมษายน พ.ศ. 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและพยาบาลประจำห้องคลอด ก่อนการเก็บ รวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการประชุมชี้แจงกับทีมพยาบาลห้องคลอดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้ อบรมวิธีการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกให้กับพยาบาลห้องคลอด การใช้สูตรในการคาดคะเนน้ำหนัก ทารกในครรภ์ และการลงบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยทำการสังเกตวิธีการวัดระดับความสูงยอดมดลูกของพยาบาลจน มั่นใจว่าใช้วิธีการและขั้นตอนเดียวกันและค่าที่วัดได้ตรงกัน จึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อรับใหม่ผู้คลอดในห้องคลอด ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย พยาบาลจะต้องให้ ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยเพื่อให้ผู้คลอดยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมหรือยินยอมโดยวาจา
2. ทำการคำนวณอายุครรภ์จากข้อมูลกำหนดคลอด (Expected date of confinement: EDC) ที่ ได้รับการยืนยันแล้ว
3. ทำการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกตามขั้นตอนและวิธีการที่กำหนด
4. นำระดับความสูงยอดมดลูกและระดับของส่วนน้ำมาทำการคำนวณเพื่อคาดคะเนน้ำหนักทารกใน ครรภ์ โดยใช้สูตรของ Johnson ดังนี้⁽⁷⁾

$$EFW \text{ (gm)} = (FH \text{ (cm)} - n) \times 155$$

โดย n ได้จากระดับของส่วนน้ำ (station) หมายถึง ระดับส่วนน้ำของทารกในครรภ์ที่ได้จากการตรวจภายในช่องคลอด โดยใช้ปุ่มกระดูก ischial spine เป็นจุดแบ่งระดับของส่วนน้ำให้ค่าเป็นเซนติเมตร หากระดับของส่วนน้ำอยู่ตรงกับปุ่มกระดูก ischial spine เท่ากับ station 0 หากส่วนน้ำอยู่เหนือปุ่มกระดูก ischial spine ระดับ station เป็นลบ (-) และหากอยู่ใต้ปุ่มกระดูก ischial spine จะมี station เป็นบวก (+) การแทนค่าตัวเลขคงที่ในสูตร ดังนี้ station 0 ใช้ค่า 12 station - ใช้ค่า 13 station + ใช้ค่า 11 ในกรณีที่ไม่นำระดับของส่วนน้ำใช้สูตร

$$EFW (gm) = 2600 + 115 (SFH (cm) - 30)$$

5. ทำการชั่งน้ำหนักทารกแรกเกิดไม่เกิน 30 นาทีภายหลังคลอด
6. เปรียบเทียบระหว่างน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนและน้ำหนักทารกแรกเกิด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 025/2562 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2562 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยได้เข้าชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และแนวทางการให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเพื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กับหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการดูแลที่จะได้รับในขณะเข้ารับการรักษา และไม่มีการบันทึกชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกในครรภ์ที่คาดคะเนได้ และน้ำหนักทารกแรกเกิดด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) และวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนกับน้ำหนักทารกแรกเกิดด้วยสถิติ Paired sample t-test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้คลอดจำนวน 138 ราย ส่วนใหญ่เป็นการคลอดครรภ์แรกจำนวน 59 ราย (ร้อยละ 42.1) รองลงมาเป็นครรภ์ที่ 2 จำนวน 57 ราย (ร้อยละ 40.7) ครรภ์ที่ 3 จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 11.4) ครรภ์ที่ 4 จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 3.6) และครรภ์ที่ 6 จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.7) มีอายุเฉลี่ย 26.21 ปี (SD=5.86) อายุครรภ์เฉลี่ย 38.70 สัปดาห์ (SD=0.97) มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 22.76 กิโลกรัม/ตารางเมตร (SD=3.96) ส่วนสูงของผู้คลอดเฉลี่ย 158.28 เซนติเมตร (SD=10.67) สำหรับระดับความสูงยอดมดลูกเฉลี่ย 32.56 เซนติเมตร (SD=2.89) น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนเฉลี่ย 3,038.73 กรัม (SD=440.47) และน้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3,114.04 กรัม (SD=392.95) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=138)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	Range	Mean	SD
อายุ (ปี)	15 – 45	26.21	5.86
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	37 – 41 ⁺³	38.70	0.97
BMI ก่อนการตั้งครรภ์ (กก./ตร.ม.)	15.63 – 33.98	22.76	3.96
ส่วนสูงมารดา (เซนติเมตร)	140 – 180	158.28	10.67
ระดับความสูงยอดมดลูก (เซนติเมตร)	25 – 41	32.56	2.89
น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเน (กรัม)	1,860 – 4,340	3,038.73	440.47
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	1,860 – 4,065	3,114.04	392.95

2. การเปรียบเทียบน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนด้วยระดับความสูงยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกแรกเกิด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความสูงยอดมดลูกพบว่าส่วนใหญ่อยู่ระดับความสูง 31 – 35 เซนติเมตร (ร้อยละ 63.77) รองลงมาคือระดับ 25–30 เซนติเมตร (ร้อยละ 24.64) และน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนในแต่ละช่วงของระดับความสูงยอดมดลูก แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความถี่และร้อยละของระดับความสูงยอดมดลูก (n=138)

ระดับความสูงยอดมดลูก (ซม.)	จำนวน	ร้อยละ	น้ำหนักทารกที่คาดคะเนได้ (กรัม)	น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)
25 - 30	34	24.64	1,860 - 2,790 (± 242.75)	1,860 - 3,470 (± 358.12)
31 – 35	88	63.77	2,790 – 3,410 (± 198.71)	2,532 – 3,740 (± 259.64)
36 – 40	15	10.86	3,565- 4185 (± 228.93)	3145 – 4,065 (± 232.77)
≥ 41	1	0.72	4,340	4,040

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนและน้ำหนักทารกแรกเกิด พบว่าน้ำหนักจากการคาดคะเนต่ำกว่าน้ำหนักทารกที่ชั่งได้เมื่อแรกเกิด ระดับความคลาดเคลื่อนของการคาดคะเนเท่ากับ -75.30 กรัม (SD=246.71) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักในครรภ์จากการคาดคะเนและน้ำหนักทารกแรกเกิด (n=138)

น้ำหนักทารก	Mean (g)	SD	Std. Error Mean	Mean difference	t	p-value
น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเน	3,038.73	246.71	21.01	-75.30	-3.59	0.001
น้ำหนักทารกแรกเกิด	3,114.04					

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนจากระดับความสูงยอดมดลูกและน้ำหนักทารกแรกเกิด

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเน พบว่า ระดับความสูงของยอดมดลูกมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกกับการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.992$, $p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงของยอดมดลูกและน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเน (n=138)

	ระดับความสูงของยอดมดลูก	p-value
น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเน	0.992	0.01

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเนจากความสูงยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกแรกเกิด พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.831$, $p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนด้วยระดับความสูงยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกแรกเกิด (n=138)

	น้ำหนักทารกแรกเกิด	p-value
น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเน	0.831	0.01

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเนด้วยระดับความสูงยอดมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักทารกแรกเกิดในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.831$, $p<0.01$) อธิบายได้ว่าระดับความสูงของยอดมดลูกที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกในครรภ์ที่เพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์⁽⁹⁾ และสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด^(4,13,14) แสดงให้เห็นว่าระดับความสูงของยอดมดลูกสามารถบอกถึงขนาดของทารกในครรภ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าระดับความสูงยอดมดลูกมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด และสามารถใช้ในการทำนายน้ำหนักทารกแรกเกิดได้^(3,4)

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเนกับน้ำหนักทารกแรกเกิดพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีค่าความคลาดเคลื่อนของการคาดคะเน -75.30 กรัม ($SD = 246.71$) ซึ่งขัดแย้งกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าน้ำหนักทารกในครรภ์ที่คาดคะเนได้ไม่มีความแตกต่างกับน้ำหนักทารกแรกเกิด แสดงว่าระดับความสูงของยอดมดลูกที่วัดได้นั้นไม่ได้มีเฉพาะตัวทารกเท่านั้นยังมีองค์ประกอบอื่นๆ ที่ส่งผลต่อระดับความสูงของยอดมดลูกได้ ทำให้ผลต่อการคาดคะเนน้ำหนักของทารกในครรภ์ โดยเฉพาะน้ำหนักตัวของมารดา ก่อนการตั้งครรภ์ มีรายงานการศึกษาพบว่ากลุ่มมารดาที่มีน้ำหนักน้อยกว่าก่อนการตั้งครรภ์มีระดับความสูงยอดมดลูกน้อยกว่ากลุ่มมารดาที่มีน้ำหนักตัวปกติ ในขณะที่กลุ่มที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าก่อนการตั้งครรภ์มีระดับความสูงยอดมดลูกมากกว่ากลุ่มน้ำหนักปกติ และไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์⁽⁹⁾ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการเพิ่มขึ้นและลดลงของระดับความสูงของยอดมดลูกมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวมารดา ก่อนการตั้งครรภ์⁽⁴⁾ ดังนั้นในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จึงควรคำนึงถึงน้ำหนักมารดา ก่อนการตั้งครรภ์ร่วมด้วย หรืออาจพิจารณาใช้วิธีการวัดเส้นรอบวงหน้าท้องร่วมด้วย เพราะมีรายงานการศึกษาที่พบว่าการใช้ระดับความสูงยอดมดลูกและเส้นรอบหน้าท้องในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์มีความแม่นยำในกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายผิดปกติ ก่อนการตั้งครรภ์^(6,14)

อีกปัจจัยที่มีผลต่อการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์คือสภาพถุงน้ำคร่ำและปริมาณน้ำคร่ำ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีการกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเฉพาะปริมาณน้ำคร่ำเท่านั้น ไม่ได้กำหนดสภาพถุงน้ำคร่ำ ซึ่งการที่ถุงน้ำมีการฉีกขาดมีการรั่วไหลของน้ำคร่ำออกมานอกโพรงมดลูก มีผลต่อระดับความสูงยอดมดลูกที่วัดได้⁽³⁾ ทำให้ผลการศึกษานี้พบว่าน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเนมีความแตกต่างกับน้ำหนักทารกแรกเกิด

ถึงแม้ว่าน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเนด้วยระดับความสูงของยอดมดลูกในการศึกษานี้จะมีความคลาดเคลื่อนกับน้ำหนักทารกแรกเกิด แต่ยังพบว่าทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวก แสดงว่าน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเนสามารถทำนายน้ำหนักทารกแรกเกิดได้ ดังนั้นในบริบทสถานบริการที่ไม่มีสูติแพทย์หรือเครื่องตรวจคลื่นความถี่สูงเพียงพอ ควรนำวิธีการวัดระดับความสูงยอดมดลูกมาใช้ในการคัดกรองขนาดของทารกในครรภ์ในระยะคลอด

สำหรับแนวทางการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงของยอดมดลูก โดยใช้สูตรของ Johnson ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำตารางเปรียบเทียบน้ำหนักของการคาดคะเนของระดับยอดมดลูกแต่ละระดับ และจำแนกตามระดับของส่วนหน้าของทารกในครรภ์ที่ได้จากการตรวจภายใน เพื่อให้เกิดความสะดวกในการลงบันทึกข้อมูลของพยาบาล โดยไม่ต้องนำตัวเลขมาคิดคำนวณใหม่ ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานสามารถคาดคะเนน้ำหนักของทารกในครรภ์ได้ทันทีหลังจากวัดระดับยอดมดลูกแล้วเสร็จ และสามารถคัดกรองขนาดของทารกในครรภ์ได้ทันที

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำวิธีการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกไปใช้ในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอด เพื่อคัดกรองความเสี่ยงของมารดาและทารกในระยะคลอด โดยเฉพาะภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และทารกตัวโต ซึ่งเป็นสาเหตุของการคลอดติดขัดและการบาดเจ็บของมารดาและทารก เพื่อวางแผนการดูแลในระยะคลอดให้เหมาะสมหรือส่งต่อผู้คลอดไปยังสถานบริการที่มีความพร้อมในการดูแลมารดาและทารกที่มีความเสี่ยง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ที่สนับสนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลโพหนอง จังหวัดร้อยเอ็ดที่เอื้ออำนวยในการทำวิจัยและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Ricci SS, Kyle T, Carman S. Maternity and Pediatric Nursing. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse D, Spong CY. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
3. Kerdarunsuksri A. Intrapartum symphysis-fundus height as a predictor of low birth weight infant. Vajira Med J 2009;53(2):153-9. (in Thai).
4. Nakaporntham P, Tongswatwong P. Symphysis fundal height measurements in prediction of birth weight. Thai Journal of Obstetrics and Gynecology 2010; 18(3):126-33.
5. Henry M. The accuracy of symphysis fundal height measurement. BJM 2012; 20(9):640-4.
6. Tacharungsan O, Suksong W. Comparative study of fetal birth weight by multiplication of intrapartum symphysio-fundal height and maternal abdominal circumference: a case study conducted in Queen SavangVadhana Memorial Hospital. Thai Red Cross Nursing Journal 2018;11(1):161-70. (in Thai).
7. Yiheyis A, Alemseged F, Segni H. Johnson's formula for predicting birth weight in pregnant mothers at Jimma University Teaching Hospital, South West Ethiopia. Med J Obstet Gynecol 2016;4(3):1087.
8. Morse K, Williams A, Gardosi J. Fetal growth screening by fundal height measurement. Best Pract Res Clin Obstet Gynecol 2009;23(6):809-18.
doi:10.1016/j.bpobgyn.2009.09.004
9. Deeluea J, Sirichotiyakul S, Weerakiet S, Buntha R, Tawichasri C, Patumanond J. Fundal height growth curve for Thai women. ISRN Obstet Gynecol. 2013 15;2013:463598. doi: 10.1155/2013/463598. PMID: 23691342; PMCID: PMC3649359.
10. Deeluea J, Sirichotiyakul S, Weerakiet S, Khunpradit S, Patumanond J. Fundal height growth curve patterns of pregnant women with term low birth weight infants. Risk Manag Healthc Policy. 2014;7:131-137. doi: 10.2147/RMHP.S64893.
11. Wisarutkasempong A, Chobkhayan S. Comparative study on fetal weight estimation in labor using Dare's and Johnson's formula and correlation with neonatal birth weight. Journal of Health Science 2020; 29(4): 637-45. (in Thai).

12. Srisatidnarakul B. G* Power Effect Size, Power Analysis Optimal Sample Size Calculations Using G* Power Software. Bangkok: Chulalongkorn university; 2020. (in Thai)
13. Mortazavi F, Akaberi A. Estimation of birth weight by measurement of fundal height and abdominal girth in parturients at term. East Mediterr Health J. 2010 ;16(5):553-7. PMID: 20799557.
14. Sattana S. The development of estimate fetal birth weight in pregnancy labour room Buntharik Hospital. TUH journal online 2019;4(3):49-55. (in Thai).

การพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ตำบลค้อทอง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

จารุพร ดวงศรี^๑, ญาณิฐา แพงประโคน^{*}, มณฑิลา รักศิลป์^{**},
รัชณี จุมจี^{**}, ชัยกฤต ยกพลชนชัย^{*}, วาสนา สำเร็จ^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research & development) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำในชุมชนตำบลค้อทอง และเพื่อพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนตำบลค้อทอง ประชากรที่ศึกษา คือองค์การบริหารส่วนตำบลค้อทอง ประกอบด้วย 9 ชุมชน ประชาชนในชุมชนรวมทั้งสิ้น 5,250 คน โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 6 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนค้อทอง ชุมชนกลางแก้งส้มป่อย ชุมชนนาโพธิ์ ชุมชนหัวทุ่ง ชุมชนหนองขุ่น และชุมชนกลางน้อย ผู้เข้าร่วมการศึกษาประกอบด้วยผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชน และบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมจำนวน 32 คน ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสำรวจสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำ ป้ายเตือนอันตรายน้ำลึก และอุปกรณ์ช่วยเหลือทางน้ำ วิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า 1) จากการปรับปรุงสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำโดยการติดป้ายเตือนอันตรายน้ำลึกและติดตั้งอุปกรณ์ช่วยเหลือทางน้ำ ทำให้ชุมชนสามารถพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนให้สอดคล้องตามข้อเสนอแนะการป้องกันการจมน้ำของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค เพิ่มความปลอดภัยทางน้ำให้กับชุมชน 2) จากการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน 6 หลักการ ประกอบด้วย นโยบาย การจัดการองค์กร การวางแผน การมีส่วนร่วม การวัดประสิทธิภาพ และการตรวจสอบประสิทธิภาพ ทำให้ชุมชนพัฒนามาตรการการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำอย่างเป็นระบบ มีการจัดทำนโยบาย ควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำ การจัดหน้าที่ความรับผิดชอบ การวางแผนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำ การวัดประสิทธิภาพและการตรวจสอบประสิทธิภาพในการดำเนินงานร่วมกัน และได้จัดทำคู่มือการมีส่วนร่วมในการสร้างมาตรฐานควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนสำหรับใช้ในชุมชนตำบลค้อทอง

คำสำคัญ: การพัฒนามาตรการชุมชน; ความปลอดภัยทางน้ำ; อุบัติเหตุทางน้ำ

^{*} อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

^๑ ผู้เขียนหลัก จารุพร ดวงศรี Email: jaruporn.d@ubru.ac.th

^{**} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

^{***} ผู้อำนวยการกองการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม องค์การบริหารส่วนตำบลค้อทอง อ.ลำทะเมนชัย จ.บุรีรัมย์

รับบทความ: 20 พ.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 2 ก.ค. 64; ตอรับตีพิมพ์: 2 ก.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 16 ก.ค. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.37>

The Development of Water Accident Prevention and Control Measures at Community Level, Kho Thong Subdistrict, Khueang Nai District, Ubon Ratchathani Province

Jaruporn Duangsri^{*a}, Yanitha Pangprakhon^{*}, Monthicha Raksilp^{**},
Ratchanee Joomjee^{**}, Chaiyakrit Yokphochanachai^{*}, Wasana Samret^{***}

Abstract

Objectives of this research and development were to examine safety conditions of water resources and to develop guidelines for water accident prevention and control measure at a community level in Kho Thong subdistrict communities. Target group was the population in Kho Thong Subdistrict Administrative Organization consisting of 9 communities with a total population of 5,250 people. This study selected 6 communities using a purposive sampling technique. The communities included in this study were Kho Thong, Klang Kaeng Sompoi, Na Pho, Hua Thung, Nong Khun, and Klang Noi. Thirty-two persons participated the study including community leaders, representatives of the community residences and officers from local organizations. Instruments used in the study were questionnaires on water resources safety condition, deep water warning signs, and water rescue equipments. The data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that: 1) the improvement of the safety condition of water resources by installing deep water warning signs and water rescue equipment increased the water safety to the communities and enabled the communities to develop the water accident prevention and control measures in accordance with the drowning prevention recommendations of the Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control; 2) the implementation of the water accident prevention and control measures at community level based on the 6 principles: policy, organization management, planning, participations, performance measurement, and performance auditing helped communities systemically in developing water accident prevention and control measures and supported

^{*} Lecturer, Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

^a Corresponding author: Jaruporn Duangsri Email: jaruporn.d@ubru.ac.th

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

^{***} Director, Division of Education, Religious and Culture, Kho Thong Subdistrict Administration Organization, Khueang Nai District, Ubon Ratchathani Province

Received: May 20, 21; Revised: Jul. 2, 21; Accepted: Jul. 2, 21; Published Online Jul. 16, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.37>

the communities to provide the water accident prevention and control policy, to allocate responsibilities and operational plan, to encourage prevention and control participation, and to perform measurement and auditing. Additionally, the participation manual of the water accident prevention and control standardization was developed for used in Kho Thong subdistrict communities.

Keywords: Community measures development, Water safety, Water accidents

บทนำ

อุบัติเหตุทางน้ำ คือ อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นทางน้ำและทำให้เกิดการจมน้ำ⁽¹⁾ หากแหล่งน้ำมีสภาพที่ปลอดภัย และผู้ประสบภัยทางน้ำได้รับการช่วยเหลือได้ทันท่วงที หรือมีความรู้ในการเอาตัวรอดจากการจมน้ำก็จะสามารถรอดจากอุบัติเหตุทางน้ำได้ แต่หากสภาพแหล่งน้ำไม่ปลอดภัย หรือตัวผู้ประสบอุบัติเหตุทางน้ำและผู้ช่วยเหลือไม่มีทักษะการเอาตัวรอดและเทคนิคการช่วยเหลือ ผู้ประสบอุบัติเหตุทางน้ำและผู้ช่วยเหลืออาจสูญเสียชีวิตจากการจมน้ำได้⁽¹⁾ สถานการณ์การจมน้ำเสียชีวิตทั่วโลกมากที่สุดที่อายุต่ำกว่า 25 ปี เพศชายจมน้ำมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า⁽²⁾ อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในไทยพบว่ามีกรจมน้ำและเสียชีวิตมากที่สุดที่อายุต่ำกว่า 15 ปี และใน 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-พ.ศ. 2560) มีเด็กจมน้ำเสียชีวิต 9,574 คน โดยในปี พ.ศ. 2560 เฉลี่ย 708 คน กลุ่มเด็กอายุ 5-9 ปี เสียชีวิตสูงสุดร้อยละ 40.5 เด็ก 0-2 ปี ร้อยละ 20 เพศชายจมน้ำมากกว่าเพศหญิง 2 เท่าตัว และช่วงเมษายน พ.ศ. 2560 จมน้ำสูงสุดเฉลี่ย 121 คน พบการจมน้ำในแหล่งน้ำธรรมชาติสูงสุดร้อยละ 44.9 ซึ่งจังหวัดอุบลราชธานี เป็นหนึ่งใน 5 จังหวัดแรกที่มีจำนวนเด็กจมน้ำเสียชีวิตสูงที่สุดจำนวน 30 คน⁽³⁾

จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีอุบัติเหตุทางน้ำจมน้ำเสียชีวิตสูงที่สุดหนึ่งใน 5 จังหวัดของประเทศไทย⁽⁴⁾ โดยในจังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนและพื้นที่น้ำปิดและแหล่งน้ำจืดซึ่งเป็นแหล่งน้ำธรรมชาติแบ่งพื้นที่การปกครองเป็น 25 อำเภอ มีพื้นที่แหล่งน้ำต่อพื้นที่บนบกคิดเป็นอัตราส่วน 1:36⁽⁵⁾ ซึ่งการอาศัยอยู่รอบ ๆ แหล่งน้ำมีความเสี่ยงสูงต่อการจมน้ำ และจากข้อมูลพบว่าแหล่งน้ำที่มีการจมน้ำเสียชีวิตมากที่สุดคือบ่อหรือสระน้ำคิดเป็นร้อยละ 43 ของการจมน้ำเสียชีวิตทั้งหมด⁽²⁾ แหล่งน้ำเขตอำเภอโขงในมีอุบัติเหตุทางน้ำสูงสุด เนื่องจากทุกชุมชนอยู่ใกล้กับแหล่งน้ำธรรมชาติ และจากสถิติการจมน้ำรอบ 5 ปีที่ผ่านมา เขตอำเภอโขงในพบเหตุการณ์จมน้ำเสียชีวิตถึง 2 เหตุการณ์ คือ ชุมชนตำบลค้อทอง อำเภอโขงใน จังหวัดอุบลราชธานีมีเด็กเสียชีวิต 4 ราย⁽⁶⁾ ซึ่งชุมชนตำบลค้อทอง อำเภอโขงใน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นชุมชนที่มีวิถีชีวิตใกล้ชิดกับแหล่งน้ำ โดยทุกหมู่บ้านในเขตชุมชนตำบลค้อทองอยู่ติดกับแหล่งน้ำ ซึ่งห่างจากหมู่บ้านในระยะเพียง 0.5 - 1 กิโลเมตร ประชาชนมีการใช้ประโยชน์จากแหล่งน้ำธรรมชาติเป็นวิถีชีวิต แต่ยังคงขาดการดำเนินการตามมาตรการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำ จึงเกิดอุบัติเหตุทางน้ำต่อเนื่องในทุกปี⁽⁶⁾

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคเล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้มีการเสนอแนะ 6 มาตรการสำคัญ และแนะนำกลยุทธ์ในการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อป้องกันการจมน้ำ 4 กลยุทธ์สำคัญ ซึ่งมีการระบุรายละเอียดในคู่มือปฏิบัติการการป้องกันการจมน้ำ โดยแปลจากองค์การอนามัยโลก^(1,7) ซึ่งหากนำข้อเสนอแนะในมาตรการและกลยุทธ์ดังกล่าวมาพัฒนามาตรการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน โดยการประยุกต์ร่วมกับหลักการบริหารงานด้านสุขภาพและความปลอดภัยมีหลักการสู่ความสำเร็จ 5 ข้อ

ตามข้อเสนอแนะของ HSE (Health and Safety Executive)⁽⁸⁾ เพื่อการพัฒนามาตรการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำชุมชน โดยมีตำบลค้อทองเป็นต้นแบบในการพัฒนา ซึ่งจะทำให้ชุมชนมีความปลอดภัยทางน้ำเพิ่มมากขึ้น

จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นกับชุมชนที่อยู่ติดกับแหล่งน้ำธรรมชาติ โดยเฉพาะชุมชนตำบลค้อทอง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี มีสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางน้ำต่อเนื่อง ควรได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากความสำคัญดังกล่าวควรมีการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน จึงได้ดำเนินแผนงานโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ตำบลค้อทอง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำในชุมชนตำบลค้อทอง
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนตำบลค้อทอง

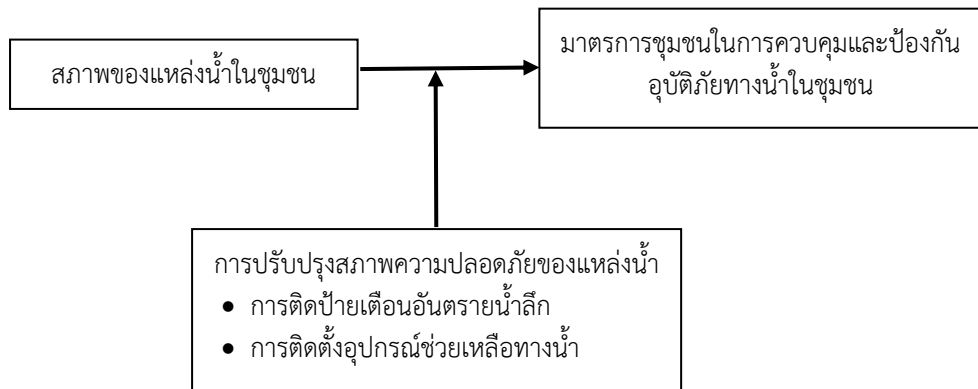
กรอบแนวคิดการวิจัย

ดำเนินการพัฒนาความปลอดภัยของแหล่งน้ำในชุมชน ร่วมกับชุมชนองค์การบริหารส่วนตำบลค้อทอง ให้เกิดความปลอดภัยตามข้อเสนอแนะ 6 มาตรการสำคัญ และกลยุทธ์ในการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อป้องกันการจมน้ำ 4 กลยุทธ์สำคัญ ซึ่งมีการระบุรายละเอียดในคู่มือปฏิบัติการการป้องกันการจมน้ำ^(1,7) องค์ประกอบของการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ดำเนินการตามข้อเสนอแนะของ HSE (Health and Safety Executive)⁽⁸⁾ เกี่ยวกับหลักการบริหารงานด้านสุขภาพและความปลอดภัยมีหลักการสู่ความสำเร็จ 5 ข้อ โดยผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชน บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้วิจัยได้มีการวางแผนในกระบวนการพัฒนาเพิ่มหลักการการมีส่วนร่วมอีก 1 ข้อ ดังนั้นการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน จึงมีหลักการสู่ความสำเร็จ 6 ข้อ

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีกรอบแนวคิดการวิจัย ในการดำเนินการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลค้อทอง ในการวางแผนการปรับปรุงสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำ โดยการติดป้ายเตือนอันตรายน้ำลึกและติดตั้งอุปกรณ์ช่วยเหลือทางน้ำ ซึ่งเป็นหนึ่งในหลักการของการบริหารงานด้านสุขภาพและความปลอดภัย ตามข้อเสนอแนะของ HSE (Health and Safety Executive)⁽⁸⁾ และตามข้อเสนอแนะ 6 มาตรการสำคัญ และกลยุทธ์ในการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อป้องกันการจมน้ำ 4 กลยุทธ์สำคัญขององค์การอนามัยโลก^(1,7)

ตัวแปรต้น:

ตัวแปรตาม:



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนตำบลค้อทอง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

1. ประชุมกลุ่มกับผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในตำบลค้อทอง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินโครงการ และวางแผนร่วมกันในการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนตำบลค้อทอง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี โดยดำเนินการตามข้อเสนอแนะของ HSE (Health and Safety Executive)⁽⁸⁾
2. ทำการสำรวจสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำโดยใช้ Checklist วิเคราะห์แหล่งน้ำเสี่ยง ประยุกต์ตามข้อเสนอแนะ 6 มาตรการ และ 4 กลยุทธ์ ตามคำแนะนำสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค แปรจากองค์การอนามัยโลก^(4,13) และหามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนร่วมกัน
3. ทำการวางแผนและดำเนินการตามมาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนในการปรับปรุงสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำ โดยการติดป้ายเตือนอันตรายน้ำลึกและติดตั้งอุปกรณ์ช่วยเหลือทางน้ำ
4. ทำการสำรวจสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำโดยใช้ Checklist วิเคราะห์แหล่งน้ำเสี่ยง หลังการปรับปรุงสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำ
5. ประชุมกลุ่มกับผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในตำบลค้อทอง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานีในการทบทวนมาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน
6. สรุปผลการดำเนินโครงการวิจัย และถอดบทเรียนคืนความรู้สู่ชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ องค์การบริหารส่วนตำบลค้อทอง ประกอบด้วย 9 ชุมชน ประชาชนในชุมชนรวมทั้งสิ้น 5,250 คน โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ชุมชน 6 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนค้อทอง ชุมชนกลางแก้งส้มป่อย ชุมชนนาโพธิ์ ชุมชนหัวทุ่ง ชุมชนหนองขุ่น และชุมชนกลางน้อย ประกอบด้วยผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชน และบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมจำนวน 32 คน ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกพิจารณาจาก

- 1) อยู่ในชุมชนมีแหล่งน้ำที่อยู่ห่างจากชุมชนไม่เกิน 1 กิโลเมตร
- 2) อยู่ในชุมชนมีวิถีชีวิตที่ใกล้ชิดกับแหล่งน้ำธรรมชาติสาธารณะ และแหล่งน้ำอื่น ๆ
- 3) อยู่ในชุมชนที่มีอุบัติการณ์อุบัติเหตุทางน้ำในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา
- 4) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

โดยผู้ร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจและกายในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยการสร้างมาตรฐานควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนตำบลค้อทอง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสำรวจสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำ ลักษณะเป็นแบบ Checklist พัฒนาสร้างขึ้นจากข้อมูล 6 มาตรการ และ 4 กลยุทธ์ ในการป้องกันการจมน้ำตามคำแนะนำของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โดยแปลจากองค์การอนามัยโลก^(1,7) ประกอบด้วย การสำรวจข้อมูลสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำเกี่ยวกับแหล่งน้ำเสี่ยง สภาพแหล่งน้ำ อุปกรณ์การช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ และการเตือนอันตรายจำนวน 13 รายการ โดยมีการสำรวจแหล่งน้ำดังกล่าวตามมาตรการและกลยุทธ์ในการป้องกันการจมน้ำตามคำแนะนำของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค หากเป็นไปตามคำแนะนำ ผู้สำรวจจะลงข้อมูลใน Checklist ว่าสอดคล้อง หากไม่เป็นไปตามคำแนะนำผู้สำรวจจะลงข้อมูลใน Checklist ว่าไม่สอดคล้อง และเพื่อให้สามารถวิเคราะห์ผลไปสู่การพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนให้เห็นว่ามาตรการที่ดำเนินการอยู่ ดี ปานกลาง หรือควรปรับปรุง จึงได้มีการแปลผลคะแนนสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำให้เห็นถึงระดับความเสี่ยง โดยการพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom's Taxonomy ในปี ค.ศ. 1971⁽⁹⁾ มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้

- ได้คะแนนความสอดคล้องตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่ำหรืออยู่ในระดับดี
- ได้คะแนนความสอดคล้องอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79.99 หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลาง
- ได้คะแนนความสอดคล้องต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความเสี่ยงสูงหรือควรปรับปรุงพัฒนา

2. การปรับปรุงสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำ โดยการติดป้ายเตือนอันตรายน้ำลึก และอุปกรณ์ช่วยเหลือทางน้ำ ตามคำแนะนำของ HSE (Health and Safety Executive)⁽⁸⁾ เกี่ยวกับหลักการบริหารงานด้านสุขภาพและความปลอดภัย ตามหลักการการวางแผนและการอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับปรุงสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำ

3. อุปกรณ์บันทึกภาพ ใช้ในการบันทึกภาพกิจกรรมตลอดการดำเนินการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา การใช้ภาษา และความชัดเจนของภาษา นำมาแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ของแบบสำรวจสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำ โดยทุกข้อคำถามไม่น้อยกว่า 0.50 ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลได้นำแบบสอบถามและแบบสำรวจไปทดลองใช้ (Try out) กับชุมชน 3 ชุมชน ที่ไม่ใช่ชุมชนในกลุ่มตัวอย่าง โดยมีตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชน และบุคคลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน เข้าสำรวจความปลอดภัยของแหล่งน้ำในชุมชน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตรวจสอบวัดความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบสำรวจสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำทั้งฉบับ เท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการการวิเคราะห์ข้อมูลการสร้างมาตรฐานควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนตำบลค้อทอง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี โดยนำข้อมูลจากเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยมาตรวจสอบรายละเอียดและความถูกต้อง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาแปรข้อมูลและบันทึก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนา นำมาทำการประมวลผลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติสำเร็จรูป อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ในข้อมูลแบบสำรวจสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำ นำเสนอในรูปของจำนวนร้อยละ และค่าเฉลี่ย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเคารพและคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษาความลับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่วิจัยทั้งสิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิต ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามจริยธรรมในการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้าคัดออก โดยกลุ่มตัวอย่างการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลเสียต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2563 เลขที่ : HE632045

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาในช่วงก่อนการพัฒนามาตรการชุมชน ในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำ

จากการศึกษาผลในช่วงก่อนการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ตาม 6 มาตรการ และ 4 กลยุทธ์ ในการป้องกันการจมน้ำตามคำแนะนำของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โดยแปลจากองค์การอนามัยโลก^(1,7) สามารถพัฒนาเครื่องมือเพื่อสำรวจความปลอดภัยของแหล่งน้ำตามมาตรการและกลยุทธ์ดังกล่าว ได้จำนวน 13 รายการ เพื่อนำมาสำรวจความปลอดภัยของแหล่งน้ำก่อนการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนร่วมกับผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชน และบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวม 32 คน โดยการสำรวจความปลอดภัยของแหล่งน้ำในชุมชนจำนวน 6 แห่ง

วิเคราะห์ข้อมูลสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน จากแบบสำรวจจำนวน 13 ข้อ เพื่อสำรวจความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน โดยสามารถวิเคราะห์ได้ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน จำแนกตามข้อมูลสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน (n=6)

รายละเอียดข้อมูล	ผลการสำรวจสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน		
	สอดคล้อง n (%)	ไม่สอดคล้อง n (%)	การแปลผล
1. แหล่งน้ำสาธารณะไม่อยู่ใกล้บ้านเรือนหรือชุมชน		6 (100)	ความเสี่ยงสูง
2. บ้านที่มีเด็กแรกเกิดถึงห้าปี ไม่มีบ่อน้ำ บ่อเลี้ยงปลา หรือแหล่งน้ำอื่นๆ บริเวณภายในบ้าน	6 (100)		ความเสี่ยงต่ำ
3. บ้านที่มีบ่อน้ำ บ่อเลี้ยงปลา หรือแหล่งน้ำอื่นๆ บริเวณภายในบ้าน มีอุปกรณ์ป้องกันการเข้าถึงแหล่งน้ำอย่างปลอดภัย	6 (100)		ความเสี่ยงต่ำ
4. พื้นที่สำหรับเด็กเล่นอยู่ห่างจากแหล่งน้ำสาธารณะ	2 (33.33)	4 (66.67)	ความเสี่ยงสูง
5. ไม่มีเศษแก้ว หนาม หรือของมีคมบริเวณแหล่งน้ำสาธารณะ	1 (16.67)	5 (83.33)	ความเสี่ยงสูง
6. มีป้ายเตือน สัญลักษณ์ แสดงบอกลักษณะน้ำลึก น้ำตื้น หรือน้ำวน บริเวณแหล่งน้ำสาธารณะ		6 (100)	ความเสี่ยงสูง
7. มีจุดหรือบริเวณให้ขึ้น-ลงน้ำอย่างมั่นคงปลอดภัย	1 (16.67)	5 (83.33)	ความเสี่ยงสูง
8. มีป้ายคำชี้แจง ข้อปฏิบัติในการใช้น้ำ หรือกิจกรรมต่างๆ บริเวณแหล่งน้ำสาธารณะ	1 (16.67)	5 (83.33)	ความเสี่ยงสูง
9. มีอุปกรณ์ช่วยลอยน้ำ เช่น ห่วงยาง เชือก โยน เรือ ฯลฯ บริเวณแหล่งน้ำสาธารณะ	1 (16.67)	5 (83.33)	ความเสี่ยงสูง
10. มีข้อความวิธีใช้อุปกรณ์ช่วยลอยน้ำ เช่น ห่วงยาง เชือก โยน เรือ ฯลฯ บริเวณแหล่งน้ำสาธารณะ	1 (16.67)	5 (83.33)	ความเสี่ยงสูง

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ของสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน จำแนกตามข้อมูลสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน (n=6)

รายละเอียดข้อมูล	ผลการสำรวจสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน		
	สอดคล้อง n (%)	ไม่สอดคล้อง n (%)	การแปลผล
11. มีข้อความ เบอร์โทร ข้อมูลการติดต่อในการช่วยเหลือ เมื่อเกิดเหตุอุบัติเหตุทางน้ำหรือเหตุฉุกเฉินบริเวณแหล่งน้ำสาธารณะ		6 (100)	ความเสี่ยงสูง
12. มีการกั้นพื้นที่แหล่งน้ำสาธารณะป้องกันการตกน้ำ กรณีแหล่งน้ำอยู่ใกล้กับพื้นที่ในชุมชน		6 (100)	ความเสี่ยงสูง
13. มีข้อความแสดงวิธีการช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น กรณีมีผู้ประสบอุบัติเหตุทางน้ำบริเวณแหล่งน้ำสาธารณะ		6 (100)	ความเสี่ยงสูง

ซึ่งข้อที่มีความเสี่ยงต่ำ คือ บ้านที่มีเด็กแรกเกิดถึงห้าปี ไม่มีบ่อน้ำ บ่อเลี้ยงปลา หรือแหล่งน้ำอื่น ๆ บริเวณภายในบ้าน และบ้านที่มีบ่อน้ำ บ่อเลี้ยงปลา หรือแหล่งน้ำอื่น ๆ บริเวณภายในบ้าน มีอุปกรณ์ป้องกันการเข้าถึงแหล่งน้ำอย่างปลอดภัย ซึ่งบ้านเรือนบริเวณโดยรอบแหล่งน้ำระยะห่างไม่เกิน 1 กิโลเมตร มีมาตรการที่ดีสอดคล้องกับการสำรวจสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำในชุมชน โดยแสดงข้อมูลจำนวนร้อยละ ของสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน จำแนกตามข้อมูลสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน ดังตารางที่ 1

ดังนั้นเมื่อวิเคราะห์ตาม 6 มาตรการ และ 4 กลยุทธ์ จะพบว่าสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชนก่อนการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1) มาตรการที่ 1 ติดตั้งสิ่งกีดขวางเพื่อจำกัดการเข้าถึงแหล่งน้ำ พบว่า แหล่งน้ำทั้ง 6 แห่งไม่มีการติดตั้งสิ่งกีดขวางเพื่อจำกัดการเข้าถึงแหล่งน้ำ แสดงว่าการดำเนินการของชุมชนยังไม่สอดคล้องกับมาตรการที่ 1 ตามคำแนะนำสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค^(1,7) ชุมชนจึงควรเพิ่มมาตรการที่ 1 วางแผนดำเนินการภายในชุมชนต่อไป

2) มาตรการที่ 2 สอนเด็กวัยเรียนให้ว่ายน้ำเป็นและมีทักษะด้านความปลอดภัยทางน้ำ พบว่า ชุมชนยังไม่มีมาตรการสอนเด็กวัยเรียนให้ว่ายน้ำเป็นและมีทักษะด้านความปลอดภัยทางน้ำอย่างทั่วถึง แต่ได้มีการเริ่มในสอนพื้นฐานการลอยน้ำให้แก่เด็กเล็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลค้อทอง แต่เด็กเล็กดังกล่าวยังไม่สามารถว่ายน้ำเป็นและยังไม่มีทักษะด้านความปลอดภัยทางน้ำ แสดงว่าการดำเนินการของชุมชนยังไม่สอดคล้องกับมาตรการที่ 2 ตามคำแนะนำสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค^(1,7) ชุมชนจึงควรเพิ่มมาตรการที่ 2 วางแผนดำเนินการภายในชุมชนต่อไป

3) **มาตรการที่ 3 กำหนดและบังคับใช้ระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับความปลอดภัยในการเดินเรือ** การขนส่งทางน้ำ และการโดยสารเรือข้ามฟาก พบว่า ชุมชนมีวิถีชีวิตพื้นบ้านในการใช้ประโยชน์ทางน้ำ ไม่ได้มีการใช้ประโยชน์ทางน้ำในเชิงพาณิชย์ แต่อย่างไรก็ตามชุมชนควรมีระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับความปลอดภัยในการเดินเรือ การขนส่งทางน้ำ และการโดยสารเรือข้ามฟาก เนื่องจากชุมชนมีการใช้เรือในการขนส่งทางครัวเรือน การข้ามฟาก และการหาปลาเลี้ยงชีพ มีการใช้ประโยชน์จากแหล่งน้ำ แสดงว่าการดำเนินการของชุมชนยังไม่สอดคล้องกับมาตรการที่ 3 ตามคำแนะนำสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค^(1,7) ชุมชนจึงควรเพิ่มมาตรการที่ 3 วางแผนดำเนินการภายในชุมชนต่อไป

4) **มาตรการที่ 4 จัดให้มีพื้นที่ปลอดภัยสำหรับเด็กเล็กก่อนวัยเรียน** ซึ่งต้องอยู่ห่างจากแหล่งน้ำ (เช่น สถานีรับเลี้ยงเด็กระหว่างวัน) พบว่า ชุมชนมีจัดให้มีพื้นที่ปลอดภัยสำหรับเด็กเล็กก่อนวัยเรียน ซึ่งอยู่ห่างจากแหล่งน้ำ 1 แห่ง คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลค้อทอง แต่ยังพบว่ามีศูนย์เด็กเล็กที่ชุมชนแก้งโพธิ์ ห่างจากแหล่งน้ำประมาณ 300 เมตร แต่มีมาตรการความปลอดภัย คือ มีรั้วกั้นระหว่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกับแหล่งน้ำ น้ำ แสดงว่าการดำเนินการของชุมชนมีความสอดคล้องกับมาตรการที่ 4 ตามคำแนะนำสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค^(1,7)

5) **มาตรการที่ 5 ฝึกผู้เห็นเหตุการณ์ให้รู้จักวิธีการช่วยเหลือและการช่วยฟื้นคืนชีพที่ปลอดภัย** พบว่า ชุมชนยังไม่มีมาตรการฝึกผู้เห็นเหตุการณ์ให้รู้จักวิธีการช่วยเหลือและการช่วยฟื้นคืนชีพที่ปลอดภัยภายในชุมชน แสดงว่าการดำเนินการของชุมชนยังไม่สอดคล้องกับมาตรการที่ 5 ตามคำแนะนำสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค^(1,7) ชุมชนจึงควรเพิ่มมาตรการที่ 5 วางแผนดำเนินการภายในชุมชนต่อไป

6) **มาตรการที่ 6 สร้างความสามารถในการฟื้นคืนสู่ภาวะปกติ และบริหารจัดการความเสี่ยงจากอุทกภัยและภัยอันตรายอื่นๆ ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ** พบว่า ชุมชนมีการบริหารจัดการความเสี่ยงจากอุทกภัยและภัยอันตรายอื่น ๆ ในระดับท้องถิ่น เนื่องจากชุมชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลค้อทอง เป็นชุมชนที่ติดกับแหล่งน้ำเป็นส่วนใหญ่ จึงมีแผนการบริหารจัดการความเสี่ยงอุทกภัยและวาตภัยในชุมชน แสดงว่าการดำเนินการของชุมชนมีความสอดคล้องกับมาตรการที่ 5 ตามคำแนะนำสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค^(1,7)

7) **กลยุทธ์ที่ 1 การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการจมน้ำให้แก่ประชาชนผ่านการสื่อสารเชิงกลยุทธ์** พบว่า ชุมชนยังไม่มีกลยุทธ์ในการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการจมน้ำให้แก่ประชาชน แสดงว่าการดำเนินการของชุมชนยังไม่สอดคล้องกับกลยุทธ์ที่ 1 ตามคำแนะนำสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค^(1,7) ชุมชนจึงควรเพิ่มกลยุทธ์ที่ 1 วางแผนดำเนินการภายในชุมชนต่อไป

8) **กลยุทธ์ที่ 2 การพัฒนาความปลอดภัยทางน้ำแห่งชาติ** พบว่า ชุมชนยังไม่มีกลยุทธ์ในการพัฒนาความปลอดภัยทางน้ำแห่งชาติ แสดงว่าการดำเนินการของชุมชนยังไม่สอดคล้องกับกลยุทธ์ที่ 2 ตามคำแนะนำสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค^(1,7) ชุมชนจึงควรเพิ่มกลยุทธ์ที่ 2 วางแผนดำเนินการภายในชุมชนต่อไป

9) **กลยุทธ์ที่ 3 ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ** พบว่า ชุมชนมีการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เปิดรับความร่วมมือระหว่างภาคส่วนเพื่อเข้ามาพัฒนาความปลอดภัยทางน้ำในชุมชนร่วมกัน แสดงว่าการดำเนินการของชุมชนมีความสอดคล้องกับกลยุทธ์ที่ 3 ตามคำแนะนำสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค^(1,7)

10) กลยุทธ์ที่ 4 การพัฒนาการป้องกันการจมน้ำผ่านการเก็บข้อมูลและงานวิจัยที่ออกแบบมาอย่างดี พบว่า ชุมชนยังไม่มีกลยุทธ์ในการพัฒนาการป้องกันการจมน้ำผ่านการเก็บข้อมูลและงานวิจัยที่ออกแบบมาอย่างดี แสดงว่าการดำเนินการของชุมชนยังไม่สอดคล้องกับกลยุทธ์ที่ 4 ตามคำแนะนำสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค^(1,7) ชุมชนจึงควรเพิ่มกลยุทธ์ที่ 4 วางแผนดำเนินการภายในชุมชนต่อไป

โดยสรุปแล้ว จากการวิเคราะห์ตาม 6 มาตรการ และ 4 กลยุทธ์ จะพบว่าสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชนก่อนการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ชุมชนมีการดำเนินการแล้ว 2 มาตรการ และ 1 กลยุทธ์ ชุมชนจึงควรมีการวางแผนในการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนเพิ่มขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับการป้องกันการจมน้ำตามคำแนะนำสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค^(1,7)

2. กระบวนการการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน จากการศึกษาในช่วงก่อนการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ผู้นำชุมชนตัวแทนประชาชน และบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวม 32 คน ร่วมกับทีมผู้วิจัยได้มีการวางแผนในการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ดำเนินการพัฒนามาตรการตามหลักการบริหารงานด้านสุขภาพและความปลอดภัยมีหลักการสู่ความสำเร็จ 5 ข้อ ตามคำแนะนำของ HSE (Health and Safety Executive)⁽⁸⁾ และผู้วิจัยได้มีการวางแผนในกระบวนการพัฒนาเพิ่มหลักการการมีส่วนร่วมอีก 1 ข้อ ดังนั้นการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน จึงมีหลักการสู่ความสำเร็จ 6 ข้อ โดยมีกระบวนการการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ดังนี้

1) นโยบาย (Policy) การสร้างนโยบายเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกในการเริ่มการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน โดยจะต้องมีหน่วยงานในพื้นที่กำหนดนโยบายในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำชัดเจน มีโครงการในการสนับสนุนกิจกรรมควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำภายใต้นโยบายที่กำหนด ดังนั้นเพื่อให้ชุมชนมีนโยบายที่เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ผู้วิจัยจึงจัดการประชุมกลุ่มร่วมกับผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชน และบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เห็นความสำคัญของการนำเรื่องการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน มากำหนดเป็นหนึ่งในนโยบายขององค์การบริหารส่วนตำบลค้อทอง โดยมีการดำเนินการดังนี้

1.1) ประชุมชี้แจงความสำคัญของการดำเนินการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน

1.2) ประชุมการคัดเลือกอาสาสมัคร และเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครในการร่วมกันพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน

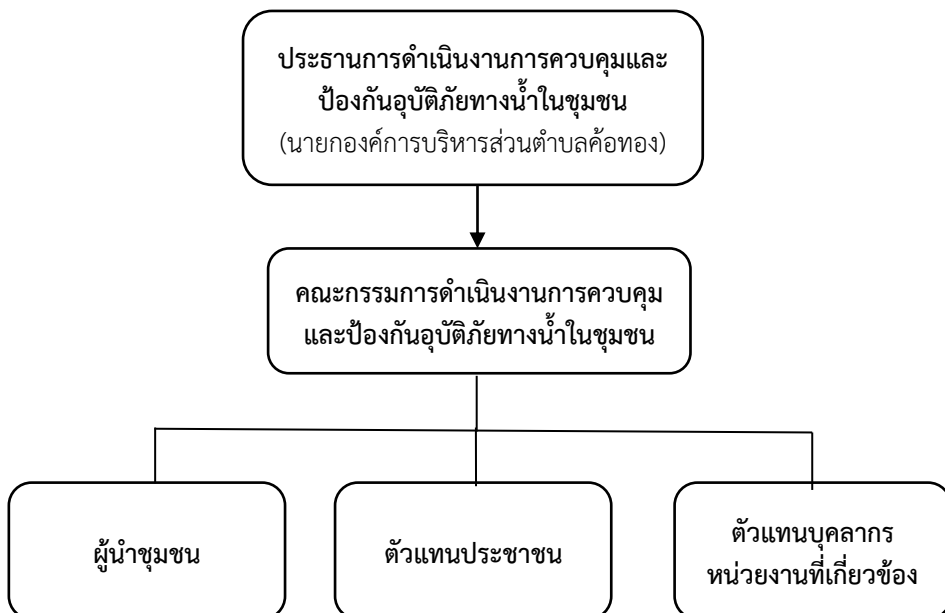
1.3) ประชุมหารือกำหนดการจัดกิจกรรมลงพื้นที่สำรวจความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน เพื่อให้เห็นความสำคัญของปัญหาที่ต้องมีการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน

1.4) จัดทำนโยบายการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน



รูปที่ 2 การประชุมเพื่อกำหนดนโยบายการดำเนินงานควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน

2) การจัดการองค์กร (Organizing) เมื่อมีการกำหนดนโยบายแล้ว จะต้องมีการจัดการองค์กร โครงสร้างขององค์กร โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่และสรรหาผู้รับผิดชอบของงาน เพื่อให้สามารถกำกับ ติดตาม และการดำเนินการตามนโยบายได้สำเร็จจุลล่งอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเพื่อให้ชุมชนมีการจัดการ องค์กร มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน ที่เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ผู้วิจัยจึง จัดการประชุมกลุ่มร่วมกับผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชน และบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสรรหา บุคคลที่จะมาทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน



รูปที่ 3 แผนผังโครงสร้างองค์กรในการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน

3) **การวางแผน (Planning)** เมื่อมีการกำหนดบทบาทหน้าที่และสรรหาผู้รับผิดชอบแล้ว ผู้มีหน้าที่ดังกล่าวต้องมีประชุมและการวางแผนการดำเนินงานและกิจกรรมต่างๆ ซึ่งแผนงานที่ได้นั้นอาจอยู่ในรูปของโครงการหรือกิจกรรมสำหรับการขับเคลื่อนให้ปฏิบัติตามนโยบาย ดังนั้นเพื่อให้ชุมชนได้มีการวางแผนสำหรับกิจกรรมที่สำคัญในพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ผู้วิจัยจึงจัดการประชุมกลุ่มร่วมกับผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชน และบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดกิจกรรมที่ใช้ในการขับเคลื่อนการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน



รูปที่ 4 ประชุมการกำหนดกิจกรรมที่ใช้ในการขับเคลื่อนการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน

4) **การมีส่วนร่วม (Participation)** การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน โดยการนำรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเข้ามาใช้ เพื่อให้คนในชุมชนให้ความสนใจหรือให้ความร่วมมือกันในการแก้ปัญหาหรือพัฒนา และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งร่วมกันมากขึ้น ร่วมกันดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ โดยมีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายเดียวกันคือพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน โดยกิจกรรมที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการคือการร่วมสำรวจความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน เพื่อหาสิ่งที่จะปรับปรุงพัฒนาในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนร่วมกันโดยสิ่งที่ทำการปรับปรุงสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำ คือ การติดป้ายเตือนอันตรายน้ำลึก และติดตั้งอุปกรณ์ช่วยเหลือทางน้ำ ซึ่งอุปกรณ์ช่วยเหลือทางน้ำทางชุมชนได้มีการติดตั้งเรียบร้อยแล้ว ส่วนการติดป้ายเตือนอันตรายน้ำลึกได้มีการจัดหาอุปกรณ์เรียบร้อยแล้ว ซึ่งอยู่ระหว่างการสำรวจพื้นที่การติดตั้ง ซึ่งจะมีการดำเนินการต่อเนื่องในปีถัดไป



รูปที่ 5 การมีส่วนร่วมในการลงพื้นที่สำรวจความปลอดภัยของแหล่งน้ำในชุมชน



รูปที่ 6 การปรับปรุงสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำ

5) การวัดประสิทธิภาพ (Measuring performance) มีการใช้เครื่องมือในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำ ได้แก่ เครื่องมือแบบสำรวจความปลอดภัยของแหล่งน้ำในชุมชน สำหรับวัดประสิทธิภาพของการดำเนินกิจกรรมการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน เพื่อป้องกันการจมน้ำให้สอดคล้องกับ 6 มาตรการ และ 4 กลยุทธ์ ตามคำแนะนำของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค^(1,7)

6) การตรวจสอบประสิทธิภาพ (Auditing and reviewing performance) มีการตรวจสอบประสิทธิภาพอย่างเป็นระบบโดยอาศัยข้อมูลจากการติดตามอุบัติการณ์อุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ประชุมกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แนวทางสู่การพัฒนา และตรวจสอบประสิทธิภาพของการดำเนินงานควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนจากผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชน และบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากดำเนินกระบวนการที่วางแผนทางทีมผู้วิจัยร่วมกับผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชน และบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดกิจกรรมเพื่อประชุมกลุ่ม แลกเปลี่ยน ถอดบทเรียน เพื่อหาแนวทางสู่

การพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน และได้ร่วมกันจัดทำคู่มือการมีส่วนร่วมในการสร้างมาตรฐานควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนขึ้นสำหรับใช้ในชุมชนตำบลค้อทอง รวมทั้งมีการวางแผนในการสอนเด็กวัยเรียนให้ว่ายน้ำเป็นและมีทักษะด้านความปลอดภัยทางน้ำ และฝึกผู้เห็นเหตุการณ์ให้รู้จักวิธีการช่วยเหลือและการช่วยฟื้นคืนชีพที่ปลอดภัย ซึ่งจะดำเนินต่อเนื่องในลำดับถัดไปสู่การวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง



รูปที่ 7 ประชุมกลุ่ม แลกเปลี่ยน ถอดบทเรียน และลงพื้นที่สำรวจหลังดำเนินการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน

3. ผลของการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน จากการดำเนินการกระบวนการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนเสร็จสิ้นครบกระบวนการตามหลักการบริหารงานด้านสุขภาพและความปลอดภัย ตามคำแนะนำของ HSE (Health and Safety Executive)⁽⁸⁾ ดังนั้นเพื่อวิเคราะห์ว่าการดำเนินการตามกระบวนการดังกล่าวในการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน สามารถป้องกันการจมน้ำเป็นไปตาม 6 มาตรการ และ 4 กลยุทธ์ ในการป้องกันการจมน้ำตามคำแนะนำของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โดยแปลจากองค์การอนามัยโลก^(1,7) จึงดำเนินการสำรวจความปลอดภัยของแหล่งน้ำ จำนวน 13 รายการ ตามมาตรการและกลยุทธ์ดังกล่าวหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน เพื่อนำมาสำรวจความปลอดภัยของแหล่งน้ำหลังการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนร่วมกับผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชน และบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวม 32 คน โดยการสำรวจความปลอดภัยของแหล่งน้ำในชุมชนจำนวน 6 แห่ง

วิเคราะห์ข้อมูลสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน จากแบบสำรวจจำนวน 13 ข้อ เพื่อสำรวจความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชนหลังการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน โดยสามารถวิเคราะห์ได้ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชนหลังการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน จำแนกตามข้อมูลสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน (n=6)

รายละเอียดข้อมูล	ผลการสำรวจสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน		
	สอดคล้อง n (%)	ไม่สอดคล้อง n (%)	การแปลผล
1. แหล่งน้ำสาธารณะไม่อยู่ใกล้บ้านเรือนหรือชุมชน		6 (100)	ความเสี่ยงสูง
2. บ้านที่มีเด็กแรกเกิดถึงห้าปี ไม่มีบ่อน้ำ บ่อเลี้ยงปลา หรือแหล่งน้ำอื่นๆ บริเวณภายในบ้าน	6 (100)		ความเสี่ยงต่ำ
3. บ้านที่มีบ่อน้ำ บ่อเลี้ยงปลา หรือแหล่งน้ำอื่นๆ บริเวณภายในบ้าน มีอุปกรณ์ป้องกันการเข้าถึงแหล่งน้ำอย่างปลอดภัย	6 (100)		ความเสี่ยงต่ำ
4. พื้นที่สำหรับเด็กเล่นอยู่ห่างจากแหล่งน้ำสาธารณะ	2 (33.33)	4 (66.67)	ความเสี่ยงสูง
5. ไม่มีเศษแก้ว หนาม หรือของมีคมบริเวณแหล่งน้ำสาธารณะ	1 (16.67)	5 (83.33)	ความเสี่ยงสูง
6. มีป้ายเตือน สัญลักษณ์ แสดงบอก ลักษณะ น้ำลึก น้ำตื้น หรือน้ำวน บริเวณแหล่งน้ำสาธารณะ	6 (100)		ความเสี่ยงต่ำ
7. มีจุดหรือบริเวณให้ขึ้น-ลงน้ำอย่างมั่นคงปลอดภัย	1 (16.67)	5 (83.33)	ความเสี่ยงสูง
8. มีป้ายคำชี้แจง ข้อปฏิบัติในการใช้น้ำ หรือกิจกรรมต่างๆ บริเวณแหล่งน้ำสาธารณะ	1 (16.67)	5 (83.33)	ความเสี่ยงสูง
9. มีอุปกรณ์ช่วยลอยน้ำ เช่น ห่วงยาง เชือก โยน เรือ ฯลฯ บริเวณแหล่งน้ำสาธารณะ	6 (100)		ความเสี่ยงต่ำ
10. มีข้อความวิธีใช้อุปกรณ์ช่วยลอยน้ำ เช่น ห่วงยาง เชือก โยน เรือ ฯลฯ บริเวณแหล่งน้ำสาธารณะ	6 (100)		ความเสี่ยงต่ำ
11. มีข้อความ เบอร์โทร ข้อมูลการติดต่อในการช่วยเหลือ เมื่อเกิดเหตุอุบัติเหตุทางน้ำ หรือเหตุฉุกเฉินบริเวณแหล่งน้ำสาธารณะ		6 (100)	ความเสี่ยงสูง

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ของสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชนหลังการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน จำแนกตามข้อมูลสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน (n=6)

รายละเอียดข้อมูล	ผลการสำรวจสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน		
	สอดคล้อง n (%)	ไม่สอดคล้อง n (%)	การแปลผล
12. มีการกั้นพื้นที่แหล่งน้ำสาธารณะป้องกัน การตกน้ำ กรณีแหล่งน้ำอยู่ใกล้กับพื้นที่ ในชุมชน		6 (100)	ความเสี่ยงสูง
13. มีข้อความแสดงวิธีการช่วยปฐมพยาบาล เบื้องต้น กรณีมีผู้ประสบอุบัติเหตุทางน้ำ บริเวณแหล่งน้ำสาธารณะ		6 (100)	ความเสี่ยงสูง

ภายหลังการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน โดยการปรับปรุงสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำ คือ การติดป้ายเตือนอันตรายน้ำลึก และติดตั้งอุปกรณ์ช่วยเหลือทางน้ำ ทำให้ข้อที่มีความเสี่ยงสูงในเรื่องดังกล่าวมีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นเมื่อวิเคราะห์ตาม 6 มาตรการ และ 4 กลยุทธ์ จะพบว่าสภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชนหลังการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ที่มีการพัฒนาเพิ่มขึ้น 2 ประเด็น คือ

1) กลยุทธ์ที่ 1 การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการจมน้ำให้แก่ประชาชนผ่านการสื่อสารเชิงกลยุทธ์ โดยการให้ผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องมามีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ตั้งแต่การสำรวจความปลอดภัยทางน้ำและการวางแผนปรับปรุงสภาพความปลอดภัยทางน้ำร่วมกัน

2) กลยุทธ์ที่ 4 การพัฒนาการป้องกันการจมน้ำผ่านการเก็บข้อมูลและงานวิจัยที่ออกแบบมาอย่างดี ซึ่งการดำเนินการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน มีกระบวนการดำเนินงานผ่านการเก็บข้อมูลและงานวิจัยที่นักวิจัยได้รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบในการร่วมพัฒนาการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน

สรุปว่าจากการวิเคราะห์ตาม 6 มาตรการ และ 4 กลยุทธ์ จะพบว่าหลังการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ชุมชนมีการดำเนินการแล้ว 2 มาตรการ และ 3 กลยุทธ์ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากก่อนการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับการป้องกันการจมน้ำตามคำแนะนำสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค⁽¹⁾⁽⁷⁾ และชุมชนมีการวางแผนที่จะพัฒนาอีก 2 มาตรการ คือ มาตรการที่ 2 สอนเด็กวัยเรียนให้ว่ายน้ำเป็นและมีทักษะด้านความปลอดภัยทางน้ำ และมาตรการที่ 5 ฝึกผู้เห็นเหตุการณ์ให้รู้จักวิธีการช่วยเหลือและการช่วยฟื้นคืนชีพที่ปลอดภัย ซึ่งจะดำเนินการต่อเนื่องในลำดับถัดไป

สรุปและอภิปรายผล

สามารถสรุปและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. **สภาพความปลอดภัยแหล่งน้ำในชุมชน** โดยชุมชนตำบลค้อทอง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน เพื่อป้องกันการจมน้ำให้สอดคล้องตาม 6 มาตรการ และ 4 กลยุทธ์ ในการป้องกันการจมน้ำตามคำแนะนำของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โดยแปลจากองค์การอนามัยโลก^(1,7) โดยใช้มาตรการติดตั้งอุปกรณ์ความปลอดภัยทางน้ำบริเวณแหล่งน้ำชุมชนกลางน้อยที่มีอุบัติเหตุการจมน้ำมากที่สุด และติดป้ายเตือนน้ำลึกพร้อมอุปกรณ์ช่วยเหลือ หลังจากการดำเนินการปรับปรุงสภาพความปลอดภัยของแหล่งน้ำ ทำให้ชุมชนสามารถปฏิบัติการป้องกันการจมน้ำตามคำแนะนำของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค^(1,7) ให้มีความสอดคล้อง 2 มาตรการ และ 3 กลยุทธ์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Peden et al.⁽¹⁰⁾ ศึกษาการป้องกันการจมน้ำเสียชีวิตในแม่น้ำ ซึ่งพบว่า การแก้ไขที่การบริหารจัดการคือวิธีที่สามารถควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Gunatilaka & Ozanne-Smith⁽¹¹⁾ ทำการสำรวจสิ่งประดิษฐ์มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการจมน้ำ ผลของการศึกษาพบว่า อุปกรณ์ที่ใช้ช่วยเหลือในการป้องกันการจมน้ำต่าง ๆ มีประสิทธิภาพที่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามอุปกรณ์หรือสิ่งประดิษฐ์มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการจมน้ำสามารถช่วยเหลือผู้ประสบภัยหรือป้องกันการจมน้ำได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งดีกว่าการที่ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือใดๆ

2. **แนวทางการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนตำบลค้อทอง** จากการดำเนินงานโครงการวิจัยทำให้คนในชุมชนมีทางพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนตำบลค้อทอง โดยดำเนินการตามข้อแนะนำของ HSE (Health and Safety Executive)⁽⁸⁾ เกี่ยวกับหลักการบริหารงานด้านสุขภาพและความปลอดภัยมีหลักการสู่ความสำเร็จ 5 ข้อ และผู้วิจัยได้เพิ่มหลักการการมีส่วนร่วมอีก 1 ข้อ ดังนั้นทางพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนตำบลค้อทอง จึงมีหลักการสู่ความสำเร็จ 6 ข้อ หลังจากการดำเนินการตามแนวทางทั้ง 6 ข้อ ทำให้ชุมชนมีการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนตำบลค้อทอง โดยผลลัพธ์ที่ได้คือ

- 1) ชุมชนมีนโยบายในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน
- 2) ชุมชนมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบมีแผนผังโครงสร้างองค์กรในการดำเนินการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนอย่างชัดเจน
- 3) ชุมชนมีการวางแผนกิจกรรมในการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
- 4) ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ร่วมกันออกสำรวจความปลอดภัยของแหล่งน้ำ วางแผนและปรับปรุงสภาพความปลอดภัยร่วมกัน
- 5) ชุมชนมีเครื่องมือที่ใช้ในการวัดประสิทธิภาพของการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน และ
- 6) ชุมชนมีการตรวจสอบประสิทธิภาพของการพัฒนามาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน และมีการจัดทำคู่มือการมีส่วนร่วมในการสร้างมาตรฐานควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชนขึ้นสำหรับใช้ในชุมชนตำบลค้อทอง ซึ่งหลังจากชุมชนปฏิบัติตามหลักการดังกล่าว ทำให้ชุมชน

มีมาตรการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำที่สามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้ชุมชนมีความปลอดภัยในการใช้ประโยชน์จากแหล่งน้ำในชุมชนและลดการสูญเสีย สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกศรา แสนศิริวิสุข และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมความปลอดภัยจากการบาดเจ็บจากรถและจมน้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคอนกาม อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า รูปแบบในการสร้างเสริมความปลอดภัย การสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และการประเมินความเสี่ยง ทำให้ชุมชนมีกิจกรรมการสร้างเสริมความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ กิรณา เอี่ยมสำอางค์ และคณะ⁽¹³⁾ ศึกษาการสร้างและขยายให้เกิดเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันเด็กตกน้ำจมน้ำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ภาคตะวันออก ผลการศึกษาพบว่า ผลจากการดำเนินงานทำให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญของผู้บริหารในพื้นที่ที่สนับสนุนงบประมาณ ดำเนินการ และความเข้มแข็งของทีมงาน ทำให้มีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาเป็นพันธมิตร ร่วมกับการกระตุ้นติดตามผลเป็นระยะ และการจัดเวทีถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามพื้นที่ของผู้วิจัย ทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้ดำเนินการในพื้นที่ตนเองได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำมาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ขยายผลไปใช้ในชุมชนอื่น ๆ ที่มีปัญหาหรือมีสภาพภูมิศาสตร์ใกล้เคียง
2. นำมาตรการชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน ขยายผลไปใช้ในชุมชนอื่น ๆ โดยเพิ่มการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่เด็กอายุในช่วง 5-12 ปี
3. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยทางน้ำเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) จากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และขอขอบคุณชุมชนตำบลค้อทอง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือปฏิบัติการการป้องกันการจมน้ำ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2562 กันยายน 22]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/คู่มือปฏิบัติการการป้องกันการจมน้ำ_\(Preventing_drowning\).pdf](http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/คู่มือปฏิบัติการการป้องกันการจมน้ำ_(Preventing_drowning).pdf).
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์จมน้ำโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2562 กันยายน 22]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/drowning/สถานการณ์จมน้ำโลก.pdf>.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จำนวนการตายจากจมน้ำ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2562 กันยายน 22] เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/document/file/drowning/จำนวนการตายจากจมน้ำ.pdf>.

4. สุขาดา เกิดมงคลการ, สัม เอกเฉลิมเกียรติ และคณะ. ประเมินผลการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำ. “วัคซีนป้องกันเด็กจมน้ำ”. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2557.
5. กรมประมง. จำนวนและพื้นที่แหล่งน้ำปิดและแหล่งน้ำจืดในจังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 เมษายน 20]. เข้าถึงได้จาก:
https://www4.fisheries.go.th/local/file_document/20200301104624_new.pdf.
6. องค์การบริหารส่วนตำบลค้อทอง. สถิติการเกิดอุบัติเหตุทางน้ำในชุมชน [สัมภาษณ์]. 2663 [วันที่ 18 มกราคม 2563].
7. World Health Organization. Preventing Drowning: An implementation guide. Geneva: World Health Organization; 2017.
8. Health and Safety Executive. Successful Health and Safety Management. 2nd ed. [Internet]. 1997 cited 2020 Sep. 22]. Available from:
<https://www.sh168.org.tw/getRef.ashx?id=176>
9. Bloom BS, Hasting T, Madaus GF. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
10. Peden AE, Franklin RC, Leggat P. Preventing river drowning deaths: Lessons from coronial recommendations. Health Promotion Journal of Australia 2018; 29(2):144-52.
11. Gunatilaka A, Ozanne-Smith J. A survey of inventions aimed at preventing drowning. International Journal of Injury Control and Safety Promotion 2006; 13(2):119-21.
12. เกศรา แสนศิริทวีสุข, ณพพร สีหะวงษ์, สุขสันต์ กองสะดี. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความปลอดภัยจากการบาดเจ็บจมน้ำ โดยการใช้มีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคอนกาม อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559;25(5):812-22.
13. กิรณา เอี่ยมสำอาง, สิริลักษณ์ บัวเย็น, สมชัย จิรโรจน์วัฒน. การสร้างและขยายให้เกิดเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันเด็กตกน้ำจมน้ำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ภาคตะวันออก. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557;27(4):975-83.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี

รัตนา มาฆะสวัสดิ์^{*a}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนในจังหวัดปทุมธานี ปีการศึกษา 2563 จำนวน 200 คน โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียดในการเรียน และสัมพันธภาพกับเพื่อน พัฒนาโดยผู้วิจัยและผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถามทั้งสามปัจจัย มีค่าเท่ากับ 0.82, 0.85 และ 0.80 ตามลำดับ และ 3) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ9) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวง วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.0) อายุระหว่าง 17–18 ปี (ร้อยละ 70.0) และกำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 และ 5 (ร้อยละ 65.0) 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้า ที่ระดับ $p < 0.05$ มีสองปัจจัย ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($r = -0.245$) และสัมพันธภาพกับเพื่อน ($r = -0.400$) ส่วนความเครียดในการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ($r = 0.535$) และปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียดในการเรียน และสัมพันธภาพกับเพื่อน โดยสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 42.80 ($R = 0.428$, $p < 0.05$)

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า; ปัจจัย; นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

^{*} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

^a ผู้เขียนหลัก รัตนา มาฆะสวัสดิ์ Email: ratana2021@ptu.ac.th

รับบทความ: 7 มิ.ย. 64; รับบทความแก้ไข: 5 ก.ค. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 5 ก.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 21 ก.ค. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.38>

Factors Influencing Depression among High School Students in Pathum Thani Province

Rattana Makassawad^{*a}

Abstract

The objective of this research was to study factors Influencing depression in high school students in Pathum Thani province. Samples were consisted of 200 high school students from schools in Pathum Thani during academic year 2020 selected by proportional random sampling. The data were collected between September to October of 2020. The instruments used in this study were divided into 3 parts: 1) demographic data, 2) factors influencing depression including self-esteem, stress from studies, and relationships with friends; each factor was tested for reliability yielding Cronbach's alpha coefficient of 0.82, 0.85, and 0.80, respectively, and 3) the Nine Patient Health Questionnaire Screening (PHQ-9) for depression screening developed by the Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The data were analyzed using frequencies, percentages, means and standard deviations for descriptive data. Factors influencing depression among high school students were analyzed using Pearson's product moment correlation coefficients and multiple regression equation analysis.

The results revealed that the majority of the samples were females (65.0%), ages between 17-18 years (70.0%), were studying in Matthayom Suksa 4 and 5 (65.0%). Preliminary tests of factors influencing depression showed that 2 factors negatively correlated with depressions were self-esteem ($r=-0.245$) and relationships with friends ($r=-0.400$) while stress from studies had a positive relationship with students' depression at $p<0.05$. Regression analysis showed that factors that can predict depression in high school students were self-esteem, stress from studies and could predict the depression by 42.80 percent ($R=0.428$, $p<0.05$).

Keywords: Depression; Factors; High school students

^{*} Lecturer, Faculty of Nursing, Pathum Thani University

^a Corresponding author Rattana Makassawad Email: ratana2021@ptu.ac.th

Received: Jun. 7, 21; Revised: Jul. 5, 21; Accepted: Jul. 5, 21; Published Online Jul. 21, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.38>

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดการสูญเสียด้านสุขภาพและเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศไทย Park⁽¹⁾ ศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้า พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยเท่านั้น แต่เกี่ยวเนื่องไปถึงปัญหาการใช้ชีวิต การเข้าสังคม และอาจทวีความรุนแรงไปถึงการคิดฆ่าตัวตาย จากข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระหว่างปี พ.ศ. 2552-2562 โดยกรมสุขภาพจิต⁽²⁾ ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจในประเทศไทยมีจำนวนถึง 1,439,710 คน ต่อประชากรทั้งหมดของเทศที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 48,986,657 คน แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาภาวะซึมเศร้าที่มีในประชากรไทยในแต่ละเขตสุขภาพ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญในการหาทางแก้ไข สำหรับเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 8 จังหวัด มีจำนวนผู้ป่วยจากการคาดการณ์ประมาณ 106,204 คน จากประชากรทั้งหมด จำนวน 4,425,132 คน โดยจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 24,954 คน ต่อประชากร 1,039,754 คน และรองลงมาพบว่า เป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานีถึง 22,364 คน ต่อประชากร 931,815 คน

จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่าวัยรุ่นไทยอายุระหว่าง 10-19 ปี เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่า 3 ล้านคนและมีการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแล้วมากกว่า 1 ล้านคน นอกจากนี้ จากข้อมูลสายด่วนปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นอายุ 11-19 ปี พบว่ามีการโทรศัพท์มาขอคำปรึกษาในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 10,120 ครั้ง และในปี พ.ศ. 2563 มีการโทรศัพท์มาขอคำปรึกษา จำนวน 11,112 ครั้ง และยังพบว่า ปัญหา 3 อันดับแรกที่มีการขอคำปรึกษา ได้แก่ ความเครียดและความวิตกกังวล เรื่องความรัก และภาวะซึมเศร้า⁽³⁾ ดังนั้นหากพิจารณาจากสถานการณ์ในปัจจุบันจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้ในทุกช่วงวัยของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่น⁽⁴⁻⁵⁾ เนื่องจากเป็นช่วงรอยต่อจากวัยเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต อันเป็นผลมาจากสิ่งเร้าต่างๆ ที่มาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางร่างกาย อารมณ์และสังคม⁽⁶⁾ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นช่วงที่มีพัฒนาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทุกด้าน แต่ทางด้านร่างกายเป็นด้านที่สามารถสังเกตได้ชัดเจนมากที่สุด นอกจากจะมีพัฒนาการการเรียนรู้เติบโตที่เกิดขึ้นแล้ว ยังจัดเป็นวัยที่อยู่ในช่วงเลี้ยวหัวต่อของชีวิต เพราะนอกจากจะมีเนื้อหาการเรียนที่เข้มข้นแล้ว ยังเป็นช่วงที่ต้องเชื่อมต่อที่จะเข้าสู่ระบบอุดมศึกษาซึ่งมีความแตกต่างไปจากเดิม เช่น การเลือกคณะหรือสาขาอาชีพที่ชอบ การย้ายจากโรงเรียนไปสู่สังคมอุดมศึกษาที่มีการแข่งขันกันมากขึ้น เป็นต้น สิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาอื่นตามมาได้ เช่น ปัญหาทางด้านการเรียน ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความคาดหวังของสังคมรวมถึงแรงกดดันในตัววัยรุ่นเองที่จะวางแผนรูปแบบการศึกษาของตนเอง และกำหนดอนาคตด้านการศึกษา รวมไปถึงการประกอบอาชีพด้วย⁽⁷⁾ ถ้าหากวัยรุ่นไม่สามารถจัดการกับปัญหาและควบคุมอารมณ์กับสิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วจะทำให้วัยรุ่นต้องประสบกับความเครียดจนเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้⁽⁷⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น พบว่าปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีหลายด้าน จากการวิเคราะห์ พบว่าปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น ความฉลาดทางจิตวิญญาณ ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนและครอบครัว และการติดอินเทอร์เน็ต และปัจจัยทางครอบครัว เช่น สถานภาพสมรสของบิดามารดา ระดับความเครียดในครอบครัว สถานะทางการเงินในครอบครัว รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูและการทำหน้าที่ของครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้ล้วน

เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า^(5,8-10) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องของ Bronfenbrenner⁽¹¹⁾ ที่ให้ความสำคัญกับบุคคลอันแสดงถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง และสิ่งแวดล้อมในที่นี้จะกล่าวถึงระดับจุลภาคที่หมายถึงตัวบุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาการหรือภาวะสุขภาพของบุคคล เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัวบุคคลคือเพื่อนและมีปฏิสัมพันธ์กับวัยรุ่นโดยตรงอันจะส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีอัตราความทุกข์ค่อนข้างสูงและต้องเตรียมตัวสอบคัดเลือกในอุดมศึกษาทำให้เกิดความสับสน มีภาวะเครียดและความวิตกกังวลนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้⁽⁷⁾ ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นในพื้นที่รับผิดชอบของมหาวิทยาลัย จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบัน โดยผลของการวิจัยในครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงสถานการณ์ทางสุขภาพจิตของวัยรุ่นในปัจจุบันและนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและเฝ้าระวังรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อลดปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าให้กับวัยรุ่นต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดปทุมธานี

คำถามการวิจัย

ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสังเคราะห์จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่สามารถวางแผนแก้ไขได้ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดของ Bronfenbrenner⁽¹¹⁾ เกี่ยวกับแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับบุคคล สิ่งแวดล้อมและการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอันจะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ดังนี้



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ปีการศึกษา 2563 จำนวน 3,890 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดย โดยกำหนดค่า Power เท่ากับ 0.80 และกำหนดค่า Effect size จากการคำนวณได้ค่าเท่ากับ 0.20 ได้ค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 192 คน⁽¹²⁾ และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ รวมตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 200 คน จากโรงเรียนใน 5 แห่ง โดยผู้วิจัยทำการสุ่มโรงเรียนโดยใช้อัตราส่วน 3:1⁽¹³⁾ ได้จำนวน 2 แห่ง และสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละชั้นปี (Proportional random sampling) และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ในแต่ละโรงเรียน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนคณะราษฎรบำรุง จำนวน 96 คน และโรงเรียนปทุมวิไล จำนวน 104 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ และระดับชั้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียดในการเรียน และสัมพันธ์กับเพื่อน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ด้านการเห็นคุณค่าในตนเองเท่ากับ 0.82 ด้านความเครียดในการเรียนเท่ากับ 0.85 และด้านสัมพันธ์กับเพื่อนเท่ากับ 0.80 แบบสอบถามในส่วนนี้มีจำนวน 33 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ และแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 5 ระดับ โดยคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึงมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึงมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึงปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึงน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึงน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ9) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁴⁾ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ และแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 4 ระดับ โดยค่าคะแนนน้อยกว่า 7 หมายถึง ระดับน้อยมาก คะแนน 7-12 หมายถึง ระดับน้อย คะแนน 13-18 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ซึมเศร้าระดับรุนแรง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี เลขที่ PPHO-REC 2563/78 ลงวันที่ 20/07/2563 และเมื่อได้รับการพิจารณาตรวจสอบเรียบร้อยแล้วจึงได้ดำเนินการขออนุญาตไปยังผู้อำนวยการโรงเรียนในกลุ่มเป้าหมาย เมื่อได้รับการอนุญาตจึงดำเนินการเก็บข้อมูล และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่บรรลุนิติภาวะทางกฎหมาย ผู้วิจัยจึงดำเนินการขออนุญาตจากผู้ปกครองของกลุ่ม

ตัวอย่างโดยอธิบายรายละเอียดการวิจัยและให้เซ็นอนุญาตในใบยินยอม และเมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง จึงให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง ผู้วิจัยได้ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ระยะเวลาการทำแบบสอบถามประมาณไม่เกิน 30 นาที ข้อมูลต่างๆ ที่ได้ในการวิจัย จะเก็บเป็น ความลับ ใช้ประโยชน์เฉพาะเชิงวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่เข้าร่วม การวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยในภายหลัง ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตามผลจากการปฏิเสธจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจแล้วให้เซ็นยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. ภายหลังได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียน โดยชี้แจงรายละเอียดและ วัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะทำความเข้าใจเนื้อหาและ ปฏิบัติไปในทางเดียวกัน เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
2. ผู้วิจัยประสานงานขอความร่วมมือกับอาจารย์ประจำชั้นเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่ผู้ปกครอง ของนักเรียนเพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและให้ผู้ปกครองเซ็นใบยินยอมอนุญาตให้นักเรียนระดับชั้น มัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนในจังหวัดปทุมธานีเข้าร่วมการวิจัย คำตอบทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนในจังหวัด ปทุมธานี
4. การจัดกระทำข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยเมื่อได้ตรวจสอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้ว มาลงรหัส และบันทึกข้อมูลไว้ และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นสถิติเชิง บรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentages) ค่าเฉลี่ย (Means) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviations) และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดปทุมธานี โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) และการวิเคราะห์ สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.0) อายุระหว่าง 17-18 ปี (ร้อย ละ 70.0) และกำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 (ร้อยละ 65.0) การวิเคราะห์ ข้อมูลของปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภาวะซึมเศร้าทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และความเครียดในการเรียน และภาวะซึมเศร้า ได้ผลดังนี้

การเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นคุณค่าในตนเองระดับมาก ($n=70$, 35.0%) รองลงมาคือระดับปานกลาง ($n=60$, 30.0%) โดยมีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.75$, $SD=0.90$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ($n=200$)

ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	55	27.5
มาก	70	35.0
ปานกลาง	60	30.0
น้อย	15	7.5
รวม	200	100.0

ความเครียดในการเรียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดในการเรียนระดับมาก ($n=70$, 35.0%) และมากที่สุด ($n=70$, 35.0%) โดยมีค่าเฉลี่ยความเครียดในการเรียนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.35$, $SD=0.70$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความเครียดในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ($n=200$)

ระดับความเครียดในการเรียน	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	70	35.0
มาก	70	35.0
ปานกลาง	35	17.5
น้อย	15	7.5
น้อยที่สุด	10	5.0
รวม	200	100.0

สัมพันธ์ากับเพื่อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธ์ากับเพื่อนในระดับมาก ($n=80$, 40.0%) รองลงมาคือระดับปานกลาง ($n=55$, 27.5%) โดยมีค่าเฉลี่ยสัมพันธ์กับเพื่อนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.60$, $SD=1.00$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับสัมพันธภาพกับเพื่อนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (n=200)

ระดับสัมพันธภาพกับเพื่อน	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	48	24.0
มาก	80	40.0
ปานกลาง	55	27.5
น้อย	15	7.5
น้อยที่สุด	2	1.0
รวม	200	100.0

ภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งรายงานว่าภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (n=100, 50.0%) รองลงมาภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย (n=70, 35.0%) โดยมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}$ (=14.50, SD=0.85) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (n=200)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
รุนแรง	5	2.5
ปานกลาง	100	50.0
น้อย	70	35.0
น้อยมาก	25	12.5
รวม	200	100.0

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียดในการเรียน และสัมพันธภาพกับเพื่อน ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สมการถดถอย ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน ดังนี้

- 1) การวิเคราะห์แจกแจงข้อมูลตัวแปรทุกตัวมีการกระจายแบบปกติ
- 2) การวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัว ซึ่งตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในเบื้องต้น ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlations) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง และสัมพันธภาพกับเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ที่ระดับ $p < 0.05$ ($r = -0.245$ และ -0.400 ตามลำดับ) ส่วนความเครียดในการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ที่ระดับ $p < 0.05$ ($r = 0.535$) ดังที่ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

ตัวแปร	การเห็นคุณค่าในตนเอง	ความเครียดในการเรียน	สัมพันธภาพกับเพื่อน	ภาวะซึมเศร้า
การเห็นคุณค่าในตนเอง	1	0.407**	0.512**	0.-245**
ความเครียดในการเรียน		1	0.445**	0.535**
สัมพันธภาพกับเพื่อน			.1	-.400**
ภาวะซึมเศร้า				1

*p < 0.05; **p<0.01

จากตารางที่ 5 เป็นการตรวจสอบตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์กันเองหรือไม่ ซึ่งพบว่า ตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์กันเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยมีความสัมพันธ์กันตั้งแต่ -0.245 ถึง 0.535 และไม่มีตัวทำนายคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเองสูงกว่า 0.750 ซึ่งสามารถนำไปวิเคราะห์เพื่อหาอำนาจในการทำนายภาวะซึมเศร้า โดยไม่เกิดปัญหาตัวทำนายมีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity) ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน⁽¹⁵⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำตัวแปรทำนาย ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียดและสัมพันธภาพกับเพื่อนไปวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปรทำนายภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์อิทธิพลด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) และทดสอบระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 นำเสนอผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสถิติการวิเคราะห์ตัวทำนายภาวะซึมเศร้าโดยวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (n=200)

ตัวแปรพยากรณ์	b	β	t	P-Value
การเห็นคุณค่าในตนเอง	-0.128	-0.241	-3.653**	0.001
ความเครียดในการเรียน	0.198	0.314	4.739**	0.001
สัมพันธภาพกับเพื่อน	-0.132	-0.289	-4.362**	0.001

$\beta = 2.817$, $R = 0.428$, $R^2 = 0.388$, $R^2 \text{ adjust} = 0.341$, $F = 18.023$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 6 พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียดในการเรียนและสัมพันธภาพกับเพื่อนมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = -0.241$) ความเครียดในการเรียน ($\beta = 0.314$) และสัมพันธภาพกับเพื่อน ($\beta = -0.289$) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 42.80 ($R = 0.428$, $p < 0.05$) สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยที่ดีที่สุด ได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$Y' (\text{ภาวะซึมเศร้า}) = 2.817 + -0.128 (\text{การเห็นคุณค่าในตนเอง}) + 0.198 (\text{ความเครียดในการเรียน}) + -0.132 (\text{สัมพันธภาพกับเพื่อน})$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z' (\text{ภาวะซึมเศร้า}) = -0.241 (\text{การเห็นคุณค่าในตนเอง}) + -0.314 (\text{ความเครียดในการเรียน}) + -0.289 (\text{สัมพันธภาพกับเพื่อน})$$

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียดในการเรียนและสัมพันธภาพกับเพื่อนสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 42.80 ($R=0.428$, $p<0.05$)

จากผลการวิจัย พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.0 ($\bar{X}=14.50$, $SD=0.85$) ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งข้อค้นพบจากงานวิจัยที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง และสัมพันธภาพกับเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ที่ระดับ 0.05 ($r=-0.245$ และ -0.400 ตามลำดับ) และความเครียดในการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ที่ระดับ 0.05 ($r=0.535$) ซึ่งก็สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^(5,7) และในภาวะวิกฤติที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ทำให้มีการปรับการเรียนการสอนใหม่โดยเฉพาะเวลาเรียนที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจส่งผลต่อความเครียดของนักเรียนได้ สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีรายละเอียดดังนี้

การเห็นคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($\beta=-0.241$, $p<0.05$) แสดงว่าหากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีคุณค่าในตนเองย่อมจะเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของคอย ละอองอ่อน⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 6 จังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการอบรมเลี้ยงดูสามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 10 นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความไม่มั่นคงของการมองเห็นคุณค่าในตนเองมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า⁽¹⁷⁾ และการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นอาจเนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการยอมรับความรักและ ความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างและหากไม่ได้ รับการตอบสนอง ก็จะทำให้รู้สึกเสียคุณค่าในตนเองสับสน และเสียใจอันจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้⁽¹⁸⁾ ดังนั้นการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญภายในของบุคคล และเป็นพื้นฐานของภาวะสุขภาพจิตสามารถเปลี่ยนได้ตามวัย วุฒิภาวะ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ของชีวิต ซึ่งหากบุคคลเห็นคุณค่าในตนเองก็จะทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น

ความเครียดในการเรียนมีอิทธิพลทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($\beta=0.314$, $p<0.05$) โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.61$, $SD=0.72$) ซึ่งการที่นักเรียนมีความเครียดในการเรียนอยู่ในระดับมากอาจเนื่องจากสถานการณ์โควิดทำให้เนื้อหาการเรียนการสอนเปลี่ยนไป มีปริมาณงานเพิ่มขึ้นและต้องเรียนหนักเพื่อให้ชดเชยช่วงเวลาที่หายไป จึงส่งผลให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา อู๋รัตนมณี และสุภาวดี เลิศสำราญ⁽⁴⁾ ที่พบว่าปริมาณงานที่ได้รับมอบหมายระหว่างเรียนมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และความกดดันที่ต้องเรียนอย่างหนักทำให้เกิดความเครียดก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า⁽¹⁹⁾ ซึ่งหากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีการปรับตัวเมื่อเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไม่เหมาะสม ขาดทักษะในการเผชิญปัญหา⁽²⁰⁾ จะทำให้เกิดความเครียดและกดดันอันจะส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักเรียนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจะมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ และมีความเครียดด้านการเรียนอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำจึงไม่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²¹⁾

สำหรับสัมพันธภาพกับเพื่อนก็มีอิทธิพลทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.289, p < 0.05$) แสดงว่าหากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเห็นว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่าก็จะไม่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพันธ์ เสี่ยงเสนา และคณะ⁽⁵⁾ ที่พบว่าความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีอิทธิพลทางลบโดยตรงกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย ($\beta = -0.211, p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจิรา จันระลักษณะ และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่าความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ($\beta = -0.15, p < 0.001$) และตามทฤษฎีของ Bronfenbrenner⁽¹¹⁾ ที่ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัวของบุคคลนั้นคือเพื่อนในชั้นเรียน ซึ่งเพื่อนเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่นเป็นอย่างมาก เนื่องจากเพื่อนเป็นบุคคลที่ช่วยทำให้มีความมั่นใจ มีส่วนในการทำให้มีการตั้งเป้าหมายและวางแผนในอนาคตของชีวิตรวมถึงยังต้องการเป็นที่รัก และเป็นที่ยอมรับของเพื่อน⁽²²⁾ อย่างไรก็ตามหากบุคคลมีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมากมีความสัมพันธ์ที่ดี และได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁽²³⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าโดยให้ความสำคัญกับการความเครียดในการเรียนและส่งเสริมให้นักเรียนเห็นคุณค่าในตนเองให้มากขึ้นรวมถึงการสัมพันธภาพกับเพื่อนเพื่อลดปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าให้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง การสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อน ลดความเครียด และภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

เอกสารอ้างอิง

1. Park S. Depression and suicide ideation among Asian American youth: A twelve-year longitudinal analysis [Dissertation]. New York: New York University; 2015. Available from: <https://www.proquest.com/openview/cb126c422a1ff0bfac244e1ac6aee235/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าสะสมรายจังหวัดและเครือข่ายบริการภาพรวมของประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 มีนาคม 27]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-03-20_mix_HDC.pdf

3. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2563. กรุงเทพฯ: บริษัท ละม่อน จำกัด; 2563.
4. สุจิตรา อู๋รัตนมณี, สุภาวดี เลิศสำราญ. ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนวัยรุ่นที่เตรียมตัวสอบคัดเลือกเข้ามหาวิทยาลัย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2560; 31(2): 78-93.
5. สุนันท์ เสียงเสนาะ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภัทรพร เสง้อุดมทรัพย์, เวทีส ประทุมศรี. อิทธิพลของปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2560; 33(3): 59-69.
6. Crandell T, Crandell C, Vander ZJ. Human Development. 10th ed. New York, NY: McGraw Hill Education; 2011.
7. นวลจิรา จันระลักษณะ, ทศนา ทวีคุณ, โสภณ แสงอ่อน. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2558;29(2):128-144.
8. วชิรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพพฤติกรรมร่วมกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย [ดุชนิพนธ์ พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
9. ฉันทนา แรงสิงห์. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย. วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(2):42-56.
10. นิชาภัทร รุจิราพร. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
11. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
12. Burns N, Grove S. The Practice of Nursing Research: Conduct, critique and utilization. 5thed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2004.
13. บุญใจ ศรีสถิตยารากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
14. World Health Organization. Depression [Internet]. 2020 [cited: 2020 Jan. 20]. Available from https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1
15. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate Data Analysis. 7th ed. New York: Pearson; 2009.
16. คอย ละอองอ่อน. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 6 จังหวัดนครสวรรค์. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.

17. Franck E, De Raedt R. Self-esteem reconsidered: Unstable self-esteem outperforms level of self-esteem as vulnerability marker for depression. *Behav Res Ther* 2007;45(7): 1531-41. doi: 10.1016/j.brat.2007.01.003
18. โปรยทิพย์ สันตะพาน, ศิริยุพร บุสหงส์, เขวลิต ศรีเสริม. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: บทบาทพยาบาล. *วารสารการสาธารณสุข* 2562;26(1):187-99.
19. Jayanthi P, Thirunavukarasu M, Rajkumar R. Academic stress and depression among adolescents: A cross-sectional study. *Indian Pediatr* 2015;52(3):217-9. doi: 10.1007/s13312-015-0609-y
20. มะลิสา งามศรี, นิตยา ตากวิริยนันท์, ศุภรา เชาว์ปรีชา. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *พยาบาลสาร* 2557; 41(4):36-47.
21. Assana S, Laohasiriwong W, Rangseekajee P. Quality of life, mental health and educational stress of high school students in the northeast of Thailand. *J Clin Diagn Res* 2017;11(8):VC01-VC06. doi: 10.7860/JCDR/2017/29209.10429
22. นวลจิรา จันระลักษณะ, ทศนา ทวีคุณ, โสภณ แสงอ่อน. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2558;29(2):12-44.
23. Teja Z, Kimberly A, Reichl S. Peer relations of Chinese adolescent newcomer: Relations of peer group integration and friendship quality to psychological and school adjustment. *J Int Mgr Integr* 2013;14:535-56.

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อการทรงตัว และความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

จุฑาทิพย์ รอดสูงเนิน^{*a}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อการทรงตัว และความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการศึกษาและเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 60-75 ปี จำนวน 62 คนเข้ารับการทดสอบการทรงตัวด้วยแบบทดสอบการทรงตัวลุกยืน และเดินระยะทาง 3 เมตร (Time Up and Go Test-TUGT) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 31 คน โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้ง เป็นระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยทำกิจกรรมฝึกออกกำลังกายตามโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อการทรงตัวและความกลัวการล้มของผู้สูงอายุ โดยปรับการฝึกตามโปรแกรมจากระดับง่ายไประดับยาก โดยฝึกออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที กลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและแนะนำการออกกำลังกายทั่วไป เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม แบบบันทึกการทดสอบทั้งก่อน และหลังเข้าร่วมการทดลอง โดยทดสอบการทรงตัวลุกยืน เดินระยะทาง 3 เมตร (TUGT) ความสมดุลการทรงตัว (Single Leg Stance Test-SLST) และประเมินความกลัวการล้มด้วยแบบประเมินความกลัวการล้มสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย (Thai Geriatric Fear of Falling Questionnaire-FoF) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบที และการทดสอบสัปดาห์

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยเวลา TUGT ค่าเฉลี่ยเวลา SLST ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.001$ มีระดับความกลัวล้ม (FoF) ลดลง และสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุที่ระดับความกลัวล้มดีขึ้นมีมากกว่า ต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.008$) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการฝึกตามโปรแกรมสามารถเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย พัฒนาการทรงตัวดีขึ้น และลดภาวะความกลัวการล้มในผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการออกกำลังกาย; การทรงตัว; ความกลัวการล้ม; ผู้สูงอายุ

^{*} นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ กลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

^a ผู้เขียนหลัก จุฑาทิพย์ รอดสูงเนิน Email: Thip_jelly@hotmail.com

รับบทความ: 29 พ.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 4 ก.ค. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 6 ก.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 9 ส.ค. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.39>

Effects of Exercise Programs on Balance and Fear of Falling among Elderly in the Community

Jutathip Rodsungnoen^{*a}

Abstract

The purpose of this randomized controlled trial was to study the effects of exercise programs on balance and fear of falling among elderly in the community. The study was conducted during January and March 2021. Samples were 62 male and female elderly, aged between 60–75 years old who resided in Jor Ho sub-district, Mueang district, Nakhon Ratchasima province. The samples were assigned into 2 groups with 31 samples in each group using systematic randomization. Both groups participated a 6-week-long program. The experimental group were engaged in group activities 6 times and exercise training according to exercise programs that improve balance and reduce fear of falling among the elderly by adjusting the training level according to the program from easy to hard. Each week's exercise program lasted 30 minutes per day, 3 days per week. The control group received group activities 4 times, with the contents on health promotion and general exercise. Instruments used to collect the data were questionnaires and test record form both before and after the program. The samples from both groups were tested before and after the program with the Time Up and Go Test (TUGT), the Single Leg Stance Test (SLST), and Thai Geriatric Fear of Falling (FoF) questionnaire. The data were analyzed using percentages, frequencies, means, standard deviations, t-tests, and proportion tests.

The results of the study showed that, after finishing the program, the experimental group had significant improvements in the results from TUGT and SLST than those from the control group and had significant improvement when comparing between before and after attending the program ($p < 0.001$). The results from FoF questionnaire also showed the improvements among experimental groups when comparing between before and after attending the program as well as when comparing with the control group ($p\text{-value} = 0.008$). This study shows that programmed training can increase physical fitness and improve stability and reduce the fear of falling in the elderly.

Keywords: Exercise program; Balance; Fear of falling; Elderly

^{*} Physiotherapist, Practitioner Level, Rehabilitation Medicine Division, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

^a Corresponding author Jutathip Rodsungnoen Email: Thip_jelly@hotmail.com

Received: May 29, 21; Revised: Jul. 4, 21; Accepted: Jul. 6, 21; Published Online Aug. 9, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.39>

บทนำ

จากความก้าวหน้าของวงการแพทย์และเทคโนโลยีต่างๆ ทำให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ยืนยาวขึ้นกว่าเดิม จึงเป็นที่คาดหมายกันว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุในโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 6,705 ล้านคน ในปี 2551 เป็น 8,000 ล้านคน ในปี 2568 และ 9,352 ล้านคน ในปี 2563 สำหรับประเทศไทย พบว่า ปี 2556 มีประชากร 67 ล้านคน ในจำนวนนี้ราว 9.7 ล้านคนเป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 14.5 ของประชากรทั้งหมด และประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมีประมาณ 7 ล้านคนเศษ คิดเป็นร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด คาดว่าในปี 2568 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จำนวนผู้สูงอายุจะมีประมาณ 14.4 ล้านคน หรือมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดกระบวนการเสื่อมของร่างกาย ความแข็งแรงและสมรรถภาพทางกายลดลง เช่น โครงสร้างกระดูกกล้ามเนื้อ ระบบประสาทสั่งการ และระบบหายใจ เป็นต้น เมื่ออายุมากขึ้นเซลล์และอวัยวะในร่างกายจะทำงานได้น้อยลง ซึ่งจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุคนใดเริ่มเข้าสู่กระบวนการเสื่อมแล้วไม่มีการดูแลสุขภาพของตนเองจะทำให้ร่างกายเข้าสู่กระบวนการเสื่อมได้เร็วกว่าปกติ ฉะนั้นผู้สูงอายุจึงควรรักษาร่างกายของตนเองเพื่อที่จะชะลอกระบวนการเสื่อมให้เป็นไปอย่างช้าๆ เพื่อที่จะสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข⁽²⁾ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมักเกิดจากการหกล้มโดยผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 28-35 และผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการหกล้มร้อยละ 32-42 และอัตราการล้มของผู้สูงอายุเพศหญิงพบมากกว่าเพศชายเกือบหนึ่งเท่า⁽¹⁾ การล้มจึงเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุซึ่งทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรักษาสมดุลการทรงตัวลดลง

การล้มในผู้สูงอายุอาจเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในของผู้สูงอายุเอง เช่น ความผิดปกติของโครงสร้างและกล้ามเนื้อทำให้ความแข็งแรงและยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง สายตามืดปกติ ร่วมกับโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ปวดข้อเข่าหวาน เป็นต้น ผู้สูงอายุต้องรับประทานยาเป็นประจำอาจเกิดอาการดื้อยาเปลี่ยนแปลงท่าทาง ทำให้เกิดอาการหน้ามืด ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มตามมาได้ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย เช่น แสงสว่างที่มากหรือน้อยเกินไป บันไดบ้านไม่มีราวเกาะ พื้นบ้านลื่น พื้นผิวบ้านไม่เรียบ วางของไม่เป็นระเบียบ เป็นต้น จากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกล้วนส่งผลกระทบให้เกิดการพลัดตกหกล้มมากยิ่งขึ้น พบว่าจำนวนการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น⁽³⁾ จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกร้อยละ 16.8 และแบบผู้ป่วยในร้อยละ 7.8⁽⁴⁾ การศึกษาการหกล้มของผู้สูงอายุของชุมชนมิตรภาพพัฒนา จังหวัดนครราชสีมา ของละออม สร้อยแสง⁽⁵⁾ ในประเด็นอุบัติการณ์การหกล้ม ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มและแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ได้พัฒนาแนวทางการป้องกันการหกล้ม ประกอบด้วย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การส่งเสริมการออกกำลังกายและการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชน จะช่วยลดผลกระทบจากการหกล้มได้ การล้มในผู้สูงอายุเกิดเนื่องจากมีความสามารถในการควบคุมการทรงตัวที่น้อยลง โดยเฉพาะการทรงตัวแบบเคลื่อนไหว การทรงตัวถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นมากในการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวมีส่วนช่วยในการเคลื่อนไหวของร่างกายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นจุดเชื่อมระหว่างร่างกายประกอบด้วยกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ซึ่งมีบทบาทในการรักษาความสมดุลของร่างกายไม่ให้ล้มหรือเสียการทรงตัวได้ง่าย⁽⁶⁾

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีการจัดบริการกายภาพบำบัดชุมชน ในกลุ่มงานกายภาพบำบัด โดยปฏิบัติงานร่วมกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ซึ่งมีหน่วยบริการปฐมภูมิสำหรับให้บริการดูแลสุขภาพและคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนตามทะเบียนบ้านที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 หัวทะเล ประกอบด้วย คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว, ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 1 หัวทะเล ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 2 วัดป่าศาลวัน ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ และหน่วยร่วมบริการสถานีกาชาดที่ 4 นครราชสีมา สถานการณ์ในปัจจุบัน ปี 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 11,388 คน ได้รับการคัดกรองสุขภาพประจำปี จำนวน 3,624 คน มีผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมผิดปกติและเสี่ยงล้มจำนวน 644 คน มีผู้สูงอายุเสี่ยงล้มเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 17.77 เนื่องจากการล้มส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้เกิดภาวะกลัวการหกล้ม (Fear of fall) หรือความไม่มั่นใจในการทรงตัว ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายฝึกการทรงตัวศึกษาในผู้สูงอายุในชุมชน ระยะเวลาการศึกษา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายฝึกการทรงตัวให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์และความมุ่งหมายในการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อการทรงตัว และความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

สมมติฐาน

ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง และการทรงตัวสำหรับผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยของเวลาการทรงตัวลุกยืนและเดิน (Time Up and Go Test-TUGT) มีคะแนนเฉลี่ยของความสมดุลการทรงตัว (Single Leg Stance Test-SLST) และคะแนนของภาวะกลัวการล้มในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Fear of Falling Questionnaire-FoF) ต่างจากกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือโปรแกรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ทำการออกกำลังกายวันละ 30 นาที 3 วันต่อสัปดาห์

ตัวแปรตาม คือการทรงตัว และความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Randomized controlled trial) โดยแบ่งอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย โดยนำการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)⁽⁷⁾ ไปทดลองปฏิบัติจริงกับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ที่อาศัยอยู่ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จ.นครราชสีมา เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อการทรงตัวและความกลัวการล้มของผู้สูงอายุ พื้นที่ให้บริการสุขภาพ คือหน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยมีขอบเขตของการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษามีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 60-75 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่สามารถเดินได้เองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ไม่มีโรคทางระบบประสาทหรือความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ส่งผลต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ

2. สามารถอ่านออกเขียนได้ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถตอบคำถามและสื่อสารได้

3. สนใจเข้าร่วมโปรแกรมจนครบ 6 สัปดาห์

4. ผ่านการทดสอบการทรงตัว (TUGT) โดยใช้เวลาในการทดสอบน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 วินาที แสดงว่าผู้สูงอายุไม่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวและไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

5. ไม่มีโรคหรืออาการใดๆ ที่เป็นข้อห้ามในการออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคทางจิตประสาท เป็นต้น

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้จนครบ 6 สัปดาห์

2. มีภาวะเจ็บป่วยกะทันหันทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษารายสัปดาห์ได้เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นไข้ หายใจลำบาก แน่นหน้าอก มีภาวะของน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณีประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอาสาสมัครจำนวน 62 คน กลุ่มละ 31 คน โดยการ Random selection เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบบ mixed block randomization (block of 2,4,6) และทั้งสองกลุ่มจะได้รับการนัดหมายเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างเวลาและสถานที่ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มทดลอง (Experimental group) เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีผลต่อการทรงตัวและความกลัวการล้มของผู้สูงอายุ สถานที่ทำการศึกษาศูนย์ผู้สูงอายุ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ

กลุ่มที่ 2 กลุ่มควบคุม (Control group) เป็นกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายทั่วไป การให้ความรู้การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นด้วยตนเอง การยืดเหยียดกล้ามเนื้อป้องกันการปวดหรือข้อยึดติด สถานที่ทำการศึกษาห้องประชุม ชั้น 2 ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 กลุ่มทดลองประกอบด้วย

โปรแกรมการดำเนินกิจกรรมรายสัปดาห์ ที่นำโดยนักกายภาพบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ อัลเบิร์ต แบนดูรา⁽⁸⁾ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และอาสาสมัครต้องนำโปรแกรมไปปฏิบัติตามอย่างน้อย 2 ครั้ง/สัปดาห์

การติดตามความต่อเนื่องในการปฏิบัติตามโปรแกรมของอาสาสมัคร โดยผู้วิจัยได้จัดทำสมุดประจำตัวของอาสาสมัคร ด้วยกระดาษ A-4 พับครึ่งเย็บเป็นเล่มจำนวน 6 หน้าตามโปรแกรมแต่ละสัปดาห์

มีลักษณะเป็นตารางมีพื้นที่ว่างให้จดบันทึกได้ตามอัธยาศัย เพื่อเตือนความจำของอาสาสมัครด้วยการจดบันทึกการนัดหมายทำกิจกรรม วันที่ทำการออกกำลังกาย ปัญหาจากการออกกำลังกาย แล้วนำเข้าอภิปราย แก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

คู่มือการออกกำลังกาย ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการออกกำลังกายของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)⁽⁷⁾ ประกอบด้วยท่าออกกำลังกายระดับง่ายจำนวน 16 ท่า และระดับยากจำนวน 14 ท่า จัดทำเป็นรูปภาพประกอบการดำเนินการสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายให้แก่อาสาสมัคร ฝึกการออกกำลังกายโปรแกรมการทรงตัวระดับง่ายในสัปดาห์ที่ 1 ถึง 3 และฝึกการออกกำลังกายโปรแกรมการทรงตัวระดับยากในสัปดาห์ที่ 4 ถึง 6 โดยออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที ทำต่อเนื่องสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

ตารางที่ 1 ท่าการออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัวสำหรับผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 6
ท่าออกกำลังกายระดับง่าย (ท่าที่ 1-16) ทำซ้ำ 10 ครั้งทุกท่า การอบอุ่นร่างกาย (Warm up) และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Cool down) ระยะเวลา 10 นาที ใช้ท่ากายบริหารจำนวน 4 ท่า (ท่าที่ 1-4) <u>ท่าที่ 1 ท่าบริหารศีรษะ</u> ยืนตรงมองไปด้านหน้า ค่อยๆ หันศีรษะไปทางขวา ให้สุดเท่าที่จะทำได้จากนั้นค่อยๆ หันศีรษะไปทางซ้ายให้สุด <u>ท่าที่ 2 ท่าบริหารคอ</u> ยืนตรงมองไปด้าน เหนือไหล่ขวามือข้างที่ถนัดวางบริเวณคาง ใช้มือค่อยๆ ดันให้ศีรษะหงายขึ้นช้าๆ จนสุดและกลับมาหน้าตรง <u>ท่าที่ 3 ท่ายืดหลัง</u> ยืนตรงมองไปข้างหน้า กางขากว้างเท่าหัวไหล่ วางฝ่ามือไว้ตรงบันเอดด้านหลัง ค่อยๆ เอนตัวไปด้านหลังจนรู้สึกตึง จากนั้นกลับมาท่าตรง	ท่าออกกำลังกายระดับยาก (ท่าที่ 17-30) ทำซ้ำ 10 ครั้งทุกท่า การอบอุ่นร่างกาย (Warm up) และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Cool down) ระยะเวลา 10 นาที ใช้ท่ากายบริหารจำนวน 4 ท่า (ท่าที่ 1-4) <u>ท่าที่ 17 ท่าบริหารข้อเท้า</u> ท่าที่ละข้างเริ่มจากข้างขวาก่อน ยกขาขวาขึ้นจากพื้น ค่อยๆ กระจดปลายเท้าเข้าหาลำตัว จากนั้นกระจดปลายเท้าลง ทำซ้ำ 10 ครั้ง <u>ท่าที่ 18 ท่ายืนด้วยปลายเท้า แบบไม่ใช้ราวจับ</u> ยืนแยกขาความกว้างเท่าช่วงไหล่ ค่อยๆ เขย่งปลายเท้าขึ้นจนสุดและค่อยๆ วางส้นเท้าลง ทำซ้ำ 20 ครั้ง <u>ท่าที่ 19 ท่ายืนด้วยส้นเท้า แบบไม่ใช้ราวจับ</u> ยืนแยกขาความกว้างเท่าช่วงไหล่ ค่อยๆ ยกปลายเท้าขึ้นและยืนด้วยส้นเท้า จากนั้นค่อยๆ วางปลายเท้าลง ทำซ้ำ 20 ครั้ง

ตารางที่ 1 (ต่อ) ทำการออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัวสำหรับผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 6
<u>ท่าที่ 4 บริหารลำตัว</u> ยืนตรงมองไปข้างหน้ามือเท้าเอว บิดลำตัวช่วงบนไปด้านขวาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่บิดสะโพกจากนั้นบิดลำตัวช่วงบนไปด้านซ้ายให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ <u>ท่าที่ 5 บริหารกล้ามเนื้อต้นขา</u> นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักรองหลัง ยกขาขวาขึ้นและค่อยๆ วางขาลง เปลี่ยนข้างและทำซ้ำ <u>ท่าที่ 6 บริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง</u> หันหน้าเข้าหาโต๊ะหรือราวจับ ยกขาขวาขึ้นจากพื้นจนกระทั่งเท้าแตะกันจากนั้นวางเท้าลง เปลี่ยนข้างและทำซ้ำ <u>ท่าที่ 7 ทำการบริหารสะโพกด้านข้าง</u> ยืนหันข้างให้โต๊ะหรือราวจับบราบราบให้มั่น ยืดขาขวาให้ตรงและเท้าตรง ยกขาขวาขึ้นและลดเท้าลงวางที่เดิม เปลี่ยนข้างและทำซ้ำ <u>ท่าที่ 8 ทำการบริหารข้อเท้า</u> เริ่มทำที่ละข้างเริ่มจากข้างขวาก่อน ยกขาขวาขึ้นจากพื้น ค่อยๆ กระจกปลายเท้าเข้าหาตัว จากนั้นกระจกปลายเท้าลง ท่าฝึกการเดินและการทรงตัว <u>ท่าที่ 9 ยืนต่อเท้าแบบมีราวจับ</u> ยืนตรงหันหน้าเข้าข้างกำแพง ใช้มือจับราวให้มั่นคง เอาเท้าข้างหนึ่งไปวางต่อหน้าเท้าอีกข้างหนึ่งให้เป็นเส้นตรงและค้างท่าไว้ 10 วินาที จากนั้นเปลี่ยนข้างโดยเอาเท้าที่อยู่ข้างหลังไปวางข้างหน้าให้เป็นเส้นตรงและค้างท่าไว้ 10 วินาที	<u>ท่าที่ 20 ท่าย่อเข่า แบบไม่ใช้ราวจับ</u> ยืนแยกขาความกว้างเท่าช่วงไหล่ ค่อยๆย่อเข่าลงโดยให้หัวไหล่ล้าไปด้านหน้า นิ้วหัวแม่มือเท้าจนกระทั่งสันเท้าเริ่มยกขึ้นจากพื้นให้หยุดและค่อยๆ ยืดตัวขึ้น ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง ท่าฝึกการเดินและการทรงตัว <u>ท่าที่ 21 ทำยืนต่อเท้า แบบไม่ใช้ราวจับ</u> ยืนตรงมองไปข้างหน้า เอาเท้าข้างหนึ่งไปวางต่อข้างหน้าเท้าอีกข้างหนึ่งให้เป็นเส้นตรงและค้างท่าไว้ 30 วินาที จากนั้นเปลี่ยนข้างโดยเอาเท้าที่อยู่ข้างหลังไปวางข้างหน้าให้เป็นเส้นตรงและค้างท่าไว้ 30 วินาที <u>ท่าที่ 22 เดินต่อเท้า แบบไม่ใช้ราวจับ</u> ยืนมองตรงไปข้างหน้า ค่อยๆเริ่มเดินโดยก้าวเท้าไปไว้ข้างหน้า ในลักษณะปลายเท้าต่อสันเท้าและเดินเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนครบ 10 ก้าว จากนั้นกลับหลังหันเดินต่อเท้าอีก 10 ก้าว กลับไปจุดเริ่มต้น ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง <u>ท่าที่ 23 ยืนขาเดียวแบบไม่ใช้ราวจับ</u> ยืนมองตรงไปข้างหน้า ยกขาข้างใดข้างหนึ่งขึ้นและยืนด้วยขาข้างเดียว นาน 10 วินาที จากนั้นเปลี่ยนข้างอีก 10 วินาที <u>ท่าที่ 24 เดินด้วยสันเท้า แบบไม่ใช้ราวจับ</u> ยืนมองตรงไปข้างหน้า ค่อยๆยกปลายเท้าขึ้นจนยืนด้วยสันเท้า จากนั้นเดินด้วยสันเท้าไป 10 ก้าว และค่อยๆลดปลายเท้าลง กลับตัวและค่อยๆยกปลายเท้าขึ้นจนยืนด้วยสันเท้า จากนั้นเดินด้วยสันเท้าไป 10 ก้าวและค่อยๆลดปลายเท้าลง ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง

ตารางที่ 1 (ต่อ) ท่าการออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัวสำหรับผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 6
<u>ท่าที่ 10 เดินต่อเท้าแบบมีราวจับ</u> ยืนตรงหันข้างซ้ายเข้ากำแพง ใช้มือซ้ายจับราวให้มั่น ค่อยๆ เริ่มเดินโดยก้าวเท้าไปไว้ข้างหน้าในลักษณะปลายเท้าตอสันเท้าและเดินเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนครบ 10 ก้าว จากนั้นกลับหลังหัน ใช้มือขวาจับราวเดินต่อเท้ากลับอีก 10 ก้าว ทำซ้ำ 10 ครั้ง <u>ท่าที่ 11 ยืนขาเดียวแบบมีราวจับ</u> ยืนตรงหันข้างซ้ายเข้ากำแพง/ราว ใช้มือจับราวให้มั่นคง (ข้างไหนก็ได้) ยกขาข้างใดข้างหนึ่งและยืนด้วยขาข้างเดียว นาน 10 วินาที จากนั้นเปลี่ยนข้างอีก 10 วินาที <u>ท่าที่ 12 เดินด้วยสันเท้าแบบมีราวจับ</u> ใช้มือจับราวให้มั่น ค่อยๆ ยกปลายเท้าขึ้นจนยืนด้วยสันเท้า จากนั้นเดินด้วยสันเท้าไป 10 ก้าวและค่อยๆ ลดปลายเท้าลง กลับตัวและเดินด้วยสันเท้าพร้อมใช้มือจับราวกลับไปยังจุดเริ่มต้น 10 ก้าวและค่อยๆ ลดปลายเท้าลง <u>ท่าที่ 13 เดินด้วยปลายเท้าแบบมีราวจับ</u> ใช้มือจับราวให้มั่นคง ค่อยๆ ยกสันเท้าขึ้นจนยืนด้วยปลายเท้า จากนั้นเดินด้วยปลายเท้าไป 10 ก้าวและค่อยๆ ลดสันเท้าลง กลับตัวและเดินด้วยปลายเท้าพร้อมใช้มือจับราวกลับไปยังจุดเริ่มต้น 10 ก้าวและค่อยๆ ลดสันเท้าลง <u>ท่าที่ 14 ท่าลูกจากเก้าอี้ ใช้ 2 มือพยุง</u> นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงแข็งแรงไม่เคลื่อนไหวและไม่เตี้ยไปนัก วางเท้าหลังหัวเข่า ค่อยๆ โน้มตัวไปด้านหน้าและใช้ 2 มือพยุงดันตัวขึ้นยืน	<u>ท่าที่ 25 เดินด้วยปลายเท้า แบบไม่ใช้ราวจับ</u> ยืนมองตรงไปข้างหน้า ค่อยๆ ยกสันเท้าขึ้นจนยืนด้วยปลายเท้า จากนั้นเดินด้วยปลายเท้าไป 10 ก้าวและค่อยๆ ลดสันเท้าลง กลับตัวค่อยๆ ยกสันเท้าขึ้นจนยืนด้วยปลายเท้า จากนั้นเดินด้วยปลายเท้าไป 10 ก้าวและค่อยๆ ลดสันเท้าลง ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง <u>ท่าที่ 26 เดินเลข 8</u> เดินด้วยความเร็วปกติโดยเดินวนเป็นเลข 8 ทำซ้ำ 10-20 รอบ <u>ท่าที่ 27 เดินสไลด์ด้านข้าง</u> ยืนมองตรงไปข้างหน้ามือเท้าเอว เดินไปข้างขวา 10 ก้าว จากนั้นเดินกลับไปทางซ้าย 10 ก้าว ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง <u>ท่าที่ 28 ลูกจากเก้าอี้ ใช้มือ 2 มือพยุง</u> นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงแข็งแรงไม่เคลื่อนไหวและไม่เตี้ยไปนัก วางเท้าหลังหัวเข่า ค่อยๆ โน้มตัวไปด้านหน้าและใช้ 2 มือช่วยพยุงดันตัวขึ้นยืน ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง <u>ท่าที่ 29 ท่าลูกจากเก้าอี้ ใช้มือเดียวพยุง</u> นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงแข็งแรงไม่เคลื่อนไหวและไม่เตี้ยไปนัก วางเท้าหลังหัวเข่า ค่อยๆ โน้มตัวไปด้านหน้าและใช้มือเดียวช่วยพยุงดันตัวขึ้นยืน ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง

ตารางที่ 1 (ต่อ) ทำการออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัวสำหรับผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 6
<u>ท่าที่ 15 ท่าลุกจากเก้าอี้ ใช้มือเดียวพยุง</u> นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงแข็งแรงไม่เคลื่อนไหวและไม่เตี้ยไปนัก วางเท้าหลังหัวเข่า ค่อยๆโน้มตัวไปด้านหน้าและใช้มือเดียวพยุงต้นตัวขึ้นยืน ทำซ้ำ 10 ครั้ง <u>ท่าที่ 16 ท่าลุกจากเก้าอี้ไม่ใช้มือพยุง</u> นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงแข็งแรงไม่เคลื่อนไหวและไม่เตี้ยไปนัก วางเท้าหลังหัวเข่า ค่อยๆโน้มตัวไปด้านหน้าและลุกขึ้นยืนโดยไม่ใช้มือช่วยพยุง	<u>ท่าที่ 30 ท่าลุกจากเก้าอี้ ไม่ใช้มือพยุง</u> นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงแข็งแรงไม่เคลื่อนไหวและไม่เตี้ยไปนัก วางเท้าหลังหัวเข่า ค่อยๆโน้มตัวไปด้านหน้าและไม่ใช้มือช่วยพยุงต้นตัวขึ้นยืน ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง

1.2 กลุ่มควบคุมประกอบด้วย

โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มจำนวน 4 ครั้งในระยะเวลา 6 สัปดาห์ประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพด้วยการทำการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ และให้ความรู้การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นด้วยตนเอง ในการรักษาป้องกันอาการปวดคอ ปวดหลัง ปวดไหล่ และปวดเข่าเป็นต้น

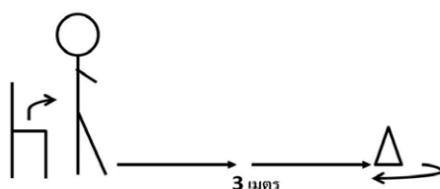
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การออกกำลังกาย ประวัติการล้ม และการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบการทรงตัวทำการทดสอบก่อน และหลังการทดลอง

2.1 การนั่ง ลุก ยืน และเดิน (Time Up and Go Test: TUGT) การทดสอบให้ผู้ถูกทดสอบนั่งเก้าอี้ แขนวางบนที่พักแขนของเก้าอี้ (หรือวางบนตัก) หลังติดพนักพิง เมื่อได้ยินสัญญาณ ให้ลุกขึ้นยืนและเดินตรงไปข้างหน้า เมื่อถึงเครื่องหมายที่ทำสัญลักษณ์ไว้ที่พื้น (ระยะทาง 3 เมตร) ให้หมุนตัวกลับและเดินมานั่งบนเก้าอี้ตัวเดิม (ดังรูปที่ 1) ผู้ทดสอบจับเวลาตั้งแต่หลังของผู้ถูกทดสอบออกจากพนักพิง จนกระทั่งผู้ถูกทดสอบกลับมานั่งบนเก้าอี้หลังแตะกับพนักพิง

จับเวลาการทดสอบ



รูปที่ 1 การทดสอบ Time Up and Go Test (TUGT)

2.2 ความสมดุลร่างกายด้วยการยืนบนขาข้างเดียว (Single Leg Stance Test: SLST)
ทำการทดสอบโดยให้ผู้สูงอายุยืนตรง มือสองข้างไขว้และไหล่ด้านตรงข้าม ยกขาข้างหนึ่งขึ้นจากพื้นและพยายามยืนบนขาข้างเดียวให้ได้เป็นเวลานาน 10 วินาที การแปลผลคะแนนหากยืนได้น้อยกว่า 5 วินาที แปลว่าผู้ทดสอบมีความเสี่ยงต่อการล้มและมีความผิดปกติในการทรงตัว



รูปที่ 2 การทดสอบ Single Leg Stance Test

2.3 แบบประเมินภาวะกลัวการล้มในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Fear of Falling Questionnaire: FoF) ทำการประเมินก่อนและหลังการทดลอง สร้างและพัฒนาขึ้นโดยสมาคมป้องกันการล้มแห่งยุโรป (ProFaNE) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา เกียรติวงศ์⁽⁹⁾ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคมทั้งที่ง่ายและยาก ทำการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ไม่กลัวหกล้มเลย	ให้คะแนนเท่ากับ	1 คะแนน
กลัวหกล้มเล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ	2 คะแนน
กลัวหกล้มมาก	ให้คะแนนเท่ากับ	3 คะแนน
กลัวหกล้มมากที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ	4 คะแนน
เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้		
คะแนน 16-21 คะแนน	แสดงว่า	ไม่กลัวการหกล้ม
คะแนน 22-27 คะแนน	แสดงว่า	กลัวการหกล้มเล็กน้อยถึงปานกลาง
คะแนน 28-64 คะแนน	แสดงว่า	กลัวการหกล้มมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แบบทดสอบ TUGT, SLST และ FoF ทดสอบการใช้งานกับผู้สูงอายุ ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ให้บริการสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 หัวทะเล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 คน แล้วนำผล FoF ที่ได้มาวิเคราะห์ ค่าความเที่ยง (Reliability) ได้ผลค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.926 และความเชื่อมั่นรายข้ออยู่ระหว่าง 0.912-0.926

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จนได้รับการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการ เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2563 รหัสรับรองจริยธรรมวิจัย เลขที่ 175/2020 ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ การนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้สูงอายุ ข้อมูลแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับเฉพาะผู้วิจัย และนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม กลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมทำการวิจัยต้องลงนามยินยอมก่อนการดำเนินการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธในการตอบคำถามหรือยกเลิกในขณะทำการทดลองได้ตลอดเวลา

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นการเตรียมการ

ก่อนการทดลอง เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การออกกำลังกาย ประวัติการล้ม และการตรวจสุขภาพประจำปี
2. ทดสอบการทรงตัว TUGT และ SLST
3. ประเมินภาวะกลัวการล้มในผู้สูงอายุ FoF และนักกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

ขั้นตอนการทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นร่วมกันพร้อมทั้งอภิปรายเกี่ยวกับสาเหตุของการหกล้ม เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการหกล้ม นำผลที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชื่อมโยงในการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ อธิบายการบันทึกสมุดประจำตัวของอาสาสมัคร สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ตามโปรแกรมการฝึกการทรงตัวระดับง่าย

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยชี้แจงแนวทางดูแลตนเองให้แก่ผู้สูงอายุและสร้างสัมพันธภาพโดยมีการมีกิจกรรมสนทนากันเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายก่อนนำเข้าสู่บทเรียน ทบทวนการบันทึกสมุดประจำตัว แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดการปัญหา และอุปสรรคในการออกกำลังกาย สร้างเสริมพลัง มีการสลับกันแกนนำ การออกกำลังกาย ถ่ายทอดประสบการณ์การออกกำลังกายของผู้ที่ประสบความสำเร็จจากการออกกำลังกาย สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ตามโปรแกรมการทรงตัวระดับง่าย

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยชี้แจงการปรับโปรแกรมการออกกำลังกายเป็นระดับยาก ผู้สูงอายุถ่ายทอดประสบการณ์การออกกำลังกายของผู้ที่ประสบความสำเร็จจากการออกกำลังกาย ทบทวนการบันทึกสมุดประจำตัวของอาสาสมัคร สาธิตและฝึกการออกกำลังกายโปรแกรมการทรงตัวระดับยาก

สัปดาห์ที่ 5 และ 6 ผู้วิจัยชี้แจงแนวทางดูแลตนเองให้แก่ผู้สูงอายุและสร้างสัมพันธภาพโดยมีการมีกิจกรรมสนทนากันเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายก่อนนำเข้าสู่บทเรียน ทบทวนการบันทึก สมุดประจำตัวของอาสาสมัครและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดการปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายตามโปรแกรมระดับยาก ถ่ายทอดประสบการณ์การออกกำลังกายของผู้ที่ประสบความสำเร็จจากการออกกำลังกาย สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ตามโปรแกรมการทรงตัวระดับยาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการทดลองสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายใน 1 สัปดาห์ ดังนี้

1. ทดสอบการทรงตัว TUGT และ SLST
2. ประเมินภาวะกลัวการล้มในผู้สูงอายุ FoF
3. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลทั้งหมดไปทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยผู้วิจัยกำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นการทดสอบสมมติฐานทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน และสถิติที่นำมาวิเคราะห์ ได้แก่

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการทดสอบการทรงตัว TUGT, SLST และคะแนน FoF ด้วยสถิติ t-test
3. การเปรียบเทียบสัดส่วนของระดับความกลัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Proportion test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันดังนี้

กลุ่มทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 66.9 ปี (SD=4.00) เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.3 มากกว่าเพศชาย มีสถานภาพสมรสร้อยละ 48.4 ระดับการศึกษาเป็นระดับประถมศึกษาในร้อยละ 51.6 ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้านร้อยละ 61.3 ชนิดของการออกกำลังกายที่พบมากคือวิ่งร้อยละ 51.6 รองลงมาคือ เต้นแอโรบิกและเดิน ความถี่ในการออกกำลังกายมากที่สุดคือออกกำลังกายทุกวันร้อยละ 45.2 รองลงมาเป็น ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ออกกำลังกาย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ และนานๆ ครั้ง ตามลำดับ ระยะเวลาในการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ ใช้เวลามากกว่า 30 นาที ร้อยละ 54.8 ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 80.7 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการล้มร้อยละ 58.1

กลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 66.7 ปี (SD=3.93) เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.9 มากกว่าเพศชาย มีสถานภาพสมรสร้อยละ 67.7 ระดับการศึกษาเป็นระดับประถมศึกษาในร้อยละ 67.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้านร้อยละ 51.6 ชนิดของการออกกำลังกายที่พบมากคือวิ่งร้อยละ 67.7 รองลงมาคือ เต้นแอโรบิกและเดิน ความถี่ในการออกกำลังกายมากที่สุดคือออกกำลังกายทุกวันร้อยละ 58.1 รองลงมาเป็น ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ออกกำลังกาย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ และนานๆ ครั้ง ตามลำดับ ระยะเวลาในการออกกำลังกายส่วนใหญ่ใช้เวลามากกว่า 30 นาที ร้อยละ 71 ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 83.9 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการล้มร้อยละ 71.0

ผลการทดสอบการทรงตัว และการประเมินภาวะกลัวล้ม ก่อนการทดลอง

1. การทดสอบ TUGT พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการใช้เวลาในการทดสอบ ($\bar{X}$ =8.19, SD=1.10) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ =9.05, SD=1.25)
2. การทดสอบ SLST กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของเวลาในการยืนทรงตัวด้วยขาข้างเดียว ($\bar{X}$ =11.42, SD=8.77) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ =12.49, SD=7.70)
3. ระดับความกลัวล้ม FoF
กลุ่มทดลอง ผู้สูงอายุอยู่ระดับกลัวล้มเล็กน้อย มากที่สุด (12 คน ร้อยละ 38.7) รองลงมาเป็นระดับกลัวมาก (11คน ร้อยละ 35.5) และระดับไม่กลัวล้มมีจำนวนน้อยที่สุด (8 คน ร้อยละ 25.8)
กลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่กลัวล้ม (17 คน ร้อยละ 54.8) รองลงมาเป็นระดับกลัวล้มมาก (12 คน ร้อยละ 38.7) และระดับกลัวล้มเล็กน้อย (2 คน ร้อยละ 6.5) ตามลำดับ (ตารางที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลทางคลินิก FoF ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=31) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=31) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	3 (9.7)	5 (16.1)
หญิง	28 (90.3)	26 (83.9)
สถานภาพสมรส		
โสด	5 (16.1)	3 (9.7)
สมรส	15 (48.4)	21 (67.7)
หม้าย / หย่า/แยก	11 (35.5)	7 (22.6)
อาชีพ		
แม่บ้าน	19 (61.3)	16 (51.6)
เกษตรกรกรรม	1 (3.2)	3 (9.7)
ค้าขาย	9 (29.0)	5 (16.1)
ธุรกิจส่วนตัว	1 (3.2)	5 (16.1)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (3.2)	2 (6.5)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	0 (0.0)	2 (6.5)
ประถมศึกษา	16 (51.6)	21 (67.7)
มัธยมศึกษา	12 (38.7)	5 (16.1)
ปวช./ปวส./อนุปริญญาขึ้นไป	0 (0.0)	1 (3.2)
ปริญญาตรีขึ้นไป	3 (9.7)	2 (6.5)

ตารางที่ 2 (ต่อ) ความถี่และร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลทางคลินิก FoF ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=31) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=31) จำนวน (ร้อยละ)
วิธีออกกำลังกาย		
เดิน	0 (0.0)	2 (6.5)
วิ่ง	16 (51.6)	21 (67.7)
เต้นแอโรบิก	12 (38.7)	5 (16.1)
อื่นๆ	0 (0.0)	1 (3.2)
ความถี่การออกกำลังกาย		
ทุกวัน	14 (45.2)	18 (58.1)
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	1 (3.2)	5 (16.1)
3 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์	10 (32.3)	6 (19.4)
นานๆ ครั้ง	6 (19.4)	2 (6.5)
ระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย		
น้อยกว่า 30 นาที	14 (45.2)	9 (29.0)
มากกว่า 30 นาที	17 (54.8)	22 (71.0)
ตรวจสอบสุขภาพในช่วงเวลา 1 ปี		
ไม่ได้ตรวจสอบสุขภาพ	6 (19.4)	5 (16.1)
ตรวจสอบสุขภาพ	25 (80.7)	26 (83.9)
ประวัติการล้ม		
ไม่เคยล้ม	18 (58.1)	22 (71.0)
เคยล้ม	13 (41.9)	9 (29.0)
ระดับความกลัวการหกล้ม		
ไม่กลัว	8 (25.8)	17 (54.8)
กลัวเล็กน้อย	12 (38.7)	2 (6.5)
กลัวล้มมาก	11 (35.5)	12 (38.7)

ตารางที่ 3 ข้อมูลค่าเฉลี่ยและ SD ของอายุผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลทางคลินิก TUGT SLST ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=31) ค่าเฉลี่ย (SD)	กลุ่มควบคุม (n=31) ค่าเฉลี่ย (SD)
อายุ (ปี)	66.9 (4.00)	66.7 (3.93)
TUGT (วินาที)	9.05 (1.25)	8.19 (1.10)
SLST (วินาที)	11.42 (8.77)	12.49 (7.70)

ผลการทดสอบการทรงตัวและการประเมินภาวะกล้ามเนื้อ หลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อการทรงตัว และความกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชน มีดังนี้

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเวลา TUGT ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (8.17 วินาที) ลดลงจากก่อนการทดลอง (9.05 วินาที) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง (8.03 วินาที) เปลี่ยนแปลงลดลงจากก่อนการทดลอง (8.19 วินาที) น้อยมาก แสดงว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรม สามารถพัฒนาการทรงตัว ลุกยืน และเดินได้แตกต่างกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก พิจารณาจากค่าความต่างของเวลาในการทดสอบหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความต่างของเวลา ($\bar{X} = -0.88$, $SD = 0.89$) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = -0.16$, $SD = 0.47$) และจากการเปรียบเทียบความแตกต่างของเวลาที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีการลดลงของเวลามากกว่า ($\bar{X} = 0.7$, $SD = 0.36$) แตกต่างจากเวลาที่ลดลงของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เวลาในการทดสอบ TUGT หลังการทดลอง คะแนนที่เปลี่ยนแปลงไป (หลังการทดลอง-ก่อนการทดลอง) และ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) ที่ความเชื่อมั่น 95%

กลุ่ม	หลังการทดลอง Mean (SD)	คะแนนที่ เปลี่ยนแปลงไป	ความแตกต่างของคะแนนที่ เปลี่ยนแปลงไป (95% CI)	p-value
กลุ่มทดลอง	8.17 (0.92)	- 0.88 (0.89)	0.72 (0.36, 1.08)	< 0.001
กลุ่มควบคุม	8.03 (1.01)	- 0.16 (0.47)		

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเวลา SLST ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (17.8 วินาที) เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง (11.42 วินาที) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเวลาหลังการทดลอง (14.3 วินาที) เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง (12.49 วินาที) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของเวลาที่เพิ่มขึ้น น้อยกว่ากลุ่มทดลอง แสดงว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกโปรแกรมสามารถพัฒนาความสมดุลการทรงตัวได้ แตกต่างกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก พิจารณาจากค่าความต่างของเวลาในการทดสอบหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความต่างของเวลา ($\bar{X} = 6.3$, $SD = 5.92$) เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 1.8$, $SD = 2.84$) และจากการเปรียบเทียบความ

แตกต่างของเวลาที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีเวลาเพิ่มขึ้นมากกว่า ($\bar{X}=4.53$, $SD=2.17, 6.88$) แตกต่างจากเวลาที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงเวลาในการทดสอบ SLST หลังการทดลอง คะแนนที่เปลี่ยนแปลงไป (หลังการทดลอง – ก่อนการทดลอง) และ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) และความเชื่อมั่น 95%

กลุ่ม	หลังการทดลอง Mean (SD)	คะแนนที่ เปลี่ยนแปลงไป	ความแตกต่างของคะแนนที่ เปลี่ยนแปลงไป (95% CI)	p-value
กลุ่มทดลอง	17.8 (9.64)	6.3 (5.92)	4.53 (2.17, 6.88)	< 0.001
กลุ่มควบคุม	14.3 (8.37)	1.8 (2.84)		

3.3 เปรียบเทียบระดับความกลัวล้ม FoF หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงระดับความกลัวล้มที่ดีขึ้น โดยมีระดับไม่กลัว (18 คน ร้อยละ 58.1) เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง (12 คน ร้อยละ 38.7) รองลงมาเป็นระดับกลัวเล็กน้อย (7 คน ร้อยละ 22.6) และระดับกลัวมาก (6 คน ร้อยละ 19.4) ต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งมีระดับไม่กลัว (14 คน ร้อยละ 45.2) ลดลงจากก่อนการทดลอง (17 คน ร้อยละ 54.8) รองลงมาเป็นระดับกลัวมาก (9 คน ร้อยละ 29.0) และกลัวเล็กน้อย (8 คน ร้อยละ 25.8) (ตารางที่ 6) แสดงว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกโปรแกรมสามารถพัฒนาระดับความกลัวที่ดีขึ้นได้ แตกต่างกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก พิจารณาจากระดับความกลัวล้มที่ดีขึ้น ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นร้อยละ 38.7 มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.7 และจากการ เปรียบเทียบสัดส่วนของระดับความกลัวล้มที่ดีขึ้นระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนของระดับความกลัวล้มที่ดีขึ้นมากกว่า ($\bar{X}=29$, $SD=9.0$, 49.1) ต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.008$) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 ระดับ FoF หลังการทดลอง

การทดสอบ	หลังการทดลอง คน (ร้อยละ)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ไม่กลัว	18 (58.1)	14 (45.2)
กลัวเล็กน้อย	7 (22.6)	8 (25.8)
กลัวมาก	6 (19.4)	9 (29.0)

ตารางที่ 7 สัดส่วนของระดับ FoF ที่ดีขึ้น และเปรียบเทียบสัดส่วนของระดับความกลัวล้มที่ดีขึ้น ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) และความเชื่อมั่น 95%

ระดับความกลัว	ดีขึ้น n (ร้อยละ)	ความแตกต่างของระดับความกลัว	p - value
กลุ่มทดลอง	12 (38.7)	29 (9.0, 49.1)	0.008
กลุ่มควบคุม	3 (9.7)		

อภิปรายผล

จากการติดตามผลการทดลองของผู้สูงอายุจำนวน 31 คน ที่เข้าปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มทำการฝึกตามโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและการทรงตัว ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าความสามารถในการทรงตัว และระดับความกลัวล้ม เมื่อประเมินด้วย TUGT, SLST และ FoF ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกตามโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p < 0.001$ และ $p = 0.008$) ตามลำดับ ย่อมเห็นได้ว่าโปรแกรมการออกกำลังกายนี้สามารถช่วยส่งเสริมพัฒนาการทรงตัว และเสริมสร้างความมั่นใจในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุอาสาสมัคร⁽¹⁰⁾ ทำให้ระดับความกลัวล้มดีขึ้นได้ด้วย

โปรแกรมการออกกำลังกายมีประสิทธิผลต่อการทรงตัวที่ดีขึ้น เนื่องจากมีความต่อเนื่องในการออกกำลังกายระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีความถี่ในการฝึก 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาครั้งละ 30 นาที ซึ่งเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และเพียงพอให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงจากการออกกำลังกาย⁽¹¹⁾ ประกอบกับการออกกำลังกายตามโปรแกรมเป็นการฝึกท่าทางการทรงตัว โดยเริ่มที่ระดับง่ายด้วยการฝึกทรงตัวที่มีที่ยึดจับมั่นคง ไประดับยากด้วยการเพิ่มความหนักของการออกกำลังกายร่วมกับฝึกการทรงตัวโดยไม่มีที่ยึดจับ

โปรแกรมการออกกำลังกายเริ่มจากการยืดเหยียดร่างกายสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยท่าบริหารศีรษะ ท่าบริหารคอและท่ายืดหลัง เป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว ปรับให้แนวกระดูกสันหลังยืดตรงให้ร่างกายมีการทรงตัวที่ดี ส่งผลให้มีการทรงตัวดีขึ้นได้ด้วย ดังงานวิจัยของ Schmid⁽¹²⁾ ทำการศึกษาผลความกลัวการหกล้มและการทรงตัวในกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 14 คน หลังการฝึกโยคะ 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 วัน การฝึกออกกำลังกายประกอบด้วย การรักษาท่าทางและการหายใจ การรักษาท่าทางในท่านั่งและยืน ทดสอบความกลัวการหกล้ม โดยใช้แบบวัด Illinois FoF ทดสอบสมดุลโดยใช้ Berg Balance Scale ความอ่อนตัวกล้ามเนื้อส่วนบน และล่าง โดยใช้แบบทดสอบ Back Scratch Test และ Chair Sit and Reach Test ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวการหกล้มลดลง ร้อยละ 6 การทรงตัวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4 ($P = 0.045$) ความอ่อนตัวกล้ามเนื้อส่วนล่างเพิ่มขึ้น ร้อยละ 34 ดังนั้นการฝึกโยคะส่งผลให้ความกลัวการหกล้ม FOF ลดลง และการทรงตัวเพิ่มขึ้น ช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุได้

ส่วนลักษณะของท่าออกกำลังกายเป็นการเกร็งกล้ามเนื้อทรงท่าค้าง (Isometric exercise) การเคลื่อนไหวของข้อต่อ (Isotonic exercise) และการออกกำลังกายใช้น้ำหนักตัวเป็นแรงต้าน (Resistance exercise) เน้นการบริหารกล้ามเนื้อส่วนต้นขาด้านหน้า ต้นขาด้านหลัง สะโพกด้านข้าง และข้อเท้า การออกกำลังกายลักษณะนี้ส่งผลให้สามารถเพิ่มสมรรถภาพของกล้ามเนื้อทั้งความแข็งแรง และความทนทานซึ่งเป็นองค์ประกอบด้านชีวกลศาสตร์ (Biomechanical component) ที่มีอิทธิพลต่อการทรงตัว สอดคล้องกับงานวิจัยของประทุม กงมหา⁽¹³⁾ ได้ศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านต่อความสามารถในการ

ทรงตัวของผู้สูงอายุ ที่ประยุกต์จากแบบแผนความเชื่อสุขภาพของเบคเกอร์ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุสมาชิกชมรมกลุ่มรักษ์ผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา มีคะแนนประเมินการทรงตัว Berg Balance Scale น้อยกว่า 45 คะแนน จำนวน 30 คน ได้รับการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน เป็นเวลา 40 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย Berg Balance Scale มากกว่าก่อนการทดลอง และระหว่างการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผลการทดสอบ Timed Up and Go Test ในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 13 ใช้เวลาน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้เพิ่มความแข็งแรง และการทรงตัวได้

โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว มีลักษณะการฝึกทรงตัวทั้งในท่านิ่ง (Static balance) โดยทรงตัวให้อยู่กับที่ขณะที่ลดฐานรองรับลง และฝึกทรงตัวในท่าเคลื่อนที่ (Dynamic balance) โดยฝึกการรักษาสมดุลในขณะที่เคลื่อนไหว เช่น ยืนขาข้างเดียว ทำเดินต่อเท้า ทำเดินด้วยส้นเท้า ทำเดินด้วยปลายเท้า และมีการฝึกเพื่อส่งเสริมกลวิธีการเคลื่อนไหวของร่างกายในการรักษาสมดุลของการทรงตัว (Movement strategies) ด้วยท่าออกกำลังกายที่ส่งเสริม Ankle strategy และ Step strategy เช่น ยืนด้วยปลายเท้า ยืนด้วยส้นเท้า ทำเดินเลข 8 และทำเดินสไลด์ด้านข้าง เป็นต้น ท่าออกกำลังกายเหล่านี้จึงส่งผลให้พัฒนาความสามารถในการควบคุมการทรงตัว (Postural Balance)⁽¹⁰⁾ ของผู้สูงอายุอาสาสมัครได้

การเข้าถึงผู้สูงอายุโดยการทำกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ อัลเบิร์ต แบนดูรา⁽⁸⁾ มาประยุกต์ใช้ในการจัดรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จากทฤษฎีที่ว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตาม การเรียนรู้จากการเลียนแบบตัวแบบนั้นเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยบุคคลจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่นแล้วสร้างความคิดว่าจะสร้างพฤติกรรมใหม่ได้อย่างไร ซึ่งความคิดนั้นจะประมวลเป็นข้อมูลไว้ใช้สำหรับชี้แนะการแสดงพฤติกรรมของตนเองในอนาคต การเรียนรู้จากตัวแบบยังเป็นผลมาจากการสังเกต การฟัง หรือการอ่านเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลอื่นหรือสัญลักษณ์แทนบุคคล โปรแกรมกิจกรรมรายสัปดาห์มีการจัดรูปแบบ เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แก้ไขปัญหา และอุปสรรคที่พบจากการปฏิบัติตามโปรแกรมการออกกำลังกาย สร้างเสริมพลัง มีการสลับกันแกนนำการออกกำลังกาย ถ่ายทอดประสบการณ์การออกกำลังกายของผู้ที่ประสบความสำเร็จจากการออกกำลังกาย จัดให้ออกกำลังกายทุกสัปดาห์ และกระตุ้นให้กลุ่มทดลองนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง เมื่ออาสาสมัครมีการทรงตัวที่พัฒนาขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองมีความสามารถในการเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เมื่อปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มครบ 6 สัปดาห์ ผลการทดสอบการทรงตัวและระดับความกลัวล้มของผู้สูงอายุดีขึ้น กว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สายจิตา ลาภอนันตสิน และคณะ⁽¹⁴⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาสมรรถภาพการทรงตัวและความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุหญิง สรุปผล โครงการบริการวิชาการชุมชนเชิงรุกเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทรงตัวสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มย่อยร่วมกับการสอนวิธีการปฏิบัติการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาการทรงตัวด้วยตนเองที่บ้าน และนัดติดตามผลใน 4 สัปดาห์สามารถใช้เป็นรูปแบบของการบริการส่งเสริมสมรรถภาพการทรงตัวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนได้ เนื่องจากสามารถช่วยให้ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุดีขึ้นและมีความกลัวการล้มลดลง

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการออกกำลังกายนี้ควรนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเน้นการบริการเชิงรุกเข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชนให้มีความหลากหลาย เพื่อให้เกิดประสิทธิผลเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ พัฒนาการทรงตัวที่ดีขึ้น และลดภาวะความกลัวการล้ม ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2559.
2. กานดา ชัยภิญโญ. กายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุ. นครนายก: ศูนย์กายภาพบำบัดและการเคลื่อนไหว คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2551.
3. ลัดดา เกียมวงศ์, เรวดี เพชรศรีสัมพันธ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชรา. วารสารสภาการพยาบาล 2552;24(1):77-87.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557.
5. ละออม สร้อยแสง, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, กนกพร นทีสมบัติ. การศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพพัฒนา. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(1):122-9.
6. ศรินยา บุณยสารพิทย, มยุรี ศุภวิบูลย์, สุภาภรณ์ ศิลาลิขเดชกุล. ผลการฝึกกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวที่มีต่อความแข็งแรงและการทรงตัวในผู้สูงอายุ. วารสารคณะพลศึกษา 2555;15(2):119-31.
7. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. ยากันล้ม: คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2558.
8. Bandura A. Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
9. ลัดดา เกียมวงศ์. การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย. สงขลา นครินทร์เวชสาร 2554; 29(6):277-87.
10. สมนึก กุลสถิตพร. กายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
11. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndrome). กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
12. Schmid AA, Van Puymbroeck M, Kocaja DM. Effect of a 12-week yoga intervention on fear of falling and balance in older adults: a pilot study. Arch Phys Med Rehabil 2010;9:576-83. doi: 10.1016/j.apmr.2009.12.018
13. ประทุม กงมหา, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2561;24(1):91-103.

14. สายธิดา ลาภอนันตสิน, วาสนา เตโชวานิชย์, พันพิสสา ณ สงขลา, ยุพรัตน์ อดดกลิ่น, สุนันทา วิฑา. การพัฒนาสมรรถภาพการทรงตัวและความกลัวการหกล้มของผู้หญิงสูงอายุในตำบลองค์กรักและบางลูกเสือ จังหวัดนครนายกด้วยการบริการวิชาการชุมชน. วารสารกายภาพบำบัด 2558;37(2):63-77.
15. จิตติมา ทาสวรรณอินทร์, กรรณิการ์ เทพกิจ. ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560;35(3):186-95.
16. ทิวาพร ทวีวรรณกิจ, สุกัลยา อมตฉายา, พรรณี ปิงสุวรรณ, ลักขณา มาทอ. การทรงตัว การล้ม และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำ. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2553;22(3):271-79.
17. สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนาสังคมผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทย. วารสารสถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีชั้นสูง 2558;1(1):80-91.
18. สุกัลยา อมตฉายา, เขาวราภรณ์ ยืนยงค์, วัฒนา ศิริธราธิวัตร. การทรงตัว การล้ม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายและไม่ออกกำลังกายเป็นประจำ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2553;25(2):103-8.
19. Lim JY, Jang SN, Park WB, Oh MK, Kang EK, Paik NJ. Association between exercise and fear of falling in community-dwelling elderly Koreans: results of a cross-sectional public opinion survey. Arch Phys Med Rehabil 2011;92(6):954-9. doi: 10.1016/j.apmr.2010.12.041.
20. American College of Sports Medicine, Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc. 2009;41(7):1510-30. doi: 10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c. PMID: 19516148.
21. Shumway-Cook A, Baldwin M, Polissar NL, Gruber W. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults. Phys Ther. 1997 Aug;77(8):812-9. doi: 10.1093/ptj/77.8.812. PMID: 9256869.

พฤติกรรมและผลกระทบจากการติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล^{*a}, เอมอร บุตรอุดม^{*}, ทิพย์รัตน์ อุดเมืองเพีย^{*},
สุกัญญา รักศรี^{**}, ภาสินี ไทอินทร์^{*}, ทรงสุตา หมั่นไธสง^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเล่นเกม ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเล่นเกมที่
ปัญหา และผลของพฤติกรรมการเล่นเกมที่ปัญหาต่อการเรียน ด้านสังคม และด้านสุขภาพของ
นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเทศบาลนครขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนมัธยมศึกษาชั้น
ปี 1-6 โรงเรียนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ประจำปีการศึกษา 2563 จำนวน 513 คน สุ่มตัวอย่างแบบ
ชั้นภูมิ (Stratified sampling) เครื่องมือคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) คุณลักษณะของประชากร
2) ข้อมูลการใช้คอมพิวเตอร์ 3) ข้อมูลการเล่นและผลกระทบ และ 4) แบบทดสอบการติดเกม (GAST)
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติไคสแควร์ (Chi-square statistics) และการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกแบบทวิ
(Binary logistic regression analysis) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่ติดเกมมากที่สุด ร้อยละ
44.1 มีพฤติกรรมเริ่มมีปัญหาติดเกม ร้อยละ 17.7 และมีพฤติกรรมติดเกม ร้อยละ 10.5 กลุ่มตัวอย่างมี
ปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 74.6 มีปัญหาการเรียน ร้อยละ 44.5 และมีปัญหาด้านสังคม ร้อยละ 22.7 ผลการ
วิเคราะห์พหุถดถอยลอจิสติกแบบทวิพบว่า ความถี่ในการเล่นส่งผลต่อพฤติกรรมติดเกมของนักเรียน
มัธยมศึกษา 2.45 เท่า (OR=2.45, 95% CI=1.79-3.34) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และพบว่า นักเรียน
ที่มีพฤติกรรมติดเกมส่งผลกระทบต่อปัญหาการเรียน (OR=3.48, 95% CI=2.31-5.28) ต่อปัญหาสุขภาพ
(OR=3.86, 95% CI=2.16-6.89) และต่อปัญหาด้านสังคม (OR=5.37, 95% CI=3.44-8.40) ผลการวิจัย
ครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการเล่นที่เป็นปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายใน
เขตเทศบาลเมือง มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ และปัญหาการเรียน ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไป
พัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือนักเรียนและป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ ข้อเสนอแนะ สถาบันการศึกษาควร
มีการคัดกรองเด็กที่มีพฤติกรรมติดเกม ร่วมกับครอบครัว และหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อป้องกันการ
เกิดปัญหากระทบต่อสุขภาพ และการเรียน

คำสำคัญ: เกมคอมพิวเตอร์; การติดเกม; ผลกระทบการติดเกม; นักเรียนมัธยมศึกษา

^{*} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

^a ผู้เขียนหลัก กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล Email: kulnaree@bcnkk.ac.th

^{**} พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

^{***} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

รับบทความ: 13 มิ.ย. 64; **รับบทความแก้ไข:** 8 ก.ค. 64; **ตอบรับตีพิมพ์:** 8 ก.ค. 64; **ตีพิมพ์ออนไลน์** 16 ส.ค. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.40>

Game Addiction Behavior and Impacts of Game Addiction in Secondary and High School Students in Khon Kaen Municipality

Kulnaree Hanpatchaiyakul^{*a}, Aimon Butudom^{*}, Tipparat Udmuangpia^{*},
Sukanya Raksri^{**}, Pasinee Thoin^{*}, Songsuda Muenthaisong^{***}

Abstract

The study aimed to describe the game addiction behaviors and to determine influencing factors on game playing behaviors and impacts of game playing behaviors on study, health, and social among students in secondary and high school in Khon Kaen municipality. Data was gathered in 2020 from 513 students enrolled in grades 7-12 selected through multi-stage random sampling technique. The instrument was a questionnaire consisted of four parts: 1) sample characteristics, 2) computer use, 3) gaming playing and its impacts, and 4) game addiction from the Game Addiction Screening Test (GAST). The data were analyzed using Chi-square test and binary logistic regression analyses. Findings showed that most of the students did not have game addiction behaviors (44.1%) followed by starting to have game addiction behaviors (17.7%) and having game addiction behaviors (10.5%). The samples reported having impacts of game addictions on health (74.6%), learning (44.5%), and social (22.7%). Frequency of game playing significantly predicted game playing behaviors with the Odds ratio (OR) of 2.45 (95% CI=1.79-3.34). Problematic game playing behaviors also significantly predicted health problems (OR=3.86, 95% CI=2.16-6.89), learning problems (OR=3.48, 95% CI=2.31-5.28) and social problems (OR=5.37, 95% CI=3.44-8.40) at $p<0.05$. Findings demonstrated that game playing behaviors among secondary and high school students in the city area impacted both health and learning problems. The result can be utilized for developing program to reduce impact of game playing behaviors. It is suggested that schools should implement the screening system for game addictions among students and work with families and health care sectors to prevent the issues.

Keywords: Computer game; Game addiction; Impacts of game addiction; Secondary and high school students

^{*} Registered Nurse, Senior Professional Level (Instruction), Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

^a Corresponding author: Kulnaree Hanpatchaiyakul; Email: kulnaree@bcnkk.ac.th

^{**} Registered Nurse, Practitioner Level (Instruction), Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

^{***} Registered Nurse, Professional Level (Instruction), Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

Received: Jun 13, 21; Revised: Jul. 8, 21; Accepted: Jul. 8, 2021; Published Online: Aug. 16, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.40>

บทนำ

ในปัจจุบันเด็กสามารถเล่นเกมได้ตลอดเวลาทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนจากการที่นักเรียนมีโทรศัพท์มือถือเกือบทุกคน การเข้าถึงเกมได้โดยง่าย ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ อีกทั้งเกมในยุคปัจจุบันมีความหลากหลายให้เด็กได้เลือกตามความสนใจ มีผลิตภัณฑ์ที่มีรูปแบบกระตุ้นให้เด็กติดตามและเล่นอย่างต่อเนื่องจนไม่สามารถหยุดได้ รูปแบบเกมมีทั้งการใช้ความรุนแรง และการแข่งขันเพื่อจูงใจให้ได้รางวัล เด็กวัยรุ่นจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของบริษัทต่างๆ ในการผลิตเกมขึ้นมาเพื่อกระตุ้นให้มีการเล่นอย่างต่อเนื่องจนพัฒนากลายเป็นติดในที่สุด การปรับตัวในวัยรุ่นเพื่อเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยี ที่ไม่เหมาะสม ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลง ในยุคที่มีความเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม จึงเป็นเรื่องที่ต้องได้รับการแก้ไข⁽¹⁾

สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญระบุว่า เด็กและเยาวชนไทยอายุ 11-14 ปี ในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑลชอบเล่นเกมต่อสัปดาห์ร้อยละ 53 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40 ในปี 2548 และร้อยละ 24 ของกลุ่มตัวอย่างมีความถี่ในการเล่นทุกวัน มีระยะเวลาการเล่น 3 ชั่วโมงต่อครั้ง และมีค่าใช้จ่ายในการเล่นเฉลี่ย 537 บาทต่อเดือน นอกจากนี้ข้อมูลจากโครงการ Child Watch พบว่า เด็กและเยาวชนไทยที่ “ล่องลอย” อยู่ตามร้านเกม ผับ และคอสเพลย์ ตั้งแต่สี่ทุ่มถึงตีสามมีจำนวนนับแสนคน⁽²⁾ ผลสำรวจดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงวิถีชีวิตของเด็กและเยาวชนไทย ในปัจจุบันได้เป็นอย่างดี จากการศึกษาของบุญเลี้ยง ทุมทอง⁽³⁾ ระบุว่า บริบทภายในและภายนอกสถานศึกษามีอิทธิพลต่อการติดเกม เช่น โรงเรียนปิ่นเข่าออกง่าย ในห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์มีเกมให้เล่นโดยไม่มีการควบคุมอย่างใกล้ชิด บริบทภายนอกคือ มีร้านเกมจำนวนมากอยู่รอบๆ โรงเรียน และบุคลากรของโรงเรียนมีส่วนเกี่ยวข้องกับร้านเกมเหล่านั้น นอกจากนี้การวิจัยดังกล่าวระบุว่า ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวคือ เอาแต่ใจตนเอง อารมณ์ร้อน ไม่เชื่อฟังพ่อแม่ ขอบความรุนแรง ขโมยเงินพ่อแม่ พุดจาก้าวร้าว ผลกระทบเกี่ยวกับสมองคือ ความจำสั้น ผลการเรียนต่ำ หมกมุ่นแต่เรื่องเกม ไม่มีสมาธิในการเรียน ผลกระทบทางด้านสุขภาพ คือ ร่างกายซูบผอม มีปัญหาทางสายตา ไม่ได้ออกกำลังกายและอ่อนเพลีย⁽³⁾ ซึ่งงานวิจัยเชิงคุณภาพของ ศรัณญา อิทธิเตชะ⁽⁴⁾ ได้สัมภาษณ์เด็กที่มีพฤติกรรมรุนแรงจำนวนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเล่นเกมประเภทที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรุนแรง ทำให้นักเรียนได้ซึมซับเอาพฤติกรรมความรุนแรงนั้นไว้กับตนเอง กลายเป็นคนไม่โหยงหยงหดหู่ เอาแต่ใจ และจะแสดงพฤติกรรมความรุนแรงออกมากับเพื่อนนักเรียนด้วยกันหรือรังแกคนที่อ่อนแอกว่า เนื่องจากการเล่นเกมออนไลน์จะมีผลต่อสุขภาพจิตของเด็ก เด็กจะลดความสัมพันธ์กับเพื่อนลงแต่จะไปติดต่อกับเครื่องคอมพิวเตอร์แทน เพราะสามารถเอาชนะทุกอย่างได้ในเกม การศึกษาของ วรณา กลกิจโกวิท และคณะ⁽⁵⁾ ระบุว่า ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันในการติดเกมของเด็กนักเรียนในเขตดุสิตมีดังนี้ ปัจจัยเกี่ยวกับตัวเด็ก ปัจจัยเสี่ยง คือ นิสัยขี้นอน น้อยใจ ตื้อ ขอบเถียง ปัจจัยป้องกันคือ วานอนสอนง่าย มีระเบียบวินัย เป็นคนอารมณ์ดี⁽⁵⁾ การศึกษาในประเทศฮ่องกงพบว่า มากกว่าครึ่งของวัยรุ่นที่ติดเกมมีอาการนอนหลับยาก (Insomnia) ในการศึกษาดังกล่าว พบความสัมพันธ์ ระหว่างการติดเกม และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยมีการนอนหลับยากเป็นตัวนำที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า⁽⁶⁾ จะเห็นว่าภาวะติดเกมมีความสัมพันธ์กับการภาวะสุขภาพจิต

การติด (Addiction) หมายถึง การทำจนเป็นนิสัยโดยมีผลต่อร่างกาย สังคม จิตใจ และการเงิน โดยทั่วไป มีการแสดงออกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยที่มาก่อน

(Predisposing factors) เช่น เพศ พันธุกรรม (Genetic factors) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) เช่น พัฒนาการตามวัย การเข้าถึงสื่อหรือเทคโนโลยี การได้รับการเสริมแรงทางบวกจากการใช้อินเทอร์เน็ต ปัจจัยป้องกัน (Protective factors) คือการได้รับการดูแลจากครอบครัว⁽¹⁾ การติดเกม (Game addiction) เป็นปัญหาที่เกิดจากการหมกมุ่นในการเล่นเกมนจนหยุดไม่ได้ กลายเป็นพฤติกรรมเสพติด (Behavioral addiction) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย อารมณ์ และพฤติกรรมด้านอื่นๆ รวมถึงการเสียหน้าที่ความรับผิดชอบ ละเลยการเข้าสังคม หรือทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว บางรายอาจมีปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โกหก ลักขโมย ดื้อ ต่อต้าน แยกตัว เก็บตัว เป็นต้น สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้จัดได้จัดให้การติดเกมเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตเวช โดยใช้ชื่อว่า “Internet gaming disorder” (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5)⁽⁷⁾

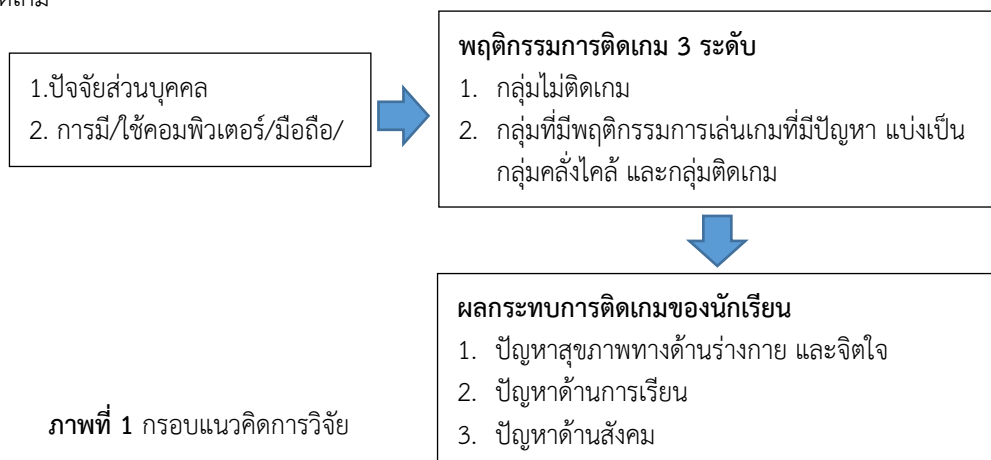
จะเห็นว่าปัญหาการติดเกม ส่งผลกระทบต่อ ภาวะสุขภาพ กาย จิต สังคม และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การศึกษาในประเทศไทย ในปี 2549 พบว่า ความชุกการติดเกม ร้อยละ 15 %^(5,8) ปัญหาการติดเกมจึงมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียน ที่สามารถเข้าถึงการเล่นเกมได้ง่าย อาจจะมีความสนใจและเล่นเกมมากเกินไปจนทำให้เกิดปัญหาการเรียน ปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิต การศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลในเบื้องต้น ในการจัดทำแนวทางดูแลเด็กที่มีปัญหาเสี่ยงต่อการติดเกม สำหรับครูอาจารย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการให้คำปรึกษาต่อพ่อแม่ผู้ปกครองในการดูแลนักเรียนที่มีภาวะการติดเกม หรือเริ่มมีปัญหาการติดเกมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมติดเกมของนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเล่นเกมที่มีปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลกระทบของพฤติกรรมการเล่นเกมที่มีปัญหาต่อปัญหาด้านการเรียน สังคมและด้านสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ในระยะแรกเป็นการสำรวจภาวะเสี่ยงต่อการติดเกม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมและผลกระทบการติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาโรงเรียนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จำนวน 7 โรงเรียน ปีการศึกษา 2563 มีนักเรียนทั้งหมดจำนวน 3,207 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรทาร์ยามานะ¹⁰

$$n = \frac{N}{1 + e^2 N}$$

โดย

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

e = สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดได้ คือ 5%

N = จำนวนประชากร ทั้งหมด (3,200 คน)

คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 356 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันกรณีแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ได้จำนวนนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 426 คน ผู้วิจัยได้คำนวณหากลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณหาสัดส่วนของ โรงเรียนและแยกรายชั้นปี โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ได้จำนวนเท่ากับ 513 คนจาก 7 โรงเรียน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนนักเรียนทั้งหมด จำนวนนักเรียนตามสัดส่วนของขนาดตัวอย่าง และจำนวนนักเรียนที่เก็บข้อมูลได้จริง

ชั้นปี	จำนวนนักเรียนทั้งหมด	จำนวนนักเรียน ที่คำนวณได้	จำนวนนักเรียน ที่เก็บข้อมูลจริง
มัธยมศึกษาปีที่ 1	870	115	61
มัธยมศึกษาปีที่ 2	823	109	142
มัธยมศึกษาปีที่ 3	726	112	164
มัธยมศึกษาปีที่ 4	316	42	31
มัธยมศึกษาปีที่ 5	251	33	40
มัธยมศึกษาปีที่ 6	221	30	75
รวม	3,207	426	513

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถเก็บได้ไม่สอดคล้องกับการคำนวณสัดส่วนที่คำนวณได้ เพราะในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ส่วนใหญ่นักเรียนในเขตเทศบาลไปเข้าค่าย จึงไม่สามารถเก็บข้อมูลในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ได้ครบถ้วน ผู้วิจัยได้ข้อมูลจากชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 3 ทดแทน

เครื่องมือและการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แล้วนำแบบสอบถามไปตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยยาเสพติด 1 ท่าน และ พยาบาลจิตเวชที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน แล้วนำผลมาพิจารณาคะแนนของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อหาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดให้ IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีความเที่ยงตรงที่ใช้ได้ ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุงแก้ไข แบบสอบถาม มี 3 ส่วนดังนี้

1) **คุณลักษณะของประชากร** ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา จำนวนพี่น้อง รายได้ของครอบครัว ผลการเรียนรู้ในเทอมที่ผ่านมา

2) **ข้อมูลการใช้คอมพิวเตอร์** ได้แก่ การมีคอมพิวเตอร์ส่วนตัว ระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตต่อวัน การใช้อินเทอร์เน็ตต่อวัน (Daily Use) ความถี่ในการเล่นอินเทอร์เน็ต (Frequency of Internet use)

3) **ข้อมูลการเล่นเกม และผลกระทบจากการเล่นเกม** ได้แก่ ความถี่ในการเล่นเกม ระยะเวลาที่ใช้ในการเล่นเกมนานที่สุด สถานที่เล่นเกมบ่อย ชนิดเกมที่เล่นเป็นประจำ ผลกระทบทางด้านสุขภาพ ด้านการเรียนรู้ และด้านสังคม

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบการติดเกม (GAST)-ฉบับเด็กและวัยรุ่น (Child and Adolescent Version)^(5,9) ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐาน โดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากนักเรียนในโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวนนักเรียน 30 คน ได้เท่ากับ 0.84 โดยยึดเกณฑ์ค่า α มากกว่า 0.7 ขึ้นไป จึงนับว่าเครื่องมือมีคุณภาพในการใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1) ข้อมูลคุณลักษณะของประชากร ข้อมูลการใช้คอมพิวเตอร์ และ ข้อมูลการเล่นเกม นำเสนอโดยใช้ความถี่และร้อยละ

2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมติดเกมและปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การใช้คอมพิวเตอร์ ผลกระทบจากการเล่นเกม โดยใช้ ไคสแควร์ (Chi-square tests) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขั้นนี้ผู้วิจัยได้ สร้างตัวแปรพฤติกรรมที่มีปัญหาในการเล่นเกมนั้น คือ การรวมพฤติกรรมคลั่งไคล้กับพฤติกรรมติดเกม

3) การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมมีปัญหในการเล่นเกมนั้น และ ผลของพฤติกรรมมีปัญหในการเล่นเกมนั้นต่อผลกระทบด้านการเรียน สังคมและด้านสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น ใช้สถิติ การวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกแบบทวิ (Binary logistic regression) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้คำนึงถึงความสำคัญของการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น (Institutional Review Board Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen) รหัสโครงการ IRB-BCNKK-13-2020 เมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2563 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตผู้บริหารสถาบันการศึกษาเพื่อเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล มีการชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย และสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารให้การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยเก็บข้อมูลการวิจัยในที่ปลอดภัย สามารถเข้าถึงได้เฉพาะทีมวิจัยและข้อมูลที่อยู่ในคอมพิวเตอร์ต้องใช้รหัสผ่านในการเข้าถึงข้อมูล ผลการวิจัยนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือ เพศชาย (ร้อยละ 44.2) เพศทางเลือก (ร้อยละ 5.8) ตามลำดับ

ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่นักเรียนกำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 32.0) รองลงมา กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 27.7) มัธยมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 14.6) มัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 11.9) และมัธยมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 6.0) ตามลำดับ

จำนวนพี่น้อง ส่วนใหญ่นักเรียนมีพี่น้องจำนวน 2 คน (ร้อยละ 51.5) รองลงมา มีพี่น้อง 1 คน และ 3 คน (ร้อยละ 16.6) มีพี่น้อง 4 คน (ร้อยละ 9.9) และมีพี่น้อง 5 คน (ร้อยละ 5.5) ตามลำดับ

เกรดเฉลี่ย ส่วนใหญ่นักเรียนได้เกรดเฉลี่ย 3.00 ขึ้นไป (ร้อยละ 37.2) รองลงมาคือเกรดเฉลี่ย 2.01-2.50 (ร้อยละ 25.1) เกรดเฉลี่ย 2.51-3.00 (ร้อยละ 24.6) และเกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 2.00 (ร้อยละ 6.4) ตามลำดับ

การเล่นเกมในช่วง 3 เดือน นักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ส่วนใหญ่เคยเล่นเกม คิดเป็นร้อยละ 98.1 ไม่เคยเล่นเกม ร้อยละ 1.9.

2. การใช้คอมพิวเตอร์และมือถือ

จากจำนวนตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ 503 คนที่ตอบว่าเคยเล่นเกมในระยะ 3 เดือน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างใช้โทรศัพท์มือถือในการเล่นเกมนานที่สุด ร้อยละ 94.8 รองลงมาใช้คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก ร้อยละ 12.7 คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ ร้อยละ 12.3 แท็บเล็ต/ไอแพด ร้อยละ 5.8 และเครื่องเล่นเกมที่ต่อเข้ากับโทรทัศน์ ร้อยละ 2.2 ตามลำดับ

วัตถุประสงค์ในการเล่นเกมน เพื่อความสนุกสนาน/คลายเครียดมากที่สุด ร้อยละ 94.8 รองลงมาเพื่อหาเพื่อนใหม่ ร้อยละ 3.8 หารายได้พิเศษ ร้อยละ 1.2 เพื่อการพนัน ร้อยละ 0.4 ตามลำดับ

ค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมนต่อเดือน ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้จ่ายเงินในการเล่นเกมน ร้อยละ 57.3 รองลงมา จ่ายเงินต่ำกว่า 500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 25.1 จ่ายเงิน 501-1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 11.5 จ่ายเงิน 1,001-3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 2.8 จ่ายเงิน 3,001-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 2.8 และจ่ายเงิน 5,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 0.6 ตามลำดับ

ความถี่ในการเล่นเกมน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความถี่ในการเล่นเกมนทุกวัน ร้อยละ 48.9 รองลงมา คือ 2-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 32.2 น้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 7.2 ตามลำดับ

สถานที่ท่านเล่นเกมเป็นประจำ ส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านตนเอง คิดเป็นร้อยละ 94.8 รองลงมาคือ โรงเรียน ร้อยละ 38.6 บ้านเพื่อน ร้อยละ 12.9 บ้านญาติ ร้อยละ 4.2 ร้านเกมใกล้บ้าน ร้อยละ 3.8 ห้างสรรพสินค้า ร้อยละ 3.6 ร้านเกมใกล้โรงเรียน ร้อยละ 1.0 ร้านเกมใกล้ที่เรียนพิเศษ ร้อยละ 0.2 ตามลำดับ

ชนิดของเกมที่เล่น ส่วนใหญ่เป็นเกมในโทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 48.7 รองลงมาคือเกมเพลสเทชัน (Playstation) ร้อยละ 4.0 วิดีโอเกม ร้อยละ 2.4 และเกมบอย ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ

3. ปัญหาด้านการเรียน ด้านสังคม และด้านสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 74.6 คือปัญหาสุขภาพกาย ได้แก่ มีปัญหาพักผ่อนไม่เพียงพอมากที่สุด ร้อยละ 43.9 รองลงมามีปัญหาปวดตา ร้อยละ 40.8 รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา/ไม่เพียงพอ ร้อยละ 26.0 ปวดศีรษะ ร้อยละ 25.6 มีอาา ร้อยละ 22.7 ตาฟร้ามัว ร้อยละ 22.3 ปวดเมื่อยร่างกาย ร้อยละ 20.3 และร่างกายซูบผอม ร้อยละ 5.8 ตามลำดับ

ปัญหาสุขภาพจิต มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.6 รองลงมา คือไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 25.4 สำหรับปัญหาทางด้านจิตใจ ได้แก่ โหม่ง่าย “หัวร้อน” คิดเป็นร้อยละ 35.8 รองลงมามีปัญหาหงุดหงิดง่าย ร้อยละ 31.2 อยากเอาชนะ หมกมุ่น ร้อยละ 20.9 ไม่มีสมาธิ ร้อยละ 16.7 เครียดร้อยละ 16.1 และวิตกกังวล ร้อยละ 6.0 ตามลำดับ

ปัญหาการเรียน กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาการเรียน ร้อยละ 55.5 มีปัญหาการเรียนร้อยละ 44.5 ปัญหาการเรียนคือ แบ่งเวลาไม่ได้ ร้อยละ 21.1 รองลงมามีปัญหาไม่ส่งงานอาจารย์ ร้อยละ 17.3 ไม่มีสมาธิในการเรียน ร้อยละ 13.9 ไม่รับผิดชอบ ร้อยละ 10.9 ติด “0” ติด “ร” ติด “มส.” ร้อยละ 8.7 และไม่ยอมเข้าห้องเรียน ร้อยละ 5.0

ปัญหาด้านสังคม ไม่มีปัญหาด้านสังคม ร้อยละ 77.3 มีปัญหาด้านสังคม ร้อยละ 22.7 ปัญหาสังคมที่มีมากที่สุดคือ อยากพูดคุยกับกลุ่มเพื่อนที่เล่นเกม ร้อยละ 12.5 รองลงมาคือ ไม่อยากพูดคุยกับคนอื่น ร้อยละ 3.8 ไม่อยากพูดคุยกับคนในครอบครัว ร้อยละ 3.8 ชอบโกหก ร้อยละ 3.8 และลักขโมย ร้อยละ 0.8

4. พฤติกรรมการติดยา

การสอบถามพฤติกรรมการติดยาของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่ติดยาเสพติดมากที่สุดร้อยละ 71.76 รองลงมา มีพฤติกรรมคลั่งไคล้ ร้อยละ 17.7 และมีพฤติกรรมการติดยา ร้อยละ 10.53

เพศ พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมไม่ติดยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 64.86 รองลงมา มีพฤติกรรมการติดยาแบบคลั่งไคล้ ร้อยละ 24.77 และมีพฤติกรรมการติดยา ร้อยละ 10.36 ตามลำดับ ในเพศหญิง พบว่ามีพฤติกรรมไม่ติดยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 76.67 รองลงมา มีพฤติกรรมคลั่งไคล้ ร้อยละ 12.25 และมีพฤติกรรมการติดยา ร้อยละ 11.06 ส่วนเพศทางเลือก พบว่ามีพฤติกรรมไม่ติดยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 82.14 รองลงมา มีพฤติกรรมคลั่งไคล้ ร้อยละ 12.25 และมีพฤติกรรมการติดยา ร้อยละ 7.14

ระดับการศึกษา พบว่านักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีพฤติกรรมไม่ติดยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 65.38 รองลงมา มีพฤติกรรมคลั่งไคล้ ร้อยละ 21.70 และมีพฤติกรรมการติดยา ร้อยละ 12.91 ตามลำดับ นักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมไม่ติดยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 88.4 รองลงมา มีพฤติกรรมการติดยาแบบคลั่งไคล้ ร้อยละ 7.19 และมีพฤติกรรมการติดยา ร้อยละ 4.31

ความถี่ในการเล่นเกม นักเรียนที่เล่นเกมน้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์มีพฤติกรรมไม่ติดยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 94.11 รองลงมา มีพฤติกรรมคลั่งไคล้ ร้อยละ 3.92 และมีพฤติกรรมการติดยา ร้อยละ 1.96

นักเรียนที่เล่นเกม 1 วัน/สัปดาห์มีพฤติกรรมไม่ติดยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 94.11 รองลงมา มีพฤติกรรมการติดยาแบบคลั่งไคล้ ร้อยละ 3.92 และมีพฤติกรรมการติดยา ร้อยละ 1.96

นักเรียนที่เล่นเกม 2-3วัน/สัปดาห์มีพฤติกรรมไม่ติดยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 88.88 รองลงมา มีพฤติกรรมการติดยาแบบคลั่งไคล้ ร้อยละ 5.55 และมีพฤติกรรมการติดยา ร้อยละ 5.55

ส่วนนักเรียนที่เล่นเกมทุกวัน/สัปดาห์ มีพฤติกรรมไม่ติดเกมมากที่สุด ร้อยละ 57.87 รองลงมา มีพฤติกรรมคลั่งไคล้ ร้อยละ 25.98 และมีพฤติกรรมติดเกมร้อยละ 16.14

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเล่นเกม ของนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแคว์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเล่นเกมที่ผิดปกติ (กลุ่มคลั่งไคล้และกลุ่มติดเกม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ ($\chi^2=9.72$, $p=0.008$) ระดับการศึกษา ($\chi^2=36.65$, $p=0.001$) เกรดเฉลี่ย ($\chi^2=12.71$, $p=0.05$) ความถี่ในการเล่น/สัปดาห์ ($\chi^2=51.56$, $p=0.05$)

การวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก (Binary logistic regression) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่มีปัญหาในการเล่นเกมนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น ได้แก่ ความถี่ในการเล่น เกม คือ นักเรียนที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการเล่นเกม มีความถี่ในการเล่นมากกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมไม่ติดเกม 2.45 เท่า (OR=2.45, 95% CI=1.79-3.34) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเล่นเกมที่มีปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น

ตัวแปร	B	S.E.	Sig	Exp (B)	95% for Exp (B)
เพศ	0.07	0.19	0.71	1.073	0.74-1.56
การศึกษา	-0.07	0.21	0.73	0.93	0.61-1.40
เกรดเฉลี่ย	-0.20	0.11	0.07	0.81	0.64-1.02
ความถี่	0.89	0.16	0.01*	2.45	1.79-3.34

-2 Log likelihood = 514.016, Cox & Snell R² = 0.155

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเล่นเกมที่มีปัญหา(กลุ่มคลั่งไคล้และกลุ่มติดเกม) ของนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น ต่อผลกระทบทางด้านสุขภาพ การเรียน และสังคม

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมที่มีปัญหาในการเล่นเกม มีความสัมพันธ์ปัญหาสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2=23.10$, $p=0.00$) พฤติกรรมการเล่นเกมที่มีปัญหามีความสัมพันธ์ปัญหาการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2=37.59$, $p=0.00$) และพฤติกรรมการเล่นเกมที่มีปัญหามีความสัมพันธ์ปัญหาสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2=60.29$, $p=0.00$)

ผลการวิเคราะห์ พฤติกรรมการเล่นเกมที่มีปัญหา ต่อปัญหาด้านการเรียน ด้านสังคม และด้านสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกแบบทวิ (Binary Logistic Regression) พบว่า พฤติกรรมการเล่นเกมที่มีปัญหามีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพ ปัญหาสังคม และปัญหาการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ นักเรียนกลุ่มที่มีพฤติกรรมการเล่นเกมที่มีปัญหา มีปัญหาการเรียนมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมติดเกม 3.48 เท่า (OR=3.48, 95%

CI=2.31-5.28) นักเรียนกลุ่มที่มีพฤติกรรมการเล่นเกมที่มีปัญหา มีปัญหาสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมติดเกม 3.86 เท่า (OR=3.86, 95% CI=2.161-6.887) และนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่มีปัญหาในการเล่นเกมนี้อาจมีปัญหามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมติดเกม 5.37 เท่า (OR=5.37, 95% CI=3.44-8.40) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกแบบทวิของพฤติกรรมการเล่นเกมที่ผิดปกติ ต่อปัญหาด้านการเรียน สังคมและด้านสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น

ตัวแปร	B	S.E.	Sig	Exp	95% for Exp (B)
ปัญหาด้านการเรียน	1.28	0.21	0.001	3.48	2.31-5.28
ปัญหาสุขภาพ	1.35	0.29	0.001	3.86	2.16-6.89
ปัญหาสังคม	1.68	0.22	0.001	5.37	3.44-8.40

-2 Log likelihood = 482.576 Cox & Snell R² = 0.105

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์มือถือในการเล่นเกมนานที่สุด ร้อยละ 94.8 รองลงมาใช้คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก คิดเป็นร้อยละ 12.7 คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ ร้อยละ 12.3 แท็บเล็ต/ไอแพด ร้อยละ 5.8 เครื่องเล่นเกมที่ต่อเข้ากับโทรทัศน์ ในปัจจุบันนักเรียนสามารถเข้าถึงเกมต่างๆ ได้ง่ายและรวดเร็ว นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลนครขอนแก่น สามารถเข้าถึงการเล่นเกมที่ทุกที่ที่ตลอดเวลาที่นักเรียนมีความต้องการ ทั้งในโรงเรียนที่บ้านและสถานที่สาธารณะ นักเรียนเล่นเกมโดยใช้โทรศัพท์มือถือมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อภิสิทธิ์ นาคอ่อน และสุกัญญา คำเรืองฤทธิ์⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 พบว่านักเรียนที่มีสมาร์ตโฟนเป็นของตนเองและการที่ผู้ปกครองไม่ได้มีส่วนในการเลือกแอปพลิเคชัน รวมถึงไม่จำกัดชั่วโมงการเล่นเกมของเด็ก จะทำให้เด็กมีโอกาสติดเกมได้ง่ายขึ้น แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของ บุญเลี้ยง ทูมทอง⁽³⁾ ที่อธิบายว่าบริบทของโรงเรียน การมีห้องคอมพิวเตอร์ในโรงเรียน การมีร้านเกมใกล้โรงเรียน เป็นปัจจัยสำคัญในการติดเกมของนักเรียนในปัจจุบัน จะเห็นว่านักเรียนสามารถนำโทรศัพท์มือถือไปได้ทุกที่ ทุกเวลา สามารถเล่นเกมได้ตามความต้องการของตนเอง และไม่ต้องพึ่งร้านเกมอีกต่อไปในยุคปัจจุบัน

พฤติกรรมติดเกมของนักเรียนในภาพรวมนักเรียนทั้งชายและหญิงมีพฤติกรรมคล้ายคลึง ร้อยละ 17.7 และมีพฤติกรรมติดเกม ร้อยละ 10.5 มีนักเรียนเกือบร้อยละ 2 เท่านั้นที่ไม่ได้เล่นเกมในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ผลการการศึกษาในเรื่องนี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ความชุกของการติดเกมในกลุ่มวัยรุ่นมีประมาณ ร้อยละ 13.5-15^(5,8) จะเห็นว่ากลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลและแก้ไขอย่างเร่งด่วนคือกลุ่มที่ติดเกม ที่มีจำนวนร้อยละ 10.5 และกลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการเล่นเกมนี้อาจมี

กลุ่มคลังโคล้ ทั้งสองกลุ่มเมื่อรวมกัน มีอัตราสูงถึง ร้อยละ 28.23 แนวโน้มของนักเรียนมีความสนใจในการเล่นเกมที่ เป็นกิจกรรมที่ทำให้นักเรียนขาดการพัฒนาในด้านอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม มีปัญหาการนอน และอาจจะมีการใช้ยาเสพติด⁽¹¹⁾ ปัญหาการนอนไม่เพียงพอ การนอนหลับยาก ปัญหาจากการติดเกมอาจส่งผลให้นักเรียนมีภาวะซึมเศร้า หากไม่มีการลดชั่วโมงในการเล่นเกมนลง

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทางด้าน เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีปัญหาในการเล่นเกมนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศชายมีโอกาสดิตเกมมากกว่าเพศหญิง เพศชายมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากการเล่นเกม (ร้อยละ 35.1) และเพศหญิงมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากการเล่นเกม (ร้อยละ 23.30) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทย และประเทศไต้หวัน⁽¹²⁻¹³⁾

ผลจากการวิเคราะห์ความถดถอยสหสัมพันธ์ลอจิสติกแบบทวิ (Binary logistic regression) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมการเล่นเกมที่ เป็นปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ความถี่ในการเล่นเกมน โดยพบว่านักเรียนที่มีพฤติกรรมการเล่นเกมที่ เป็นปัญหา มีความถี่ในการเล่นเกมนมากกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมไม่ติดเกม 2.45 เท่า (OR=2.45, 95% CI=1.79-3.34) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณา กลกิจโกวิท และคณะ⁽⁵⁾ ที่ศึกษาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 และผู้ปกครองของโรงเรียน 8 แห่ง ในเขตดุสิต กรุงเทพฯ พบว่าปัจจัยเสี่ยงในการเล่นเกมนคือ ความถี่ในการเล่นเกมน 2-3 วันต่อสัปดาห์ (OR 1.724, 95% CI=1.005-2.956) จะเห็นว่าความถี่ในการเล่นเกมน จะส่งผลให้เกิดการติดเกมได้ และจะมีผลเสียต่อภาวะสุขภาพ ตลอดจนปัญหาการเรียน

ผลกระทบทางด้านสุขภาพ การเรียน สังคม

จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ ในปัจจุบัน ส่งผลให้รูปแบบสัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป มีกิจกรรมในครอบครัวน้อยลง วัยรุ่นจะใช้เวลามากขึ้นในการเล่นเกมนมากขึ้น ส่งผลให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพ ด้านการเรียน และสังคม⁽³⁾ ผลการศึกษาในเรื่องนี้พบว่า ผลกระทบของนักเรียนที่มีพฤติกรรมมีปัญหามาจากการเล่นเกม คือ ปัญหาสุขภาพ ทางกายที่พบมากที่สุด คือ การพักผ่อนไม่เพียงพอ ปัญหาด้านจิตใจที่พบมากที่สุด คือ โมโหง่าย อารมณ์ร้ายและพลุ่งพล่านได้เร็ว ปัญหาการเรียนที่พบมากที่สุด คือ แบ่งเวลาไม่ได้ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Hormes et al.⁽¹⁴⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการเล่นเกมนออนไลน์และการควบคุมอารมณ์ในกลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในอเมริกา พบว่า นักศึกษาที่มีพฤติกรรมการเล่นเกมน จะขาดทักษะการควบคุมอารมณ์อย่างมาก และมีการควบคุมอารมณ์ที่ผิดปกติซึ่งอาจจะเป็นผลกระทบส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมการเล่นเกมน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า นักเรียนที่มีพฤติกรรมการเล่นเกมนมีปัญหาการเรียนมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมติดเกม พฤติกรรมดังกล่าวคือ ไม่รับผิดชอบ ไม่ส่งงานอาจารย์ แบ่งเวลาไม่ได้และไม่มีสมาธิในการเรียนซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้ประสิทธิภาพของการเรียนของนักเรียนลดลงมากและสอดคล้องกับการศึกษาของ Yilmaz et al.⁽¹⁵⁾ ในประเทศตุรกี นอกจากนี้ผลกระทบทางด้านสังคมที่พบส่วนใหญ่คือนักเรียนอยากจะพูดคุยกับเพื่อนที่เล่นเกมนเท่านั้น ไม่อยากพูดคุยกับคนอื่นหรือแม้กระทั่งคนในครอบครัว และมีพฤติกรรมแยกตัวมีการใช้โทรศัพท์ของตนเองโดยอิสระไม่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกใช้แอปพลิเคชันรวมถึงครอบครัวไม่ได้จำกัดเวลาในการเล่นเกมนของนักเรียนส่งผลให้นักเรียนติดเกมมากขึ้น⁽¹⁰⁾

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงถึงพฤติกรรมการเล่นเกมที่ เป็นปัญหา (การรวมพฤติกรรมคลังโคล้และพฤติกรรมการเล่นเกมน) ซึ่งไม่ได้เป็นเพียงพฤติกรรมการเล่นเกมนเท่านั้น จะเห็นว่า พฤติกรรมดังกล่าวมี

ผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ เช่น พักผ่อนไม่เป็นเวลา ปวดตา รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา โมโห หงุดหงิดง่าย ออยากเอาชนะ และปัญหาการเรียน เช่น แบ่งเวลาไม่ได้ ไม่ส่งงานอาจารย์ ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือนักเรียนจึงควรคำนึงถึงกลุ่มที่คลังโคล้เพื่อป้องกันผลกระทบที่รุนแรง และพฤติกรรมเกมการติดเกมซึ่งแก้ไขได้ยากหากปล่อยทิ้งไว้ให้ติดเกมเป็นเวลานาน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ด้านนโยบาย

จากผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการเล่นเกมที่ปัญหาถึงหนึ่งในสามของนักเรียนที่เล่นเกม หากไม่ได้มีการป้องกันปัญหาดังกล่าว นักเรียนอาจได้รับผลกระทบทั้งด้านการเรียน และด้านสุขภาพได้ โรงเรียนควรมีการคัดกรอง ให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง และนักเรียน ในการใช้โทรศัพท์มือถือและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่เหมาะสม และคัดกรองเด็กที่มีพฤติกรรมติดเกม และจัดกิจกรรมเพื่อลดชั่วโมงการเล่นเกมของนักเรียน ร่วมกับครอบครัว และหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อป้องกันการเกิดปัญหากระทบต่อสุขภาพ และการเรียน

ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบบูรณาการระหว่างสถาบันครอบครัวและสถาบันการศึกษา เพื่อแก้ไขปัญหาการติดเกมในนักเรียนทั้งระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ทั้งนี้เพื่อปลูกฝังพฤติกรรมทัศนคติ ค่านิยมในการเล่นเกมที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนักเรียนทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถามและคณะอาจารย์ ผู้ประสานงานและโรงเรียนมัธยมในเขตเทศบาลนครขอนแก่นที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณนักศึกษา ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ รุ่นที่ 22 อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก ที่เสียสละเวลาในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณมูลนิธิสถาบันพระบรมราชชนกที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Hauge MR. Gentile DA. Video Game Addiction among Adolescents: Associations with Academic Performance and Aggression. Society for Research in Child Development Conference; 2003.
2. กษมา เทพรักษ์, ภัทริการ์ โฮ, ปรรธนา สวัสดิสุธา. Internet Gaming Disorder. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ; 2557.
3. บุญเลี้ยง ทุมทอง. อิทธิพลและผลกระทบการติดเกมของนักเรียนตามสถานศึกษาในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 2555;18(1):47-54.
4. ศรีญาญ อธิเดช, คมเพชร ฉัตรสุกกุล, สกล วรเจริญศรี. การศึกษาพฤติกรรมความรุนแรงของนักเรียนวัยรุ่น. วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มศว 2556;7(2):211-21.
5. วรณา กลกิจโกวิท, ชัยพร วิศิษฐ์พงศ์อารีย์, พิศาสน์ เตชะเกษม, ชาญวิทย์ พรนภดล, บุษบา ศุภวัฒน์ ธนบดี. การติดเกมคอมพิวเตอร์ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันของเด็กนักเรียน ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร. วารสาร 2558;59(3):1-13.

6. Cheung LM, Wong WS. The effects of insomnia and internet addiction on depression in Hong Kong Chinese adolescents: an exploratory cross-sectional analysis. *J Sleep Res* 2011;20(2):311-7. doi: 10.1111/j.1365-2869.2010.00883.x.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013
8. ชาญวิทย์ พรนภดล, ศิริสุตา ลดาวัลย์ ณ อยุธยา, ดวงพร สุรพงษ์พิพัฒนะ, ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์. การศึกษาหาปัจจัยป้องกันการติดเกมในเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2552
9. Taro Yamane. *Statistics: An introductory analysis*. New York: New York: Harper & Row; 1973.
10. อภิสิทธิ์ นาคอ่อน, สุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเกมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์* 2563;46(2):111-41.
11. ชญานิศา ศรีวิชัย, นุจรี ไชยมงคล, ยุณี พงศ์จตุรวิทย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2558;16(3):114-21.
12. ชญานิศา ศรีวิชัย. พฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมคอมพิวเตอร์: ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. *วารสารพยาบาลตำรวจ* 2557;6(2):1-15.
13. Li H, Zou Y, Wang J, Yang X. Role of stressful life events, avoidant coping styles, and neuroticism in online game addiction among college students: A moderated mediation model. *Front Psychol* 2016;7:1794. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01794.
14. Hormes JM, Kearns B, Timko CA. Craving Facebook? Behavioral addiction to online social networking and its association with emotion regulation deficits. *Addiction* 2014;109(12):2079-88. doi: 10.1111/add.12713.
15. Yilmaz E., YEL S., Griffiths MD. The Impact of Heavy (Excessive) Video Gaming Students on Peers and Teachers in the School Environment: A Qualitative Study. *Addicta: Turkish Journal on Addictions* 2018;5(2):147-61. doi: 10.15805/addicta.2018.5.2.0035.

ความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล และพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี

ชรินทร์พร มะชะรา^a, พรทิพย์ กกฝ้าย^{**}, สุกัญญา ฆารสินธุ์^{***},
สังคม ศุภรัตน์กุล^{****}, ดวงพร แสงสุวรรณ^{*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล และพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่ของผู้ดูแลเด็กและเด็กอายุ 2-5 ปี จำนวน 183 คู่ เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิแบ่งระดับจากเด็กที่รับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่ายจากการจับสลากจนครบตามจำนวน เครื่องมือที่ใช้แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล และ 4) แบบประเมินพัฒนาการตามช่วงวัยตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยปฐมวัย (DSPM) ของกระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษามีความตรงของเนื้อหา ได้ค่า IOC = 0.66-1.00 และค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของครอนบาช (KR-20) เท่ากับ 0.97 และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปี โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=19.14$, $SD=1.26$) และระดับความรู้ส่วนใหญ่ของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก (96.17%) 2) พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปี โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=3.22$, $SD=0.78$) และระดับพฤติกรรมผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (55.74%) 3) พัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี ในด้านการเข้าใจภาษา (RL) แบ่งตามช่วงอายุ 2-5 ปี อายุ 2-3 ปี และอายุ 3 ปี 1 เดือน-5 ปี ส่วนใหญ่มีพัฒนาการสมวัย (95.54%, 100% และ 91.08% ตามลำดับ) พัฒนาการด้านการใช้ภาษา (EL) แบ่งตามช่วงอายุ 2-5 ปี และอายุ 3 ปี 1 เดือน-5 ปี ส่วนใหญ่มีพัฒนาการสมวัยเช่นกัน (75.03% และ 92.36%) ส่วนเด็กอายุ 2 ปี-3 ปี มีพัฒนาการด้านการใช้ภาษา (EL) สมวัยเพียง 57.69%

คำสำคัญ : ความรู้; พฤติกรรม; เด็กวัยก่อนเรียน; พัฒนาการด้านภาษา; ผู้ดูแล

^{*} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ^a ผู้เขียนหลัก Email: Sharinporn.ma@udru.ac.th

^{**} นักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

^{***} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

^{****} รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

รับบทความ: 22 มิ.ย. 64; รับบทความแก้ไข: 10 ก.ค. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 16 ก.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 17 ส.ค. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.41>

Knowledge and Language Development Promoting Behaviors of Caregivers and Language Development for 2-5-Year-Old Children at Child Development Centers in Subdistrict Municipality, Udon Thani Province

Sharinporn Machara^{*a}, Porntip Kokphai^{**}, Sukanya Kansin^{***},
Sungkom Suparatanagool^{****}, Duangporn Sangsuwan^{*}

Abstract

This descriptive research aimed to study knowledge and language development promoting behaviors of caregivers for 2 to 5 years old children at child development centers in municipality subdistrict in Udon Thani province. The samples were 183 pairs of caregivers and 2 to 5 years old children selected with stratified random sampling method from 2 child development centers. Instruments were questionnaires consisted of 4 parts: 1) general information, 2) assessment of caregivers' knowledge on promoting language development among their children, 3) assessment of caregivers' practices to promote language development among their children and 4) child development assessment form according to the Ministry of Public Health's Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). Content validity of knowledge and practice assessment forms had the item-objective congruence (IOC) of 0.66 to 1.00 with reliability using Kuder-Richardson 20 (KR-20) for knowledge assessment of 0.97. The practice assessment's reliability using Cronbach's alpha coefficient was at 0.78. The data were analyzed using descriptive statistics including frequencies, percentages, means and standard deviations (SD).

The results from this study showed that: 1) caregivers' knowledge on promoting language development among their children was at a high level ($\bar{X}=19.14$, $SD=1.26$) and the vast majority of the caregivers' knowledge was at a high level (96.17%); 2) caregivers' practices to promote language development among their children was at a very good level ($\bar{X}=3.22$, $SD=0.78$) and more than half of the caregivers' practices was at a good level

* Instructor, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

^a Corresponding author Sharinporn Machara Email: Sharinporn.ma@udru.ac.th

^{**} Nursing Student, Faculty of Nursing, Rachathani University, Udon Thani Campus

^{***} Instructor, Faculty of Nursing, Rachathani University, Udon Thani Campus

^{****} Associate Professor, Public Health, Faculty of Science, Udon Thani Rajabhat University

Received: Jun. 22, 21; Revised: Jul. 10, 21; Accepted: Jul. 16, 2021; Published Online: Aug. 17, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.41>

(55.74%); 3) language development in receptive language (RL) among children ages 2 to 5 years old broken down in groups of 2 to 5 years old, 2 to 3 years old, and 3 years and 1 month to 5 years old were age appropriate (95.54% , 100% , and 91.08% , respectively). Children's language development in expressive language (EL) among children ages 2 to 5 years old broken down in groups of 2 to 5 years old and 3 years and 1 month to 5 years old were age appropriate as well (75.03% and 92.36% , respectively) while expressive language (EL) children ages 2 to 3 years old were age-appropriate at only 57.69%.

Keywords: Knowledge; Behavior; Pre-school children; Language development, Caregivers

บทนำ

ปัจจุบันสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ชุมชนชนบทเข้าสู่ชุมชนเมืองอย่างรวดเร็วส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ขึ้น ได้แก่ ปัญหาสิ่งแวดล้อมปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสังคม เช่น การหย่าร้าง การทะเลาะวิวาท เด็กและเยาวชนจึงเป็นหนึ่งในเหยื่อของปัญหาดังกล่าว พ่อแม่ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงานหาเงินเพื่อเลี้ยงดูครอบครัวทำให้ไม่มีเวลาเอาใจใส่ดูแลลูกหลานอย่างเพียงพอ เด็กและเยาวชนบางคนไม่ได้อยู่กับพ่อแม่เนื่องจากพ่อแม่หย่าร้างกัน ต้องอาศัยอยู่กับปู่ย่า ตายาย ที่มีวัยต่างกันมาก และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ส่งผลให้เด็กมีแนวโน้มเกิดพัฒนาการล่าช้าเพิ่มขึ้น และยังมีปัญหาอื่น เช่น เด็กบางคนติดสื่อโทรทัศน์ติดโทรศัพท์มือถือ⁽¹⁾ จังหวัดอุดรธานีเป็นจังหวัดใหญ่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีการเปลี่ยนแปลงจากชุมชนชนบทเข้าสู่ชุมชนเมือง พ่อแม่หรือผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องทำงานนอกบ้านจึงมีความจำเป็นในการส่งลูกไปรับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตอนกลางวัน ซึ่งปัจจุบันศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการดูแลของเทศบาลรับเด็กอายุตั้งแต่ 2-5 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการอย่างรวดเร็วในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะพัฒนาด้านภาษา มีการเรียนรู้คำศัพท์ต่างๆ จากสิ่งรอบตัวและการใช้คำพูด ซึ่งการพัฒนาด้านภาษานั้น เกิดจากการที่เด็กรู้จักเชื่อมโยงเสียงต่างๆ ที่ได้ยินกับสิ่งที่เด็กมองเห็นและสัมผัสได้ และเมื่อได้ยินซ้ำๆ เด็กจะจำได้ว่าสิ่งเหล่านั้นคือเสียงอะไรและเกิดความจำทำให้เด็กเข้าใจและพูดอย่างถูกความหมายได้⁽²⁾ จากทฤษฎีพัฒนาการของเพียร์เจต์ กล่าวว่า การเรียนรู้ภาษาเป็นผลมาจากความสามารถทางสติปัญญา เด็กจะมีการเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ยิ่งไปกว่านั้นการพัฒนาการทางภาษาของเด็กจะเกิดขึ้นไปพร้อมๆ กับความสามารถด้านการให้เหตุผล การตัดสินใจ และด้านตรรกศาสตร์ ยิ่งไปกว่านั้นพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัยยังมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างคุณภาพของเด็กในอนาคตเนื่องจากเป็นช่วงที่สมองกำลังเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว⁽³⁾

สถาบันพัฒนานาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย ได้สำรวจของในภาพรวมระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2560 พบ เด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน และ 2 ปี 6 เดือน มีพัฒนาการล่าช้าในด้านการเข้าใจภาษามากที่สุด (45.75% และ 83.05% ตามลำดับ) และเด็กอายุ 3-5 ปีมีพัฒนาการด้านภาษาและการใช้ภาษาสมวัยน้อยที่สุด (79.40%)⁽⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจ พัฒนาการด้านภาษาในเด็ก 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งรับผิดชอบ 7 จังหวัด ได้แก่ อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองบัวลำภู หนองคาย และบึงกาฬ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า เด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน มีพัฒนาการล่าช้าในด้านการเข้าใจภาษามากที่สุด (53.13%) และเด็กอายุ 2 ปี 6 เดือน มีพัฒนาการล่าช้าในด้านการเข้าใจภาษามากที่สุด (45.45%)⁽⁵⁾ จากข้อมูลข้างต้นแสดง

ให้เห็นว่าปัญหาพัฒนาการด้านภาษาไม่สมวัยของเด็ก 2-5 ปี มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น หากไม่ได้รับการแก้ปัญหาหรือกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสมในช่วงวัยนี้ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สมองกำลังมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว อาจส่งผลกับพัฒนาการและพฤติกรรม โดยอาจทำให้เด็กเกิดความวิตกกังวลกลายเป็นคนขี้อาย เก็บตัว มีปมด้อยส่งผลต่อการปรับตัวระยะยาวไม่สามารถที่จะสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนหรือคนอื่นได้ ไม่กล้าแสดงออก สัมพันธภาพกับพ่อแม่อาจจะไม่ดีทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง⁽⁶⁾ หรือส่งผลให้การเรียนไม่มีประสิทธิภาพเมื่อเข้าสู่วัยเรียน เด็กไทย ประถมปีที่ 4-6 ประมาณ 10-15% มีปัญหาด้านการอ่านและการเขียน⁽⁴⁾ และอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีบุคลิกภาพที่ไม่พึงประสงค์ต่อไปได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านภาษาในเด็กหลายปัจจัย ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กที่มีอายุน้อยมักไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็ก สถานภาพสมรสของผู้ดูแลเด็กเป็นอีกหนึ่งด้านที่แสดงถึงความพร้อมของผู้ดูแลที่จะทำให้เด็กได้รับโอกาสในการดูแลที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการ⁽³⁾ ความรู้และระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก แสดงถึงความสามารถของผู้ดูแลเด็กในการแสวงหาความรู้และการจัดประสบการณ์การดูแลที่ส่งเสริมพัฒนาการให้แก่เด็ก การประกอบอาชีพและการว่างงาน ผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีโอกาสได้ประกอบอาชีพที่มีรายได้ดี และมีแหล่งประโยชน์เพื่อการจัดประสบการณ์ส่งเสริมพัฒนาการและจะมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก⁽⁶⁾ รายได้ของครอบครัวและความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวที่มีรายได้มากเด็กจะได้รับโอกาสในการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย⁽⁷⁾ จะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็กเป็นปัจจัยสำคัญมีอิทธิพลต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็กโดยตรง และยังไปว่านั้นหากผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ที่ดี มีความเข้าใจ ในการดูแลเด็กเป็นอย่างดีจะยิ่งตระหนักถึงความสามารถของตนเองและเป็นแรงผลักดันในการส่งเสริม พัฒนาการของเด็กให้ดีขึ้น เพราะหากผู้ดูแลเด็กขาดความรู้ความเข้าใจขาดการรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะเกิดผลดีกับตัวเด็กย่อมส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดูแลเด็กได้

มีการศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการด้านอื่นๆ ในเด็กวัยนี้ แต่การศึกษาถึงพัฒนาการด้านภาษา ซึ่งประกอบด้วยพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี ยังมีอย่างจำกัด โดยเฉพาะในบริบทศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของเทศบาล จังหวัดอุดรธานี จึงเป็นที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษา ความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล และศึกษาพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยนี้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้คืนสู่ชุมชนสำหรับเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนารูปแบบส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาให้เหมาะสม และทันต่อสภาพของสังคมในอายุ 2-5 ปี ที่รับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นการพัฒนาเยาวชนของจังหวัดอุดรธานี และของชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล และพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวิธีการศึกษา ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักของเด็ก ได้แก่ พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติ ที่รับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 346 ราย และเด็กอายุ 2-5 ปี ที่รับบริการในศูนย์

พัฒนาเด็กเล็ก เขตเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 346 ราย ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2563

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรหาจำนวนประชากร ของ Wayne WD⁽⁸⁾ ด้วย n4studies Application ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 183 คู่ แยกเป็นผู้ดูแลเด็ก จำนวน 183 คน และเด็กอายุ 2-5 ปี จำนวน 183 คน เลือกแบบวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิแบ่งระดับ (Stratified stratum sampling) จากเด็กที่รับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยแบ่งออกเป็นระดับตามห้อง 2 แห่ง คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งที่ 1 จำนวน 9 ห้อง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งที่ 2 จำนวน 5 ห้อง รวม 14 ห้อง กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละห้อง โดยการเปรียบเทียบสัดส่วนจากจำนวนประชากรในแต่ละห้อง เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) จากการจับฉลากจนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 1) ด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ วุฒิการศึกษา รายได้ 2) ด้านเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งเป็น 1) หลักการส่งเสริมพัฒนาการ จำนวน 7 ข้อ และ 2) การส่งเสริมพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา จำนวน 16 ข้อ รวม 23 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 23 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนโดยพิจารณาตามช่วง โดยการแปลงผลคะแนนตามความกว้างของชั้น⁽⁹⁾ ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 16 – 23	คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย 8 – 15	คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 0 – 7	คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปีของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยพัฒนาให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินพัฒนาการตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)⁽⁴⁾ ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (Receptive language: RL) 5 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา (Expressive language: EL) 5 ข้อ รวมทั้งหมด 10 ข้อ มีการให้คะแนนเป็นแบบระบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งมีการกำหนดค่าการประเมินระดับ 0-4 โดยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	ให้ 4 คะแนน
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ให้ 1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ 0 คะแนน

การแปลผลความหมายระดับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนโดยพิจารณาตามช่วง ความกว้างของชั้น⁽⁹⁾ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.21-4.00	หมายถึง อยู่ในระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.41-3.20	หมายถึง อยู่ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 1.61-2.40	หมายถึง อยู่ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.81-1.60	หมายถึง อยู่ระดับควรปรับปรุง
คะแนนเฉลี่ย 0.00-0.80	หมายถึง อยู่ระดับควรปรับปรุงอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพัฒนาการตามช่วงวัยตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.50 ค่าความเชื่อมั่นจากผู้สังเกต 0.80 มีความไวและความจำเพาะของเครื่องมือ เท่ากับ 96.04 และ 64.67 ตามลำดับ⁽¹⁰⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาหาความตรงของเนื้อหา (Content validity)⁽¹¹⁾ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์สาขาการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน อาจารย์สาขาจิตวิทยาการศึกษา 1 ท่าน และอาจารย์สาขาสาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน ได้ค่า Item-objective congruence (IOC) ระหว่าง 0.66-1.00 นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากไปทดสอบ (Try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)⁽¹¹⁾ โดยแบบประเมินความรู้ ใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ ไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยทำการประเมินความรู้ และพฤติกรรมโดยใช้แบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลมารับหรือส่งเด็ก และประเมินพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยก่อนเรียนโดยประเมินตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยปฐมวัย (DSPM) ในช่วงเวลาที่เด็กอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลด้านความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา และพัฒนาการด้านภาษาของเด็กราย 2-5 ปี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี เลขที่จริยธรรม HE 6301 หลังได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงเพื่อบอกวัตถุประสงค์กับผู้ดูแลเด็กรวมถึง ขั้นตอนการศึกษา และประโยชน์ของการศึกษา การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวม ตลอดจนสิทธิของผู้เข้าร่วมศึกษาให้ทราบถึงการมีอิสระในการที่เข้าร่วมศึกษาและสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ดูแล และตัวเด็กผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ด้านผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.69 สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.04 ผู้ดูแลมากกว่าครึ่งมีความเกี่ยวข้องกับเด็ก คือ เป็นมารดา ร้อยละ 58.46 มีอายุ 20-40 ปี ร้อยละ 63.39 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 42.62 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 44.26 มีรายได้ต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 40.99

ด้านเด็ก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.33 ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 3 ปี 1 เดือน ถึง 5 ปี ร้อยละ 85.79 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=183)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ด้านผู้ดูแล		
เพศ		
ชาย	39	21.31
หญิง	144	78.69
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	2	1.09
20-40 ปี	116	63.39
40-60 ปี	55	30.05
60 ปีขึ้นไป	10	5.47
อาชีพ		
รับราชการ	15	8.20
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	10	5.47
พนักงานบริษัท/ห้างร้าน	27	14.75
รับจ้างทั่วไป	78	42.62
ค้าขาย	42	22.95
เกษตรกร	11	6.01

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=183)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
วุฒิการศึกษา		
ระดับประถมศึกษา	26	14.21
ระดับมัธยมศึกษา	53	28.97
ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า	81	44.26
ระดับปริญญาตรี	23	12.56
รายได้		
น้อยกว่า 10,000 บาท	65	35.53
10,001–15,000 บาท	75	40.99
15,000–20,000 บาท	17	9.28
มากกว่า 20,000 บาท	24	13.11
ไม่แน่นอน	2	1.09
สถานภาพสมรส		
โสด	27	14.75
สมรส	130	71.04
หย่าร้าง	11	6.01
หม้าย	7	3.83
แยกกันอยู่	8	4.37
ด้านเด็กวัยก่อนเรียน		
เพศ		
ชาย	36	19.67
หญิง	147	80.33
อายุ		
2–3 ปี	26	14.21
3 ปี 1 เดือน–5 ปี	157	85.79

2. ความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปี

ความรู้ของผู้ดูแลโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก (Mean=19.14, SD=1.26) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 96.17 และความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ดูแลตามการรับรู้ของตน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=3.22, SD=0.78) และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 55.74) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปี (n=183)

ตัวแปร	จำนวน (%)	Mean	SD	ระดับ
ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล		19.14	1.26	มาก
ระดับมาก (16-23 คะแนน)	176 (96.17%)			
ระดับปานกลาง (8-15 คะแนน)	7 (3.83%)			
ระดับน้อย (0-7 คะแนน)	0 (0.00%)			
พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแล		3.22	0.78	ดีมาก
ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 3.21-4.00)	102 (55.74%)			
ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.41-3.20)	69 (37.71%)			
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.61-2.40)	10 (5.46%)			
ระดับควรปรับปรุง (ค่าเฉลี่ย 0.81-1.60)	2 (1.09%)			
ระดับควรปรับปรุงอย่างยิ่ง (ค่าเฉลี่ย 0.00-0.80)	0 (0.00%)			

3. พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปีจำแนกตามรายด้านและรายข้อ

ความคิดเห็นของผู้ดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาของตนในภาพรวม อยู่ในระดับดีมาก (Mean=3.04, SD=0.82) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยดีมากคือการฝึกเด็กให้ทำตามคำสั่งโดยใช้ภาษาที่สื่อสารง่าย เช่น ให้เด็กหยิบแก้ว แปรงสีฟัน อยู่ในระดับดีมาก (Mean=3.55, SD=0.65) รองลงมาคือ การสอนให้เด็กเรียนรู้เกี่ยวกับสีต่างๆ ขนาดวัตถุที่ใหญ่กว่าหรือเล็กกว่า อยู่ในระดับดีมากเช่นกัน (Mean=3.39, SD=0.70) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การเล่นนิทานให้เด็กฟังประมาณ 2-5 นาที ในทุกๆ วัน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.28, SD=0.90)

ความคิดเห็นของผู้ดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาภาพของตนในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean=3.39, SD=0.75) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือการสอนให้เด็กฝึกพูดประโยคสั้นๆ เช่น กินข้าว อาบน้ำ แปรงฟัน มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก (Mean=3.58, SD=0.67) รองลงมาคือ การสอนและกระตุ้นให้เด็กกล่าวคำว่า ขอโทษ ขอบคุณ และการแบ่งปันสิ่งของให้แก่ผู้อื่น อยู่ในระดับดีมากเช่นกัน (Mean=3.54, SD=0.69) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการฝึกถามคำถามเพื่อให้เด็กตอบหรือปฏิเสธในการตัดสินใจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม อยู่ในระดับมาก (Mean=3.09, SD=0.91) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปี จำแนกตามรายด้าน และ รายข้อ (n=183)

พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ดูแล	Mean	SD	ระดับ
1. ด้านการเข้าใจภาษา			
1) การบอกชื่ออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายให้เด็กชี้ตาม	3.27	0.78	ดีมาก
2) การเล่านิทานให้เด็กฟังประมาณ 2-5 นาที ในทุกๆ วัน	2.28	0.90	ปานกลาง
3) การฝึกเด็กให้ทำตามคำสั่งโดยใช้ภาษาที่สื่อสารง่าย เช่น ให้เด็กหยิบแก้ว แปรงสีฟัน	3.55	0.65	ดีมาก
4) การสอนให้เด็กเรียนรู้เกี่ยวกับสีต่างๆ ขนาดวัตถุที่ใหญ่กว่าหรือเล็กกว่า	3.39	0.70	ดีมาก
5) การพูดคุย เล่านิทานให้เด็กฟังแล้วถามคำถามเกี่ยวกับเรื่องราวในนิทานให้เด็กตอบ	2.69	1.06	ดี
ภาพรวม	3.04	0.82	ดี
2. ด้านการใช้ภาษา			
1) การฝึกถามคำถามเพื่อให้เด็กตอบหรือปฏิเสธในการตัดสินใจ	3.09	0.91	ดี
2) การสอนให้เด็กฝึกพูดประโยคสั้นๆ เช่น กินข้าว อาบน้ำ แปรงฟัน	3.58	0.67	ดีมาก
3) การตั้งคำถามจากชีวิตประจำวันให้เด็กตอบ เช่น ใครสอนหนังสือ หนังสืออะไร	3.27	0.83	ดีมาก
4) การสอนและกระตุ้นให้เด็กกล่าวคำว่า ขอโทษ ขอบคุณ และแบ่งปันสิ่งของให้แก่ผู้อื่น	3.54	0.69	ดีมาก
5) การสอนให้เด็กรู้จักคำที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับเด็ก เปิดโอกาสให้เด็กพูดคุยกันในกลุ่มเพื่อน เพื่อให้เด็กมีส่วนร่วมและกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม	3.46	0.67	ดีมาก
ภาพรวม	3.39	0.75	ดีมาก

4. พัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี

พบว่า พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (RL) ช่วงอายุ 2-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 95.54 จำแนกในเด็กอายุ 2-3 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 100 และอายุ 3 ปี 1 เดือน-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 91.08 ส่วนพัฒนาการด้านการใช้ภาษา (EL) พบว่า ช่วงอายุ 2-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 75.03 จำแนกในอายุ 2-3 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 57.69 และอายุ 3 ปี 1 เดือน-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 92.36 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี

ช่วงอายุเด็ก	ด้านเข้าใจภาษา (RL)		ด้านการใช้ภาษา (EL)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ 2-5 ปี (n=183)				
สมวัย	169	95.54	160	75.03
ไม่สมวัย	14	4.46	23	24.97
อายุ 2-3 ปี (n=26)				
สมวัย	26	100.00	15	57.69
ไม่สมวัย	0	0.00	11	42.31
อายุ 3 ปี 1 เดือน-5 ปี (n=157)				
สมวัย	143	91.08	145	92.36
ไม่สมวัย	14	8.92	12	7.64

อภิปรายผล

1. ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปี

การศึกษาครั้งนี้พบว่า โดยรวมมีค่าเฉลี่ยความรู้ในระดับมาก และเกือบทั้งหมดมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับมาก อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลอาจได้รับข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี จากครูที่เลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในช่วงการปฐมวัย การจัดประชุมผู้ปกครอง และประสานงานส่งต่อดูแลเด็ก จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี อยู่ในระดับสูง สอดคล้องการศึกษาของ ดวงพร โตทัพ⁽¹²⁾ ที่พบว่าให้ความรู้ผู้ปกครองเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการระหว่างการจัดประชุมผู้ปกครองทำให้ผู้ปกครองมีความรู้มากขึ้น นอกจากนั้นอาจได้ความรู้ผ่านช่องทางอื่นๆ เช่น จากบุคลากรทางสาธารณสุขขณะผู้ดูแลนำเด็กไปรับบริการ ตั้งแต่เด็กเป็นทารกแรกเกิดมีการให้คำแนะนำการส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัย ร่วมกับได้รับคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เพื่อประเมินพัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการให้เป็นไปตามวัยของเด็ก ตลอดจนเมื่อผู้ดูแลนำเด็กวัยก่อนเรียนไปรับวัคซีนในแต่ละครั้งก็จะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสาธารณสุขเช่นเดียวกัน จึงทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาสะสมเพิ่มขึ้นในแต่ละครั้ง คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ทิพย์ารัตน์ ไชยชนะแสง⁽¹³⁾ ที่พบว่า การที่กลุ่มเครือข่ายพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข มีส่วนในการให้ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่ผู้ดูแล ซึ่งได้รับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หรือสมุดสีชมพู ทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ ในด้านต่างๆ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอยู่ในระดับสูงเช่นกัน นอกจากนั้นปัจจุบันสื่อเทคโนโลยีต่างๆ มีความทันสมัยมากผู้ดูแลหรือทุกคนรอบครัวมีสมาร์ตโฟนและอินเทอร์เน็ต จึงทำให้การเข้าถึงข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนสามารถทำได้ง่าย ได้แก่ เว็บไซต์ต่างๆ แอปพลิเคชัน ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยก่อนเรียน

เช่นเดียวกับกับ อัจฉรา วงศ์ชัยอุดมโชค และปณัฐชนัน จารุชัยนิวัฒน์⁽¹⁴⁾ ที่กล่าวว่า การเข้าถึงสื่อเทคโนโลยีในปัจจุบันมีสะดวกมากขึ้น ทำให้ผู้ปกครองเกิดประสบการณ์ในการใช้งานเทคโนโลยี และสื่อใน

รูปแบบต่างๆ ทำให้เกิดความรู้ที่ทันสมัย และรับรู้ข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว เมื่อผู้ปกครองมีความรู้ในการใช้สื่อเทคโนโลยี ก็จะสามารถสืบค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็กได้ง่าย และยังสอดคล้องกับแนวคิดของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura)⁽¹⁵⁾ ที่เชื่อว่าการเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนมากเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกต หรือการเลียนแบบจากตัวแบบสำหรับตัวแบบไม่จำเป็นต้องเป็น ตัวแบบที่มีชีวิต แต่อาจเป็น ตัวแบบ สัญลักษณ์ เช่น ตัวแบบที่เห็นที่เห็นในโทรทัศน์ ภาพยนตร์ หรืออาจเป็น รูปภาพ หนังสือ นอกจากนี้คำบอกเล่า ด้วยคำพูดหรือข้อมูลที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรก็เป็นตัวแบบได้

2. พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปี

พบว่า โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก และผู้ดูแลมากกว่าครึ่งมีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของอยู่ในระดับดีมาก อธิบายได้ว่า การมีความรู้ที่อยู่ในระดับสูงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเป็นไปในทิศทางที่สูงเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับ ขนวิธิตา ยาแก้ว และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย ภาพรวมอยู่ในระดับมากจะส่งผลทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านต่างๆ และการเรียนรู้ในทุกด้านที่เหมาะสมตามวัย นอกจากนี้การที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการส่งเสริมประสบการณ์ให้กับเด็กที่บ้านโดยให้เด็กทำการบ้านสนทนากับสิ่งที่เด็กๆ ได้เรียนรู้ และได้กล่าวว่าผู้ปกครองที่แสดงความรัก ความเอาใจใส่ สนใจ และอ่านหนังสือให้เด็กฟังก่อนนอนสามารถก่อให้เกิดพัฒนาการด้านภาษาของเด็กที่เหมาะสมตามวัย⁽¹⁶⁾

จากการศึกษาครั้งนี้ ในประเด็นพฤติกรรมของผู้ดูแลต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา ซึ่งเมื่อพิจารณารายข้อ มีประเด็นที่น่าสนใจ พบว่า พฤติกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางแต่มีค่าน้อยที่สุด คือ การเล่านิทานให้เด็กฟังประมาณ 2-5 นาทีในทุกๆ วัน เพราะในปัจจุบันมีการรณรงค์ในการเล่านิทาน ซึ่งเป็นกิจกรรมง่ายๆ ที่ผู้ดูแลสามารถทำกิจกรรมกับเด็กได้ทุกวันและเป็นกิจกรรมที่สามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาได้ดีมาก แต่ยังมีการปฏิบัติได้น้อยลง ซึ่งการเล่านิทานให้เด็กฟังจะทำให้เด็กเกิดกระบวนการเรียนรู้และทักษะทางภาษาอย่างเป็นธรรมชาติ ส่งผลให้เรียนรู้คำศัพท์และโครงสร้างประโยคได้อย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ บำเพ็ญ พงศ์เพชรดี และบุษบา อรรถาวิรุ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าครอบครัวที่มีการเล่านิทาน เด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 63.30 และพบว่า เด็กที่ได้รับการเล่านิทานมีโอกาสพัฒนาการล่าช้าลดลง ร้อยละ 38 เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่ได้เล่านิทาน ซึ่งครอบครัว ที่ไม่เล่านิทานให้เด็กฟังซึ่งมีโอกาสเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการล่าช้า ประมาณ 1.4 เท่า

3. พัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี

พบว่า พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (Receptive language: RL) และการใช้ภาษา (Expressive language: EL) ในภาพรวม เด็กมีพัฒนาการสมวัยเกือบทั้งหมด จากการค้นพบของ ต้องตา ชันธิวิธ และจิราวรรณ แทนวันทนกุล⁽⁶⁾ ที่พบว่า การที่ผู้ดูแลที่มีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาอยู่ในระดับต่ำจะทำให้เด็กมีโอกาสเกิดพัฒนาการด้านการใช้ภาษาไม่สมวัยได้เป็น 3.87 เท่าของผู้ดูแลที่มีระดับความรู้ในระดับสูง และการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลที่มีระดับต่ำจะทำให้เด็กมีโอกาสเกิดพัฒนาการด้านการใช้ภาษาไม่สมวัยได้เป็น 6.78 เท่าของผู้ดูแลที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง ในทางกลับกันถ้าผู้ดูแลมีความรู้และการรับรู้ในพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอยู่ในระดับสูงย่อมส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยตามมาด้วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปี ระดับความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง จึงส่งผลให้พัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี ใน

การศึกษานี้มีพัฒนาการสมวัยตามมาด้วย ประกอบกับเด็กกลุ่มนี้ได้รับการดูแลจากครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งมีมาตรฐานการดูแลตามระเบียบคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ตามวัยของเด็ก รวมถึงพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เด็กอายุ 2-5 ปีส่วนใหญ่มีพัฒนาการด้านภาษาของอยู่ในเกณฑ์สมวัย

เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่า เด็กอายุ 2-3 ปี มีพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (Receptive language: RL) สมวัยทั้งหมด แต่มีพัฒนาการด้านการใช้ภาษา (Expressive language: EL) ไม่สมวัย ถึงร้อยละ 42.31 ซึ่งนับเป็นเกือบครึ่งหนึ่งของเด็ก แต่เมื่อเด็กอายุ 3 ปี 1 เดือน-5 ปี พบว่า เด็กเกือบทั้งหมดมีพัฒนาการด้านการเข้าใจและการใช้ภาษาที่สมวัย อธิบายได้ว่า พัฒนาการด้านภาษาเริ่มจากการรับรู้และเข้าใจภาษาก่อนการใช้ภาษา ซึ่งพัฒนาการด้านการใช้ภาษาได้จากการสัมผัสประสบการณ์และการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม พัฒนาจากการเลียนแบบเสียงที่ได้ยิน เชื่อมโยงจากความเข้าใจคำที่รู้จักซ้ำๆ เกิดความจำและพูดอย่างถูกความหมายได้⁽²⁾ ซึ่งเด็ก 2-3 ปี เป็นเด็กที่เป็นกลุ่มที่เข้าเรียนใหม่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ถึงแม้ครอบครัวจะมีการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการมาระดับหนึ่ง จึงทำให้เด็กแต่ละคนอาจได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแต่ไม่ได้มีการวัดและประเมินผลพัฒนาการด้านภาษาที่ชัดเจนจากผู้ดูแลจึงไม่เกิดการส่งเสริมที่สอดคล้องกับพัฒนาการที่ไม่สมวัย แต่เมื่อเด็กเข้าระบบการศึกษาปฐมวัยได้รับการจัดกิจกรรมต่างๆ จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และตัวผู้ดูแลเองได้รับการอบรมให้ความรู้ และการกระตุ้นให้ส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กจากการประเมินเป็นช่วงเวลาที่ชัดเจนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จึงทำให้ผู้ดูแลส่งเสริมพัฒนาการด้านของบุตรหลานของตรงกับสิ่งที่เด็กถูกประเมินจากทางศูนย์ จึงอาจส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการด้านการเข้าใจและการใช้ภาษาที่สมวัยมากกว่าเด็กที่มีอายุน้อยกว่าที่เพิ่งมารับบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการทดลองโดยพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมส่งเสริมความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาแก่เด็ก เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาแก่เด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยการการเล่นให้เด็กฟังทุกวัน เพราะเป็นการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาที่ทำได้ง่ายและเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการเข้าใจและการใช้ภาษาได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ชุติมา จันทรมณี, ชุพัทธ์ สุทธิสา, อินทิรา ซาฮีร์. การเสริมสร้างศักยภาพเด็กและเยาวชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท : กรณีศึกษาบ้านด้ามพริ้ว ตำบลบลขามใหญ่ อำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศิลปศาสตรมหาวิทยลัยอุบลราชธานี 2555;8(1):218-36.
2. พิษณุยุทธ์ สุนทรธิรพงศ์. พัฒนาการทางภาษาและการพูด [ออนไลน์]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2562 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: http://rajanukul.go.th/new/_admin/download/20-5923-1482492733.pdf
3. เมตตา ลิ้มปวราลัย, ลัดดาวัลย์ กลิ่นลำตวน, วราพรรณ มหาศรานนท์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการด้านการใช้ภาษาสมวัยของเด็กปฐมวัยในจังหวัดสุโขทัย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2562; 13(4):78-90.

4. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเด็ก; 2561.
5. กุสุมาลี โพธิ์ปัสสา. สภาวะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนของศูนย์พัฒนาเด็ก ตำบลโนนสูง-น้ำคำ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร 2562;22(2):25-37.
6. ต้องตา ชันฉวี, จิราวรรณ แทนวัฒนกุล. ปัจจัยที่มีโอกาสทำให้เกิดพัฒนาการด้านการใช้ภาษาไม่สมวัย ในเด็กอายุ 9 เดือน ในเขตจังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2561;41(3):87-97.
7. Hoff E. Language Development. 5th ed. Boston, MA: Cengage Learning; 2013.
8. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences. 10th ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2013.
9. วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2530.
10. สมัย ศิริทองถาวร. การพัฒนาคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561;63(1):3-12.
11. ประกาย จิโรจน์กุล, บรรณาธิการ. การวิจัยทางการแพทย์: แนวคิด หลักการและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2556.
12. ดวงพร โตทัพ. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการพัฒนาเด็กปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสระพัฒนา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยทองสุข; 2556.
13. ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง, อติญา โพธิ์ศรี, ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2561; 41(1):95-104.
14. อัจฉรา วงศ์ชัยอุดมโชค, ปณัฐรณ จารุขนิวัฒน์. บทบาทของผู้ปกครองในการใช้เทคโนโลยีและสื่อปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยอนุบาล โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขตคลองเตย.วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา 2561;13(1):245-59.
15. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1997;84(2):191-215. doi: <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
16. ชนม์ธิดา ยาแก้ว, รวี ศิริปริชากร, จิราภรณ์ ยกอินทร์, อารีย์ พรหมเล็ก, อัญชิษฐา ปิยะจิตติ. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตพื้นที่ภาคตะวันออก.วารสารศาสตร์การศึกษาและการพัฒนามนุษย์ 2561;2(2):1-14.
17. บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ, บุษบา อรรถาวิโร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย: ศูนย์อนามัยที่ 5. วารสารเกื้อการุณย์ 2563;27(1):59-70.

แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน ของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

นวพร รัตนจริยา*, ชนะพล ศรีฤๅชา**^๑

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ประชากรที่ศึกษาคือนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 127 คน โดยผู้วิจัยศึกษาจากประชากรทั้งหมด เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง จำนวน 12 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-31 พฤษภาคม 2564 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ระดับแรงจูงใจ และระดับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 (SD=0.62) และ 4.40 (SD=0.48) ตามลำดับ ส่วนระดับปัจจัยทางการบริหาร ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 (SD=0.57) และพบว่า ภาพรวมแรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.468$, $p\text{-value}<0.001$) และ ($r=0.337$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยด้านด้านการปกครองบังคับบัญชา และปัจจัยด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดบุรีรัมย์ ได้ร้อยละ 34.7 ($R^2=0.347$, $p\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ: แรงจูงใจ; ปัจจัยทางการบริหาร; การควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

^๑ ผู้เขียนหลัก ชนะพล ศรีฤๅชา Email: pirsri@kku.ac.th

รับบทความ: 3 ก.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 17 ก.ค. 64; ตอรับตีพิมพ์: 17 ก.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 27 ส.ค. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.42>

Motivation and Administrative Factors Affecting the Standard Infection Control of Dental Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals in Buriram Province

Nawaporn Rattanachariya^{*}, Chanaphol Sriruecha^{**a}

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study motivation and administrative factors affecting the standard infection control of dental health officers at sub-district health promoting hospitals in Buriram province, Thailand. Quantitative data were conducted with the population of 127 personnel. Quantitative data were collected using questionnaires evaluated by three experts yielding item-objective congruence (IOC) over 0.50 in all questions and Cronbach's alpha coefficient of 0.98. Qualitative data were collected using in-depth interview guidelines from 12 key informants who could provide intensive information on this topic. The data collection was conducted between 1st to 31st May 2021. Data analysis was performed using descriptive statistics and inferential statistics at a significant level at 0.05.

The results showed that the overall motivation factors and the standard infection control of dental health officers at sub-district health promoting hospitals in Buriram province were at a high level with average scores of 3.66 (SD=0.62) and 4.40 (SD= 0.48) respectively. The overall administrative factors were at a moderate level with an average of 3.49 (SD=0.57). Motivation and administrative factors had moderate correlations to the standard infection control of dental health officers at sub-district health promoting hospitals in Buriram province ($r=0.468$, $p\text{-value}<0.001$) and ($r=0.337$, $p\text{-value}<0.001$) respectively. The results also showed that two variables of hygiene factors, supervision technical and job security significantly affected and could jointly predict the standard infection control of dental health officers at sub-district health promoting hospitals in Buriram province 34.7 percentage ($R^2=0.347$, $p\text{-value}<0.001$).

Keywords: Motivation; Administrative factors; Infection control standard

^{*} Master of Public Health (Health Administration) Candidate, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

^{**} Associate Professor, Department of Public Health Administration, Health Promotion, and Nutrition, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

^a Corresponding author: Chanaphol Sriruecha Email: pirsri@kku.ac.th

Received: Jul. 3, 21; Revised: Jul. 17, 21; Accepted: Jul. 17, 21; Published Online Aug. 27, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.42>

บทนำ

การติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์ เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย โรงพยาบาล และประเทศชาติ ทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560–2564) ในยุทธศาสตร์ การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ สร้างระบบคุณภาพและความปลอดภัยแก่ประชาชนผู้มารับบริการ⁽¹⁾

การให้บริการทางทันตกรรม เป็นการให้บริการทางการแพทย์ในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ที่ต้องมีการสัมผัสกับเลือดหรือน้ำลายของผู้ป่วย ซึ่งอาจก่อให้เกิดการฟุ้งกระจายของละอองฝอยที่ปนเปื้อนด้วยจุลินทรีย์จากผู้ป่วยมายังทันตบุคลากร หรือจากผู้ป่วยรายหนึ่งไปยังผู้ป่วยรายอื่นโดยการกระเด็นของสารคัดหลั่งไปยังผิวหนังหรือเยื่อเมือกที่มีบาดแผลหรือไม่มีบาดแผล การสัมผัสโดยตรงหรือการหายใจรับเชื้อหรือสารคัดหลั่ง และการแพร่กระจายทางอ้อมจากเครื่องมือที่ปนเปื้อนเชื้อ ที่ผ่านมาการแพร่กระจายเชื้อในงานทันตกรรมเป็นปัญหาที่ทันตแพทย์สถานนั้นให้ความสำคัญมากที่สุด จึงได้ร่วมมือกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) พัฒนางานคุณภาพคลินิกทันตกรรมขึ้นและกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม (Dental Safety Goals and Guidelines 2015 หรือ SAFETRRIC) ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินคลินิกทันตกรรมคุณภาพ อันจะส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนการทันตกรรมทั้งในภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและทันตบุคลากร ซึ่งการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานประกอบด้วย 1) การล้างมือ 2) การสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง 3) การเตรียมเครื่องมือที่ใช้บำบัดรักษาผู้ป่วย 4) การดูแลพื้นผิวในบริเวณที่ให้การรักษ 5) การฉีดยาอย่างปลอดภัย 6) การดูแลสุขอนามัยของทางเดินหายใจ 7) การดูแลขยะภายในคลินิกทันตกรรม 8) ป้องกันการไหลย้อนกลับของน้ำลายในท่อดูดน้ำลาย⁽²⁾

ในการดำเนินการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ทันตบุคลากรจะต้องมีความพร้อม ความเต็มใจที่จะทุ่มเทความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน แรงจูงใจจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลให้บุคลากรในองค์กรมีความตั้งใจในการปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจที่จะปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ (Motivator factor) และปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factor)⁽³⁾ โดยการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานนั้น เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะเป็นตัวกระตุ้นและผลักดันให้บุคคลมีความพึงพอใจ เต็มใจทุ่มเทร่างกายแรงใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ นอกจากแรงจูงใจแล้วยังพบว่าปัจจัยทางการบริหารเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โดยเป็นการส่งเสริมปัจจัยการบริหารหรือทรัพยากรการบริหารในการปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁾ ปัจจัยทางการบริหารเป็นส่วนที่สำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติงาน เนื่องจากประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และคุณภาพของปัจจัยการบริหาร หากได้รับทรัพยากรสนับสนุนอย่างเพียงพอและเหมาะสมย่อมส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ได้พัฒนาแนวทางการลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และมีนโยบายให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีทันตบุคลากรปฏิบัติงานประจำ เข้าร่วมการประเมินตามมาตรฐานคลินิกทันตกรรมคุณภาพ⁽⁵⁾ จากการ

ออกตรวจเยี่ยมหน่วยบริการเพื่อประเมินประเมินคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดบุรีรัมย์ Dental Safety Goals for sub-district Health Center, Buriram (DSGB) พบว่ามีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกทันตกรรมคุณภาพเพียง 23 แห่ง จาก 227 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10.13 โดยประเด็นที่ไม่ผ่านส่วนใหญ่คือการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽⁶⁾ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อนำผลที่ได้ ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนและสนับสนุนการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ประชาชนได้รับบริการทันตกรรมที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อระดับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

สมมติฐานการวิจัย

แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารมีผลต่อการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแรงจูงใจ และปัจจัยทางการบริหาร ที่มีผลต่อการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดบุรีรัมย์ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 127 คน⁽⁶⁾ ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2563 ถึงวันที่ 30 กรกฎาคม 2564

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจที่มีผลต่อการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ได้จากการคำนวณ

ขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple linear regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen⁽⁷⁾ ดังนี้

เมื่อกำหนดให้

$R^2_{Y.A,B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่า

สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นลักษณะงานที่คล้ายคลึงกัน และมีพื้นที่ใกล้เคียงกันในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A,B} = 0.485$

$R^2_{Y.B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ $R^2_{Y.B} = 0.030$

$R^2_{Y.A}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model ($R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.B}$) ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A} = 0.455$

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เซต A) = 0 ตัวแปร

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เซต B) = 16 ตัวแปร

V คือ ค่าที่ได้จาก $V = N - u - w - 1$

จากการใช้สูตรในการคำนวณหาขนาดตัวอย่างได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 135 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ในจังหวัดบุรีรัมย์ มีนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 127 คน ผู้วิจัยจึงศึกษาจากประชากรทั้งหมดเพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอและเกิดความน่าเชื่อถือ โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติอ้างอิงเพื่ออธิบายไปยังทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม มีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล **ส่วนที่ 2** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ⁽⁹⁾ (5, 4, 3, 2 หรือ 1) **ส่วนที่ 3** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ⁽⁹⁾ (5, 4, 3, 2 หรือ 1) **ส่วนที่ 4** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ⁽⁹⁾ (5, 4, 3, 2 หรือ 1) และ **ส่วนที่ 5**

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของ
ทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดให้เติม
ข้อความ และแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Guideline) เป็น
แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการนำข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหา แล้วนำประเด็นปัญหา
มาใช้สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งในครั้งนี้นำผู้วิจัยกำหนดประเด็นไว้ 4 ส่วน
ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน **ส่วนที่ 2** เป็นคำถาม
เกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร **ส่วนที่ 3** เป็นคำถามเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของ
ทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ และ **ส่วนที่ 4** เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหา
อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งทั้งหมดเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด ให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ดัชนี
ความสอดคล้อง (Item objective congruence: IOC) พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่า 0.50
จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไข และปรับปรุงโดยผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้เครื่องมือกับ
ทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาช ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.98 ด้านแรงจูงใจ เท่ากับ 0.97 ด้านปัจจัย
ทางการบริหาร เท่ากับ 0.96 และด้านการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน เท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด
และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product
moment correlation coefficient) และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear
regression analysis)

การแปลผล

การแปลผลคะแนนระดับแรงจูงใจ ระดับปัจจัยทางการบริหาร และระดับการควบคุมการติดเชื้อ
ตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ โดยนำมาจัดระดับเป็น
5 ระดับ⁽¹⁰⁾ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.50–5.00 คะแนน) ระดับมาก
(3.50–4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50–3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50–2.49 คะแนน) และระดับน้อย
ที่สุด (1.00–1.49 คะแนน) สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)⁽¹¹⁾
มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง $+1$ แบ่งระดับดังนี้ $r=0$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์ $r=\pm 0.01$ ถึง ± 0.30 หมายถึง
มีความสัมพันธ์ต่ำ $r=\pm 0.31$ ถึง ± 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง $r=\pm 0.71$ ถึง ± 0.99 หมายถึง
มีความสัมพันธ์สูง $r=\pm 1$ หมายถึง มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2564 และผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-31 พฤษภาคม 2564

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2564 ลำดับที่ 4.3.02 : 7/2564 เลขที่ HE642029

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 85.0 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 70.1 มีอายุเฉลี่ย 30.26 ปี ($SD=6.79$) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 53 ปี สถานภาพโสด จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 63.0 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 90.5 ส่วนใหญ่เป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 68.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 75.5 ส่วนใหญ่ทำงานในรพ.สต.ปัจจุบันระยะเวลา 1-10 ปี จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 89.8 มีค่ามัธยฐาน 7 ปี (Minimum=1 ปี, Maximum=23 ปี) ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 53.5 และผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมปีละ 1-2 ครั้ง จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 94.9 ค่าเฉลี่ย 1.32 ครั้ง ($SD=0.62$)

2. ระดับแรงจูงใจในการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

เมื่อพิจารณาระดับแรงจูงใจ พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.60 ($SD=0.47$) ซึ่งเมื่อพิจารณารายปัจจัย พบว่า ภาพรวมปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.59 ($SD=0.48$) เมื่อพิจารณาปัจจัยจูงใจรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านความรับผิดชอบ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.87 ($SD=0.59$) รองลงมาคือ ด้านลักษณะงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.70 ($SD=0.61$) ส่วนปัจจัยจูงใจด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านโอกาสและความก้าวหน้า อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.06 ($SD=0.73$) รองลงมาคือ ด้านการยอมรับนับถือ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.65 ($SD=0.62$) ภาพรวมปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.61 ($SD=0.50$) เมื่อพิจารณาปัจจัยค้ำจุนรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ นโยบายและการบริหารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.81 ($SD=0.62$) รองลงมาคือ ด้านการปกครองบังคับบัญชาอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 ($SD=0.59$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทนอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.13 ($SD=0.70$) รองลงมาคือ ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัวอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.44 ($SD=0.63$)

3. ระดับปัจจัยทางการบริหารในการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยทางการบริหาร พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.49 (SD=0.57) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ด้านกำลังคนมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.56 (SD=0.62) รองลงมาคือ ด้านการบริหารจัดการ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.54 (SD=0.62) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านงบประมาณ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.39 (SD=0.64) รองลงมาคือ ด้านเทคโนโลยี อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.46 (SD=0.64)

4. การควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

เมื่อพิจารณาระดับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.40 (SD=0.48) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ด้านการสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.65 (SD=0.55) รองลงมาคือ การเตรียมเครื่องมือที่ใช้บำบัดรักษาผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.48 (SD=0.59) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การล้างมือ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.19 (SD=0.63) รองลงมาคือ การดูแลสุขอนามัยของทางเดินหายใจ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.24 (SD=0.65)

5. แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

5.1 แรงจูงใจ ภาพรวมของแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.468$, $p\text{-value}<0.001$) ภาพรวมของปัจจัยจูงใจและปัจจัยก้ำจุนมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.459$, $p\text{-value}<0.001$) และ ($r=0.515$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ ดังรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแรงจูงใจกับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

แรงจูงใจ	การควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P - value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยจูงใจ	0.459***	< 0.001	ปานกลาง
1. ความสำเร็จในการทำงาน	0.365***	< 0.001	ปานกลาง
2. ความรับผิดชอบ	0.456***	< 0.001	ปานกลาง
3. การยอมรับนับถือ	0.403***	< 0.001	ปานกลาง
4. ลักษณะงาน	0.390***	< 0.001	ปานกลาง
5. โอกาสและความก้าวหน้า	0.204*	0.021	ต่ำ

ตารางที่ 1 (ต่อ) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแรงจูงใจกับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน
ของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

แรงจูงใจ	การควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P - value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยค้ำจุน	0.515***	< 0.001	ปานกลาง
1. เงินเดือนและค่าตอบแทน	0.230**	0.009	ต่ำ
2. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.438***	< 0.001	ปานกลาง
3. การปกครองบังคับบัญชา	0.477***	< 0.001	ปานกลาง
4. นโยบายและการบริหาร	0.482***	< 0.001	ปานกลาง
5. สภาพการปฏิบัติงาน	0.376***	< 0.001	ปานกลาง
6. สถานภาพของวิชาชีพ	0.472***	< 0.001	ปานกลาง
7. ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.494***	< 0.001	ปานกลาง
8. ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.310***	< 0.001	ปานกลาง
ภาพรวมแรงจูงใจ	0.468***	< 0.001	ปานกลาง

* Correlation is significant at the 0.05 level

** Correlation is significant at the 0.01 level

*** Correlation is significant at the 0.001 level

5.2 ปัจจัยทางการบริหาร พบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.337$, $p\text{-value}<0.001$) ส่วนปัจจัยทางการบริหารรายด้านพบว่า ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางคือ ด้านกำลังคน ($r=0.401$, $p\text{-value}<0.001$) และปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ได้แก่ ด้านงบประมาณ ($r=0.286$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านการบริหารจัดการ ($r=0.273$, $p\text{-value}=0.002$) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r=0.265$, $p\text{-value}=0.003$) และด้านเทคโนโลยี ($r=0.237$, $p\text{-value}=0.007$) ดังรายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยทางการบริหารกับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

ปัจจัยทางการบริหาร	การควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P - value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยทางการบริหาร	0.337***	< 0.001	ปานกลาง
1. ด้านกำลังคน	0.401***	< 0.001	ปานกลาง
2. ด้านงบประมาณ	0.286**	0.001	ต่ำ
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.265**	0.003	ต่ำ
4. ด้านการบริหารจัดการ	0.273**	0.002	ต่ำ
5. ด้านเทคโนโลยี	0.237**	0.007	ต่ำ

** Correlation is significant at the 0.01 level

*** Correlation is significant at the 0.001 level

6. แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ ได้แก่ ปัจจัยด้านด้านการปกครองบังคับบัญชา ($p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ($p\text{-value} = 0.016$)

จากผลการศึกษาตารางที่ 3 ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = 2.961 + (0.249) (\text{ปัจจัยด้านด้านการปกครองบังคับบัญชา}) + (0.156) (\text{ปัจจัยด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน})$$

ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเมื่อคะแนนของตัวแปรปัจจัยด้านด้านการปกครองบังคับบัญชาและปัจจัยด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 1 หน่วยทำให้คะแนนการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ เพิ่มขึ้น 0.249 และ 0.156 หน่วย ตามลำดับ มีค่าคงที่ของการทำนายเท่ากับ 2.961 โดยตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ร้อยละ 34.7 ดังรายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของ ทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

ตัวแปร	B	Beta	T	P -value	R	R ²	R ² adj	R ² change
1. ปัจจัยด้านด้านการ ปกครองบังคับบัญชา	0.249	0.403	4.118	<0.001	0.562	0.316	0.311	-
2. ปัจจัยด้านด้านความ มั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.156	0.238	2.433	0.016	0.589	0.347	0.337	0.031

ค่าคงที่ 2.961, F = 33.007, p – value < 0.001, R = 0.589, R² = 0.347, R²adj = 0.337

7. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

7.1 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน

ในการปฏิบัติงานการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร พบว่า ยังมีข้อจำกัดในด้านโอกาสความก้าวหน้าในวิชาชีพและด้านเงินเดือนค่าตอบแทน เนื่องจากเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขบางส่วนไม่ได้รับการเลื่อนตำแหน่งตามวุฒิการศึกษาที่ไปศึกษาเพิ่มเติม ตามที่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขท่านหนึ่งได้กล่าวว่า **“ตอนแรกเข้ามาทำงานเป็นจพ.ทันตสาธารณสุขด้วยวุฒิประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) ก็จริง แต่เมื่อไปศึกษาต่อ กลับไม่ได้เลื่อนตำแหน่งและปรับขึ้นเงินเดือนตามวุฒิการศึกษาที่ได้ไปศึกษาเพิ่มเติมมา ทำให้รู้สึกท้อแท้และขาดแรงจูงใจในการทำงาน เพราะทำงานไปก็ไม่ได้รับความก้าวหน้าในวิชาชีพมากขึ้น”** อีกทั้งทันตบุคลากรบางส่วนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับมอบหมายภาระงานที่นอกเหนือจากงานทันตสาธารณสุขและไม่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มเติมในส่วนงานอื่น ๆ ตามที่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขท่านหนึ่งให้ข้อมูลว่า **“เราทำงานใน รพ.สต. จำเป็นที่จะต้องทำงานอื่นๆ นอกเหนือจากงานหลักด้วย ซึ่งต้องใช้ความรู้ระดับปริญญาตรี แต่ไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนเพิ่มเติม เช่น งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานคุ้มครองผู้บริโภค และงานควบคุมโรค ทำให้มีเวลาในการปฏิบัติงานหลักลดลง ประสิทธิภาพงานควบคุมการติดเชื้อก็ลดลงด้วย บางครั้งก็เหนื่อยมากและไม่มีกำลังใจทำงาน”** และนอกจากนี้ ทันตบุคลากรบางส่วนกล่าวเกี่ยวกับความมั่นคงในการปฏิบัติงานไว้ว่า **“ได้รับงานการเงิน ซึ่งเป็นงานที่ไม่ถนัดและต้องใช้ความรอบคอบมากกลัวจะทำพลาดจนถูกสอบสวน”**

7.2 ปัจจัยทางการบริหารในการปฏิบัติงานการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน

ในการปฏิบัติงานการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน ปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ พบว่า ในบางหน่วยงานยังมีการจัดสรรงบประมาณในงานควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานสำหรับทันตบุคลากรไม่เพียงพอ และไม่ตรงกับความต้องการของการปฏิบัติงานจริง ตามที่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขท่านหนึ่งได้ให้ข้อมูลว่า **“พลาสติกใช้หุ้มอุปกรณ์หลายส่วน เลยต้องใช้เยอะ ถึงแม้จะทราบดีว่าเป็นวัสดุสำคัญอย่างหนึ่งในการให้บริการทันตกรรมตามหลักการควบคุมการติดเชื้อ แต่ก็ไม่สามารถเปลี่ยนวัสดุนี้ได้ทุกครั้งเมื่อเปลี่ยนผู้รับบริการ เพื่อประหยัดงบประมาณของรพ.สต.”** ส่วนด้านเทคโนโลยี พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ยังขาดการเชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วยทั้งภายในระดับอำเภอและระดับจังหวัด ตามที่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขท่านหนึ่งได้ให้ข้อมูลว่า **“เวลาจะดูข้อมูลเกี่ยวกับ**

โรคประจำตัวของคนไข้ที่มาจากนอกพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต. มีปัญหาว่า ไม่สามารถดูข้อมูลจากฐานข้อมูลหน่วยบริการอื่นได้ ซึ่งหากผู้มารับบริการปกปิดข้อมูลหรือให้ข้อมูลที่ไม่จริง จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ” อีกทั้งยังพบว่า ทันตบุคลากรบางส่วนไม่ได้รับการอบรมพัฒนาเกี่ยวกับควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน ดังที่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขท่านหนึ่งให้ข้อมูลว่า “รู้สึกว่ามันไม่ค่อยได้อัพเดทความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับงานควบคุมการติดเชื้อในงานทันตกรรมเนื่องจากเรียนจบมานานแล้ว จึงไม่มั่นใจว่าที่ทำอยู่ทุกวันนี้ได้ทำถูกต้องตามแนวทางใหม่ๆ หรือเปล่า”

7.3 การปฏิบัติงานการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก มีผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานด้านการล้างมือพบว่า ทันตบุคลากรบางส่วนมีความจำเป็นต้องใช้ก๊อกรักษาแบบสัมผัสมือในการล้างมือ เนื่องจากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งยังไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดซื้อก๊อกรักษาแบบไม่ใช้มือสำหรับการป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อ นอกจากนั้นทันตบุคลากรบางส่วนยังขาดความตระหนักในการล้างมือก่อนทำหัตถการเนื่องจากมีความคิดว่าอย่างไรก็ต้องใส่ถุงมือก่อนลงมือทำหัตถการอยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องล้างมือก่อน ประกอบกับความเร่งรีบในการให้บริการเมื่อมีผู้มารับบริการจำนวนมากตามที่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขท่านหนึ่งให้ข้อมูลว่า “ก๊อกรักษาในห้องทันตกรรมที่ผมทำงานอยู่ยังคงเป็นแบบใช้มือหมุนเปิด-ปิดเอา จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องใช้มือสัมผัสบริเวณจุดเสี่ยงนั้น” และ “บางครั้งที่มีคนมารับบริการเยอะๆ ก็ไม่ได้ล้างมือก่อนทำคนไข้ทุกคน เพราะกลัวว่าจะทำไม่ทันเวลา”

8. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ภาพรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดจากแบบสอบถามทั้งหมด 127 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 50 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 39.4 โดยมีรายละเอียดดังนี้

8.1 แรงจูงใจในการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

ปัญหา อุปสรรค

ได้รับผิดชอบงานหลายด้านที่นอกเหนือจากงานหลัก จึงทำให้ปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุขได้ไม่เต็มที่ อีกทั้งไม่มีใบประกอบวิชาชีพ ไม่มีกฎหมายรองรับที่รองรับการทำหัตถการบางชนิด ทำให้รู้สึกว่าจะไม่มีความมั่นคงในอาชีพปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารควรพิจารณาให้ความสำคัญกับงานหลักของผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งต่างๆ และมอบหมายงานอื่นๆ ที่ต้องช่วยกันทำในหน่วยงานตามความเหมาะสมและความสามารถของแต่ละบุคคลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขได้ไปศึกษาต่อและสอบเพื่อปรับตำแหน่งให้สูงขึ้น รวมถึงพิจารณาความดีความชอบของทันตบุคลากรตามผลการปฏิบัติงานจริงเทียบกับวิชาชีพอื่นๆ อย่างยุติธรรม

8.2 ปัจจัยทางการบริหารในการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

ปัญหา อุปสรรค

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในรพ.สต.มีค่อนข้างน้อย ไม่มีผู้ช่วยข้างเก้าอี้ ทำให้การดำเนินงานควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานทำได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร อีกทั้งบุคลากรไม่ได้รับการอบรมพัฒนาเกี่ยวกับควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานต้องศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองค่อนข้างมาก

ข้อเสนอแนะ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีการพิจารณาจัดสรรอัตรากำลังด้านงานทันตสาธารณสุขที่เหมาะสม รวมถึงการส่งเสริมให้ทันตบุคลากรได้รับการอบรมพัฒนาเกี่ยวกับควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และควรมีการพิจารณาจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของงานทันตสาธารณสุขอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น

8.3 การควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

ปัญหา อุปสรรค

ก๊อกน้ำในรพ.สต.บางแห่งยังเป็นแบบใช้มือสัมผัสหมุนปิด-เปิด ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อและรพ.สต.บางแห่งมีเสื้อคลุมที่ได้มาตรฐานไม่เพียงพอ ทำให้ต้องสวมซ้ำ และไม่ได้ทำการซักทำความสะอาดทุกวัน

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพิจารณาสนับสนุนอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานสำหรับผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ

สรุปและอภิปรายผล

1. แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ภาพรวมของแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ($r=0.468$, $p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากเป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลทำงานเต็มที่ตามความสามารถที่มีอยู่ ปัจจัยจูงใจนี้จะเกี่ยวกับเนื้อหาของงาน ซึ่งเปรียบได้ว่า เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่คนจะรับรู้ หรือรู้สึกได้จากการทำงาน ทำให้เกิดการจูงใจในตัวเอง⁽⁴⁾ แรงจูงใจมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงาน เมื่อมีการจูงใจที่เหมาะสม ทำให้เกิดพลังในทิศทางที่ต้องการ บุคลากรก็จะทุ่มเทกำลังกายกำลังใจให้กับงานของตน ทำให้องค์การก้าวไปสู่เป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^(8,12-15) และสอดคล้องในระดับที่แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า

ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽¹⁶⁾

1.2 ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ($r=0.337$, $p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สำคัญในการบริหารจัดการองค์การให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้ เมื่อองค์การมีปัจจัยทางการบริหารที่เหมาะสมและมีปริมาณเพียงพอ จะส่งเสริมให้การดำเนินงานต่างๆ ขององค์การประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่องค์การได้ตั้งไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นการบริหารนั้นจะเป็นการบริหารด้านสุขภาพหรือการบริหารด้านอื่น ๆ ก็ตาม เนื่องจากประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และคุณภาพของปัจจัยการบริหาร⁽¹⁷⁾ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าภาพรวมปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของทันตบุคลากรทางสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽¹⁸⁻²⁰⁾ และสอดคล้องในระดับที่แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽²¹⁻²²⁾

2. ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้การวิเคราะห์หาค่าพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) ได้แก่ ตัวแปรปัจจัยด้านความรู้ด้านการปกครองบังคับบัญชา และปัจจัยด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ร้อยละ 34.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา พบว่าปัจจัยด้านความรู้ด้านการปกครองบังคับบัญชา สามารถร่วมกันพยากรณ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 68.6 ($R^2=0.686$, $p\text{-value}<0.001$)⁽²¹⁾ การศึกษาเรื่องปัจจัยแห่งความสำเร็จและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 61.9 ($R^2=0.619$, $p\text{-value}<0.001$)⁽¹²⁾ และศึกษาเรื่องแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ปัจจัยด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 58.0 ($R^2=0.580$, $p\text{-value}<0.001$)⁽²³⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ควรมีแนวทางในการมอบหมายงานที่ชัดเจนและเหมาะสมให้ตรงกับความรู้ความสามารถของทันตบุคลากร
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ควรมีการให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานและคำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาในการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานแก่ทันตบุคลากรอย่างเหมาะสม
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมให้ทันตบุคลากรได้รับการประเมินผลงาน โดยเฉพาะงานการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน เพื่อให้ได้รับความก้าวหน้าและความมั่นคงในตำแหน่งงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนาคลินิกทันตกรรมคุณภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. ทันตแพทยสภา. แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม Dental Safety Goals & Guidelines 2015. นนทบุรี: ทันตแพทยสภา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2558.
3. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The motivation to work. New York: Routledge Taylor & Francis Group; 2017.
4. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. แนวทางการดำเนินงานคลินิกทันตกรรมคุณภาพจังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2562 ตามเกณฑ์มาตรฐาน Thai Dental Clinic Accreditation และเกณฑ์ประเมินคลินิกทันตกรรมคุณภาพในระดับรพ.สต.ของจังหวัดบุรีรัมย์: Dental Safety Goal for sub district health center, Buriram. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2563.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. เอกสารรายงานการประชุมประจำเดือนคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ครั้งที่ 7/2563 ประจำเดือนกรกฎาคม 2563. (เอกสารอัดสำเนา). บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2563.
7. Cohen J. Statistical Power Analysis for Behavior Science. 2nd ed. New York: Academic; 1988.

8. ชลลดา อาทิตยตั้ง, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารทันตภิบาล 2560;28(1):35-46.
9. Likert R. The human organization: Its management and values. New York: McGraw-Hill; 1967.
10. Chantasuan S, Buathuan S. Social science research methodology. Khon Kaen: Department of Sociology and Anthropology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Khon Kaen University; 2004.
11. Elifson KW, Richard RP, Haber A. Fundamentals of Social Statistics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, Inc; 1990.
12. ยุทธนา แก้วมิด, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมพ์. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2563;20(2):47-59.
13. พิรพงศ์ ภูสวด, ประจักษ์ บัวผัน, มกราพันธุ์ จุฑะรสก. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2562;19(3):109-19.
14. ศุมาลีน ดีจันทร์, ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเลย. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2562;19(2):166-76.
15. ปัญจมาพร รัตนहन, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร. วารสารทันตภิบาล 2561;29(1):1-13.
16. นิลวรรณ ทองพูล, ประจักษ์ บัวผัน, มกราพันธุ์ จุฑะรสก. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2562;19(3):131-41.
17. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
18. ดัชนีวรรณ สัตย์ธรรม, ชนะพล ศรีฤๅชา. บรรยาการองค์การและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2562;12(1):41-50.
19. เพ็ญภา ขาดี, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมป้องกันของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล 2562;30(1):92-102.

20. ศศิธร เฝ้าทรัพย์, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล 2560;28(1):23-34.
21. นาดยา คำเสนา, ประจักษ์ บัวผัน, มกราพันธุ์ จูฑะรสก. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2563;20(2):84-95.
22. จินตนา กีเกียง, ประจักษ์ บัวผัน. บรรยากาศองค์กรและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2562;19(2):154-65.
23. อีร์ธวัช พิมพ่วงค์, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2561;7(2):115-26.

บทความวิชาการ

ความหลากหลายทางวัฒนธรรมกับการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอด

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

บทคัดย่อ

วัฒนธรรมมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพที่เชื่อมโยงตั้งแต่การดูแลสุขภาพตัวเอง ความเชื่อ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพ วัฒนธรรมเป็นรูปแบบการตอบสนองทางพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากพัฒนาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ในการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม มีความสำคัญและเป็นความท้าทายของพยาบาลอย่างมากในการให้การดูแลมารดาหลังคลอดมีความเชื่อ ค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ที่แตกต่างกัน พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อในการเจ็บป่วย และการดูแลที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ซึ่งจะทำให้สามารถเข้าถึงผู้รับบริการ และประสบผลสำเร็จในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด แนวทางการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ผู้ดูแลควรต้องมีศักยภาพในประเด็นต่างๆ ดังนี้ 1) การมีความไวหรือความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม 2) การมีความรู้ทางวัฒนธรรม 3) การมีทักษะสื่อสารข้อมูลทางวัฒนธรรม 4) การมีความสามารถในการเผชิญและปฏิบัติการพยาบาล และ 5) มีการป้องกันสิทธิมารดาหลังคลอด พยาบาลควรเปลี่ยนแปลงรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพของบุคคลที่มีความต่างทั้งค่านิยม ความเชื่อ และรูปแบบการดำเนินชีวิตของวัฒนธรรมที่หลากหลาย เพื่อตอบสนองความต้องการและสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของมารดาหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความหลากหลายทางวัฒนธรรม; มารดาหลังคลอด

^{*} อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล

^a ผู้เขียนหลัก สุพรรณษา จิตรสม Email: paesupansa@gmail.com

รับบทความ: 5 ก.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 26 ก.ค. 64; ตอรับตีพิมพ์: 27 ก.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 27 ส.ค. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.43>

Review Article

Multi-culture for Postpartum Maternal Care

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

Abstract

Culture is interconnected to health beginning from personal selfcare, beliefs, and health practices. Culture is the patterns of behavioral responses that have been continuously developed over time. In health care in postpartum period for mothers with multi-culture, It is essential as well as challenging for nurses to care for mothers with different beliefs, values, customs, and traditions. Nurses are required to be equipped with knowledge, understanding, and beliefs of illness of clients from different cultures. This will providers to reach clients and successfully deliver successful postpartum maternal health care. Care providers must possess potentials in the following: 1) cultural sensitivity and awareness, 2) cultural knowledge, 3) cultural communication skills, 4) abilities to encounter and provide nursing intervention, and 5) abilities to protect of persons' rights postpartum mothers. Nurses should make their nursing interventions in health care that responds individuals with differences in values, beliefs, lifestyles of diverse cultures. Such actions will ultimately respond to needs and effectively support health behaviors among postpartum mothers.

Keywords: Multi-culture; Postpartum maternal care

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

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

Received: Jul. 5, 21; Revised: Jul. 26, 21; Accepted: Jul. 27, 2021; Published Online: Aug. 27, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.43>

บทนำ

ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงของโลกและสังคมในศตวรรษที่ 21 ทำให้เกิดสังคมพหุวัฒนธรรม มีคนหลากหลายเชื้อชาติ ทำให้มีการย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติเข้ามาประกอบอาชีพและการรับบริการทางด้านสาธารณสุขของชาวต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งจากการประกาศเปิดสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of Southeast Asian Nations: ASEAN) มีการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีการสื่อสารแบบไร้พรมแดน มีการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและโครงสร้างทางสังคมอย่างรวดเร็ว⁽¹⁾ เกิดสังคมที่มีวัฒนธรรมหลากหลายมากขึ้น ทำให้ระบบสาธารณสุขเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น ลักษณะของโรคที่เข้ารับการรักษา ความต้องการเข้ารับการรักษา รวมถึงความแตกต่างทางด้านสังคม ความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้รับบริการที่หลากหลายมากขึ้น มิติหรือมุมมองในเรื่องสุขภาพก็จะมีแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่ม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องคำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการมากขึ้น⁽²⁻⁴⁾ การดูแลสุขภาพเบื้องต้นต้องใช้องค์ความรู้ที่มีการสืบทอดต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่นหรือสร้างองค์ความรู้ไว้เป็นลายลักษณ์อักษรหรือสื่อบริการสื่อสารเป็นวาจา จนกลายเป็นความเชื่อผสมรวมกันเป็นวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีสืบทอดต่อกันมา⁽⁵⁾ การดูแลประชาชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมจึงมีความสำคัญและเป็นความท้าทายของพยาบาล⁽⁶⁾ พยาบาลผู้ให้การดูแลสุขภาพต้องมีความรู้ ทำความเข้าใจ ยอมรับในวิถีวัฒนธรรมความเป็นอยู่ที่แตกต่างกัน สามารถรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับมุมมอง แนวคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยเพื่อออกแบบกิจกรรมการพยาบาลให้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว⁽⁷⁾ รวมทั้งเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมได้ โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่เกิดจากการสะสมองค์ความรู้ทุกด้าน โดยผ่านกระบวนการสืบทอด พัฒนา ปรับปรุงและเลือกสรรเป็นอย่างดี สามารถนำมาปรับและประยุกต์ใช้แก้ปัญหา ดูแล พื้นฟูสุขภาพตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้⁽⁸⁾

การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นส่วนหนึ่งของวงจรชีวิตตามธรรมชาติของมนุษย์ เป็นส่วนสำคัญของชีวิตที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับหลักการทางศาสนา ความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม ซึ่งมีอยู่ทุกภาคของประเทศไทย ในแต่ละที่อาจจะไม่แตกต่างกันมากนัก เพียงแต่รายละเอียดปลีกย่อยอาจจะมีแตกต่างกันไปบ้างตามภูมิสำเนาที่อยู่อาศัย ในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดนับเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเมื่อตั้งครรภ์ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายระบบ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจที่อาจเกิดขึ้นได้ การที่มารดาหลังคลอดจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสม พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจในวิถีการดำเนินชีวิตของมารดาหลังคลอดตามวัฒนธรรมและรูปแบบของครอบครัว⁽⁹⁾ พยาบาลควรให้การพยาบาลที่เป็นแบบแผนและมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพตามวัฒนธรรมและรูปแบบการเจ็บป่วยแบบของครอบครัว เคารพในความต่างและคล้ายคลึงในคุณค่า ความเชื่อ วิถีทางวัฒนธรรมของบุคคล รวมถึงคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้พยาบาลจะต้องเคารพความเป็นบุคคลของมารดาหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทุกะบบ เป็นช่วงเวลาที่ต้องมีการฟื้นฟูร่างกาย วัฒนธรรมความเชื่อและการปฏิบัติตัวจึงเข้ามามีบทบาทต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพราะเชื่อว่าจะช่วยให้มารดาหลังคลอดกลับมามีสุขภาพดีดังเดิมได้เร็วที่สุด การดูแลมารดาหลังคลอดที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ได้แก่ การแพทย์พื้นบ้าน การนวด

ประคบสมุนไพร การดื่มน้ำสมุนไพรบำรุงสุขภาพ การอยู่ไฟ และการงดอาหารบางชนิดที่เชื่อว่าเป็นผลเสียต่อสุขภาพมารดา⁽¹¹⁻¹²⁾

จะเห็นได้ว่า ความหลากหลายทางวัฒนธรรมทำให้มีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกตามมา เป็นปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการดูแลและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของมารดาหลังคลอด หากมารดาหลังคลอดมีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ตามวัฒนธรรมของตนเองมาก จะส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังเห็นได้จากการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติกัมพูชา ที่มีความเชื่อว่าการดื่มยาต้องเหล้าทำให้เลือดลมเดินดี ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้⁽⁹⁾ การดูแลมารดาหลังคลอดมีความจำเป็นมาก เพราะถ้ามารดาไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องและอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อมารดาและทารกได้ ทั้งนี้พยาบาลต้องเปิดใจ ไม่ตัดสินบนวัฒนธรรมความเชื่อของตนเอง มีความละเอียดอ่อนใส่ใจเรียนรู้วัฒนธรรมความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของมารดาหลังคลอด

ผู้เขียนมีความสนใจในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวัฒนธรรมกับการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอด มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้เข้าใจถึงวิถีชีวิตและบริบททางสังคมวัฒนธรรมของกลุ่มบุคคลที่มีความแตกต่างกัน และเกี่ยวข้องกับมุมมองของความเจ็บป่วยและพฤติกรรมทางสุขภาพ รวมทั้งแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม มุ่งเน้นการเคารพ ยอมรับ และการเรียนรู้ความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรม และความเชื่อของผู้รับบริการ สร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดตามบริบทของสังคมวัฒนธรรมไทย เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการและวางแผนการให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม อันจะนำไปสู่การเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ความเข้าใจ และการยอมรับในความแตกต่างทางวัฒนธรรม

ความหมายของความหลากหลายทางวัฒนธรรม

แนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Transcultural nursing) ของโลนินเจอร์ (Leininger)⁽¹⁰⁾ เป็นแนวทางหนึ่งในการพยาบาลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ซึ่งหมายถึง การพยาบาลโดยคำนึงถึงความต้องการ วัฒนธรรม วิถีชีวิต ความเชื่อ ภาษา เชื้อชาติของผู้รับบริการมาเป็นพื้นฐานหลักในการให้การพยาบาล⁽²⁾ เน้นการให้คุณค่าและการปฏิบัติเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างทางวัฒนธรรมของบุคคล รวมทั้งวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแล และการให้การพยาบาลตามแบบแผนพฤติกรรมต่างๆ คำนึงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่มีความแตกต่างกันในแต่ละสังคม โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Patient centered) เน้นที่การดูแลแบบองค์รวม^(1,7,13-15) เพื่อให้การตอบสนองที่สอดคล้องกับความต้องการดูแลเฉพาะของเชื้อชาติหรือวัฒนธรรมนั้น จะทำให้การพยาบาลที่เกิดขึ้นได้ประสิทธิภาพสูงสุด

วัฒนธรรมกับการดูแลสุขภาพ

วัฒนธรรมกับการดูแลสุขภาพ (Health culture) เป็นความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่เชื่อมโยงตั้งแต่การดูแลสุขภาพตัวเอง การดูแลสุขภาพพื้นฐานไปจนถึงการดูแลสุขภาพที่อาศัยความรู้หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ครอบคลุมการดูแลสุขภาพทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ การป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือพิการ และการดูแลรักษาสุขภาพเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยเป็นโรค และฟื้นฟูสุขภาพให้เข้าสู่ภาวะปกติ⁽¹⁶⁾ สำหรับสังคมไทยการดูแลสุขภาพอยู่บน

พื้นฐานทางวัฒนธรรม ซึ่งในแต่ละภูมิภาคจึงมีการดูแลสุขภาพที่มีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม ดังนั้น ทุกสังคมจึงไม่หยุดนิ่งที่จะแสวงหาวิธีการในการป้องกันหลีกเลี่ยง และจัดการปัญหาความเจ็บป่วย โดยแต่ละสังคมสร้างวัฒนธรรม และแบบแผนในการดูแลสุขภาพเพื่อการแก้ไขปัญหาของแต่ละสังคม ประเภทของวัฒนธรรมกับการดูแลสุขภาพ⁽⁷⁾ มี 2 ลักษณะ คือ

1. **วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพในสภาวะปกติ** เป็นแบบแผนทางวัฒนธรรมของสังคมที่กำหนดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตของคนในสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คนในสังคมมีสุขภาพดี แข็งแรง สมบูรณ์ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 วัฒนธรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การกินอาหารประเภทน้ำพริกผักจิ้มและอาหารจากธรรมชาติ การออกกำลังกาย การเข้าวัด ถูศีล ทำสมาธิ ทำบุญตักบาตร งดบริโภคสุราและสิ่งเสพติด

1.2 วัฒนธรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค เช่น การบริโภคอาหารปรุงสุก การรับวัคซีนภูมิคุ้มกันโรค

2. **วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพในสภาวะเจ็บป่วย** เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อความผิดปกติของร่างกาย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 วัฒนธรรมเกี่ยวกับการรักษาโรค ในแต่ละสังคมมีระบบการดูแลสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกัน ได้แก่ ระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชน ระบบการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน และระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ

2.2 วัฒนธรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ เช่น การดูแลพักฟื้นของผู้ป่วยจากคนในครอบครัว การงดบริโภคอาหารแสลง การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรง

การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมเกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างรวดเร็ว เนื่องจากสภาพสังคม วัฒนธรรมของแต่ละเชื้อชาติ ที่เชื่อมต่อกันผ่านระบบคมนาคมและการสื่อสารที่ก้าวหน้าทันสมัยและรวดเร็ว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมขึ้นส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในวิถีชีวิตของมารดาหลังคลอดที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อ ประเพณี ค่านิยม พฤติกรรมที่ประเพณีปฏิบัติและบริบทความเป็นอยู่และต้องตระหนักถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรม จะเกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ปัญหาการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

ในปัจจุบันพยาบาลต้องให้การดูแลมารดาหลังคลอดที่แตกต่างกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ปัญหาที่เกิดจากความไม่เข้าใจวัฒนธรรมซึ่งกันและกันของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เนื่องจากความเคยชินของผู้ให้บริการที่ทำงานบนวิธีคิดแบบเดิม จึงมีฐานความคิดที่แตกต่างกัน ส่วนผู้รับบริการก็มีความคาดหวังในการรับบริการสูงหรือจากประสบการณ์เดิมของแต่ละฝ่ายต่างกันหรือมีความคาดหวังที่แตกต่างกันย่อมขัดขวางการสื่อสาร การละเลยการมองข้ามคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ การรักษาบางอย่างที่อาจขัดกับหลักศาสนา การสื่อสารที่แตกต่างกัน การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเนื่องจากขัดกับความเชื่อที่ได้รับการสั่งสมมาหรือการแสดงพฤติกรรมที่ตำหนิและไม่พึงพอใจจากญาติที่พยาบาลแสดงพฤติกรรมที่ไม่เข้าใจในเรื่องวัฒนธรรมของผู้รับบริการ การดูแลมารดาหลังคลอดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมเป็นการผสมผสานระหว่างการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานที่สภาการพยาบาลกำหนดร่วมกับการนำข้อมูลเชิงวัฒนธรรมของ

ผู้รับบริการมาวางแผนการพยาบาล โดยพยาบาลควรคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมร่วมด้วย รายละเอียดดังกล่าวต่อไป

ความเชื่อ วัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

1. ปัจจัยด้านความเชื่อวัฒนธรรมตามหลักศาสนา มารดาหลังคลอดจะรู้สึกวิตกกังวลกับสิ่งที่เกิดขึ้น การไหว้พระ ขอมพร และการทำบุญตักบาตร จะช่วยทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกสบายใจและมีความเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์จะช่วยคุ้มครองให้ตนเองและลูกในครรภ์ปลอดภัยและมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าในศาสนาอิสลาม มีวัฒนธรรมชุมชนบริเวณสามจังหวัดภาคใต้ เรียกว่า “โต๊ะบีแด” เป็นผดุงครรภ์โบราณ (หมอดำแย) มีบทบาทสำคัญในเชิงพิธีกรรม มีหน้าที่เริ่มจากการดูแลหญิงตั้งแต่ตั้งครรภ์ การทำคลอด การดูแลหญิงหลังคลอดในระยะอยู่ไฟ แนะนำการดูแลตนเองหลังคลอด วิธีการบำรุงครรภ์ การเร่งน้าม เป็นต้น⁽¹⁸⁾

2. ปัจจัยทางด้านความเชื่อทางการแพทย์พื้นบ้าน ประกอบด้วย

2.1 ความเชื่อในการดูแลสุขภาพตนเองของมารดาหลังคลอดแบบพื้นบ้าน ได้แก่

2.1.1 การอยู่ไฟ/การย่างไฟ มีความสัมพันธ์กับการใช้ความร้อนในการดูแลร่างกายในระยะพักฟื้นหลังคลอด เป็นการนอนบนกระดานไฟเป็นนานประมาณ 7-30 วัน ของมารดาหลังคลอด ในภาคเหนือเรียกว่า “การอยู่กำ” หรือ “การอยู่เตอน” โดยใช้เตาไฟก้อนเสาและกระดานไฟหรือแคร่อยู่ไฟนำสิ่งกะสิมาคลุมบนเตาไฟ จะช่วยให้ความร้อนทั่วทั้งใต้แคร่ นำสมุนไพร ประกอบด้วย เปล้าใหญ่ เปล้าน้อย ใบผีเสื้อน้อย ใบพลับพลึง ใบขมิ้น มาวางไว้บนแคร่ให้ทั่ว หลังจากนั้นให้มารดาหลังคลอดนอนบนแคร่ นำผ้าบางๆ มาคลุมไว้ทั่วร่างกาย เพื่อให้ความร้อนกระจายทั่วตัว ขณะนอนบนแคร่ให้พลิกตัวไปมา นอนคว่ำ นอนหงาย และนอนตะแคง เพื่อให้ทุกส่วนของร่างกายได้รับความร้อน ใช้เวลาในการย่างไฟประมาณ 20-30 นาทีเพื่อช่วยให้ร่างกายอบอุ่น ขับน้ำคาวปลา ช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็ว แผลที่ฝีเย็บแห้งเร็ว และช่วยฆ่าเชื้อด้วยความร้อน⁽¹⁹⁻²⁰⁾

2.1.2 การนวดในส่วนต่างๆ ของร่างกาย มักใช้การย่ำเท้าลงบนกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย เพื่อช่วยให้หายจากอาการอ่อนเพลีย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ให้เลือดไหลเวียนทั่วร่างกาย⁽²⁰⁾ ส่วนการนวดมดลูก และการทัก่อนเส้าจะช่วยให้มดลูกหดตัวเร็ว น้ำคาวปลาไหลสะดวก มดลูกเข้าอู่เร็ว ช่วยให้ท้องไม่อืด บรรเทาอาการปวดหลังได้

2.1.3 การประคบเต้านม ด้วยการนำลูกประคบสมุนไพรชุบน้ำและนึ่งให้อุ่น นำมาประคบบริเวณเต้านม หรือหากไม่ใช้ลูกประคบสามารถนำผ้าขนหนูไปนึ่งให้อุ่นและนำมาประคบบริเวณหน้าอก เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมและป้องกันเต้านมคัดตึง สามารถทำได้ทันทีหลังคลอด

2.1.4 การประคบกระชับมดลูก ด้วยการนำลูกประคบสมุนไพรไปแช่น้ำให้ชุ่ม นำไปนึ่งให้ร้อน แล้วนำมาประคบให้ทั่วบริเวณท้องและประคบให้ทั่วร่างกายของมารดาหลังคลอด เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนดี ขับน้ำคาวปลาที่ตกค้างในมดลูกออกไป ช่วยลดอาการบวมของมดลูกและลดอาการปวดท้อง

2.1.5 การโกยมดลูก/นวดยกดลูก ใช้วิธีการนวดคลึงมดลูกเบาๆ แล้วโกยหรือยกดลูกให้เข้าอุ้ง โดยสามารถทำได้หลังคลอด 1 เดือน กรณีผ่าคลอดต้องรอให้แผลแห้งสนิทก่อน เพื่อช่วยให้มดลูกเข้าอุ้งเร็ว ไม่หย่อนคล้อย

2.1.6 การพันผ้ารัดหน้าท้อง จะช่วยป้องกันผิวเนื้อไม่ให้แตกคลาย ถ้าแตกแล้วต้องดองให้แน่นเพื่อไล่ทั้งลมและน้ำออก เป็นการช่วยบีบให้ทุกอย่างออกไป ท้องก็จะยุบเร็ว นิยมใช้พันผ้ารัดหน้าท้องไว้เพื่อช่วยพยุงท้องปกติ 7 วัน เริ่มตั้งแต่หลังคลอด กรณีผ่าตัดคลอดจะรัดเมื่อแผลหายแล้ว จะช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องกระชับ และไม่ทำให้หน้าท้องโต ไม่ให้มดลูกได้รับความกระทบกระเทือนจากการเดิน การเคลื่อนไหวร่างกาย ป้องกันมดลูกเคลื่อนหรือหย่อนยาน

2.1.7 การนวดนมหรือเกลือ เป็นการเอาเกลือตัวผู้หรือเกลือสมุทรมาใส่หม้อตั้งไฟให้ร้อน แล้วนำมาวางบนสมุนไพรที่เตรียมไว้ ห่อผ้าแล้วนำมาประคบเพื่อช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดี น้ำคาวปลาไหลสะดวก มดลูกเข้าอุ้งเร็วและช่วยลดไขมันหน้าท้อง แต่ควรหลีกเลี่ยงการนวดนมหรือเกลือภายหลังการรับประทานอาหารใหม่ ๆ ในรายที่มีไข้ ปวดท้องรุนแรง หรือสงสัยว่าอวัยวะภายในได้รับบาดเจ็บหรืออักเสบ และควรหลีกเลี่ยงการนวดนมหรือเกลือบริเวณปมกระดูก ควรทำติดต่อกันนานเกิน 3-5 วัน ครั้งละไม่เกิน 2 ชั่วโมง หรือเริ่มทำหลังผ่าตัดทันทีหลังแผลหายดีแล้ว

2.2 ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรของมารดาหลังคลอด จากการเปลี่ยนแปลงธาตุทั้ง 4 ของร่างกายมารดาหลังคลอด ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของร่างกาย จึงมีการใช้ตำรับยาสมุนไพรสำหรับมารดาหลังคลอด เพื่อเพิ่มการขับน้ำคาวปลา การซخمมดลูกให้เข้าอุ้ง เพิ่มการหลั่งน้ำนมและแก้อาการผิดปกติ ได้แก่

2.2.1 การอบสมุนไพร เป็นการนำสมุนไพรใส่ในหม้อหุงข้าว ต้มน้ำให้เดือด เตรียมกระโจมโดยใช้ผ้าห่มหรือกระโจมสำเร็จรูป เมื่อน้ำเดือด นำหม้อต้มสมุนไพรไปไว้ในกระโจม แล้วให้มารดาหลังคลอดใส่ผ้าถุง เข้าไปนั่งบนเก้าอี้ โดยเอาหม้อตั้งไฟไว้ด้านหน้า ค่อยๆ เปิดผ้าห่ม เพื่อให้ไอร้อนในหม้อระเหยออกมาให้อยู่ในกระโจมประมาณ 10-15 นาที ให้อบสมุนไพรหลังพักฟื้น 1 เดือน โดยอบสมุนไพรติดต่อกันนาน 3 วัน วันละ 1 ครั้ง เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้สูดดมไอร้อนระเหยจากสมุนไพรเข้าไปในร่างกาย ทำให้รู้สึกปลอดโปร่งสดชื่น⁽²⁰⁾

2.2.2 การอาบน้ำสมุนไพร เป็นการอาบน้ำอุ่นที่ต้มด้วยสมุนไพร ได้แก่ เปล้าใหญ่ เปล้าน้อย ส้มป่อย ใบมะขาม ใบพลู หรือใช้วิธีนำสมุนไพรสดแช่น้ำทิ้งไว้ เพื่อฆ่ารังสีสปอร์ สารพิษ ด้วยการนำสมุนไพรไปต้มน้ำให้เดือด ผสมกับน้ำเย็นให้อุ่นและนำไปอาบ ควรอาบน้ำสมุนไพรตลอดเวลา 30 วัน และไม่ควรอาบน้ำเย็นหรือเวลากลางคืน แค่ควรอาบน้ำหัวค่ำ เพื่อช่วยขับน้ำคาวปลา กระชับให้มดลูกเข้าอุ้งเร็ว ผิวพรรณเปล่งปลั่ง กระชับผิวพรรณที่เกิดจากการขยายตัวระหว่างตั้งครรภ์ ลดอาการผื่นคันที่เกิดขึ้นระหว่างการอยู่เดือนและทำให้เลือดลมไหลดี⁽²¹⁾

2.2.3 การเข้ากระโจม เป็นการนำสมุนไพรสดหรือแห้งหลายๆ ชนิด มาต้มในกระโจมเพื่อให้ไอร้อนมาอบตัวมารดาหลังคลอด เพื่อช่วยให้การไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลืองบริเวณผิวหนังดีขึ้น บำรุงผิวพรรณและช่วยป้องกันผื่นขึ้นหน้า สมุนไพรที่ใช้ ได้แก่ ใบมะกรูด ใบมะนาว ใบส้มป่อย ใบข่า ใบตะไคร้ ใบมะขาม ใบหนาด ใบพลับพลึง ผักบุ้งแดง ใบส้มเลี้ยว การบูร โดยก่อนเข้ากระโจม ให้เอาน้ำอุ่นนำค่าฝนหรือคั่วคั้นน้ำผสมกับเหล้าหรือการบูรให้ทาทั่วตัว⁽¹⁹⁾

2.2.4 การนำสมุนไพรมาประยุกต์ใช้ในการปรุงอาหารและทำน้ำดื่มเพื่อบำรุงสุขภาพของมารดาหลังคลอด เช่น น้ำขิง น้ำตะไคร้ จะช่วยขับลม ขับเหงื่อ แก้อท้องอืด ท้องเฟ้อ บำรุงกระดูกและฟัน ลดพิษของสารแปลกปลอมในร่างกาย ช่วยปรับธาตุและได้สรรพคุณในการบำบัดโรค น้ำขิงมีสรรพคุณเป็นยา ร้อนช่วยการไหลเวียนทำให้กระตุ้นการไหลของน้ำนมทำให้น้ำนมมาเร็ว

2.3 ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารและการงดอาหารแสดงของมารดาหลังคลอด ได้แก่

2.3.1 อาหารที่ควรรับประทาน มารดาหลังคลอดต้องได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอ ในแต่ละมื้อควรได้รับประทานข้าว แป้ง เพื่อให้ได้รับพลังงานเพิ่มขึ้น และควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น ปลาทะเล เนื้อสัตว์ ถั่ว นม รวมทั้งการรับประทานผัก ผลไม้จะช่วยในเรื่องการขับถ่ายและทำให้ได้รับวิตามินที่เพียงพอ โดยเฉพาะผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว เช่น ส้ม สับปะรด ฝรั่ง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานหัวปลีเพื่อบำรุงน้ำนม การรับประทานขิง ข่า หัวว่านไฟ ตะไคร้ ขมิ้นและพริกไทย⁽²¹⁾ เพื่อบำรุงเลือดและขับลม และยังมีการซื้อยาสมุนไพรจีน มารับประทานเพื่อช่วยบำรุงเลือด ขับ น้ำคาวปลา และยังพบความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาดอกเหล้าและยาบำรุงหลังคลอดอื่นๆ ที่มีเหล้าผสมอยู่ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ไม่สอดคล้องกับหลักทางวิทยาศาสตร์ ต้องได้รับการแนะนำ เพราะอาจเป็นอันตรายต่อมารดา หรือทารก⁽²²⁾

2.3.2 การงดอาหารแสดง เป็นความที่สืบทอดเกือบทุกวัฒนธรรมในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อเรื่อง “การชะล่าอาหาร” คือการงดหรือห้ามรับประทานอาหารบางอย่าง ทั้งขณะตั้งครรภ์และขณะหลังคลอดอยู่มาก เช่น การชะล่าอาหารแสดง เช่น ผักขอม กบ เขียด เนื้อควาย ไข่เป็ด ส้มตำ ไข่ต้มแดง และปลาร้า เพราะเชื่อว่ารับประทานแล้วจะแพ้ คลื่นไส้อาเจียน และจะทำให้แผลจากการคลอดไม่ติด ห้ามรับประทานมะละกอดิบ เพราะจะทำให้เกิดอาการคัน ห้ามรับประทานทุเรียนเพราะจะทำให้เกิดการร้อนใน ห้ามรับประทานหน่อไม้ดองเพราะจะทำให้ท้องเสีย ห้ามรับประทานเห็ดเพราะจะทำให้ไม่มีน้ำนม⁽²²⁾ ห้ามรับประทานน้ำกระเจี๊ยบแดงเพราะมีฤทธิ์เป็นยาระบายทำให้ท้องเสียได้⁽²¹⁾ ซึ่งอาหารแสดงของมารดาหลังคลอดในแต่ละวัฒนธรรมมีความคล้ายคลึงกัน คือ ห้ามรับประทานอาหารรสเย็น เชื่อว่า จะทำให้เกิดอาการไม่สบายตัว หนาวสะท้าน ผักผลไม้มีกลิ่นและเนื้อสัตว์บางชนิด เชื่อว่าจะทำให้เกิดอาการ เวียนศีรษะ เป็นลม เกิดภาวะลมพัดหวน เรียกว่าอาการ “เลือดขึ้น” และอาหารที่มีรสหวานทำให้มดลูกขึ้น แผลหายช้า⁽²⁰⁾

2.4 ความเชื่อเรื่องการปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอด ส่วนใหญ่จะห้ามไปร่วมงานศพ เพราะสิ่ง ลีลับจะมาทำอะไรที่ไม่ดีต่อสุขภาพมารดาและทารก และเมื่อหลังคลอดห้ามมีเพศสัมพันธ์⁽¹²⁾ ประมาณ 1-3 เดือน เพราะแผลช่องคลอดจะติดเชื้อหลังคลอด หรือการนั่ง นอน โดยหนีขาชิดกันบนเตียงไม้ขนาดเล็กและ ห้ามลุกออกบริเวณที่อยู่ไฟ⁽²²⁾ มารดาหลังคลอดจะมีความรู้สึกอ่อนเพลียและต้องการพักผ่อนที่เพียงพอเพราะ ได้สูญเสียพลังงานในการคลอด ประกอบด้วยจะต้องทำหน้าที่ดูแลบุตร ทำให้ได้รับการพักผ่อนน้อยลง และ เมื่อหายจากภาวะอ่อนเพลียแล้วมารดาหลังคลอดไม่ควรทำงานหนัก^(12,21) ควรทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ไม่ใช้ แรงงานมาก เพราะกล้ามเนื้อเชิงกรานยังไม่แข็งแรง ถ้าออกแรงมากๆ จะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น อาจทำให้มดลูกต่ำลงมาได้ ควรเลือกทำกิจกรรมที่เหมาะสม งานที่ควรเป็นงานเบาๆ และเมื่อครบ 6 สัปดาห์แล้ว สามารถทำกิจกรรมได้ทุกอย่าง⁽²³⁾

ในปัจจุบันยังมีการดูแลมารดาหลังคลอดที่ความเชื่อ วัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีมาตั้งแต่สมัยโบราณอยู่ เพราะเชื่อว่าจะทำให้ร่างกายฟื้นฟูกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว แต่ปรับเปลี่ยนรูปแบบมาเป็นการอยู่ไฟแบบร่วมสมัย อาจเป็นคลินิกการบริการสปาหลังคลอดหรือคลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ของสถานบริการสาธารณสุขในภาครัฐ ภาคประชาชนหรือภาคเอกชน ซึ่งเป็นการอยู่ไฟหลังคลอดประกอบด้วย การนวด การประคบสมุนไพร การเข้ากระโจมอบไอน้ำ การทบทวีตมือเกลือ เป็นต้น ซึ่งมีทั้งไปทำที่สถานบริการอยู่ไฟหลังคลอดแบบครบวงจรหรือมารดาหลังคลอดสามารถซื้อคอร์สการอยู่ไฟและนำมาทำที่บ้านก็ได้ ระยะเวลาการอยู่ไฟก็แตกต่างจากในอดีต ใช้เวลาวันละ 2-3 ชั่วโมง/วัน ทำติดต่อกัน 5 วัน ควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง หรืออาจจะเป็นชุดกระโจมผ้าอบสมุนไพรสำหรับอยู่ไฟหลังคลอดด้วยตนเอง ซึ่งจะมีชุดสมุนไพร ลูกประคบ และแนะนำวิธีการใช้ที่มารดาสามารถทำได้เองที่บ้าน จะเห็นได้ว่า การดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอดมีความหลากหลาย หากมีการเลือกและนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพร่างกายที่เหมาะสม ก็จะช่วยลดปัญหาและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องรู้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในมารดาหลังคลอดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เพื่อนำไปสู่การให้การดูแลมารดาหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมเป็นความท้าทายของพยาบาลในสังคมไทย ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรในการย้ายถิ่นฐานของแรงงาน การปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดให้สอดคล้องกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม สามารถช่วยลดปัญหาทางด้านสาธารณสุขและเพิ่มสมรรถนะทางการพยาบาลในการให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม มีดังนี้

1. การมีความไวหรือความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural sensitivity/ awareness) พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจตนเอง ตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ยอมรับตัวตนของตนเอง และต้องเปิดใจยอมรับและเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น ไม่เอาวัฒนธรรมหรือชาติพันธุ์ของตนเองเป็นศูนย์กลาง (Ethnocentrism) ในการประเมินผู้อื่น ซึ่งนำไปสู่การสร้างความรู้สึกที่เหนือกว่าบุคคลอื่น^(12,24) ควรคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ได้แก่ ความแตกต่างทางด้านจิตใจ เช่น สติปัญญา ความรู้สึกนึกคิดและความเฉลียวฉลาด เป็นต้น ด้านร่างกาย ได้แก่ รูปร่าง เชื้อชาติ ความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย อายุ เพศ เป็นต้น ด้านอารมณ์ ได้แก่ นิสัย อารมณ์ร้อนและอารมณ์เย็น ด้านสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา ฐานะ ครอบครัวยุค ความเชื่อต่างๆ ศาสนา เป็นต้น ซึ่งพยาบาลต้องแยกแยะ ความรู้สึก ความเชื่อ ความคิดของตนเองต่อวัฒนธรรมอื่นๆ ของผู้รับบริการ ต้องมีทัศนคติทางด้านบวก ไม่ดูถูกเหยียดหยาม ลำเอียงกับการให้บริการผู้รับบริการ และเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

2. การมีความรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural knowledge) มีความกระตือรือร้น ศึกษา ค้นหาความรู้เกี่ยวกับเรื่องวัฒนธรรม ความเชื่อของมารดาหลังคลอดในด้านต่างๆ มีความเข้าใจความแตกต่างทางชีวภาพ สรีรวิทยา ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาหรือจัดการกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ⁽¹²⁾ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถให้การพยาบาลสอดคล้องกับวัฒนธรรม

ของมารดาหลังคลอด เช่น ความเป็นอยู่ ขนบธรรมเนียม ประเพณี ภาษาและความเชื่อในการดูแลมารดาหลังคลอด เป็นต้น

3. การมีทักษะในการสื่อสารข้อมูลทางวัฒนธรรม (Cultural skills) มีทักษะการสื่อสารทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา เช่น การยิ้ม การพูดด้วยวาจาที่สุภาพ ไพเราะ จะสร้างบรรยากาศในการสื่อสารให้ผู้รับบริการรู้สึกที่เราสนใจที่เขาพูด และปรารถนาที่จะฟังว่าเขาพูดอะไร ต้องการสิ่งใด ต้องฟังอย่างตั้งใจ มีทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง การพูด การแสดงออกถึงการยอมรับ การตัดสินใจ แก้ปัญหาและทักษะการโน้มน้าวและเจรจาต่อรอง เป็นต้น เพื่อให้สามารถสื่อสารกับมารดาหลังคลอดได้อย่างราบรื่น และรวดเร็ว เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม^(7,12,15) หากสื่อสารไม่ได้หรือไม่มีประสิทธิภาพ อาจสื่อสารผ่านญาติที่เป็นคนไทย หรือการใช้ล่าม⁽²⁵⁾ เพื่อให้การสื่อสารระหว่างวัฒนธรรมเป็นไปอย่างราบรื่น ต้องแสดงอารมณ์และความรู้สึกอย่างเป็นมิตรต่อกันและกัน มีการแสดงถึงความรัก ความใส่ใจ (Mindfulness) ความไวรู้สึกรู้สีก (Sensitivity) และการเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy) และต้องสามารถในการตอบสนองผู้อื่นอย่างเป็นมิตร อธิบายด้วยข้อเท็จจริงมากกว่าวิจารณ์ รวมทั้งการรู้จักจังหวะในการเริ่มต้นและสิ้นสุดขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้วยการประเมินความต้องการและความปรารถนาของผู้อื่น (Interaction management)⁽²⁶⁾

4. ความสามารถในการเผชิญและจัดการ (Cultural encounter) การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม สามารถประเมินสภาพ ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา วางแผนการรักษา ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ร่วมกับมารดาหลังคลอดได้เหมาะสมกับวัฒนธรรม โดยปฏิบัติตามกิจกรรมที่แสดงออกถึงการให้การช่วยเหลือ การให้สนับสนุน การเอื้ออำนวย การเพิ่มความสามารถของบุคคลแต่ละกลุ่มไว้ซึ่งความผาสุก สุขภาพและการปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่เกิดจากการเรียนรู้ร่วมกัน การสืบทอดทางความเชื่อ ค่านิยม และขนบธรรมเนียมประเพณี⁽¹²⁾

5. การป้องกันสิทธิมารดาหลังคลอด (Cultural desire) พยาบาลต้องเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้การดูแลตามความต้องการของมารดาหลังคลอด ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมอย่างเหมาะสม การดูแลมารดาหลังคลอดที่มีความต่างทางวัฒนธรรม พยาบาลต้องมีความเมตตา เคารพความเป็นตัวตนของมารดา ต้องไม่ทำให้รู้สึกว่ายพยาบาลไม่เอาใจใส่ในการให้บริการ⁽²⁶⁾ โดยใช้ความสุภาพและการให้เกียรติ และการเจรจาต่อรองทางการรักษาแทนมารดาหลังคลอด เรื่องความต้องการทางการรักษากับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยไม่ขัดต่อแนวทางการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ อาทิเช่น มารดาบางรายอาจจะไม่สะดวกในการตรวจภายในกับแพทย์ที่เป็นเพศชาย พยาบาลต้องสังเกตอาการของมารดาหลังคลอดต่างวัฒนธรรมให้ได้ จากการแสดงออกโดยไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร หรือไม่ค่อยสบายขณะที่พูดคุย ต้องหาสาเหตุและช่วยเหลือให้มีโอกาสเลือกเพศผู้ตรวจได้ หรืออยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลาในการตรวจ⁽¹²⁾

ตัวอย่างการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

ผู้เขียนได้ศึกษาจากแนวคิดทฤษฎีข้อค้นพบจากการศึกษาเอกสาร ตำรา บทความทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. บทความวิจัย เรื่อง การศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลมารดาและทารก โดยใช้ห้องเรียนชุมชน และการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐาน⁽²²⁾ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ ตำบลหนองไผ่ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 50 คน เรื่องการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการดูแลมารดาและทารก พบว่า ด้านภูมิ

ปัญหาที่ถกเถียงจากผู้สูงอายุในการดูแลมารดาและทารก 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหารขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ผู้สูงอายุยังมีความเชื่อเรื่องการงดหรือหลีกเลี่ยงอาหารแสลง พวกผักขอม กบ ไก่ และ เชียด และเชื่อว่าต้องรับประทานหัวปลี ขิง ข่า หัวว่านไฟ และตะไคร้ เพื่อบำรุงน้ำนม 2) ด้านการดูแลสุขภาพทารกหลังคลอด นิยมเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวประมาณ 3 ถึง 4 เดือน ห้ามเตรียมของใช้ทารกก่อนคลอด 3) การอยู่ไฟหลังคลอด ขึ้นอยู่กับวิธีการคลอด และครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจ หากเป็นการคลอดปกติทางช่องคลอด ไม่ได้ผ่าตัดคลอด หรือทำหมัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคใดๆ ก็ สามารถอยู่ไฟได้ 4) ความเชื่อเรื่องการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ส่วนใหญ่จะห้ามไปร่วมงานศพ ห้ามมีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์และเมื่อหลังคลอดห้ามมีเพศสัมพันธ์ประมาณ 1-3 เดือน

2. หนังสือเรื่อง *อยู่ไฟหลังคลอด* การจัดการความรู้ การดูแลแม่และเด็กภูมิปัญญาพื้นบ้าน⁽²⁷⁾ กล่าวว่า การดูแลมารดาหลังคลอดตามตำราทางการแพทย์ไทย ได้แก่ 1) การอยู่ไฟ โดยสามีและคนภายในครอบครัวเตรียมแม่แคร่เตาไฟเตรียมไว้และตัดต้นกล้วยเป็นท่อนๆ ผ่าสองวางเรียงลงในแม่แคร่เอาดินเคลือบข้างบนอีกทีแล้วจึงติดไฟ เรียกว่า “ทอดเตาไฟ” ถ้าจัดเตรียมเตาไม่ทันให้หญิงคลอดลูกนอนอยู่ข้างเตาไฟเชิงกรานไปก่อน (เตาเชิงกรานคือ เตาที่ทำด้วยดินเผาโยกได้รูปคล้ายอานม้า) ใช้ฟืนวันละ 3 ดุ้น และอยู่ 3 วัน จึงทำพิธีอยู่เตาไฟใหญ่ 2) การใช้ยาสมุนไพรตามตำรับแพทย์ตำบลดกัณฑ์ประจักษ์จินดา ตำรายาจารึกวัดพระเชตุพนฯ เพื่อขับน้ำคาวปลา ให้มดลูกเข้าอู่ การขับน้ำนม และบำรุงน้ำนม และ 3) การดูแลทั่วไป ได้แก่ 3.1) การนวดเข้าตะเกียบ การนวดแก้อาการ การนวดคลึงเต้านม การประคบสมุนไพร การเข้ากระโจมยาหรือการอยู่ไฟ เป็นต้น เพื่อแก้การปวดเมื่อยตามร่างกาย ขับน้ำคาวปลา ให้มดลูกหดตัว และช่วยให้ให้นมไหลมากขึ้น 3.2) อาหารบำรุงหลังคลอด ในวันแรกๆ หลังคลอดควรกินกล้วยหักมุกบั้งไฟ ห้ามกินอาหารที่มีรสเย็น ผักดิบๆ อาหารที่มีกลิ่นฉุน เช่น ขมิ้นหรืออาหารหมักดอง ให้กินอาหารกลุ่มที่มีรสร้อน เช่น แกงเลียง ผัดขิง หากกินผักต้องเป็นผักที่ปรุงสุก อาหารว่างควรดื่มน้ำเต้าหู้ เต้าฮวยที่อุ่นๆ หรือน้ำต้มขิง

3. บทความวิจัย เรื่อง *ผลของการทำสปาหลังคลอดต่อการไหลของน้ำนม ระดับความเจ็บปวด ระดับความรู้สึกผ่อนคลาย และภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด*⁽²⁸⁾ ในมารดาหลังคลอดที่คลอดปกติ ภายหลังคลอดตั้งแต่ 7 วัน ขึ้นไป จำนวน 34 ราย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย โดยการทำสปาหลังคลอดคลินิกสปาหลังคลอดซึ่งเป็นการอยู่ไฟหลังคลอด ประกอบด้วย การนวดผ่อนคลายและการประคบสมุนไพร 1 ชั่วโมง การอบน้ำสมุนไพร 15 นาที การทาบหม้อเกลือ 30 นาที พบว่า สามารถบรรเทาความเจ็บปวดเต้านมและช่วยเพิ่มการไหลของน้ำนม รวมทั้งสามารถลดความเจ็บปวดลดอาการบวมบริเวณแผลฝีเย็บรวมทั้งบรรเทาอาการอักเสบของกล้ามเนื้อและอาการปวดเมื่อยในมารดาหลังคลอดได้

โดยทั่วไปในระยะหลังคลอดร่างกายของมารดาจะมีการปรับตัวคืนสู่สภาพปกติได้เอง และพบว่าการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดตามความเชื่อพื้นบ้านที่สืบทอดกันมายาวนาน ซึ่งมีความคล้ายคลึงกันในแต่ละภูมิภาคของประเทศ อาจมีความแตกต่างกันบ้างขึ้นอยู่กับความเชื่อ วิถีชีวิต หรือวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น ดังนั้นพยาบาลควรต้องเรียนรู้วิธีการดูแลร่างกายมารดาหลังคลอด เพื่อฟื้นฟูให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมารดาหลังคลอดมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

บทสรุป

วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดมีความคล้ายคลึงและแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค โดยผสมผสานตามความเชื่อด้านต่างๆ ของคนในชุมชน โดยเฉพาะในสังคมไทยในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดมีหลากหลายวิธี มีวิธีการนำความรู้มาประยุกต์เพื่อดูแลสุขภาพของมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด เช่น การดูแลด้านอาหาร การนวดเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การเข้ากระโจม การนวดประคบด้านนมเพื่อกระตุ้นให้น้ำนมมากขึ้น การใช้ผ้ารัดหน้าท้องเพื่อใหกล้ามเนื้อหน้าท้องกระชับและไม่หย่อนคล้อยและการทำน้ำสมุนไพร เป็นต้น รวมทั้งข้อห้ามต่าง ๆ ซึ่งเป็นความเชื่อทางวัฒนธรรมที่หลากหลาย และความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในทศนะที่แตกต่างกันไป อย่างไรก็ตาม บทความนี้ได้พยายามชี้ให้เห็นอิทธิพลของวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมดูแลสุขภาพของมนุษย์ทำให้เราสามารถเข้าใจปัญหาในมุมมองสังคมวิทยา ซึ่งเป็นอีกมิติหนึ่งที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพต่อไป พยาบาลจึงควรได้รับการเตรียมพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมด้านความรู้ การปรับทัศนคติ การเสริมสร้างประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพที่มีความหลากหลายตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้พยาบาลมีความเข้าใจถึงความแตกต่างของผู้ป่วยและญาติ สามารถให้การดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ

เอกสารอ้างอิง

1. จินตนา อาจสันเทียะ, สายสมร เฉลยกิตติ. การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมกับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. วารสารพยาบาลทหารบก 2559;17(1):10-6.
2. Kilinc KO, Altun EC. Transcultural nursing. International Journal of Emerging Trends in Health Sciences 2018;2(1):1-6.
3. ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา. บทบาทของอาจารย์พยาบาลต่อการนำแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสู่การปฏิบัติ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2559;26(2):11-22.
4. ศิริพันธ์ ศิริพันธ์, ประณีต ส่งวัฒนา. วิธีการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีของ แคมพินฮา-บาโคท. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2557;6(1):146-57.
5. Kaçan CY, Örsal Ö. Effects of transcultural nursing education on the professional values, empathic skills, cultural sensitivity and intelligence of students. J Community Health Nurs 2020;37:65-76.
6. Agyemang JB. Transcultural nursing and traditional care in Sukuma ethnic group. International Journal of Healthcare Sciences 2019;7(1):63-6.
7. ประรณนา ลังการพันธ์. การดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมในยุคดิจิทัลสืบค้น. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2563;26(2):67-77.
8. จันทราศ เสาวรส. สืบสานภูมิปัญญาไทยของคนรุ่นใหม่: การบูรณาการภูมิปัญญาไทยในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2562;36(3):251-7.

9. ช่อทิพย์ ผลกุล, ศิริวรรณ แสงอินทร์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติในเขตจังหวัดชลบุรี. วารสารสภาการพยาบาล 2563;35(4):128-44.
10. Leininger M. Cultural Care Diversity and Universality: A theory of nursing. New York: John Wiley & Sons; 1991.
11. จันทรา แซ่ลิ้ว. วัฒนธรรมการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยชนเผ่าอ้าวเมี่ยน. Rajabhat Chiang Mai Research Journal 2561;19(2):75-87.
12. สกาวเดือน โอดมี, สุภาวดี เครือโชติกุล. แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ 2561;4(1-2):17-32.
13. Giger, J.N. Transcultural Nursing: Assessment & intervention. 7th ed. Missouri: Mosby; 2016.
14. ประณีต ส่งวัฒนา. การวิจัยทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: แนวคิดและประเด็นวิจัย. วารสารสภาการพยาบาล 2557;29(4):5-21.
15. มารศรี ศิริสวัสดิ์, วาโร เฟิงสวัสดิ์, วลนิกา ฉลากบาง, เอกลักษณ์ เพียสา. สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารวิจัยวิชาการ 2564;4(3):311-24.
16. พิมพ์ชนก วรรณแจ่ม. รูปแบบการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์พื้นบ้านในอำเภอท่าตะเียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเพื่อพัฒนา]. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครินทร์; 2560.
17. จุฑามาศ แซ่ลิ้ม, กิตติ ต้นไทย, สดใส ชันติวรพงษ์, จักรกริช อนันตศรัณย์. การใช้การแพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลครรภ์ กรณีศึกษาบ้านท่าไต้ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. การประชุมหาดใหญ่วิชาการ; วันที่ 10 พฤษภาคม 2556.
18. อติสร ศักดิ์สูง, เปรมสิริ ขวนไชยสิทธิ์. วิถีใต้แปด: การดำรงภูมิปัญญาพื้นบ้าน สืบสานวัฒนธรรมชุมชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. อินทนิลทักษิณสาร 2561;13(1):31-53.
19. ละเอียด แจ่มจันทร์, สุรี ชันธรักษ์วงศ์, สุนทร หงส์ทอง, นพนัฐ จำปาเทศ. การแพทย์แผนไทยกับการบริหารมารดาทารกหลังคลอดในชุมชนภาคกลาง. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(2): 195-202.
20. วีริสา ทองสง. บทบาทและภูมิปัญญาพื้นบ้านของหมอตำแยในจังหวัดพัทลุง [วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาการแพทย์แผนไทยมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.
21. นันทนา น้ำฝน, สกาวเดือน ไพบูลย์, สุภารัตน์ สุวาริ. วัฒนธรรม ความเชื่อ เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดของสตรีชาวพม่าที่พักอาศัยในจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลตำรวจ 2559;8(2):73-82.
22. กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, เพชรฯ ทองเผ่า, จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, อรพนิท ภูวงษ์ไกร. การศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลมารดาและทารกโดยใช้ห้องเรียนชุมชนและการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐาน. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2559;33(4):288-99.
23. นันทา กาเลียง, อนงค์ ภิบาล, สุกัญญา เทพโษะ. ประสพการณ์การดูแลหญิงหลังคลอดไทยมุสลิมที่ใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพช่วงหลังคลอด. สงขลา: วิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์; 2557.

24. ธนิดา คงสมัย. อิทธิพลเชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้านการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน นานาชาติ เขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์และประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2562.
25. สุมาลี โพธิ์ปัสสา. การดูแลเด็กป่วยและครอบครัวข้ามวัฒนธรรม. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2559;19(3):236-46.
26. ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา, อาริรัตน์ ขำอยู่, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส. การพัฒนาเกณฑ์และมาตรฐานบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560;27(1):168-84.
27. วีระพงษ์ เกรียงสินยศ, มาลา สร้อยสำโลง, กรรณิการ์ ชมพูศรี, สิทธิพงษ์ อาณาตระกูล, สมพงษ์ สำราญชลารัตน์. อยู่ไฟหลังคลอด การจัดการความรู้การดูแลแม่และเด็ก ภูมิปัญญาพื้นบ้าน. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสุขภาพไทย; 2552.
28. น้ำเพชร ศิริมังขศรี, ธนกฤต ทิพย์พิมล. ผลของการทำสปาหลังคลอดต่อการไหลของน้ำนม ระดับความเจ็บปวด ระดับความรู้สึกผ่อนคลาย และภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา 2563;10(2):39-51.

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการป้องกัน ลด ละ เลิกบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น

กิตติพงษ์ เรือนเพชร^a, ปณณทัต บณขุนทด*, ถาวรีย แสงงาม*,
ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ*, ศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์*

บทคัดย่อ

บุหรี่ไฟฟ้ามีแนวโน้มเป็นที่นิยมและมีผู้สูบบุหรี่มากขึ้น เนื่องจากผู้ใช้ส่วนใหญ่เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความปลอดภัย และเชื่อว่าสามารถใช้บุหรี่ไฟฟ้าในการช่วยเลิกบุหรี่ธรรมดาได้ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งที่ไม่สามารถทำได้เนื่องจากมีความผิดทางกฎหมาย และที่สำคัญ มีอันตรายต่อสุขภาพมากกว่าบุหรี่ธรรมดา แต่กลับได้รับความนิยมนอกจากการออกแบบรูปลักษณ์ สี และกลิ่น เป็นสิ่งดึงดูดวัยรุ่นให้มีความสนใจที่ติดต่อกัน และการเข้าถึงแหล่งซื้อขายในเครือข่ายสังคมออนไลน์ทำให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น

พยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกัน ลด ละ เลิกบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น เพื่อช่วยให้วัยรุ่นที่ยังไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ไม่ให้กลายเป็นผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ในอนาคต และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรบังคับใช้กฎหมายบุหรี่ไฟฟ้าอย่างจริงจัง มีมาตรการการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเข้มงวด และสื่อสารข้อเท็จจริงถึงอันตรายจากบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อแก้ไขปัญหาความเชื่อว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: บุหรี่ไฟฟ้า; การป้องกัน; วัยรุ่น

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

^a ผู้เขียนหลัก กิตติพงษ์ เรือนเพชร Email: kitipong19880@gmail.com

รับบทความ: 7 ก.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 3 ส.ค. 64; ตอรับตีพิมพ์: 3 ส.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 18 ก.ย. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.44>

Review Article

Nurse's Role in Prevention and Cessation of Electronic Cigarette Smoking in Adolescents

Kitipong Ruanphet^{*a}, Punnathut Bonkhunthod^{*}, Thawaree Saengngam^{*},
Piyaorn Rungthanakiat^{*}, Siriluk Suwannawong^{*}

Abstract

E-cigarettes tend to gain more popularity and there is an increasing number of e-cigarettes smokers. Reasons might include the false beliefs among users that e-cigarettes are safe and that e-cigarettes can help quitting the normal cigarettes. E-cigarette smoking is illegal in Thailand and more importantly more harmful for health than the normal cigarettes. E-cigarettes gain more popularity due to its designs, appearances, colors and different odors. These are the main attractive features of the products especially for teenagers. Online access makes the e-cigarettes much easier to access.

Professional nurses play a key role in prevention and helping their clients, especially teenagers, to reduce and eventually quit using e-cigarettes to prevent the first-time smokers in the future. Organizations and communities also should play key roles in enforcing the laws related to the e-cigarettes. Strict measures should be applied and communications about harms of the e-cigarettes should be regularly provided continuously.

Keywords: Electronic cigarettes; Prevention; Adolescents

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

^a Corresponding author: Kitipong Ruanphet Email: kitipong19880@gmail.com

Received: Jul 7, 21; Revised: Aug. 3, 21; Accepted: Aug. 3, 2021; Published Online: Sep. 18, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.44>

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์ของบุหรี่ไฟฟ้าทั่วโลก จัดเป็นวิกฤตโลกทางด้านสาธารณสุข ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention) รายงานข้อมูลปี พ.ศ. 2562 ว่ามีผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในสหรัฐอเมริกา 2,561 ราย เสียชีวิต 55 ราย และมีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2560-2561 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.7 เป็น 20.8 สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรกที่มีปอดอักเสบเฉียบพลันและระบบหายใจล้มเหลวที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ในปี พ.ศ. 2562⁽¹⁾ และมีรายงานผลการศึกษาผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) สูงถึง 5 เท่า และถ้ามีประสบการณ์ลองสูบทั้งบุหรี่ไฟฟ้า และบุหรี่ธรรมดาหรือสูบบุหรี่ทั้งสองประเภทเป็นประจำ พบเสี่ยงติดเชื้อโควิดสูงขึ้นเป็น 7 เท่า นอกจากนี้ เมื่อติดเชื้อจะแสดงอาการรุนแรงขึ้นถึง 5 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่⁽²⁾

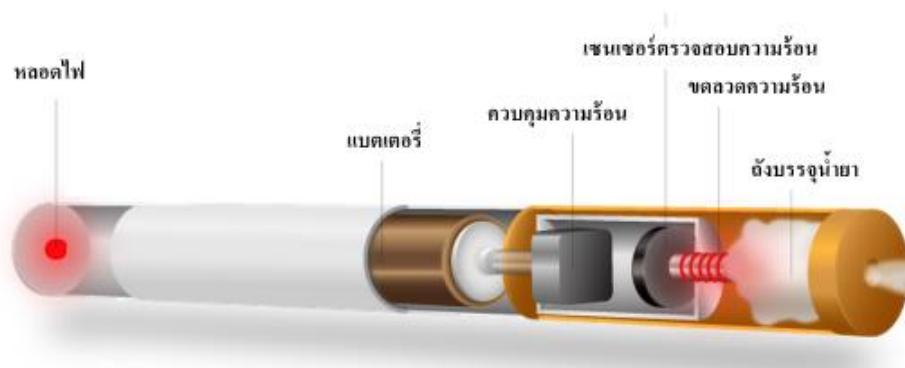
จากการสำรวจของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ในปี พ.ศ. 2558 ในกลุ่มเยาวชนไทยในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา พบว่าเยาวชนชายมีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 4.7 และเยาวชนหญิงมีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 1.9⁽³⁾ การสำรวจพฤติกรรมบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพฯ ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 30.2 สูบบุหรี่ไฟฟ้า⁽⁴⁾ และจากการศึกษาในนักเรียนอาชีวศึกษาในปี พ.ศ. 2563 มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 59.8⁽⁵⁾ แสดงให้เห็นแนวโน้มการใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มสูงขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่อยากทดลองสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีทัศนคติที่ดีต่อบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่เข้าถึงได้ง่าย และเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีอันตราย^(4,6-9) บริษัทผู้ผลิตจึงมุ่งเป้าการตลาดไปที่เด็กและเยาวชน ทั้งการออกแบบผลิตภัณฑ์ และรูปแบบช่องทางส่งเสริมการขาย รวมทั้งการให้ข้อมูลที่บิดเบือนถึงผลกระทบต่อสุขภาพ⁽¹⁰⁾

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบอันตรายต่อสุขภาพของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า กฎหมายบุหรี่ไฟฟ้า และแนวทางการป้องกัน ลด ละ เลิกบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น

บุหรี่ไฟฟ้าคืออะไร

บุหรี่รูปแบบใหม่ที่เรียกว่า “บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์” “อี-ซิการ์เรต” (e-cigarette) หรือ “บุหรี่ไฟฟ้า” ได้เข้าสู่ตลาดทั่วโลกเพื่อชักจูงให้คนที่ติดบุหรี่หันมาสูบบุหรี่รูปแบบใหม่ โดยสร้างความเชื่อว่าเป็นอันตรายจากโรคมะเร็ง การเกิดขึ้นของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์มาจาก 3 สาเหตุ 1) ปัจจุบันประเทศต่างๆ ทั่วโลกห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ เนื่องจากความตื่นตัวถึงอันตรายของควันบุหรี่มือสอง จึงมีผู้คิดค้นบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ซึ่งไม่มีการเผาไหม้เหมือนการสูบบุหรี่ธรรมดาขึ้น 2) การสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นวิธีการนำสารนิโคตินเข้าสู่ร่างกายที่สะดวกกว่าการสูบบุหรี่ธรรมดา 3) เพื่อลดอันตรายจากการสูบบุหรี่⁽¹¹⁾ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ได้รับการพัฒนาเป็นรูปแบบใหม่ในปี ค.ศ. 2003 ในประเทศจีน โดยเภสัชกรชาวจีนได้คิดค้นบุหรี่ไฟฟ้าที่ใส่สารนิโคตินขึ้นมา การคิดค้นนี้มีการอ้างสรรพคุณว่า การสูบบุหรี่นี้เป็นการสูบนิโคตินที่สะดวกและปลอดภัยกว่าสูบบุหรี่ธรรมดา และได้มีการนำผลิตภัณฑ์เข้าสู่ท้องตลาด โดยเริ่มที่ประเทศจีนเป็นประเทศแรก และเริ่มขยายการขายไปประเทศต่างๆ ทั่วโลก⁽¹²⁾



ภาพที่ 1 ส่วนประกอบของบุหรี่ไฟฟ้า ปรับปรุงจาก <https://www.thoracicsocietythai.org>⁽¹³⁾

กลไกการทำงานของบุหรี่ไฟฟ้า

บุหรี่ไฟฟ้า (E-cigarette) มีลักษณะเป็นแท่งกลมคล้ายบุหรี่มวน เวลาสูบสวิตช์ไฟจะถูกเปิดเกิดไฟแดงที่ปลายแท่งพร้อมกับการทำงานของแบตเตอรี่ เกิดความร้อนทำให้ของเหลวในขวดที่บรรจุไว้ระเหยขึ้นมาเป็นควัน⁽¹⁴⁾ บุหรี่ไฟฟ้ามีส่วนประกอบหลัก ได้แก่ แบตเตอรี่ (Battery) อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดความร้อน (Atomizer) เพื่อเปลี่ยนน้ำยาให้เป็นละออง ไอ และถังบรรจุน้ำยา (Cartridge)⁽¹⁵⁾

ประเภทของบุหรี่ไฟฟ้า

บุหรี่ไฟฟ้าสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภทตามรูปร่างลักษณะของอุปกรณ์ โดยบุหรี่ไฟฟ้าแต่ละประเภทจะมีราคาและความสามารถในการใช้งานที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับรูปแบบลักษณะของแต่ละประเภท แต่ละชนิดโดยมีราคาตั้งแต่ 395 ถึง 6,570 บาท และยังมีน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าที่ต้องซื้อเพิ่มเมื่อใช้หมด โดยราคาจะแตกต่างกันไปตามแต่ละยี่ห้อ โดยเริ่มต้นที่ 130 ถึง 165 บาทต่อขวด ดังนี้

1. ประเภท Mini คือ แบบที่ใกล้เคียงบุหรี่ทั่วไปที่สุด มีลักษณะเล็กและเบาซึ่งทำให้ผู้ใช้มีความสะดวกสบายและสามารถพกพาสะดวก ข้อดีของแบบ Mini คือ ผู้สูบบุหรี่มีความคุ้นเคยกับบุหรี่ไฟฟ้าประเภทนี้ มีราคาไม่แพง ไม่ต้องควบคุมเอง เหมาะกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่จัด ข้อเสียคือ มีแบตเตอรี่ไม่มาก ต้องชาร์จประจุเป็นประจำ

2. ประเภท Mid-size e-cigarettes เป็นแบบที่ได้รับความนิยมมากที่สุดสำหรับผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ เพราะมีลักษณะไม่ใหญ่จนเกินไป สามารถใช้ได้ในระยะเวลานานขึ้น ราคาอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูบบุหรี่สามารถควบคุมการทำงานเองได้ และมีการผลิตไอน้ำที่ดีกว่าแบบ Mini แต่ไม่สามารถดัดแปลงชิ้นส่วนประกอบได้ตามที่ต้องการ

3. ประเภท Advanced personal vaporizers มีลักษณะหลากหลายรูปแบบแล้วแต่ผู้สูบจะปรับแต่ง แต่ส่วนใหญ่จะเหมือนกับแท่งขนาดใหญ่คล้ายกับไฟฉาย หรือ แบบที่มีลักษณะคล้ายกับกล่องบุหรี่ทั่วไป บุหรี่ไฟฟ้าประเภทนี้ส่วนใหญ่ใช้ถ่านแบบถอดเปลี่ยนได้ที่มีขนาดปานกลางถึงใหญ่ คงทน และมีความสามารถ

มากกว่าบุหรี่ไฟฟ้าแบบอื่น ๆ เช่น การควบคุม การผสมของน้ำยาที่แตกต่างกัน และความแข็งแรงของการทำงาน เป็นต้น อีกทั้งบุหรี่ไฟฟ้าประเภทนี้มีราคาแพง⁽¹²⁾

สรุป บุหรี่ไฟฟ้าแต่ละประเภทมีราคาที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของความสามารถในการใช้งาน ราคาจำหน่ายมีตั้งแต่หลักร้อยถึงหลักพัน ซึ่งเมื่อซื้อแล้วใช้งานได้นานในระยะยาวจะมีค่าใช้จ่ายถูกกว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับปริมาณการสูบของแต่ละบุคคล ซึ่งจะแตกต่างจากบุหรี่ยี่ห้อ เพราะสามารถชาร์จแบตเตอรี่ได้เป็นระยะเวลานาน และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มวัยรุ่นร้อยละ 70 สามารถหาบุหรี่ไฟฟ้ามาสูบได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้เงิน โดยได้บุหรี่ไฟฟ้าจากการขอหรือขอยืมจากเพื่อนหรือคนอื่น⁽⁵⁾

สารประกอบในน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า

สารพิษในบุหรี่ไฟฟ้าไม่ต่างกว่าบุหรี่ทั่วไป มีสารนิโคตินเหลวซึ่งมีความเข้มข้นมากกว่านิโคตินในบุหรี่ยี่ห้อปกติถึง 6 เท่า⁽¹⁶⁾ และมีสารประกอบในน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าดังนี้

1. นิโคติน (Nicotine) มีความเข้มข้นมากกว่านิโคตินในบุหรี่ยี่ห้ออื่น จะทำให้ร่างกายเสพติดการใช้บุหรี่ และจะเข้าไปกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เพิ่มความดันโลหิต เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้เกิดโรคเมอเร็งปอด และโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ

2. โพรไพลีนไกลคอล (Propylene glycol) เป็นสารสังเคราะห์ชนิดหนึ่งที่ใช้ในอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (US Food and Drug Administration: FDA) ยืนยันถึงความปลอดภัยว่าใช้ได้ทั้งในอาหาร ยา และเครื่องสำอาง รวมถึง นำไปใช้เป็นส่วนประกอบในการสร้างไอหรือหมอกสำหรับเวทีการแสดงต่างๆ แต่เมื่อสัมผัสหรือสูดดมเข้าไปอาจก่อให้เกิดการระคายเคืองที่ดวงตาและปอด โดยเฉพาะในผู้ที่เปราะบาง ปอดเรื้อรัง โรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพอง

3. สารแต่งกลิ่นและรส (Flavoring) เป็นสารเคมีที่ใช้ในอุตสาหกรรมอาหารทั่วไป มีความปลอดภัยเมื่อรับประทานเข้าสู่ร่างกาย แต่ยังไม่ได้รับรายงานการยืนยันว่าเมื่อเปลี่ยนรูปแบบเป็นไอที่สูบบุหรี่หรือสูดแล้วจะเกิดผลกระทบอย่างไรต่อร่างกาย

4. กลีเซอริน (Glycerin) เป็นสารที่ไม่มีสี และไม่มีกลิ่นแต่มีรสชาติหวานเล็กน้อย องค์กรอาหาร และยาแห่งสหรัฐอเมริกา ยืนยันถึงความปลอดภัยว่าใช้ได้ทั้งในอาหารและยา แต่ยังไม่ได้รับรายงานการยืนยันว่าเมื่อเปลี่ยนรูปแบบเป็นไอที่สูบบุหรี่หรือสูดแล้วจะเกิดผลกระทบอย่างไรต่อร่างกาย⁽¹⁷⁾

ผลกระทบของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

จากการรายงานทั่วโลกมีผู้เสียชีวิต และมีผู้บาดเจ็บจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และเกิดการบาดเจ็บที่ปอดจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นจำนวนมาก แพทย์จากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐฯ จึงได้มีการบัญญัติศัพท์ใหม่ที่ชื่อว่า ‘EVALI’ ซึ่งย่อมาจาก E-cigarette or vaping use associated lung injury” ความหมายว่า “อาการบาดเจ็บที่สัมพันธ์กับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าหรือผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่” หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงได้เรียกร้องให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการใช้บุหรี่ไฟฟ้า⁽¹⁸⁾ เพราะการใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีผลกระทบหลายด้าน ได้แก่

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าสูดเข้าร่างกายจะก่อให้เกิดพิษที่ทำอันตรายต่อร่างกาย ทำให้เกิดอาการในระยะสั้น ได้แก่ หายใจไม่ออก ไอ จาม คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน ระคายเคืองที่ตา และผิวหนัง ระคายเคืองในช่องปาก คอ เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ในระยะยาว ทำให้เกิดอาการ

ได้แก่ เยื่อหุ้มฟันอักเสบ เยื่อจมูกอักเสบ ต้อกระจก ชิด จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ นอนไม่หลับ เหนื่อย ล้า อ่อนเพลีย ชัก วิดกกังวล ซึมเศร้า ปวดบวม^(1,19) โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ⁽¹⁾ นอกจากนี้ ในกรณีที่รุนแรงการใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่มีคุณภาพที่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายสูง อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการใช้งานทำให้เกิดการบาดเจ็บด้วยอาการเผาไหม้บนใบหน้า ฟัน และลิ้นอย่างรุนแรง^(1,20)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ส่วนผสมในบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะสารนิโคตินมีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข ผ่อนคลาย สบาย จนทำให้เกิดการเสพติด แต่หากไม่ได้สูบจะทำให้หงุดหงิด กระวนกระวาย และวิตกกังวล ทำให้ผู้สูบต้องสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่อไปเรื่อย ๆ⁽⁵⁾

3. ผลกระทบด้านสังคม ปัจจุบันมีนโยบายและมาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าห้ามผลิต ห้ามนำเข้าและจำหน่ายหรือมีบุหรี่ไฟฟ้าไว้ในครอบครองถือว่ามีความผิด อาจถูกจับกุมดำเนินคดีตามกฎหมายได้ อาจทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่กล้าเข้าสังคม ทำให้สัมพันธ์ภาพกับบุคคลในสังคมบกพร่องอาจทำให้เสียโอกาสทางสังคม แต่ปัจจุบันก็มีการลักลอบนำเข้า และใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน และผู้ค้าบุหรี่ไฟฟ้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ทุกประเภทเพื่อเผยแพร่เชิญชวนให้ใช้ และกระจายผลิตภัณฑ์ให้เข้าถึงได้ง่าย และเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่เสพติด ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพล้วนแต่เป็นความเชื่อที่ผิด ทำให้มีผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นทุกปี⁽²¹⁾

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการประมาณค่าความสูญเสียที่เกิดจากบุหรี่ไฟฟ้าในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข พบความสูญเสียจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่ถูกชักนำด้วยการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในขณะที่เป็นเยาวชน คำนวณในมุมสังคม ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ และต้นทุนทางอ้อม พบว่า ผลกระทบจากค่าใช้จ่ายในการรักษา และค่าเสียโอกาสในการเกิดโรคต่อปีเท่ากับ 534,571,710 บาท ซึ่งเป็นความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์และสุขภาพของประชาชนไทยที่ต้องรับภาระจากบุหรี่ไฟฟ้า⁽²²⁾ และการประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 พบว่า การสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจปีละ 87,250 ล้านบาท (คำนวณเป็นความสูญเสีย 42 บาทต่อบุหรี่ 1 ซอง) โดยรวมแล้วความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 0.56 ของ GDP และคิดเป็นร้อยละ 15 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศทั้งหมด⁽²³⁾

กฎหมายบุหรี่ไฟฟ้า

ประเทศไทยมีกฎหมายห้ามไม่ให้มีการนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่

1. กระทรวงพาณิชย์ออกประกาศกำหนดให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ตามพระราชบัญญัติศุลกากร พ.ศ. 2560 มาตราที่บัญญัติว่า ผู้ใดนำเข้าของที่ผ่านหรือกำลังผ่านพิธีการทางศุลกากรเข้าในราชอาณาจักรหรือส่งของดังกล่าวออกไปนอกราชอาณาจักรหรือนำของเข้าเพื่อการผ่านแดนหรือการถ่ายลำเลียงโดยหลีกเลี่ยงข้อจำกัดหรือข้อห้ามอันเกี่ยวกับของนั้น ต้องมีโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปี ปรับเป็นเงิน 5 เท่าของราคาสินค้า หรือทั้งจำทั้งปรับ

2. สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ได้ออกคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคฉบับที่ 9/2558 เรื่อง ห้ามขายหรือห้ามให้บริการสินค้า บารากู่ บารากู่ไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า หรือตัวบบารากู่ น้ำยาสำหรับเติมบารากู่ไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า อันเป็นความผิดฐานฝ่าฝืนคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 กรณีพบผู้ฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปีหรือ

ปรับไม่เกิน 5 แสบนาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และหากผู้ขายหรือให้บริการเป็นผู้ผลิตผู้ส่งนำเข้ามายาต้องรับโทษเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า⁽²⁴⁾

3. กฎหมายที่สามารถใช้บังคับกับการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทยได้ นอกเหนือจากประกาศกระทรวงพาณิชย์ ที่กำหนดห้ามการนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่

3.1 กรณีที่มีการจำหน่ายใน เว็บไซต์ หรือ เครือข่ายออนไลน์ ซึ่งเป็นความผิดตามกฎหมายพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2560 มาตรา 14(1) ผู้ใดกระทำความผิด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ⁽¹⁾

3.2 บุหรี่ไฟฟ้า ห้ามสูบในเขตปลอดบุหรี่เช่นเดียวกับบุหรี่แบบดั้งเดิม ถ้ามีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเขตปลอดบุหรี่ มีความผิดตามหมวด 5 ว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ แห่งพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560⁽¹⁾

3.3 การเชื่อมโยงการบังคับใช้กับกรมศุลกากรพระราชบัญญัติศุลกากร พ.ศ. 2560 มาตรา 244 ที่บัญญัติว่า ผู้ใดนำเข้าของที่ผ่านหรือกำลังผ่านพิธีการทางศุลกากรเข้าในราชอาณาจักร หรือส่งของดังกล่าวออกไปนอกราชอาณาจักรหรือนำของเข้าเพื่อการผ่านแดนหรือการถ่ายลำเลียงโดยหลักเลียงข้อจำกัดหรือข้อห้ามอันเกี่ยวกับของนั้น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปี หรือปรับไม่เกินห้าแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ⁽¹⁾

4. กรณีที่มีการครอบครองบุหรี่ไฟฟ้าเป็นความผิดตามกฎหมายไทย ให้พิจารณาจาก มาตรา 246 วรรค 1 กับวรรคท้าย แห่งพระราชบัญญัติศุลกากร พ.ศ. 2560 ซึ่งวางหลักว่า “ผู้ใดช่วยจำหน่าย ช่วยพาเอาไปเสีย ซื้อ รับจำนำหรือรับไว้ หากเป็นการกระทำโดยรู้ว่าเป็นของอันเนื่องด้วยความผิดตามมาตรา 244 (มาตรา 244 เป็นเรื่องการนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าเข้ามาโดยหลักเลียงข้อห้าม)⁽¹⁾

โดยสรุปแล้ว บุหรี่ไฟฟ้าถือเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ห้ามนำเข้า ขาย บริการ และครอบครอง แต่ปัจจุบันการบังคับใช้กฎหมายตามประกาศของกระทรวงพาณิชย์ และสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ถึงแม้ว่าจะบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่แล้วอย่างจริงจัง กับผู้ที่ลักลอบกระทำความผิดกฎหมาย แต่การบังคับใช้กฎหมายยังไม่เข้มข้นพอ เป็นการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่มีประสิทธิภาพต่อการแก้ไขปัญหาอย่างแท้จริง เพราะในปัจจุบันการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าในเครือข่ายสังคมออนไลน์มากขึ้น ดังนั้นการป้องกันที่ดีที่สุดคือห้ามนำเข้า และควรมีการให้ข้อมูลผลกระทบถึงอันตรายของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

แนวทางการป้องกัน

บุหรี่ไฟฟ้าคือผลิตภัณฑ์ที่มีลักษณะคล้ายกับยาสูบ และไม่มีการเผาไหม้เหมือนบุหรี่ทั่วไป ทำให้สร้างความเชื่อที่ผิดกับวัยรุ่นไทย เช่น ทันสมัย โก่โก้ เนื่องจากรูปลักษณ์สวยงาม ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และไม่เป็นที่รังเกียจของครอบครัวเพราะไม่มีการเผาไหม้⁽¹⁹⁾ ปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นคือ หาซื้อได้ง่าย มีจำหน่ายมากในโลกออนไลน์ และอยากทดลองสูบ แม้จะมีการห้ามนำเข้า และห้ามจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยแล้ว แต่ยังมีมีการขายบุหรี่ไฟฟ้าผ่านทางอินเทอร์เน็ต และวางขายในที่สาธารณะอย่างแพร่หลาย⁽⁴⁾ งานวิจัยในประเทศและต่างประเทศระบุว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่ได้ช่วยลดการสูบบุหรี่แบบธรรมดาเลย ยิ่งกว่านั้น ยังทำให้อัตราการสูบบุหรี่โดยรวมทั้งแบบธรรมดาและบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น เพราะบุหรี่ทั้งสองชนิดมีสารนิโคตินเช่นเดียวกัน⁽²⁵⁾ ดังนั้น ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้ ถึงพิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้าหลากหลายรูปแบบ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และมีการใช้กฎหมายควบคุมการจัดจำหน่าย

และการนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า และห้ามสูบในที่สาธารณะอย่างจริงจัง นอกจากนี้ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐ เอกชน ชุมชน และพยาบาลวิชาชีพ ควรมีความรู้ ความสามารถในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พื้นฟูสุขภาพของวัยรุ่นให้ปลอดภัยจากบุหรี่ไฟฟ้า

บทบาทพยาบาลในการป้องกัน ลด ละ เลิกบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น

บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่สำคัญคือ การรักษา ป้องกัน การฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงความเป็นองค์รวมและความเป็นปัจเจกบุคคลที่มีความต้องการที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้และกลับคืนสู่ครอบครัวและสังคมได้⁽²⁶⁾ เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่จะต้องสร้างเสริม ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ซึ่งส่วนใหญ่คือกลุ่มวัยรุ่น มีแนวทางในการป้องกัน ลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น ดังนี้

1. แนวทางการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ควรอาศัยหลักการมีส่วนร่วมจากกลุ่มบุคคลต่างๆ เพื่อช่วยให้วัยรุ่นที่ยังไม่สูบบุหรี่ ไม่ให้กลายเป็นบุคคลที่สูบบุหรี่ในอนาคต โดยมีการจัดบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่เป็นประชาชนทุกคน คนใกล้ชิด บิดามารดา ครู โรงเรียน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนี้

1.1 ประชาชนทุกคน ควรทำกิจกรรมในชุมชน เช่น การรณรงค์ จัดประชาสัมพันธ์ มีต้นแบบของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในชุมชน ไม่ขายบุหรี่ให้นักเรียน และการเก็บขยะหรือกิจกรรมอื่นๆ ที่ทำแล้วไม่เกิดความเครียด ในขณะเดียวกัน คนใกล้ชิด บิดามารดา ควรอธิบายต่อบุตรว่าบุหรี่ให้โทษ และคอยห้ามตักเตือนให้คำแนะนำ ไม่ควรทำให้บุตรเห็นถึงพฤติกรรมที่ไม่ดี สอนบุตรเสมอว่าการยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติดหรือบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดีไม่ควรลอง ตลอดจนสนับสนุนให้บุตรทำกิจกรรมยามว่าง ในขณะที่เพื่อนควรช่วยในการแนะนำเพื่อนให้ไปเล่นกีฬา ทำกิจกรรมยามว่าง และคอยตักเตือนเพื่อน

1.2 ครูและโรงเรียน ควรมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือนักเรียน อาทิเช่น ครูอธิบายเกี่ยวกับสารพิษของบุหรี่ สอนเกี่ยวกับโทษของยาเสพติด อธิบายถึงผลเสีย และผลกระทบที่ส่งผลต่อการเรียน คอยตักเตือน และจัดกิจกรรมเลิกสูบบุหรี่ ในขณะที่โรงเรียนควรบูรณาการกิจกรรมงดสูบบุหรี่ และกิจกรรมต่อต้านยาเสพติดไว้ด้วยกัน เพิ่มกฎ โทษปรับ ตรวจกระเป๋าก่อนเข้าโรงเรียน ตรวจปัสสาวะ เพื่มนโยบายในโรงเรียน และแจ้งสถานักเรียนดำเนินการต่อไป

1.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นกลุ่มบุคคลที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่งที่ควรแนะนำเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ จัดกิจกรรมต่อต้านยาเสพติด รณรงค์จัดอบรมในกลุ่มเยาวชนที่สูบบุหรี่ ให้คำแนะนำเพื่อลดความอยากสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่

2. แนวทางการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ในวัยรุ่น สิ่งสำคัญคือตัวผู้สูบ โดยระบุว่าสิ่งที่ต้องทำ ได้แก่ ลดปริมาณให้น้อยลง ไม่ตามเพื่อน และปฏิเสธการสูบบุหรี่เมื่อเพื่อนชวน ตัดใจที่จะเลิกสูบให้ได้เล่นกีฬา รับประทานของเปรี้ยว ใช้น้ำยาหยาดดอกขาว และหากจะเลิกสูบบุหรี่ให้ได้จริงจะต้องปฏิบัติตัว 2 ประเด็นสำคัญคือ 1) หักดิบ ตัดใจ ทำใจให้ได้ เพราะอยู่ที่ใจ และ 2) ไปเล่นกีฬา นอกจากนี้ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากกลุ่มบุคคลต่างๆ ที่เป็นประชาชนในชุมชน คนใกล้ชิด บิดามารดา อาจารย์วิทยาลัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนี้

2.1 ประชาชนในชุมชน ช่วยตักเตือนวัยรุ่นไม่ให้สูบ ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาต่างๆ และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่เลิกสูบหรืออย่างเต็มที่ และแจ้งผู้ปกครองของวัยรุ่นให้ทราบ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายมอง

ว่าการแจ้งผู้ปกครองก็ไม่สามารถทำให้ลดการสูบบุหรี่ได้ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายเสนอแนะว่าควรมีมาตรการเอาผิดผู้ปกครองของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ ส่วนผู้ประกอบการร้านค้าในชุมชนไม่ควรแบ่งขายบุหรี่ซอง บุหรี่ทุกแบรนด์ต้องบรรจุในซองผลิตภัณฑ์เดียวกันหมด ราคาเดียวกัน ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเลือกแบรนด์ บุหรี่ที่ชอบได้ เมื่อได้บุหรี่ที่ไม่ชอบก็จะทำให้เบื่อและเลิกไปเอง และห้ามขายในพื้นที่สาธารณะ

2.2 คนใกล้ชิด บิดามารดาควรช่วยตักเตือน และสอนถึงโทษของการสูบบุหรี่ ให้กำลังใจ และหากิจกรรมยามว่างให้ทำ แนะนำให้วัยรุ่นเลิกสูบบุหรี่ และถามเหตุผลว่าทำไมถึงสูบบุหรี่ คอยให้คำปรึกษาต่างๆ คอยจับตามองไม่ให้สูบบุหรี่ ในขณะเดียวกันบิดามารดาต้องไม่สูบบุหรี่ให้บุตรเห็น และต้องบอกให้บุตรเลิกสูบบุหรี่ เพราะหากบุตรโดนจับต้องติดทัณฑ์บน ในขณะที่พี่น้อง เพื่อนสนิท และแฟนมีส่วนสำคัญในการชักชวนผู้สูบบุหรี่แล้วทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกว่าอยากเลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อนสามารถช่วยเพื่อนนักเรียนให้เลิกสูบบุหรี่ได้โดยการตักเตือนไม่ให้สูบบุหรี่ และบอกโทษของการสูบบุหรี่

2.3 อาจารย์ และสถาบันอุดมศึกษาที่เป็นวิทยาลัย เป็นส่วนสำคัญในการให้ความช่วยเหลือแก่นักเรียนที่สูบบุหรี่ อาจารย์ต้องคอยตักเตือนนักเรียนไม่ให้สูบบุหรี่ ให้คำปรึกษา สอบถามและทำความเข้าใจกับนักเรียนว่าทำไมถึงสูบบุหรี่ และแนะนำสิ่งดีๆ ให้แก่นักเรียน ให้กำลังใจแก่ผู้สูบบุหรี่และจัดกิจกรรมออกกำลังกาย ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่าการจัดกิจกรรมเลิกสูบบุหรี่ในวิทยาลัยไม่สามารถทำให้เลิกบุหรี่ได้โดยทันทีทันใด แต่สามารถลดปริมาณการสูบบุหรี่ลงได้ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีความคิดเห็นที่ต่างออกไปว่าการรณรงค์ไม่สามารถทำให้เลิกบุหรี่ได้เพราะสุดท้ายก็ยังสูบบุหรี่ ดังนั้น วิธีการที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ต้องมีมาตรการห้ามสูบบุหรี่ร่วมกับการรณรงค์ ด้วยการจัดให้มีกีฬาและให้มีกิจกรรมสนุกๆ เพื่อลดความเครียด

2.4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจัดอบรมให้ความรู้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับโทษของบุหรี่ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับ บุหรี่ และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ที่สูบบุหรี่เพื่อที่จะช่วยให้นักเรียน เลิก ลด ลืม ความอยากสูบบุหรี่ ตลอดจนศึกษาพฤติกรรมของการสูบบุหรี่เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักเรียน⁽²⁷⁾

3. บทบาทพยาบาลในคลินิกเลิกบุหรี่

3.1 บทบาทผู้ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูล

3.1.1 ให้คำปรึกษาผู้ป่วยติดบุหรี่และครอบครัว ได้แก่ 1) ให้คำปรึกษาและข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ เพื่อประกอบการตัดสินใจเข้ารับการรักษา 2) ให้คำปรึกษาข้อมูลพิษภัยบุหรี่ และผลกระทบที่ได้รับจากการสูบบุหรี่ และตอบข้อซักถาม 3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเลิกบุหรี่ในรายที่เคยเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ และให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่ 4) ให้คำปรึกษาการปฏิบัติตัวในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดอาการต่างๆ ที่ไม่พึงประสงค์ระหว่างเลิกบุหรี่ และ 5) ให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ของการเลิกบุหรี่

3.1.2 ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลบุคลากรภายในโรงพยาบาล ได้แก่ 1) ให้คำปรึกษาและข้อมูลแก่ทีมสหสาขา เกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาตามระเบียบของโรงพยาบาล หรือข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยติดบุหรี่ และ 2) ให้คำปรึกษาและข้อมูลแก่บุคลากรอื่นๆ ในโรงพยาบาล เกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาตามระเบียบของโรงพยาบาล หรือข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยติดบุหรี่

3.1.3 ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลบุคลากรภายนอกโรงพยาบาล โดย 1) ให้คำปรึกษาและข้อมูลแก่ประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับคลินิกเลิกบุหรี่ และ 2) ให้คำปรึกษาและข้อมูลแก่ครู อาจารย์ เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล ผู้นำชุมชน เป็นต้น

3.1.4 พัฒนาสื่อการสอน โดยสื่อการสอนที่พัฒนาเพื่อใช้ประกอบการใช้คำปรึกษา เช่น แผ่นพับคู่มือการให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการรักษาโรคติดเชื้อ พิษภัยบุหรี่ และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

3.2 บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยติดเชื้อ

3.2.1 ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 1) ประเมินผู้ป่วย (Ask) และประเมินความพร้อม (Assess) คือรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และข้อมูลการติดเชื้อ 2) วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย 3) วางแผนการพยาบาลแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ (Advice) โดยการวางแผนการดูแลตามปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละราย 4) ให้การพยาบาลช่วยให้เลิกบุหรี่ (Assist) ดังนี้

ก. แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่

ข. ให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ของการเลิกบุหรี่

ค. ฝึกทักษะการปฏิเสธที่จะสูบบุหรี่

ง. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม

จ. ติดตามและประเมินผล (arrange follow up) ความก้าวหน้าการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย

3.2.2 บริหารยาที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ ได้แก่ 1) ตรวจสอบทั้งชื่อ-สกุลผู้ป่วย HN ชนิดของยา ชื่อ ยาคความเข้มข้น ขนาด และจำนวน 2) ตรวจสอบกลับไปยังห้องจ่ายยาผู้ป่วย หากผู้ป่วยได้รับยาใหม่ หรือข้อมูลยาระบุว่าเป็นยาที่ไม่ตรงตามแผนการรักษา 3) ให้ยาพร้อมอธิบายการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ 4) แนะนำให้ติดต่อกลับ หากมีอาการไม่พึงประสงค์จากยา 5) ติดตามการใช้ยาทางโทรศัพท์ และ 6) บันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล

3.3 บทบาทผู้ประสานงานการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่

3.3.1 ติดต่อประสานงานแพทย์เพื่อพิจารณาแนวทางการรักษา และประสานกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยอื่นเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย

3.3.2 ประสานงานภายนอกโรงพยาบาลได้แก่ประสานงานกับเครือข่ายวิชาชีพแพทย์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เพื่อรับการสนับสนุนยา งบประมาณและประสานงานกับหน่วยอื่น เพื่อการประชาสัมพันธ์และรณรงค์การไม่สูบบุหรี่

3.4 บทบาทผู้บริหารจัดการคลินิก

3.4.1 จัดทำแผนงานในคลินิกเลิกบุหรี่ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ควบคุมให้ทำงานตามระบบที่วางไว้ จัดหาวัสดุอุปกรณ์ภายในหน่วยงานและติดตามกิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินการให้สอดคล้องอย่างเหมาะสม

3.4.2 บริหารจัดการข้อมูล โดยจัดการระบบข้อมูลข่าวสารของหน่วยงาน และปรับปรุงพัฒนาระบบข้อมูลให้มีความทันสมัย

3.4.3 มีส่วนร่วมรณรงค์โรงพยาบาลปลอดบุหรี่ โดยร่วมประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ และเข้าร่วมจัดกิจกรรมการรณรงค์ให้โรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่

3.5 บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ให้ข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ เปิดโอกาสให้ซักถามก่อนลงชื่อยินยอมการรักษาให้โอกาสผู้ป่วยแสดงความเห็นและเข้าร่วมปรึกษากับทีมสุขภาพก่อนที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา จัดห้องให้คำปรึกษาให้มีความเป็นส่วนตัว ถามความสมัครใจของผู้ป่วยในกรณีที่ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรับคำปรึกษา และให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล โดยไม่เลือกปฏิบัติ

3.6 บทบาทผู้พัฒนางานและนวัตกรรมทางการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่

3.6.1 พัฒนาหน่วยงานให้บริการเลิกบุหรี่โดยมีส่วนร่วมในการพัฒนาหน่วยงาน พัฒนาเครือข่ายคลินิกเลิกบุหรี่ และพัฒนาระบบการจัดบริการช่วยเลิกบุหรี่

3.6.2 พัฒนาศักยภาพในคลินิกเลิกบุหรี่ได้แก่การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เกี่ยวกับคลินิกเลิกบุหรี่ และผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาการให้บริการ⁽²⁸⁾

บทสรุป

บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ชนิดใหม่ที่ได้รับการนิยมนอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน และได้รับความนิยมไปทั่วโลกเพราะเข้าถึงได้ง่าย การออกแบบรูปลักษณะ สี และกลิ่น เป็นสิ่งดึงดูดวัยรุ่นให้มีมุมมองที่ดีต่อสินค้า ถือเป็นภัยคุกคามของทุกประเทศทั่วโลก บุหรี่ไฟฟ้ามียุทธศาสตร์คล้ายกับยาสูบแต่ไม่มีการเผาไหม้เหมือนบุหรี่ทั่วไป ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่ คิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยกว่าบุหรี่ทั่วไป แต่จริงแล้วการใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีสารพิษไม่ต่างจากบุหรี่ทั่วไป ซึ่งบุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์เทียบเท่ากับบุหรี่ทั่วไป โดยพบว่า มีสารนิโคตินเหลวซึ่งมีความเข้มข้นมากกว่านิโคตินในบุหรี่มวนปกติถึง 6 เท่า เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายจะมีผลกระทบต่อร่างกายทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ทำให้เกิดอาการหลายด้านไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรบังคับใช้กฎหมายบุหรี่ไฟฟ้าอย่างจริงจัง และมีมาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเข้มงวด และควรสื่อสารข้อเท็จจริงถึงอันตรายจากบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อแก้ไขปัญหาคาใจที่ผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน และเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่จะต้องส่งเสริม ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ และลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

1. รณชัย คงสกนธ์. บุหรี่ไฟฟ้าผิดกฎหมาย ป่วยหนัก ตายจริง (บทบรรณาธิการ). วารสารก้าวหน้าวิจัยกับศจย. 2563; 12(1):4-6.
2. Gaiha SM, Cheng J, Halpern-Felsher B. Association between youth smoking, electronic cigarette use, and COVID-19. J Adolesc Health 2020; 67(4):519-23. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.07.002.
3. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารข้อเท็จจริง:โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชน ในประเทศไทย ปี 2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชินธิ์ กรุ๊ป; 2559.
4. ศรีรัช ลอยสมุทร. ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ในสื่อสังคมเครือข่าย และผลของการบังคับใช้กฎหมายผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2562; 5(1):13-29.

5. กิติพงษ์ เรือนเพชร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
6. Case K, Crook B, Lazard A, Mackert M. Formative research to identify perceptions of e-cigarettes in college students: Implications for future health communication campaigns. *J Am Coll Health* 2016;64(5):380-9. doi:10.1080/07448481.2016.1158180.
7. Cho JH, Shin E, Moon SS. Electronic-cigarette smoking experience among adolescents. *J Adolesc Health* 2011; 49(5):542-6. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.08.001.
8. Pepper JK, Reiter PL, McRee AL, Cameron LD, Gilkey MB, Brewer NT. Adolescent males' awareness of and willingness to try electronic cigarettes. *J Adolesc Health* 2013; 52(2):144-50. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.014.
9. Grana RA. Electronic cigarettes: a new nicotine gateway? *J Adolesc Health* 2013; 52(2):135-6. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.11.007.
10. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. กรมควบคุมโรค ยืนยันบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตรายต่อสุขภาพของวัยรุ่น มุ่งเป้าป้องกันนักสูบหน้าใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิ.ย. 20]. เข้าถึงได้จาก: <http://odpc7.ddc.moph.go.th/archives.php?no=1183&for=&group>
11. นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, ฉัตรสุน พฤตภิญโญ. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ:นโยบายและมาตรการการควบคุมเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2560.
12. สถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจ ศศินทร์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. โครงการศึกษาผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิ.ย. 24]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaitobacco.or.th/th/wp-content/uploads/2015/07/140305_ECIG-Report-Template_V28.pdf
13. นิธิพัฒน์ เจียรกุล. บุหรี่ไฟฟ้า มิตรแท้หรือศัตรูถาวร [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิ.ย. 24]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thoracicsocietythai.org/2018/06/24/e-cigarettes-friends-or-foe/>
14. Yamin CK, Bitton A, Bates DW. E-cigarettes: a rapidly growing Internet phenomenon. *Ann Intern Med*. 2010 Nov 2;153(9):607-9. doi: 10.7326/0003-4819-153-9-201011020-00011.
15. McKenna, L. A. Electronic Cigarette Fires and Explosions in the United States 2009-2016. [internet]. 2017 [cited 2021 Jun 8]. Available from: https://www.usfa.fema.gov/downloads/pdf/publications/electronic_cigarettes.pdf

16. นพรัตน์ รัตนวราภรณ์, ธนพร เบญจพะ, ชวนพิศ ตฤณานนท์. การตรวจสอบสารนิโคตินในของกลางบุหรี่ไฟฟ้า [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิ.ย. 24]. เข้าถึงได้จาก:
http://innovation.dmsc.moph.go.th/InnovationV1.6/ProfileProject.php?ROW_REF=397&PERSON_ID=405
17. จารุวรรณ เกษมทรัพย์. บุหรี่ไฟฟ้าในมิติของสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย กฎหมายและเศรษฐกิจในประเทศไทย. วารสารเกษมบัณฑิต 2561; 19(2): 92-107.
18. ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ, วศิน พิพัฒน์ฉัตร. ภัยร้าย ซ่อนเร้น บุหรี่ไฟฟ้า. กรุงเทพฯ: เจริญดี มั่นคงการพิมพ์; 2562.
19. ชนิกา เจริญจิตต์กุล, ขวัญภา ประเสริฐทรง. บุหรี่ไฟฟ้า: ภัยเงียบของวัยรุ่น. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(3): 149-54.
20. CBS News. Electronic cigarette explodes in man's mouth, causes serious injuries. [serial online]. 2012 [cited 2021 June 8]. Available from:
<https://www.cbsnews.com/news/electronic-cigarette-explodes-in-mans-mouth-causes-serious-injuries/>
21. มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. เมื่อโลกออนไลน์กลายเป็นตลาดขายบุหรี่ : ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิ.ย. 30]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.ashthailand.or.th/smartnews/post/detail/286>
22. อรรถกษณ์ พัฒนาประทีป. การขับเคลื่อนเชิงนโยบายการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิ.ย. 30]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.hfocus.org/content/2019/08/17567>
23. มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. กลยุทธ์การตลาดบุหรี่ ไล่ล่าวัยรุ่นเป็นฐานลูกค้าใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิ.ย. 30]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.ashthailand.or.th/smartnews/post/detail/508>
24. จิระวัฒน์ อยู่สบาย. เครือข่ายต้าน 'ยาสูบ' กระทรวงพาณิชย์คงมาตรการห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิ.ย. 30]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_1632910
25. ยชัญวินทร์ จรุงรัมย์, พัชรภรณ์ ไชยสังข์, ปัญญกรณ์ ยะเกษม, รัชพร ศรีเดช, อนุสรณ์ เน้นอุดร. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้ของวัยรุ่นต่ออันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า. วารสารพยาบาล 2564; 70(1): 52-60.
26. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สือตะวัน; 2561.
27. บุญชัย พิธิยกิจกำจร, นิรชร ชูดีพัฒนะ. แนวทางการป้องกัน และลด ละ เลิกบุหรี่ของเยาวชน จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561; 5(1): 108-23
28. เนติกาญจน์ เปาโสภา, อารีวรรณ อ่วมตานี. การศึกษาบทบาทพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่. วารสารพยาบาลตำรวจ 2562; 11(2): 316-25.

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของบุคลากรในโรงพยาบาล

สุทธิมาศ สุขอัมพร^{*,} วลัยนารี พรหมลา^{**}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของบุคลากรในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 27 คน เก็บข้อมูลเดือนเมษายน-มิถุนายน 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ 3) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามทั้งสองได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.98 และ 1.00 ตามลำดับ และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.86 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โปรแกรมพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประโยชน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนต่อไป

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการดูแลตนเอง; การป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

[†] ผู้แต่งหลัก สุทธิมาศ สุขอัมพร Email: ple240906@gmail.com

^{**} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

รับบทความ: 11 ก.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 15 ส.ค. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 15 ส.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 21 ก.ย. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.45>

Effectiveness of Program to Improve Self-Care Behaviors to Prevent Colon and Rectal Cancer of Hospital Personnel

Suthimard Sukumporn^{*a}, Walainaree Pommala^{**}

Abstract

The objectives of this quasi-experimental research were to determine effectiveness of program to improve self-care behaviors to prevent colon and rectal cancer. samples were 54 hospital personnel selected through purposive sampling and assigned to experimental and control group through random assignments. Data were collected between April and June 2021. Instruments included demographic data record form, program based on Health Belief Model, questionnaire regarding participants' health belief and self-care behaviors. Content validity of the instruments was tested and yield the score of 0.98 and 1.00 respectively. The reliability of both questionnaires was tested yielding Cronbach's alpha coefficients of 0.86 and 0.89, respectively. The data were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations. Comparisons between groups were analyzed using t-tests.

The results showed that 1) the average scores of self-care behavior for colon and rectal cancer prevention among the samples from the experimental group were significantly higher than before receiving the program at $p < 0.05$; and 2) the average scores of the self-care behavior for colon and rectal cancer prevention among the samples from the experimental group were significantly higher than those who received regular care at $p < 0.05$.

It can be concluded that the program that improved health beliefs among participants can be effective in improving cancer prevention behaviors.

Keywords: Health Belief Model; Self-care behaviors; Colon and rectal cancer prevention

* Registered Nurse, Professional Level, Nopparatjathane Hospital

^a Corresponding author: Suthimard Sukumporn Email: ple240906@gmail.com

^{**} Assistant Professor, Faculty of Nursing, Pathumthani University

Received: Jul. 11, 21; Revised: Aug. 15, 21; Accepted: Aug. 15, 2021; Published Online: Sep. 21, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.45>

บทนำ

โรคมะเร็งถือได้ว่าเป็นโรคที่สามารถเกิดได้ในทุกวัยหรือเนื้อเยื่อของร่างกาย เมื่อเซลล์ผิดปกติและมีการเจริญเติบโตจนร่างกายไม่สามารถควบคุมได้หรือแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น จนเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งมะเร็งเป็นปัญหาที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก และจากการรายงานของ International Agency for Research on Cancer ในปี ค.ศ. 2020 พบว่า มะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่สองของโลก โดยพบผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกประมาณ 18 ล้านคน และเสียชีวิตประมาณเกือบ 10 ล้านคน⁽¹⁾ จากสถิติทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 พบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบมากอันดับที่ 3 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด รองจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก โดยในเพศชายพบเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับและทางเดินน้ำดี ร้อยละ 17.6 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ส่วนเพศหญิง พบว่าเป็นอันดับที่ 3 รองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 9.5 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ซึ่งอายุที่พบส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-64 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.27 รองลงมาได้แก่ อายุ 55-59 ปี ร้อยละ 15.12 และอายุ 65-69 ร้อยละ 13.05 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีแนวโน้มในการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในคนที่อายุน้อยลง โดยพบในร้อยละ 4 มากที่สุด จำนวน 946 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.41 และไม่ทราบระยะ (Unknown stage) ร้อยละ 28.94⁽²⁾

โรคมะเร็งในลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงคือ วิธีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป อายุ การถ่ายทอดโรคทางพันธุกรรม และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ การรับประทานอาหารจำพวกเนื้อแดง เนื้อสัตว์แปรรูป และอาหารที่มีกากใยต่ำ ล้วนเพิ่มความเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ นอกจากนี้ โรคอื่นๆ สามารถเพิ่มความเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งมักจะเริ่มจากการเป็นเนื้องอก หรือเริ่มจากการเป็นติ่งเนื้อก่อน เมื่อเวลาผ่านไปอาจพัฒนาเป็นมะเร็ง การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย และความเครียด เป็นล้วนเป็นปัจจัยสนับสนุนการเกิดโรคมะเร็ง การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ด้วยการเฝ้าระวังและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ถูกต้อง การตรวจคัดกรองโรคมีประสิทธิภาพจะช่วยในการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้^(1,3) และหากมีการตรวจพบโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะเริ่มแรกและทำการรักษา พบอัตราการหายสูงถึงร้อยละ 70-80⁽⁴⁾ ดังนั้นผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ขึ้นไป ควรที่จะรับการตรวจคัดกรองปีละครั้ง หากพบความผิดปกติควรรับทำการรักษาในลำดับต่อไป⁽⁵⁾

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมักจะไม่มีอาการในระยะเริ่มแรกของโรค จะมีอาการก็ต่อเมื่อโรคลุกลามมากขึ้นจนถึงระยะสุดท้าย ส่งผลทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ซึ่งอาการของโรคที่พบบ่อย ได้แก่ การถ่ายอุจจาระผิดปกติ มีอาการท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง ถ่ายไม่สุด ถ่ายเป็นมูกหรือเป็นมูกปนเลือด หรืออาจถ่ายเป็นเลือดสด ขนาดลำอุจจาระเล็กลง และมีอาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด จุกเสียด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งที่สามารถตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาในระยะเริ่มแรกได้ ส่งผลให้การรักษาได้ผลดีและมีโอกาสหายจากโรคสูง ผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปควรรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระปีละครั้ง หากผิดปกติควรได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ กรณีพบติ่งเนื้อหรือความผิดปกติในลำไส้ใหญ่ แพทย์จะทำการตัดชิ้นเนื้อบริเวณดังกล่าวเพื่อวินิจฉัยต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า เพศ อายุ รายได้ เขตที่อยู่อาศัย ความรอบรู้ด้านทักษะในการสื่อสาร ความรอบรู้ด้านทักษะการตัดสินใจ และประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้^(6,7) มีการศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้ในการป้องกันโรคซึ่งการตรวจคัดกรองบุคคลกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่เริ่มต้น จะสามารถวางแผนการป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและลดการเกิดโรคได้⁽⁸⁾ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มประชากรที่สนใจ โดยนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock⁽⁹⁾ เข้ามาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรม โดยแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพนี้ กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยง หรือความรุนแรงของการเกิดโรค ส่งผลให้บุคคลมีความกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ และเริ่มรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรค ที่มีมากกว่าอุปสรรคที่มี ซึ่งปัจจัยทั้งหมดจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรค นอกจากนี้ บุคคลจะได้รับการกระตุ้นในการตัดสินใจเพื่อชักนำไปสู่การปฏิบัติ เช่น การได้รับคำแนะนำ หรือได้รับความรู้เป็นต้น จะช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยประยุกต์จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปสู่วางแผนจัดกิจกรรมโปรแกรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของบุคลากรในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยประยุกต์จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

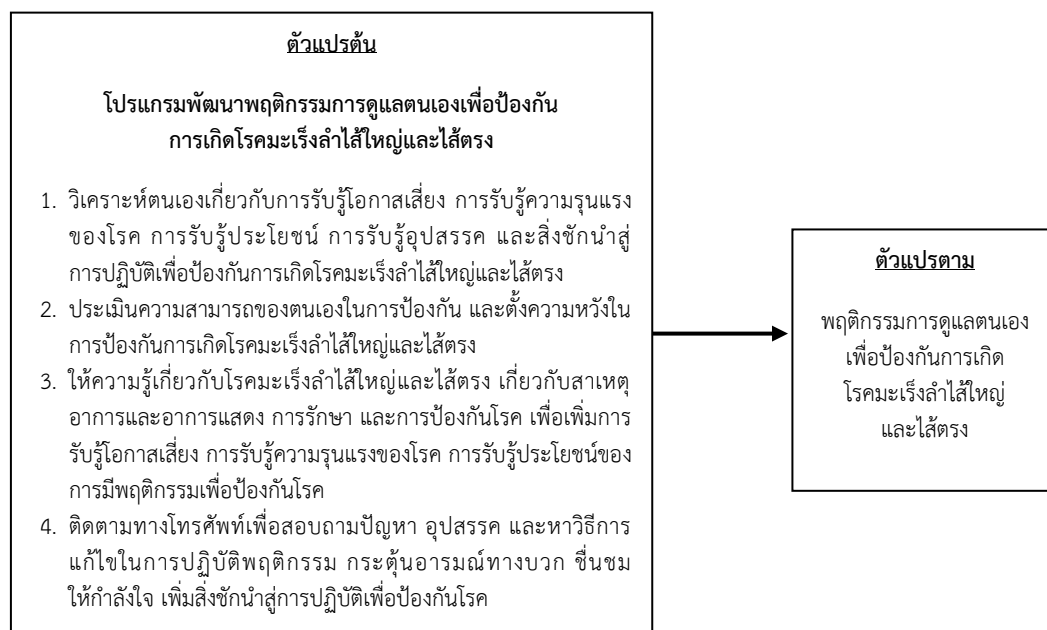
1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง

สมมุติฐานการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง
2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock⁽⁹⁾ มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น บุคคลจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะคุกคาม นอกจากนี้การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมหากมากกว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ก็จะส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นนอกจากนี้พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ยังขึ้นอยู่กับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป จำนวน 800 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (G*Power) โดยกำหนด Effect size เท่ากับ 0.7 จากการศึกษาก่อนหน้านี้⁽¹⁰⁾ ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 และค่า power เท่ากับ 0.80⁽¹¹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน รวมจำนวนทั้งหมด 54 คน และระบุเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. เพศชายหรือหญิงที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือไม่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมาก่อน
3. มีค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้และไส้ตรงระดับไม่ต่ำ-พอใช้ ($\leq 70\%$) โดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ของชลธิชา กาวโรธสง⁽⁶⁾

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) จากการศึกษาคือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมครบตามกำหนด จำนวน 6 ครั้งได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเมร็งเริงลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
ผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁽⁹⁾ โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ได้แก่

กิจกรรมที่ 1

- 1) ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคเมร็งเริงลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ตามการรับรู้ของตนเอง เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ ความรุนแรงของโรค และปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรคเมร็งเริงลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเมร็งเริงลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา และการป้องกันโรค เพื่อเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรค
- 3) ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคเมร็งเริงลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และให้กลุ่มตัวอย่างได้ตั้งความหวังในการป้องกันการเกิดโรคเมร็งเริงลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- 4) ผู้วิจัยกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคเมร็งเริงลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อเป็นการชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

กิจกรรมที่ 2

- 1) ทบทวนความหวังในการป้องกันการเกิดโรคเมร็งเริงลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แลกเปลี่ยนความคิดเห็น/ปัญหา/อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเมร็งเริงลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- 2) กระตุ้นอารมณ์ทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคเมร็งเริงลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 3 ถึงกิจกรรมที่ 5

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 3, 4 และ 5 ระยะเวลาครั้งละ 10-15 นาที โดยผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงการปฏิบัติตนที่ผ่านมา ปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ และร่วมหาวิธีการแก้ไข และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และพูดคุยให้กำลังใจให้เกิดการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 6

ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น สรุปปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไขในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเมร็งเริงลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁽⁹⁾ และการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ 0.98 และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86
3. แบบสอบถามพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ 1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่รับรองที่ 16/2554 ลงวันที่ 3 ธันวาคม 2563 ผู้วิจัยตระหนักถึงความเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมหรือปฏิเสธจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ระยะเวลาการทำแบบสอบถามประมาณไม่เกิน 30 นาที และความเสี่ยงใดบ้างที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลต่างๆ ที่ได้ในการวิจัยเป็นความลับ และข้อมูลที่ได้ในการวิจัยทุกอย่างจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจแล้วให้เซ็นยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรการการวิจัยอย่างเคร่งครัดเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยตลอดการดำเนินการวิจัย
2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามแบบแผนการดำเนินการทดลองตามรายละเอียดกิจกรรมโดยจัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดทั้งเพศ อายุ ระดับการศึกษา และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงก่อนการทดลอง (Pre-test) และดำเนินการตามโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพทั้งหมด 6 สัปดาห์ เกี่ยวกับประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

และไส้ตรง รวมถึงการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในแต่ละสัปดาห์และแนวทางแก้ไข จนถึงสัปดาห์ที่ 6 เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น สรุปปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไขและทำแบบสอบถามหลังการได้รับโปรแกรม (Post-test) และตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลหลังได้รับแบบสอบถามแล้ว ถ้าพบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์ ถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ก่อนการทดลอง (Pre-test) และให้ได้รับบริการตามปกติ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค และประเมินผลในสัปดาห์ที่ 6 (Post test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมจะผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง และใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา อาการท้องอืด การถ่ายเป็นมูกเลือด การรับประทานอาหาร โรคประจำตัว การตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง วิเคราะห์ด้วยความถี่ และร้อยละ
2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ก่อนและหลังกิจกรรมใช้สถิติ T-test for dependent samples
3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ T-test for independent samples

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-54 ปี (ร้อยละ 66.66) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.30) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 51.85) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 44.44) ไม่มีโรคประจำตัวของบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 50.00) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 88.88) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 77.78) รับประทานอาหารที่มีเส้นใยมาก (ร้อยละ 77.78) ไม่มีอาการท้องอืดหรือปวดท้องโดยไม่ทราบสาเหตุ (ร้อยละ 96.30) ไม่มีอาการขับถ่ายผิดปกติ ไม่มีถ่ายเป็นเลือดหรือมูกเลือด ไม่รับประทานเนื้อสัตว์และของมันเป็นประจำ และไม่มีเบื่ออาหารหรือน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ (ร้อยละ 81.48) ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (ร้อยละ 81.48) และตั้งใจที่จะไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (ร้อยละ 53.70)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

หลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ จาก 3.19 (SD=0.54) เป็น 3.63 (SD=0.50) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	$\bar{x}$	SD	t	df	p
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	3.19	0.54	4.26	26	0.00*
หลังการทดลอง	3.63	0.50			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	3.21	0.41	-0.25	26	0.65
หลังการทดลอง	3.07	0.39			

ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ไม่แตกต่างที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 (SD=0.50) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.07 (SD=0.39) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย T-test for Independent samples พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	$\bar{x}$	SD	t	df	P
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	3.19	0.54	-0.23	52	0.52
กลุ่มควบคุม	3.21	0.41			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	3.63	0.50	4.63	52	0.00*
กลุ่มควบคุม	3.07	0.39			

ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม自我ดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.05$ สอดคล้องกับสมมติฐาน ทั้งนี้เนื่องจากผลของโปรแกรมที่ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ มีส่วนช่วยให้บุคคลเกิดความรู้และสามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของ Glanz et al.⁽¹²⁾ ที่อธิบายว่าพฤติกรรม自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หรือการลดความรุนแรงจากโรคมะเร็งจะเกิดขึ้น หากบุคคลมีการรับรู้และตระหนักถึงความรุนแรงหรืออันตรายที่จะเกิดจากการเจ็บป่วยจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ และปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรม自我ดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง และสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock⁽⁹⁾ ในการตระหนักถึงความรุนแรงของโรคหากปรับพฤติกรรม自我ดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่ถูกต้อง ภายใต้อิทธิพลของการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติ ก็จะสามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้ นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐนนท์ คำพิริยะพงศ์ และศิริพันธ์ุ สาสัตย์⁽¹³⁾ ที่พบว่า พฤติกรรม自我ดูแลตนเองของบุคลากรที่มีโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล วงศ์วรวิทย์ และรชานนท์ ง่วนใจรัก⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีสมรรถนะด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัสซิกาหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ เนียมเกิด นาริรัตน์ จิตรมนตรี และสุพร ดนัยดุขฎิกล⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า พฤติกรรม自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังผ่านตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ มีพฤติกรรม自我ดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการให้ข้อมูลถึงประโยชน์ ความสำคัญในการป้องกันโรครวมถึงแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยจัดกิจกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคลจะมีประสิทธิภาพกว่าการให้ข้อมูลความรู้ทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี น้อยตั้ง ปัญญรัตน์ ลามวงศ์วัฒนา และณัฐกมล ชาญสาธิตพร⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมที่ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม自我ดูแลตนเองด้านมะเร็งเต้านมของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในเขตกรุงเทพมหานคร และพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม自我ดูแลตนเองด้านมะเร็งเต้านมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่มีใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ และสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้เป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา เกตุมะ ประนอม โอทกานนท์ จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ และจรรยาวัชร พันธชาติ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของภูรินทร์ สีกุด รุธิมา ศิริภรณ์ และ ชาลินี ปลัดพรหม⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนตำบลหนองระเวียง อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา และพบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงรวมถึงการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ และการรับรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้นและมีการเลือกวิธีปฏิบัติตนที่คิดว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ย่อมส่งผลให้การมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติ

1. ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการตรวจคัดกรอง และการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองแก่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
2. สามารถนำข้อมูลที่ได้พัฒนาเพื่อการวางแผนจัดกิจกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งชนิดอื่นโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นฐานในการพัฒนา

เอกสารอ้างอิง

1. Cancer [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 2021 [cited 2021 Aug 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2563.
3. National Cancer Institute. Colorectal cancer prevention (PDQ®)—Patient Version [Internet]. USA; 2021 [updated 2021 Jul 30; cited 2021 Aug 5]. Available from: <https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-prevention-pdq>

4. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. มะเร็งลำไส้ใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มปป [เข้าถึงเมื่อ: 2564 ส.ค. 5]. เข้าถึงได้จาก:
https://med.mahidol.ac.th/health_service/th/km/09feb2018-1836
5. กรมการแพทย์. กรมการแพทย์แนะวิธีเลี่ยง “มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง” [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2564 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=23143
6. ชลธิรา กาวไธสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนทั่วไปในจังหวัดราชบุรี. ราชบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏจอมบึง; 2562.
7. มนตรี นาพประยุทธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2564; 36(1):219-26.
8. Kang SJ, Lee TW, Paasche-Orlow MK, Kim GS, Won HK. Development and evaluation of the Korean Health Literacy Instrument. J Health Commun. 2014;19 Suppl 2:254-66. doi: 10.1080/10810730.2014.946113.
9. Skinner CS, Tiro J, Champion VL. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health Behavior: Theory, research, and practice. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.
10. Parsa P, Sharifi F, Shobeiri F, Karami M. Effects of Group Counseling Based on Health Belief Model on Cervical Cancer Screening Beliefs and Performance of Rural Women in Kaboudrahang, Iran. Asian Pac J Cancer Prev. 2017 Jun 25;18(6):1525-1530. doi: 10.22034/APJCP.2017.18.6.1525.
11. Burns N, Grove SK. The Practice of Nursing Research: Conduct, critique, & utilization. 5th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2004.
12. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health Behavior: Theory, research, and practice. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.
13. ณัฐนนท์ คำพิริยะพงศ์, ศิริพันธุ์ สาสัติย์. ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. วารสารแพทยนาวิ 2560; 44(3):67-83.
14. นฤมล วงศ์วัยรักษ์, รัชานนท์ ่วนใจรัก. ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2560. วารสารวิชาการ สคร. 9 2562; 25(3):24-33.
15. พชรรินทร์ เนียมเกิด, นารัตน์ จิตรมนตรี, สุพร ดนัยคุชฎีกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม.วารสารสภาการพยาบาล 2563; 35(4): 99-111.

16. สุปราณี น้อยตั้ง, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักเรียนหญิงมัธยมปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2561; 11(2):78-99.
17. วาสนา เกตุมะ, ประนอม โอทกานนท์, จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์, จิราวุธ พันธชาติ. ผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2552; 3(2):132-43.
18. ภูณรินทร์ สีกุด, รุติมา ศิริภาร์, ซาลินี ปลัดพรหม. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนตำบลหนองระเวียง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสืบเนื่องการประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 7, 2563; 12(1):1174-84.

Health Promoting Behaviors of COVID-19 Prevention among Village Health Volunteers at Uthai Thani Province, Thailand

Chunika Jamjumrus, MSc^{*a}

Abstract

This survey research aimed to study personal, predisposing, enabling, and reinforcing factors and health promoting behaviors of COVID-19 prevention among village health volunteers (VHVs). The sample size was determined using Krejcie and Morgan's formula yielding the samples of 510 participants. The PRECEDE model was used as the conceptual framework to analyze the determinants of health promoting behaviors for COVID-19 prevention. Data were collected using questionnaire developed by the researcher. The instrument was validated by 3 public health experts. The reliability of the instrument was tested yielding Cronbach's alpha coefficients of predisposing, enabling, and reinforcing-factor sections at 0.83, 0.81 and 0.83, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlations for relationships among studied variables.

Among the 510 samples responded, there were 362 females (70.98%) with 148 males (29.02%). Most of the samples aged between 31-40 years old (67.1%) and slightly over half were singles (50.1%). Correlation tests showed that monthly income ($p=0.015$) was significantly associated with health promoting behaviors of COVID-19 prevention while age ($p=0.486$) and work experience ($p=0.987$) had no significant relationship. The findings also indicated that independent variables including predisposing, enabling, and reinforcing factors were significantly associated with health promoting behaviors of COVID-19 prevention among VHVs with $p=0.001$, 0.000 , and 0.000 , respectively.

The findings from this study supported the importance to promote participations in disease prevention among VHVs. It was also suggested that notification and information sharing systems are essential especially during the COVID-19 pandemic and that the systems will allow people working in this field gain knowledge and promote health promoting behaviors of COVID-19 prevention effectively.

Keywords: Health promoting behaviors; COVID-19; Village health volunteers

^{*} Instructor, Department of Community Health, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University

^a Corresponding author: Chunika Jamjumrus Email: j.chunika@gmail.com

Received: Jul. 14, 21; Revised: Aug. 15, 21; Accepted: Aug. 15, 2021; Published Online: Sep. 22, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.46>

Introduction

Coronavirus disease 2019 or COVID-19 is currently spreading worldwide with continuously increasing number of patients around the world, including Thailand.⁽¹⁾ World Health Organization (WHO)⁽²⁾ declared COVID-19 an epidemic on March 11, 2020 with 731,453 cases and 34,660 deaths globally.⁽³⁾ Infection is caused by exposures to secretions and droplets that contain the virus. The incubation period of the disease ranges from 2-14 days. The virus predominantly attacks the patients' respiratory system resulting symptoms such as fever, restlessness, coughing, sore throat, breathless including symptoms in other system such as diarrhea. More severe cases are due to the development of pneumonia and most COVID-19 deaths are due to the infections affect both lungs causing respiratory failure.⁽⁴⁾

The prevention and control of COVID-19^(5,6) is effective through health promoting behaviors such as hand washing with water and soap, mask wearing especially in public and high-risk areas. Mask wearing technique can be done by first wearing a layer of surgical mask and then wearing cloth mask without gaps around the mask to avoid outside secretions and not touching the outer parts of the mask. Additional measures include using alcohol-based hand sanitizer when hand washing is not possible, covering your mouth and nose while coughing or sneezing, avoiding contact with infected persons, eating cooked hot food, avoiding crowded places, wearing protective equipment in case of close contacts, and not sharing personal items with others.⁽⁶⁾

Village health volunteers (VHVs) is the forefront personnel in the prevention and control of COVID-19 pandemic. VHVs are community residents assigned as an intermediary between health professionals and community residents. They are trained by the Ministry of Public Health's curriculum and their responsibilities include no fewer than 10 households per one VHV. Many roles that VHVs take during the pandemic include gathering data regarding community residents returning from high-risk locations, providing health information, providing medical assistants according to the Ministry's guidelines, distributing protective equipment, coordinating activities such as health promotion events, assisting with the home quarantine for high risk or suspected cases, etc.⁽⁷⁾

Uthai Thani is a province in the central Thailand. The province experiences increasing COVID-19 cases due to incoming patients from other places since the outbreak of Covid-19.⁽⁸⁾ Therefore, VHV's have played a key role in prevention and control of the COVID-19. These responsibilities put them in high risk during this outbreak. Therefore, it is necessary for them to have appropriate health promoting and disease prevention to maintain good health and can provide services to their community until the end of the

pandemic. With rationales provided previously, it is important to examine health promoting behaviors of COVID-19 prevention among Village Health Volunteers in this study.

This study aimed at surveying the determinants of health promoting behaviors of COVID-19 prevention using the PRECEDE model developed by Green and Kreuter⁽⁹⁻¹⁰⁾ as a conceptual framework. The PRECEDE model is comprised of predisposing, enabling, and reinforcing factors related to behaviors.⁽⁹⁾ Perceived operational risk opportunities, perceived disease severity, and perceived of organization were selected as the predisposing factors. Well-being environment and access to basic consumer needs variables were selected as the enabling factors. Lastly, perceived COVID-19 information and the government/private sector emphasize on COVID-19 prevention variables were selected as the reinforcing factors. The study's conceptual framework is shown in Figure 1.

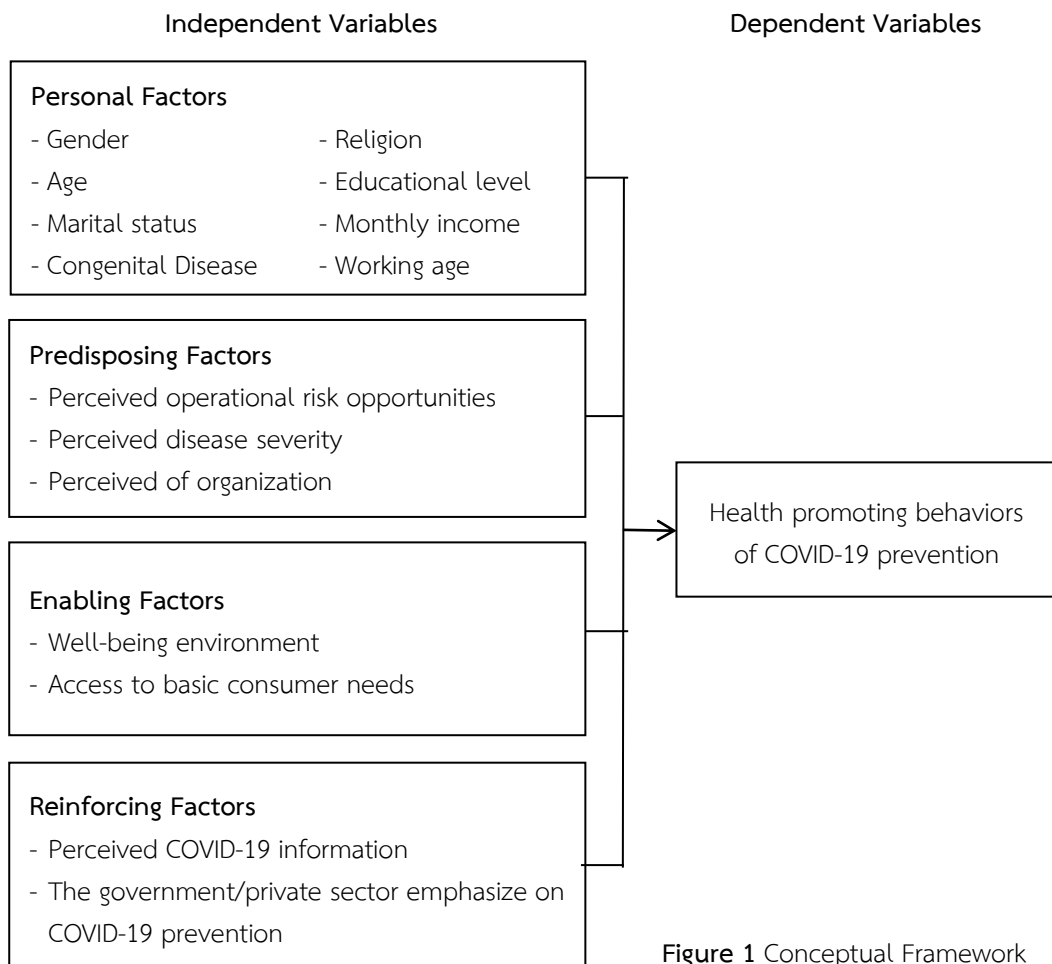


Figure 1 Conceptual Framework

Research Objective

To study factors related with health promoting behaviors of COVID-19 prevention in village health volunteers.

Research Hypotheses

1. Personal factors are related with health promoting behaviors of COVID-19 prevention in village health volunteers.
2. Predisposing factors are related with health promoting behaviors of COVID-19 prevention in village health volunteers.
3. Enabling factors are related with health promoting behaviors of COVID-19 prevention in village health volunteers.
4. Reinforcing factors are related with health promoting behaviors of COVID-19 prevention in village health volunteers.

Methods

This cross-sectional survey research studied personal factors, predisposing factors (perceived operational risk opportunities, perceived disease severity and perceived of organization), enabling factors (well-being environment, access disease prevention equipment and activities to promote disease prevention), reinforcing factors (perceived COVID-19 information and government/private sector emphasize on COVID-19 prevention) and health promoting behaviors of COVID-19 prevention in village health volunteers (VHVs).

Population and samples

Population of this study included 6,857 VHVs in Uthai Thani province who were registered in Department of Health Service Support's database.⁽⁸⁾ Sample size was determined using Krejcie and Morgan formula⁽¹¹⁾ yielding the minimum number of 364 samples. Due to data collecting during COVID-19 situation, the researchers collected the data using questionnaire through the Google Forms. Due to the possibility of incomplete questionnaires, the researchers increased the samples by 50 percent (182 additional samples), resulting the total 546 samples in this study. The samples were randomly selected from the population. At the end of the data collection process, there were 36 incomplete questionnaires, providing the final sample size of this study at 510 samples.

Research Instrument

Instrument used in this study was the questionnaire developed from conceptual framework by the researcher based on PRECEDE Model.⁽⁹⁾ The questionnaire was consisted of 5 sections as follows:

Section 1 Personal factors with 8 closed-ended questions asking the following: gender, age, marital status, education level, religion, average monthly income, and existing medical conditions

Section 2 Predisposing factors containing 3 parts:

- Part 1 Perceived operational risk opportunities of COVID-19 (10 items)
- Part 2 Perceived disease severity of COVID-19 for (10 items)
- Part 3 Perceived of organization to control operation of COVID-19 (10 items)

Section 3 Enabling factors containing 2 parts:

- Part 1 Wellbeing environments (5 items)
- Part 2 Access to basic consumer needs (5 items)

Section 4 Reinforcing factors containing 2 parts:

- Part 1 Perceived COVID-19 information for 5 items
- Part 2 Government/private sector emphasis on COVID-19 prevention (5 items)

Responses for sections 2 to 4 used a rating scale adopted from Likert's scale⁽¹²⁾ with 5-level responses ranging from strongly agree, agree, uncertain, disagree and strongly disagree (choosing only 1 answer). Scoring for questions with positive and negative messages is shown as follows:

	Positive message	Negative message
Strongly agree	5	1
Agree	4	2
Uncertain	3	3
Disagree	2	4
Strongly disagree	1	5

Section 5 Health promoting behaviors of COVID-19 prevention (10 items)

This section measured frequency of behaviors practiced in different 5 levels: most practice, high practice, moderate practice, low practice, and lowest practice (choosing only 1 answer). Scoring for questions with positive and negative messages is shown as follows:

	Positive message	Negative message
Most practice	5	1
High practice	4	2
Moderate practice	3	3
Low practice	2	4
Lowest practice	1	5

Results from each part in sections 2-5 can be interpreted in 3 levels: high, medium, and low. Each level was determined using the highest possible score (5 points) minus the lowest possible score (1 point), then divided by the desired measurement level according to Best's concepts.⁽¹³⁾ The criteria for scoring were divided into three levels: scores ranging from 3.67-5.00 were considered high level, while scores ranging from 2.34-3.66 were considered medium level, and 1.00-2.33 considered low level.

Research Instrument Quality Measures

Quality of the questionnaire was controlled through validity and reliability of research instrument. Content validity was checked through a panel of 3 experts and assessed for relevant contents, wording, format and completeness of instruction. Responses from the experts were provided in terms of Index of item objective congruence (IOC) with scoring criteria⁽¹⁴⁾ as follows: Congruent = +1, Questionable = 0, and Incongruent = -1. Items with IOC of 0.75 or above were selected for the questionnaire.

Reliability of the questionnaire was then tested a group of 30 persons with similar characteristics to the intended samples. The results showed the Cronbach's alpha coefficient of 0.82 and was considered reliable.

Data Analysis

The data analysis was performed using computer statistical software packages. Descriptive statistics to describe nature of the data obtained from the samples included frequencies, maximums, minimums, percentages, means, and standard deviations. Inferential statistics used to analyze relationships between factors in this study was done using Pearson's product moment correlation coefficients.

Protection of Human Research Participants

The researcher projected was reviewed and approved by the Human Research Ethics Committee of Ramkhamhaeng University (approval number xd-0181/62). After approval, representatives of VHV in each area were contacted and online questionnaire was collected through links to the questionnaire's Google Forms sent via Line Group application. All samples were informed to voluntarily answer the questions with all the rights to stop answering at any time without any consequences to the respondents. Upon receiving the responses, the researchers checked for the completeness of the returned questionnaires. The data collection was concluded after receiving 546 completed questionnaires yielding the response rate of 93.41 percent.

Results

Demographic Characteristics

Results on the demographic characteristics of the total 510 VHV participants in this study showed that the average age of the participants was 38.0 years ($SD=9.06$), and more than half of them were female (71.0%). Slightly over half (50.1%) of the participants were single; about two-third (67.3%) had bachelor's degrees and the vast majority (99.2%) were Buddhism. In terms of monthly income, most of the participants (89.4%) earned 10,000-30,000 Baht/month. Most of the VHV participants did not have existing medical condition (80.0%). Work experiences of the participants ranged from 11-20 years (43.33%), followed by 1-10 years (37.26%), and over 31 years (6.08%); with an average work experience of 13.0 years ($SD=6.53$). The minimum and maximum work experiences are 1 and 35 years respectively. Results were shown in Table 1.

Table 1 Demographic characteristics of the respondents (n=510)

Characteristics	n	%
Gender		
Male	148	29.00
Female	362	71.00
Age		
31-40	342	67.10
41-50	45	8.90
51-60	68	13.30
60 and over	20	10.70
Min = 20, Max = 65, Mean (SD) = 38.0 (9.06)		
Marital status		
Single	257	50.10
Married	252	49.40
Divorced	1	0.20
Education		
Bachelor degree	343	67.30
Over bachelor degree	35	6.90
Vocational certificate/ High vocational certificate	132	6.27

Table 1 (cont.) Demographic characteristics of the respondents (n=510)

Characteristics	n	%
Religion		
Buddhism	506	99.20
Christian	1	0.20
Islam	3	0.60
Monthly income (Baht)		
10,000 – 30,000	456	89.40
30,001 – 50,000	40	7.84
50,001 – 70,000	14	2.76
Existing medical condition		
Yes	102	20.00
No	408	80.00
Work experiences (Year)		
1-10	190	37.26
11-20	221	43.33
21-30	68	13.33
Over 30	31	6.08

Predisposing Factors of COVID-19 Prevention

Predisposing factors of COVID-19 prevention were consisted of 3 parts: perceived operational risk opportunities of COVID-19, perceived disease severity of COVID-19, and perceived of organization to control operation of COVID-19. The results showed that almost all participants reported having a high level of predisposing factors (97.6%) with the rest (2.40%) being at a moderate level. The average score of the predisposing factors was 4.41 (SD=1.33) with the minimum score was 2.95 and the maximum was 5.00. Results were shown in Table 2.

Table 2 Level of predisposing factors of COVID-19 prevention (n=510)

Level	n	%
High level (3.67-5.00)	498	97.60
Moderate level (2.34-3.66)	12	2.40
Low level (1.00-2.33)	0	0.00
Total	510	100.00

$\bar{X}$ = 4.41, SD=1.33, Min=2.95, Max=5.00

Enabling Factors of COVID-19 Prevention

Enabling factors of COVID-19 prevention were consisted of 2 parts: well-being environment and access to basic consumer needs. The results showed that most of the participants reported having the enabling factors at a high level (94.7%), with the rest being in a moderate level (5.3%). The average score of the enabling factors was 4.75 (SD=0.59) with the minimum score was 2.80 and the maximum was 5.00. Results of these factors were shown in Table 3.

Table 3 Level of enabling factors of COVID-19 prevention (n=510)

Level	n	%
High level (3.67-5.00)	483	97.70
Moderate level (2.34-3.66)	27	5.30
Low level (1.00-2.33)	0	0
Total	510	100

$\bar{X}$ = 4.24, SD=0.59, Min=2.80, Max=5.00

Reinforcing Factors of COVID-19 Prevention

Reinforcing factors of COVID-19 prevention were consisted of 2 parts: perceived COVID-19 information and the government/private sector emphasize on COVID-19 prevention. The results showed that the majority of the participants reported having the reinforcing factors at a high level (70.4%), with the rest being in a moderate level (29.6%). The average score of the enabling factors was 4.12 (SD=0.49) with the minimum score was 2.41 and the maximum was 5.00. Results of these factors were shown in Table 4.

Table 4 Level of reinforcing factors of COVID-19 prevention (n=510)

Level	n	%
High level (3.67-5.00)	359	70.40
Moderate level (2.34-3.66)	151	29.60
Low level (1.00-2.33)	0	0
Total	510	100

$\bar{X}$ = 4.12, SD=0.49, Min=2.41, Max=5.00

Health Promoting Behaviors of COVID-19 Prevention

The results showed that health promoting behaviors of COVID-19 prevention among VHVs were at a high level (477 persons, 93.53%) with the rest being in a moderate level (33 persons, 6.47%). The average score of the health promoting behaviors of COVID-19 prevention was 4.39 (SD=0.45) with the minimum score was 2.67 and the maximum was 5.00. Results of these factors were shown in Table 5.

Table 5 Health promoting behaviors of COVID-19 prevention (n=510)

Level	n	%
High level (3.67-5.00)	477	93.53
Moderate level (2.34-3.66)	33	6.47
Low level (1.00-2.33)	0	0
Total	510	100

$\bar{X}$ = 4.39, SD=0.45, Min=2.67, Max=5.00

Relationships between Factors and Health Promoting Behaviors of COVID-19 Prevention

It was found from the study that age and work experiences were not significantly related with health promoting behaviors of COVID-19 prevention ($r=0.033$, $p=0.486$ and $r=-0.001$, $p=0.987$, respectively). Monthly income was significantly related with health promoting behaviors of COVID-19 prevention ($r=0.119$, $p=0.015$).

The predisposing factors of COVID-19 prevention, including perceived operational risk opportunities of COVID-19, perceived disease severity of COVID-19 and perceived of organization to control operation of COVID-19, were significantly related with health promoting behaviors of COVID-19 prevention ($r=0.170$, $p=0.001$).

The enabling factors of COVID-19 prevention, including well-being environment and access to basic consumer needs, were significantly related with health promoting behaviors of COVID-19 prevention ($r=0.194$, $p=0.000$).

The reinforcing factors, including perceived COVID-19 information and the government/private sector emphasize on COVID-19 prevention, were significantly related with health promoting behaviors of COVID-19 ($r=0.250$, $p\text{-value}=0.000$). Results were shown in Table 6.

Table 6 The relationship between personal factors, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors and health promoting behaviors of COVID-19 prevention (n=510)

Factor	Health Promoting Behaviors of COVID-19 prevention	
	r	p-value
Personal Factors		
Age	0.033	0.486
Monthly income	0.119	0.015*
Work Experience	-0.001	0.987
Predisposing Factors	0.170	0.001*
Enabling Factors	0.194	0.000*
Reinforcing Factors	0.250	0.000*

*significant at p=0.05

Discussions

The findings of this show that VHV who were the respondents aged between 31 and 40 years old, along with quite high educational level and high monthly incomes when comparing with minimum wages in Thailand.

Predisposing factors of COVID-19 prevention including perceived operational risk opportunities of COVID-19 found at a high level showed that VHV have been following information and preventive measures about COVID-19 due to high-risk perceptions of the pandemic situations. VHV have been working daily in health promotion, disease screenings, distributing protective equipment such as surgical and cloth masks and face shields. Being close to the situations certainly help build awareness and concerns regarding the situations as well as importance of prevention measures. Additionally, the results showing a significant relationship between predisposing factors and health promoting behaviors of COVID-19 prevention showed the level of importance VHV have in providing health care services such as health promotion, health prevention, treatment, etc. These actions definitely led them to gain high perceptions about health promoting behaviors of COVID-19 prevention. The findings was consistent with a previous study by Niumnoi et al.⁽¹⁵⁾ which found that workers in the factor lines would wear personal protective equipment to prevent them from exposures to hazardous substances.

Enabling factors of COVID-19 prevention being at a high level among VHV showed that the group had high potential of enabling factors such as good sanitary residence, clean drinking water for consumption, good living environments together with nutritious food. The

enabling factors being significantly related with health promoting behaviors of COVID-19 prevention also showed that the environmental supports VHVs had during COVID-19 pandemic were sufficient and in-turn helped supporting their preventive behaviors. However, it was also a report of some difficulties in acquiring protective equipment such as surgical masks and alcohol gel during the shortage. The shortage and increased in prices of protective equipment requires the government actions to make the protective equipment available for effective control of the disease.

The participants' reinforcing factors of COVID-19 prevention were also at a high level. It was found that the participants received most information from Internet and television, thus the most effective channel to distribute information regarding the situations and prevention measures as prescribed by the government. The reinforcing factors were also significantly related with health promoting behaviors of COVID-19 prevention and it showed that thorough perception regarding COVID-19 among the participants.

The participants' health promoting behaviors of COVID-19 prevention being at high level showed that VHVs not only were able to appropriately practice the preventive measures at the personal level, but also could provide instructions to their villagers whom they were responsible of. It was also found that some preventive measures such as using medium spoons while always eating and wearing surgical or cloth masks whether being inside or outside their house were regularly practiced while touching their eyes, nose and mouth was often done due to their old habits. Therefore, personal measures should be highlighted and informed regularly in the media campaigns.

Recommendations

Recommendations on applications of the research findings

1. According to the research findings from this study, program to promote predisposing, enabling, and reinforcing factors should be developed to help targeted participants to improve health promoting behaviors of COVID-19 prevention. Other factors such as selected personal factors should also be considered including in the program to provide even more effective results.
2. VHVs should get support to participate in any time to improve their knowledge and skills. Notification and information sharing system to increase health promoting of COVID-19 prevention should be promoted.
3. Public health organizations should provide co-learning space to educate the prevention of infectious disease in the future especially for persons working in health-

related field and those working at the front line who have close contacts to the patients or high-risk groups.

Recommendations for future research

1. Future study should be extended to other sample groups and use the results from this study to plan for infected disease prevention appropriately according to the target group.
2. Further in-depth study about methods of COVID-19 prevention which methods or strategies are suitable for workers should be done.

References

1. Cuffe R. Coronavirus death rate: What are the chances of dying? [Internet]. London, England: BBC NEWS; 2020 [cited 2019 Nov 19]. Available from: <https://www.bbc.com/news/health-51674743>
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019 [cited 2019 Nov 19]. Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
3. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 71 [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Apr 7]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331684>
4. Department of Health Service Support. prevention and control during the coronavirus (COVID-19) [Internet]. Nonthaburi, Thailand: Department of Health Service Support; 2020 [cited 2020 Jan 2]. Available from: https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=3371
5. Ministry of Public Health. Guideline on public health practice for control the outbreak of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 2]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other02.pdf .
6. Centers for Disease Control and Prevention. When and how to wash your hands [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 2]. Available from: <https://www.cdc.gov/handwashing/when-how-handwashing.html>
7. Department of Health Service Support. prevention and control during the coronavirus (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 2]. Available from: <https://hss.moph.go.th/index2.php>
8. Uthaitani District Health Office. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 2]. Available from: <http://uthaihealth.moph.go.th/uthaihealth/ssjcovidbymonth.php?m=03&y=2020>

9. Pornpat P, Varnish R, Payaowadee A, Barameht P. Factors Associated with Preventive Behaviors towards Coronavirus Disease (COVID-19) among Adults in Kalasin Province, Thailand, 2020; Outbreak, Surveillance, Investigation & Response (OSIR) Journal 2020, 13(3):78-89.
10. Green L, Kreuter M. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. 4th ed. New York, NY: McGraw-Hill;2005.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3): 607-10.
12. Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes. Archives of Psychology 1932; 140:1-55.
13. Best JW, Kahn JV. Research in Education. 10th ed. New York, NY: Pearson; 2005.
14. Boonmee P. Basic Research Methodology. Bangkok: Ramkhamhaeng University Publishing; 2554.
15. Niumnoi J, Damrongsak M, Thongbai W. Predictive factors in the use of personal protective equipment for workers in the automotive parts industries in Samutprakan province. Nursing Journal 2013;40(3):30-9.

บทความวิชาการ

วิธีการรักษาผู้ป่วยภาวะวัยหมดประจำเดือนในมุมมองของแพทย์แผนจีน

ศิริพร พจน์พานิชพงศ์^{*,} ศญาดา ด้านไทยวัฒนา^{*}, ณัฐริดา สิริโยธิน^{**}

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษางานวิจัยในฐานข้อมูลของสาธารณสุขประชาชนจีน เกี่ยวกับหัตถการทางการแพทย์แผนจีนในการรักษาอาการของภาวะวัยหมดประจำเดือน เพื่อเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการรักษาอาการภาวะวัยหมดประจำเดือน นอกเหนือจากการใช้ฮอร์โมนรักษา ซึ่งจะสามารถช่วยลดการเกิดผลข้างเคียงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ในผู้ที่ใช้ฮอร์โมนทดแทนในปริมาณที่สูง หรือใช้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จากการศึกษางานวิจัยในสาธารณสุขประชาชนจีน หัตถการหลักที่ใช้การรักษาอาการภาวะวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ การฝังเข็ม (ตามจุดฝังเข็มบนเส้นลมปราณ) การฝังเข็มหู การกดขา และยาสมุนไพรจีน ซึ่งหัตถการที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือ การฝังเข็มร่วมกับสมุนไพรจีน เนื่องจากเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพดีที่สุด สามารถปรับสมดุลฮอร์โมนภายในร่างกายและระบบการทำงานของอวัยวะในต่างๆ ทั้งยังช่วยขับเคลื่อนซี่ กระตุ้นการไหลเวียนเลือด เสริมสร้างสารสำคัญและเลือด เพิ่มพลังของไตหยินและไตหยาง ปรับสมดุลการไหลเวียนของเส้นลมปราณขงและเร็น ทำให้หยินและหยางภายในร่างกายเกิดความสมดุล จึงสามารถลดอาการของภาวะวัยหมดประจำเดือนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลข้างเคียงน้อย และจากการศึกษาพบว่า ศาสตร์การแพทย์แผนจีนยังแบ่งภาวะวัยหมดประจำเดือนออกเป็นหลายกลุ่มอาการ ดังนั้น จึงควรศึกษาเพิ่มเติมถึงจุดฝังเข็มที่ใช้บ่อย แนวทางการเลือกใช้จุดฝังเข็มร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร ตลอดจนขั้นตอนของหัตถการที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มอาการ เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา

คำสำคัญ: ภาวะวัยหมดประจำเดือน; วัยทอง; การฝังเข็ม; การฝังเข็มหู; กดขา; สมุนไพรจีน

^{*} อาจารย์ประจำหลักสูตรการแพทย์แผนจีน คณะการแพทย์แผนจีน วิทยาลัยนครราชสีมา

^๑ ผู้เขียนหลัก ศิริพร พจน์พานิชพงศ์ Email: siriporn_tcm@nmc.ac.th

^{**} อาจารย์ประจำหลักสูตรการแพทย์แผนจีน วิทยาลัยการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต

รับบทความ: 8 ก.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 25 ส.ค. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 25 ส.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 26 ก.ย. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.47>

Review Article

Treatments of Perimenopausal Syndrome from Traditional Chinese Medicine Point of View

Siriporn Pojpanichphong^{*a}, Sayada Danthaiwattna^{*}, Nuttida Siriyothin^{**}

Abstract

The purpose of this article is to examine research in China database on Traditional Chinese Medicine procedures as an alternative treatment for menopausal symptoms. In addition to the use of hormone therapy, Traditional Chinese Medicine can help to reduce the occurrence of side effects and the risk of various diseases in people who use high doses of hormone replacement therapy. According to a research study in China, the main procedures used to treat menopausal symptoms are including acupuncture (acupuncture points on the meridian), ear acupuncture, Gua Sha and Chinese herbal medicine. The most popular procedure is acupuncture combined with Chinese herbs. This is the most effective treatment that can balance the hormones and the function of the internal organs, smooth the Qi, stimulate blood circulation, balance the flow of meridians, and increases the vitality of kidney yin and kidney yang. It balances the yin and yang within the body, thereby reducing the symptoms of menopause effectively with less side effects. Studies have shown that Traditional Chinese Medicine has divided menopause into several groups. Therefore, it is necessary to study more about the frequently used acupuncture points, the guidelines for choosing acupuncture points in combination with the use of herbal medicines, as well as the procedures of the procedure that are suitable for each syndrome group in order to achieve the most effective treatment.

Keywords: Perimenopausal syndrome; Perimenopausal; Acupuncture; Ear acupuncture; Gua Sha; Chinese herbs

^{*} Instructor of Traditional Chinese Medicine, Faculty of Traditional Chinese Medicine, Nakhon Ratchasima College

^a Corresponding author: Siriporn Pojpanichphong Email: siriporn_tcm@nmc.ac.th

^{**} Instructor of Traditional Chinese Medicine, College of Oriental Medicine, Rangsit University

Received: Jul 8, 21; Revised: Aug. 25, 21; Accepted: Aug. 25, 2021; Published Online: Sep. 26, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.47>

บทนำ

ภาวะวัยหมดประจำเดือนหรือวัยทอง เป็นโรคที่พบบ่อยและมักเกิดขึ้นในสตรีก่อนและหลังวัยหมดประจำเดือน เนื่องจากการทำงานของรังไข่ลดลง เกิดจากความผันผวนของฮอร์โมนเพศ จึงปรากฏอาการทางร่างกายและจิตใจ เช่นประจำเดือนมาผิดปกติ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออก ใจสั่น นอนไม่หลับ วิงเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย หงุดหงิด ร้องไห้ วิตกกังวล สมาธิลดลง⁽¹⁾ มักเกิดขึ้นในสตรี อายุระหว่าง 40 ถึง 50 ปี โดยอาการที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน คุณภาพการใช้ชีวิตประจำวันและครอบครัว ในปัจจุบันความชุกของภาวะวัยหมดประจำเดือนในสตรีวัยกลางคนและวัยสูงอายุมีประมาณ 70% ถึง 90%⁽²⁾ การรักษาโรคนี้ แพทย์แผนปัจจุบันส่วนใหญ่ใช้ฮอร์โมนทดแทนในการบำบัดรักษา แม้ว่าเป็นการใช้ฮอร์โมนทดแทนในระยะสั้น แต่ก็สามารถเกิดผลข้างเคียงและความเสี่ยงขึ้นได้ เช่น เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด น้ำหนักเพิ่มขึ้น และปวดคัดตึงเต้านม แต่หากใช้ระยะยาวจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก มะเร็งเต้านม โรคหลอดเลือดหัวใจ⁽³⁾ ทางเลือกในการรักษา ซึ่งอาจได้ผลหรือให้ผลดีต่อผู้รับบริการการรักษา ด้วยวิธีฝังเข็มและยาสมุนไพรจีนเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และผลข้างเคียงต่ำ การรักษาวิธีนี้จึงถูกนำมาใช้รักษาภาวะวัยหมดประจำเดือนมากขึ้น ทำให้มีการศึกษาเชิงทดลองทางคลินิกกันอย่างแพร่หลาย มีความก้าวหน้าในการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อใช้ในการรักษายิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาข้อมูลงานวิจัย (Documentary research) จากเว็บไซต์ China National Knowledge Infrastructure (CNKI) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่รวบรวมข้อมูลความรู้ด้านการศึกษาทั้งหมดของสาธารณรัฐประชาชนจีน โดยระบุคำค้นหาภาวะวัยหมดประจำเดือน หรือวัยทอง (围绝经期综合征, 更年期) คัดเลือกบทความที่ทำการศึกษาระหว่างปี ค.ศ. 2014–2021 ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยเพศหญิงจำนวน 30 รายขึ้นไป อายุระหว่าง 40 - 60 ปี ไม่มีเนื้องอกหรือมะเร็ง ไม่มีการติดเชื้อ การทำงานของตับกับไตผิดปกติ และการใช้ฮอร์โมนทดแทนในระยะยาวร่วมด้วย ศึกษาโดยใช้วิธีฝังเข็ม การฝังเข็มหู และยาสมุนไพรจีนในการรักษา โดยอ้างอิงเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์แผนจีนที่เผยแพร่โดย China Medical Science and Technology 《แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคทางนรีเวชที่พบบ่อยในการแพทย์แผนจีน 中医妇科常见病诊疗指南》⁽⁴⁾ และ 《การแพทย์แผนจีนนรีเวชวิทยา 中医妇科学》 เป็นหลัก โดยบทความทั้งหมดเป็นวิทยานิพนธ์และบทความวิจัยในวารสารแพทย์จีนที่ได้รับการรับรองคุณภาพ จากนั้นจึงนำบทความที่ได้มาสรุปผลการรักษาและแปลภาษาต่อไป

อาการแสดงทางคลินิก

ภาวะวัยหมดประจำเดือนหรือวัยทอง หมายถึง สตรีในช่วงวัยหมดประจำเดือนเนื่องจากสรีรวิทยาทางพยาธิวิทยาเกิดจากวัยหมดประจำเดือน หรือวัยหมดประจำเดือนเทียม ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงานของรังไข่ และไฮโปทาลามัส – การทำงานของต่อมใต้สมองลดลงทำให้ระดับฮอร์โมนเพศผันผวน ปรากฏเป็นอาการทางคลินิกเช่น การเปลี่ยนแปลงของประจำเดือน การฝ่อของอวัยวะเพศ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออก อารมณ์ไม่มั่นคง ความดันโลหิตผันผวนได้ง่ายเกิดจากการทำงานของระบบประสาททำงานผิดปกติเป็นหลัก ควบคู่กับมีกลุ่มอาการทางระบบประสาท

กลไกและสาเหตุการเกิดโรคตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน⁽⁵⁾

ตามศาสตร์การแพทย์แผนจีนได้อธิบายว่า กลไกการเกิดอาการในภาวะวัยหมดประจำเดือนมาจากไตพร่องเป็นหลัก (ซึ่งหมายรวมถึง ไตหยินพร่อง ไตหยางพร่อง ไตหยินและไตหยางพร่องร่วมกัน) ไตเป็นอวัยวะหลักที่กักเก็บสารจำเป็นที่เรียกว่าจิง (精) ซึ่งเป็นพื้นฐานของชีวิต แหล่งกำเนิดของจิงคือชี่ (气 ลมปราณ) จึงเป็นสารประกอบชนิดหนึ่งที่สำคัญต่อร่างกาย มีบทบาทในการควบคุมการเจริญเติบโตและพัฒนาการต่างๆ ของร่างกาย ควบคุมระบบสืบพันธุ์ สร้างไขกระดูก ไขกระดูกจึงสร้างเลือด ส่วนที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนและผลักดันการทำงานของระบบและอวัยวะภายในร่างกายให้เป็นไปอย่างปกติ ดังนั้นกล่าวได้ว่า ไตกับระบบสืบพันธุ์มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและมีเส้นลมปราณเชื่อมโยงถึงกัน จิงไตและชี่ไตถูกแบ่งเป็นหยินและหยางของไต ไตหยินและไตหยางเป็นสิ่งตรงข้ามกัน มีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน จึงมีหน้าที่ช่วยในการรักษาสมดุลของการทำงานทางสรีรวิทยาของร่างกาย จากคัมภีร์โบราณ 《ซูเหวิน-ฉี่ปิงลุ่น 素问·奇病论》 บันทึกว่า “มดลูกมีเส้นลมปราณแตกแขนงและเชื่อมโยงกับไต” คัมภีร์โบราณ 《หนานจิง 难经》 บันทึกว่า “ไตขวา (มิ่งเหมิน 命门) เป็นประตูของชีวิต เป็นที่อยู่ของจิงและเสิน (神) ในบุรุษจะกักเก็บน้ำอสุจิ ในสตรีจะควบคุมการทำงานของมดลูก” จากประโยคนี้นี้สรุปได้ว่า ระบบสืบพันธุ์ของสตรีโดยเฉพาะมดลูกมีความเกี่ยวข้องกับไต ยังมีคัมภีร์โบราณ 《ซูเหวิน-ซางกู่เทียนจินลุ่น 素问·上古天真论》 บันทึกว่า “สตรีเมื่ออายุถึง 49 ปี เส้นลมปราณเร็นจะเกิดการพร่อง เส้นลมปราณชงเสื่อมถอย ทำให้การทำงานของระบบสืบพันธุ์ถดถอยลงและไม่สามารถมีบุตรได้” จากประโยคนี้นี้จะเห็นความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างชี่ของไตกับการมีประจำเดือน ตกขาว การตั้งครรภ์ และการคลอดบุตร ส่วนคัมภีร์โบราณ 《ฟุเหรินต้าฉวนเหลียงฟาง 妇人大全良方》 บันทึกว่า “สตรีมีเลือดเป็นพื้นฐานของร่างกาย” จากคัมภีร์โบราณ 《ฟุเคอจื่อเย่า 妇科指要》 บันทึกว่า “สารน้ำ หยินและเลือดอยู่ในเส้นลมปราณชงและเร็น หมุนเวียนขึ้นด้านบนเป็นน้ำนม ไหลลงด้านล่างเป็นประจำเดือน” หมายความว่าสารน้ำ หยินและเลือดเป็นรากฐานที่ทำให้เกิดประจำเดือน ตั้งครรภ์ คลอดบุตร

จากเนื้อหาข้างต้น สรุปได้ว่า เมื่อสตรีเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ร่างกายจะมีการพร่องของสารจำเป็นของไต จิงไตและเลือดไม่เพียงพอ เส้นลมปราณชงและเร็นเสื่อมถอย ส่งผลให้อวัยวะภายในขาดการบำรุงหล่อเลี้ยง ส่งผลกระทบต่อหน้าที่ทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ ตับ ม้าม เป็นต้น จึงทำให้แสดงอาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องออกมา

การจำแนกกลุ่มอาการตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน⁽¹⁾

การวินิจฉัยแยกโรคทางการแพทย์แผนจีนนั้นจะทำได้โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การจับชีพจร และการดูลิ้น (รูปราง สี ลักษณะฝ้าของลิ้น) ซึ่งจากการรวบรวมรายงานทางคลินิกสามารถจำแนกกลุ่มอาการภาวะวัยหมดประจำเดือนตามศาสตร์การแพทย์แผนจีนได้ดังนี้

กลุ่มอาการไตหยินพร่อง พบก่อนหมดประจำเดือน ประจำเดือนเริ่มมีความผิดปกติ มากระปริบกะปรอยหรือปริมาณมากกว่าปกติ ประจำเดือนมาก่อนกำหนด ปริมาณน้อยหรือมากกว่าปกติ สีแดงสด อาจมีอาการเวียนศีรษะ ตาลาย หูอื้อ ร้อนฝ่ามือบริเวณศีรษะและแก้ม เหงื่อออก รู้สึกร้อนบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้าและหน้าอก ปวดเมื่อยเอวเข่า เจ็บหรือปวดสันเท้า หรือผิวแห้งกร้านและอาจมีอาการคันร่วมด้วย ปากแห้ง อุจจาระลักษณะแห้งแข็ง ปัสสาวะสีเหลืองปริมาณน้อย ลิ้นแดง ฝ้าบนลิ้นน้อย ชีพจรเล็กเร็ว

กลุ่มอาการไทรอยด์พร่อง พบก่อนหมดประจำเดือน ประจำเดือนมากระปรี้กระเปร่าหรือปริมาณมากกว่าปกติ สีซีดคล้ำ อาจมีเส้นประสาทเสื่อม สีหน้าหมองคล้ำ ปวดหลังหรือเอวแบบเย็นๆ ปัสสาวะใส ปริมาณเยอะ ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน อาจมีการบวมที่ใบหน้าและขา ลึนซิด หรือตัวลึนอ้วนมีรอยพิมพ์พัน ฝ่าบนลิ้นบางขาว ชีพจรจรมเล็กไม่มีแรง

กลุ่มอาการไทรอยด์และไทรอยด์พร่องร่วมกัน พบก่อนหมดประจำเดือน ประจำเดือนเริ่มมีความผิดปกติ ประจำเดือนมีปริมาณมากหรือน้อยกว่าปกติ เดี่ยวร้อนเดี่ยวหนาว ร้อนผ่าว มีเหงื่อออก เวียนศีรษะ หูอื้อ หลงลืมง่าย ปวดเอ็นบริเวณเอวหรือขา ลึนซิด ฝ่าบนลิ้นบาง ชีพจรจรมไม่มีแรง

วิธีการรักษาโรคด้วยหลักการทางศาสตร์การแพทย์แผนจีน

ปัจจุบันแพทย์แผนจีนยังสามารถใช้วิธีการรักษาได้อีกหลายวิธี ตามที่ตำราได้มีการบันทึกไว้ อาทิ การฝังเข็ม การฝังเข็มหู การนวดทุยหนา การรับประทานยาสมุนไพรจีน ซึ่งได้ผลดี และผู้ป่วยสามารถทำการรักษาได้ในประเทศไทย ยังคงเป็นวิธีการหลักที่ใช้บ่อยทางคลินิกในการรักษาอาการภาวะวัยหมดประจำเดือน ตั้งแต่อดีตมาจนถึงปัจจุบัน โดยมีผลงานวิจัยในสาธารณรัฐประชาชนจีนดังต่อไปนี้

การใช้วิธีรักษาเพียงอย่างเดียว

การฝังเข็ม

การฝังเข็มรักษาอาการภาวะวัยหมดประจำเดือนมีมาในยุคสมัยโบราณ โดยพบได้ตามคัมภีร์โบราณต่าง ๆ ในแต่ละยุคสมัย ชาวจีนโบราณเชื่อว่าการฝังเข็มลงบนตำแหน่งต่าง ๆ ในร่างกาย สามารถช่วยกระตุ้นการหมุนเวียนเลือดและชีให้ไหลเวียนได้สะดวก ยังส่งผลต่อการกระตุ้นเส้นประสาทส่วนปลาย (Peripheral nerve) ก่อให้เกิดสัญญาณประสาทเข้าสู่ก้านสมองและสมอง และมีทางเดินประสาท (Pathway) เชื่อมโยงไปยังศูนย์เซลล์ประสาท (Neuron center) แล้วให้มีการหลั่งสารสื่อสัญญาณประสาท (Neurotransmitters) ส่งเข้าไปยังไขสันหลังแล้ววกออกมา ทำให้กล้ามเนื้อที่หดเกร็งเกิดการคลายตัว และหลอดเลือดที่หดตัวเกิดการขยายตัว สัญญาณประสาทบางส่วนจะถูกส่งขึ้นไปยังสมองและไฮโปทาลามัส กระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อสัญญาณประสาทหลายชนิด เช่น สารเอนดอร์ฟิน (Endorphins) และฮอร์โมนต่างๆ แล้วส่งสัญญาณประสาทกลับลงมาตามไขสันหลังและเส้นประสาท เพื่อช่วยปรับการทำงานของอวัยวะระบบต่างๆ ควบคุมการหลั่งฮอร์โมนหลายอย่างให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสม และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้สมดุลเป็นปกติ

จางหัวปิน (Zhang Hao Bin) และคณะ⁽⁶⁾ รักษาผู้ป่วยภาวะวัยหมดประจำเดือนมีอาการ ประจำเดือนผิดปกติ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออก หงุดหงิดง่าย ใจสั่น นอนไม่หลับ วิงเวียนศีรษะ แน่นหน้าอก ความดันผิดปกติ ปวดเมื่อยเอว ด้วยวิธีการฝังเข็ม เลือกใช้จุดฝังเข็มไป๋ฮู่ (DU 20), กวนหยวน (RN 4), จี๋ก่ง (EX-CA 1), เซินซู (BL 23), กานซู (BL 18), ผีซู (BL 20), จูซานหลี่ (ST 36), ซานอินเจียว (SP 46) และไท่ซิง (LR 3) โดยใช้วิธีการกระตุ้นเข็มแบบบำรุงและระบายพร้อมกัน ทำการรักษาสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รักษาต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน พบว่าผลการรักษาอาการของผู้ป่วยภาวะวัยหมดประจำเดือนในสัปดาห์ที่ 4 ระดับฮอร์โมนของ Follicle Stimulating Hormone (FSH) Luteinizing hormone (LH) ลดลง และ Estradiol (E2) เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 92.3 ในสัปดาห์ที่ 8 คิดเป็นร้อยละ 88.5 และสัปดาห์ที่ 12 คิดเป็นร้อยละ 92.3 ดีขึ้นตามลำดับ

ซ่งจิง (Song Jing)⁽⁷⁾ รักษาผู้ป่วยภาวะวัยหมดประจำเดือนมีอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออก ใจสั่น นอนไม่หลับ วิงเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย หงุดหงิด วิตกกังวล แบ่งผู้ป่วยจำนวน 60 ราย ออกเป็นกลุ่มฝังเข็ม 30 ราย และกลุ่มใช้ยาแผนปัจจุบัน 30 ราย โดยกลุ่มฝังเข็มใช้วิธีการเลือกจุดบนเส้นลมปราณ 12 เส้นหลัก กับเส้นพิเศษ 8 เส้นที่เชื่อมถึงกัน ได้แก่ กงซุน (SP 4), เนย์กวน (PC 6), จูหลินซี (GB 41), ไ่ว่กวน (TE 5), เลี้ยวเซวี่ (LU 7), โหวซี (SI 2), เซินมาย (BL 62) และเจ้าไห่ (KI 6) คาเข็ม 30 นาที วันละ 1 ครั้ง กลุ่มใช้ยาแผนปัจจุบัน จ่าย Tibolone Tablets ขนาดยา 2.5 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ทั้งสองกลุ่มรักษาทั้งหมด 3 เดือน ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มฝังเข็มจะมีระดับฮอร์โมนของ FSH และ LH ลดลง ระดับ E2 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 96.7 ส่วนกลุ่มใช้ยาแผนปัจจุบัน พบระดับฮอร์โมน FSH และ LH ลดลง ระดับ E2 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 83.3 ซึ่งมีนัยสำคัญทางค่าสถิติที่ $P < 0.05$ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มฝังเข็มได้ผลรักษาดีกว่ากลุ่มใช้ยาปัจจุบัน

เฉินเจิ้นเจิ้น (Chen Zhen Zhen)⁽⁸⁾ รักษาภาวะวัยหมดประจำเดือนในผู้ป่วยกลุ่มอาการหินดับและไตพร่อง โดยแบ่งผู้ป่วย 62 ราย เป็นกลุ่มฝังเข็มรักษาและใช้ยาแผนปัจจุบัน กลุ่มละ 31 ราย กลุ่มฝังเข็มรักษา เลือกฝังที่บริเวณหลัง (背俞穴) ทั้ง 2 ข้าง ใช้จุดกานซู (BL 18), ผีซู (BL20), เซินซู (BL 23), ซินซู (BL 15) และเพียซู (BL 13) โดยใช้วิธีบำรุงแบบหมุนเข็มเข้าออก ทุก 10 นาที กระตุ้นเข็ม 1 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ รักษา 3 ครั้ง ใช้เวลารักษาทั้งหมด 12 สัปดาห์ กลุ่มใช้ยาแผนปัจจุบัน Tibolone Tablets ขนาดยา 2.5 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 12 สัปดาห์ ผลการรักษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มฝังเข็มรักษามีระดับฮอร์โมน E2 เพิ่มขึ้น ระดับ FSH และ LH ลดลงลง ประสิทธิภาพการรักษาคิดเป็นร้อยละ 96.77 ส่วนกลุ่มใช้ยาแผนปัจจุบัน เห็นประสิทธิผลการรักษาทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 90.32

หยางลี่หวั (Yang Li Huo)⁽⁹⁾ ใช้วิธีการฝังเข็มภาวะวัยหมดประจำเดือนของผู้ป่วยกลุ่มอาการไตหยินพร่อง โดยแบ่งผู้ป่วย 90 รายออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มฝังเข็มเลือกจุดซีไห่ (RN 6), เซินซู (BL 23), กานซู (BL 18), เลินเหมิน (HT 7), ซานอินเจียว (SP 46), ไท่ซี (KI 3), เจ้าไห่ (KI 6), ยินกู่ (KI 10) ฝังวิธีบำรุงกลุ่มฝังเข็มที่ท้องเลือกจุดจงหว่าน (RN 12), เซียหว่าน (RN 10), ซีไห่ (RN 6), กวนหยวน (RN 4), หัวโรว่กู่ (ST 24), ไ่ว่หลิง (ST 26), ต้าเหิง (SP 15), ซีเสว่ (KI 13) ฝังวิธีบำรุงระบายพร้อมกัน และกลุ่มใช้ยาสมุนไพรจีน ตำรับจี้กยออินกับเออร์จื่อหว่าน (左归饮合二至丸) ต้มยาวันละ 1 ห่อ ใช้น้ำต้ม 400 ml. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น หลังจากรักษา 2 เดือน พบว่ากลุ่มฝังเข็ม กลุ่มฝังเข็มที่ท้อง และกลุ่มใช้ยาสมุนไพรจีน มีประสิทธิภาพการรักษาคิดเป็นร้อยละ 93.3, 70 และ 63.3 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มฝังเข็มทั้ง 2 กลุ่ม ได้ผลการรักษาดีกว่ายาสมุนไพรจีน

เทียนเหมี่ยวลี่ (Tian Miao Li) และคณะ⁽¹⁰⁾ แบ่งผู้ป่วยกลุ่มปัสสาวะไม่อยู่ในสตรีภาวะวัยหมดประจำเดือน 128 ราย ออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 64 ราย กลุ่มควบคุมใช้วิธีการการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพพร้อมกับการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า วันละ 10 นาที 3 ครั้ง กลุ่มทดลองใช้วิธีการฝังเข็ม เลือกจุดกวนหยวน (RN 4), ซีไห่ (RN 6), จงจี (RN 3), ฉื่อเจ้อ (LU 5), ไท่ซี (KI 3), ซานอินเจียว (SP 46) และจูซานหลี่ (ST 36) ฝังบำรุงระบายพร้อมกัน ทั้งสองกลุ่มรักษานาน 3 เดือน หลังจากรักษาพบว่า อาการดีขึ้น โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประสิทธิภาพการรักษาคิดเป็นร้อยละ 93.8 และ 81.3 ตามลำดับ

การฝังเข็ม

การฝังเข็ม เป็นอีกหนึ่งวิธีที่สามารถใช้เพื่อรักษาภาวะวัยหมดประจำเดือนหรือวัยทอง เนื่องจากศาสตร์การแพทย์แผนจีนเชื่อว่าจุดฝังเข็มที่หู มีความเชื่อมโยงกับอวัยวะภายในร่างกาย การฝังเข็มจะสามารถช่วยปรับระดับของฮอร์โมน FSH, LH, E2 และฮอร์โมนตัวอื่นให้กลับมาอยู่ในระดับสมดุล⁽¹¹⁾

หยางเยว่ (Yang Yue) และคณะ⁽¹²⁾ แบ่งผู้ป่วยภาวะวัยหมดประจำเดือนกลุ่มนอนไม่หลับ 100 ราย เป็นกลุ่มฝังเข็มรักษา 50 ราย ใช้จุดที่หูคือซิน, เลินเหมิน, เจียวกาน, เน่ยเฟินมี ควบคู่กับฝังเข็มตามร่างกายที่จุด เลินเหมิน (HT 7), ซินชู (BL 15), ซานอินเจียว (SP 46) และเซินชู (BL 23) กลุ่มใช้ยาแผนปัจจุบัน 50 ราย รับประทานยา Estazolam ทั้งสองกลุ่มรักษาติดต่อกัน 28 วัน พบว่ากลุ่มฝังเข็มมีผลการรักษาดีกว่ากลุ่มใช้ยาปัจจุบัน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$

เฉินยิง (Chen Ying) และคณะ⁽¹³⁾ ผู้ป่วยภาวะวัยหมดประจำเดือนกลุ่มนอนไม่หลับของอาการตบตืด ใช้วิธีการฝังเข็มด้วยเมล็ดผักกาดกับผู้ป่วย 32 ราย ใช้จุดที่หูคือเลินเหมิน, เจิน, ผีจื่อเสี่ย, เน่ยเฟินมี, เจียวกาน, กาน เปลี่ยนทุก 7 วัน แปะสลับข้าง รักษาต่อเนื่อง 2 เดือน พบว่าผลเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการรักษา ได้ผลการรักษาดี ประสิทธิภาพการรักษาคิดเป็นร้อยละ 60.98 มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

เจียเหมยจุน (Jia Mei Jun) และคณะ⁽¹⁴⁾ แบ่งผู้ป่วยภาวะวัยหมดประจำเดือนกลุ่มนอนไม่หลับ 96 ราย เป็นกลุ่มฝังเข็ม 32 ราย เลือกใช้จุดเลินเหมิน, เจียวกาน, ซิน, เซิน ผู้ป่วยที่มีอาการตบและไตพร่องเพิ่มจุดกาน, เออร์เจียน พบอาการไตหยางพร่อง เพิ่มจุดผี, หน่าวเตียน พบอาการไตหยินและไตหยางพร่องเพิ่มจุดเออร์เจียน, ผี, หน่าวเตียน กลุ่มใช้ยาปัจจุบัน 32 ราย รับประทานยา Estazolam กลุ่มไม่ทำการรักษา 32 ราย รักษาติดต่อกัน 2 เดือน ผลปรากฏว่ากลุ่มฝังเข็มได้ผลการรักษาดีกว่ากลุ่มยาแผนปัจจุบัน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$

การกด

การกด คือ วิธีการบำบัดธรรมชาติตามศาสตร์การแพทย์แผนจีนโบราณ ด้วยการนำอุปกรณ์กดและชุดบริเวณผิวหนัง โดยส่วนใหญ่อุปกรณ์การกดเป็นลักษณะของไม้ที่มีรูปทรงแตกต่างกัน สามารถรักษาโรคเรื้อรังหลายชนิดและล้างพิษออกไปจากร่างกาย ในส่วนของภาวะอาการนี้มักมีอาการหลายอย่างเกิดขึ้นได้แก่ อาการนอนไม่หลับ ความวิตกกังวลสูง ความเมื่อยล้า ซึ่งพบว่ากดสามารถลดอาการต่างๆ นี้ได้⁽¹⁵⁾

เหมิงฟาง (Meng Fang) และคณะ⁽¹⁶⁾ แบ่งผู้ป่วยภาวะวัยหมดประจำเดือนกลุ่มนอนไม่หลับ 80 ราย เป็นกลุ่มฝังเข็มและยาสมุนไพรจีน 30 ราย รักษาด้วยการกดตามเส้นลมปราณเท้าไท่หยาง กระเพาะปัสสาวะ เส้นลมปราณมือเส้าอินหัวใจ และเส้นลมปราณเส้าอินไต พร้อมทั้งกดตามจุดฝังเข็มบริเวณซินชู (BL 15), เซินชู (BL 23), กานชู (BL 18), ผีชู (BL 20), เพียชู (BL 13), เลินเหมิน (HT 7), หย่งเฉวน (KI 1), ไทชี (KI 3), เจ้าไห่ (KI 6), ซานอินเจียว (SP 46) และจู่ซานหลี่ (ST 36) นอกจากนั้นยังจ่ายยาตำรับชิงซินจื่อเซินตี้หวงหวาน (清心滋肾地黄丸) ควบคู่กัน กลุ่มใช้ยาสมุนไพรจีน 30 ราย ใช้ตำรับยาชิงซินจื่อเซินตี้หวงหวาน ชนิดเดี่ยว ทั้งสองกลุ่มรักษาติดต่อกัน 2 เดือนพบว่า กลุ่มฝังเข็มและยาสมุนไพรจีนได้ผลการรักษาดีกว่ากลุ่มใช้ยาสมุนไพรจีนเพียงอย่างเดียว โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$

หวังอิงอิง (Wang YingYing) และคณะ⁽¹⁷⁾ ใช้วิธีกดเพื่อรักษาภาวะวัยหมดประจำเดือนในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย จัดอยู่ในอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออก ใจสั่น นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย หงุดหงิด วิตกกังวล เลือกกดที่จุดไป๋ฮูยู่ (DU 20), กวนหยวน (RN 4), จื่อกง (EX-CA 1), ซานหลี่ (ST 36), ซานอินเจียว

(SP 46), ไท่ซิง (LR 3), กานซู (BL 18), ผีซู (BL 20) และเซินซู (BL 23) โดยชุดแบบบำรุงและระบายพร้อมกัน จากผลการรักษาต่อเนื่อง 3 เดือน อาการของภาวะวัยหมดประจำเดือน และระดับฮอร์โมน FSH, LH, E2 มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น มีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.001$

การรับประทานยาสมุนไพรจีน

การรับประทานยาสมุนไพรจีนเป็นอีกทางเลือกตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน สามารถจัดโรคภัยไข้เจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลไกการทำงานของยาสมุนไพรจีนเป็นการปรับสมดุลจากอวัยวะภายในที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งเน้นฤทธิ์ของสมุนไพรที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มภาวะวัยหมดประจำเดือน ซึ่งภาวะวัยหมดประจำเดือน มาจากไตพร่องเป็นหลัก และยังส่งผลกระทบต่อเชื้อและเลือดไม่เพียงพอ เส้นลมปราณขงและเร็นเสื่อมถอย ยาที่ใช้รักษาส่วนมากจึงมีสรรพคุณบำรุงไตเป็นหลัก ทั้งยังต้องบำรุงไตหยิน ไตหยาง ระบายซึ่งของคั่งที่ติดขัด โดยมีผลงานวิจัยในสาธารณรัฐประชาชนจีนดังต่อไปนี้

หลี่ไคเกอ (Li Kai Ge)⁽¹⁸⁾ แบ่งผู้ป่วยภาวะวัยหมดประจำเดือนกลุ่มนอนไม่หลับเป็นสองกลุ่ม กลุ่มใช้ยาสมุนไพรตำรับเจียเว่ยซวนจ้าวหริ่น (加味酸枣仁) จำนวน 56 ราย และกลุ่มใช้ยาเม็ด Estazolam จำนวน 55 ราย พบว่าผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาได้ผลการรักษาดี ประสิทธิภาพการรักษาคิดเป็นร้อยละ 82.14 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

หวังเสี่ยวผิง (Wang Xiao Ping)⁽¹⁹⁾ แบ่งผู้ป่วยนอนไม่หลับของภาวะวัยหมดประจำเดือน เป็นกลุ่มใช้ตำรับยาปูเซินเล่อเหมียน (补肾乐眠汤) 43 ราย หากมีอาการหงุดหงิดและวิตกกังวล เพิ่มยวูจิ้น (郁金), ฉายหู (柴胡) หากผื่นมากและเหงื่อออกตอนกลางคืน เพิ่มนั่วเต้าเกิน (糯稻根), ผู่เสี่ยวมาย (浮小麦), และเยว่เจียวเถิง (夜交藤) หากปวดศีรษะและเวียนศีรษะเพิ่มยาไปจื่อ (白芷), ขวนซง (川芎), จุ่ยฮวา (菊花) หากปวดหลังและหัวเข่า เพิ่มชวีต้วน (续断), จี้เจิง (寄生) กลุ่มใช้ยาแผนปัจจุบัน 43 ราย จ่าย Medroxyprogesterone Acetate Complex Capsules กับ Estazolam ทั้ง 2 กลุ่มทานยาต่อเนื่อง 28 วัน กลุ่มใช้ตำรับยาปูเซินเล่อเหมียน มีประสิทธิภาพการรักษาคิดเป็นร้อยละ 95.35 และกลุ่มใช้ยาแผนปัจจุบัน มีประสิทธิภาพการรักษาคิดเป็นร้อยละ 79.07 โดยผลเปรียบเทียบของสองกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การใช้วิธีรักษาอื่นมากกว่า 1 วิธี

การฝังเข็มร่วมกับใช้ยาสมุนไพรจีน

จางเยว่ (Zhang Yue) และคณะ⁽²⁰⁾ แบ่งผู้ป่วยภาวะวัยหมดประจำเดือนกลุ่มละ 42 ราย กลุ่มการรักษาใช้ยาสมุนไพรตำรับเซียวเหยา (逍遥散) ควบคู่กับใช้จุดฝังเข็มตำฉางซู (BL 25), เทียนซู (ST 25), กุยหลาย (ST 29), จื่อโกว (SJ 6) และซางจู่ชวี (ST 37) ถ้ามีอาการช่็ดติดขัดเพิ่มยา เซียงฟู่, เฮอฮ่วนฮวา, เฉินผี กับเพิ่มจุดจงหว่าน (RN 12), ไท่ซิง (LR 3) อาการไฟดับติดขัด เพิ่มยาจื่อจี้ (枳实) กับเพิ่มจุดเหอถู (LI 4), เนยเถิง (ST 44) อาการเลือดพร่อง เพิ่มยาดังกู่ (当归), ต้าจ้าว (大枣), ลู่ตี้หวาง (熟地黄) กับเพิ่มจุดซานอินเจียว (SP 46), จูซานหลี่ (ST 36) กลุ่มควบคุมใช้ยาแผนปัจจุบัน Lactulose Oral Solution ทั้งสองกลุ่มรักษาติดต่อกัน 1 เดือน กลุ่มการรักษา มีประสิทธิภาพการรักษาคิดเป็นร้อยละ 92.86 และกลุ่มควบคุม มีประสิทธิภาพการรักษาคิดเป็นร้อยละ 76.19 โดยผลเปรียบเทียบของสองกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

เสี่ยวเซีย (Xiao Xia) และคณะ⁽²¹⁾ แบ่งผู้ป่วยภาวะวัยหมดประจำเดือนที่มีอาการระดับติดขัด 94 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 47 ราย กลุ่มใช้ยาสมุนไพรตำรับชูกานเจียนผิเจียยวี (疏肝健脾解郁汤) กับฝังเข็มรักษา เลือกใช้จุดหย่งฉวน (KI 1), เลินถึง (DU 24), ไปฮุย (DU 20), เน่ยกวน (PC 6), ซานอินเจียว (SP 46), จงหวาน (RN 12), อินถาง (EX-HN3) และไท่ซิง (LR 3) และกลุ่มใช้วิธีการบำบัดจิตใจโดยให้คำปรึกษาทางจิตแบบตัวต่อตัว ทั้ง 2 กลุ่มรักษาติดต่อกัน 2 เดือน พบว่ากลุ่มใช้ยาสมุนไพรตำรับชูกานเจียนผิเจียยวี กับฝังเข็มรักษาได้ผลการรักษาดีกว่ากลุ่มใช้วิธีการบำบัดจิตใจ ผลเปรียบเทียบของสองกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ฉวนซิงเมี่ยว (Quan Xing Miao) และคณะ⁽²²⁾ แบ่งผู้ป่วยภาวะหมดประจำเดือนที่มีอาการหยินดับและไตพร่อง 104 ราย เป็น 3 กลุ่ม กลุ่มใช้ยาสมุนไพรตำรับจื่ออินผิงกานปู้เจิน (滋阴平肝补肾汤) 38 ราย กลุ่มฝังเข็ม 31 ราย ใช้จุดเซินชู (BL 23), จู๋ซานหลี่ (ST 36), ซานอินเจียว (SP 46), ไปฮุย (DU 20), เน่ยกวน (PC 6), เลินเหมิน (HT 7), ไท่ซิง (LR 3), ตันจง (RN 17) หากอาการหยินพร่องมาก เพิ่มจุดกานชู (BL 18), ไท่ซี (KI 3) และต้าเหอ (KI 12) กลุ่มยาสมุนไพรตำรับจื่ออินผิงกานปู้เจิน (滋阴平肝补肾汤) ควบคู่กับฝังเข็ม 35 ราย วิธีรักษา ทั้งสามกลุ่มรักษา 3 เดือน หลังการรักษาประสิทธิผลการรักษาของกลุ่มใช้ยาสมุนไพร คิดเป็นร้อยละ 76.32 กลุ่มฝังเข็มคิดเป็นร้อยละ 61.29 และกลุ่มยาสมุนไพรควบคู่กับฝังเข็มคิดเป็นร้อยละ 88.57 กลุ่มยาสมุนไพรควบคู่กับฝังเข็มได้ผลการรักษาดีกว่ากลุ่มใช้ยาสมุนไพรกับกลุ่มฝังเข็มโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$

บทสรุป

จากการศึกษาทางวิจัยในสาธารณรัฐประชาชนจีนพบว่า สาเหตุหลักของภาวะวัยหมดประจำเดือนตามศาสตร์การแพทย์แผนจีนเกิดจากการขาดสารสำคัญของไตเป็นพื้นฐาน จึงส่งผลทำให้จิงไตและเลือดไม่เพียงพอ เส้นลมปราณชงและเร็นเกิดการเสื่อมถอย ทั้งยังส่งผลกระทบต่อตับที่มีหน้าที่กักเก็บเลือด แบ่งปันเลือดไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย และม้ามที่มีหน้าที่สร้างเลือด ปกครองเลือด (ควบคุมดูแลการไหลของเลือดให้ไหลไปตามเส้นเลือด) ซึ่งเป็นอวัยวะที่มีความสัมพันธ์กับไตอย่างใกล้ชิด และมีความเกี่ยวข้องกับการสร้างเลือดกับซีกอีกด้วย

ในด้านการรักษาทางคลินิกพบว่า แพทย์แผนจีนใช้วิธีฝังเข็มเป็นวิธีการหลัก ซึ่งมักใช้ร่วมกับการรักษาด้วยสมุนไพรจีน เนื่องจากการฝังเข็มและยาสมุนไพรจีนสามารถปรับระดับฮอร์โมนเพศในร่างกายได้ ทั้งยังเพิ่มการไหลเวียนของ กระตุ้นการไหลเวียนเลือด เสริมสร้างจิงไตและเลือด เพิ่มพลังหยินหยางของไต ปรับสมดุลเส้นลมปราณชงและเร็น ส่งผลให้หยินหยางในร่างกายเกิดความสมดุล ระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ทำงานได้ดีขึ้น ลดอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะวัยหมดประจำเดือน ผลการรักษาจึงเห็นได้ชัดเจนกว่าการฝังเข็มวิธีเดียวหรือการรับประทานยาสมุนไพรเพียงอย่างเดียว โดยจุดฝังเข็มหลักที่ใช้บ่อยที่สุดในการฝังเข็มและรมยา⁽²³⁾ 3 อันดับแรก คือ จุดซานอินเจียว (SP 46), จุดไท่ซิง (LR 3), จุดไท่ซี (KI 3)

จุดซานอินเจียว (SP 46) อยู่บนเส้นลมปราณเท้าไท่อินม้าม ซึ่งเป็นจุดศูนย์รวมของ 3 เส้นลมปราณอินเท้า ได้แก่ เส้นลมปราณเท้าเจวอินดับ เส้นลมปราณเท้าไท่อินม้าม เส้นลมปราณเท้าเส้าอินไต ซึ่งอาการของภาวะวัยหมดประจำเดือนมีความเกี่ยวข้องกับซีกและเลือดของอวัยวะตับ ม้ามและไต เพราะว่าตับมีหน้าที่กักเก็บเลือด และม้ามมีหน้าที่สร้างเลือด ปกครองเลือด และไตมีหน้าที่กักเก็บสารจำเป็น ดังนั้นการฝังเข็ม

ที่จุดซานอินเจียว(SP 46) สามารถปรับสมดุลได้พร้อมกันทั้ง 3 อวัยวะในคราวเดียวกันจึงลดอาการของภาวะวัยก่อนหมดประจำเดือนอย่างได้ผลดี

จุดไท่ซิง (LR 3) อยู่บนเส้นลมปราณเท้าเจวอินดับ เป็นจุดอยู่ในกลุ่มชู่เสว่ (膻穴) และหยวนเสว่ (原穴) อยู่ระหว่างบริเวณนิ้วโป้งเท้ากับนิ้วชี้เท้า ซึ่งเป็นจุดช่วยระบายและปรับสมดุลซี้ตัม ใช้คู่กับจุดไท่ซี้ (KI 3) ช่วยเสริมพลังหยินและหยาง สร้างสารจิง จากผลการวิจัยพบว่า⁽²⁴⁾ การฝังเข็มที่จุดไท่ซิง (LR 3) สามารถรักษาอาการซึมเศร้า และความเครียดของภาวะวัยก่อนหมดประจำเดือนได้

จุดไท่ซี้ (KI 3) อยู่บนเส้นลมปราณเท้าเส้าอินไต เป็นจุดอยู่ในกลุ่มชู่เสว่ (膻穴) และหยวนเสว่ (原穴) การฝังเข็มกระตุ้นจุดในกลุ่มเหล่านี้สามารถช่วยบำรุงไตหยินและสารน้ำในไต บำรุงซี้ไต เสริมสร้างไตหยาง มักใช้ในการรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับประจำเดือน ในเวลาเดียวกันยังรักษาอาการก่อนมีประจำเดือน หรือ PMS (Premenstrual syndrome) ได้อีกด้วย ในทางคลินิกมักเลือกใช้จุดไท่ซี้ (KI 3) คู่กับจุดซานอินเจียว (SP 46) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำรุงพลังไตหยินและลมปราณ (ซี้) ไต

ข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการนำศาสตร์การแพทย์แผนจีนมาใช้ในการรักษาภาวะวัยหมดประจำเดือนนั้น ผู้ศึกษาพบว่ายังขาดการเปรียบเทียบผลการรักษาที่แน่ชัดระหว่างกลุ่มอาการต่างๆ ในส่วนของสถิติจำนวนจุดฝังเข็มที่ใช้บ่อยในการรักษาภาวะวัยหมดประจำเดือน ปัจจุบันมีการทำวิจัยและตีพิมพ์บทความเผยแพร่ออกมาเป็นที่ประจักษ์แล้ว ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในแนวทางการรักษาตามกลุ่มอาการและจุดฝังเข็มที่ใช้บ่อยเพื่อเพิ่มมาตรฐานการวิจัย และยกระดับประสิทธิผลของการฝังเข็มให้กว้างขวางยิ่งขึ้นไป และควรส่งเสริมการนำไปใช้ร่วมกับการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อใช้เป็นทางเลือกในการรักษาโรคอีกแขนงหนึ่งให้กับผู้ป่วยในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Zhang Yu Zhen. Chinese Medicine Gynecology. 2 nd ed. Bei Jing: Baoding Xicheng Offset Printing Co. Ltd.; 2017.
2. Li R, Miao Y, Miao M. Review of Characteristics of Menopausal Syndrome Treated by Chinese Medicine. Chian Journal of Chinese Medicine 2017;26(12):1521-1523. (In Chinese)
3. LEA L, SJOGREN, LINA S, March, Ellen Lokkegaard. Hormone replacement therapy and the risk of endometrial cancer. A systematic review. Maturitas 2016;91:25-35.
4. Chen X. Observation on the Clinical Effect of Shallow Acupuncture Combined with Body Acupuncture in the Treatment of Perimenopausal Syndrome with Kidney-yin Deficiency [Dissertation]. Fu Zhou: Fu Jian University of Traditional Chinese Medicine; 2020. (In Chinese)

5. Li S, Anna B, Yin P, Wang Z, Wu L, Xu S. Research progress of acupuncture and moxibustion treatment of perimenopausal hot flashes. Modernization of Traditional Chinese Medicine and Materia Materia-World Science and Technology 2019;21(8):1622-1627. (In Chinese)
6. Zhang H, Jing X, Wang B, Guo L, Li L, Yang J. Acupuncture treatment of perimenopausal syndrome of 30 cases. Chinese Acupuncture 2018;38(1):55-58. (In Chinese)
7. Song J. Clinical Observation of Acupuncture at the Eight Confluent Points for Perimenopausal Syndrome. Shanghai Journal of Acupuncture 2016;35(4):433-436. (In Chinese)
8. Chen Z. Acupuncture five zang – organs back acupoints in treatment of liver and kidney Yin deficiency type Perimenopausal syndrome in clinical research [Dissertation]. hu Bei: Hubei University of Traditional Chinese Medicine; 2018. (In Chinese)
9. Yang L. Clinical Observation on of the Therapeutic Effect of Acupuncture in Treating Deficiency of kidney Yin of Perimenopausal Syndrome [Dissertation]. Guang Zhou: Guangzhou University of Chinese Medicine; 2016. (In Chinese)
10. Tian M, Guo L. Observation on the Curative Effect of Acupuncture and Moxibustion in the Treatment of Perimenopausal Women with Stress Incontinence. People's Military Surgeon 2019;62(4):343-345,352. (In Chinese)
11. Qin Y, Zhu H, Li F, Lang Y, Yun Z, Wang Z. Research Progress of Treatment of Peri-Menopausal Syndrome Mainly by Auricular Therapy. Liaoning Journal of Traditional Chinese Medicine 2017;44(12):2664-2666. (In Chinese)
12. Yang Y, Zou P, Gao H. Clinical study of auricular acupoint embedding combined with acupuncture in the treatment of perimenopausal insomnia. China Medical Herald 2020;17(15):143-146. (In Chinese)
13. Chen Y, Li H, Chen Y, Lu S. Clinical Observation of Auricular Point Pasting Therapy in Perimenopausal Non - Organic Insomnia of Liver Qi Stagnation in the Patients. World Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine 2017;12(2):211-214. (In Chinese)
14. Jia M, Huang L, Ai Y. Clinical Effect of Auricular Point Pressing Beads on Menopausal Insomnia. World Journal of Sleep Medicine 2018;5(4):458-461. (In Chinese)
15. Wang A, Duan P, Xia C, Xiao Z, Min W. Research Progress of Gua Sha in Treating Perimenopausal Syndrome. Guangxi Medical Journal 2019;41(18):2370-2373. (In Chinese)

16. Meng F, Duan P, Hu Q, Wang Y, Qing W, Zhang M, Hu Y. Scrapping therapy combined with Qingxin Zishen Decoction for perimenopausal syndrome with pattern of fire excess from yin deficiency. *Chinese Acupuncture & Moxibustion* 2016;36(8):821-826. (In Chinese)
17. Wang Y, Zhang H, Lang T, Yang J. Observation of Clinical Curative Effect of Gua Sha on Perimenopausal Syndrome. 2017 World Acupuncture Academic Conference and 2017 Annual Meeting of China Acupuncture and Moxibustion Society 2017.325-326. (In Chinese)
18. Li K. Modified Suanzaorentang 56 Cases Improve the Quality of Sleep in Patients with insomnia Menopause Effectiveness Analysis. *System Medicine* 2016;1(2):31-33. (In Chinese)
19. Wang X. Clinical Effect of Bushen Lemian Decoction on Refractory Insomnia in Perimenopausal Women. *Guide of China Medicine* 2021;19(2):139-140. (In Chinese)
20. Zhang Y, Zhang H. Clinical Observation on Treatment of Female Menopausal Constipation (Liver stagnation and qi stagnation type) with Modified Xiaoyao Powder and Acupuncture. *Journal of External Therapy of TCM* 2018;27(6):36-37. (In Chinese)
21. Xiao X, Zhang Y, Cao J. Effect of combined acupuncture and Shugan Jianpi Jieyu decoction on menopause Kupperman score and anxiety and depression score in patients with perimenopausal depression. *Shaanxi Traditional Chinese Medicine* 2018;39(11):1617-1619. (In Chinese)
22. Quan X, Xu L, Song C, Liu J, Liu Y. The clinical efficacy of Ziyin Pinggan Bushen decoction and acupuncture treatment in liver and kidney Yin deficient perimenopausal syndrome. *Journal of Southeast University (Med Sci Edi)* 2019;38(4):672-676. (In Chinese)
23. Wu Y, Fan Y, Fu W. Modern Literature Study on Acupuncture-moxibustion for Perimenopausal Insomnia. *Shanghai J Acu-mox* Jul 2016;35(7):893-898. (In Chinese)
24. Sui l. Treatment of perimenopausal depression with acupuncture and medicine (kidney deficiency and liver depression Type) clinical observation [dissertation]. Liao Ning: Liaoning University of Traditional Chinese Medicine; 2019. (In Chinese)

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

อาภรณ์ ศรีชัย^a, ทิวพร ฟูเฟื่อง^{**}, พิมพ์มาดา พชรปกรณ์ศิลป์^{***}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 85 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี 5 ส่วนคือ การข้อมูลส่วนบุคคล จำนวนชนิดของยาต้านเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ของผู้ป่วยโดยใช้สถิติอนุमानไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=3.71$, $SD=2.109$) 2) จำนวนชนิดของยารักษาโรคซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ($\chi^2=41.984$, $p<0.05$; $\chi^2=17.857$, $p<0.05$ และ $\chi^2=17.857$, $p<0.05$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษานี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาและการติดตามอาการในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยซึมเศร้ารับประทานยาสม่ำเสมอ และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ปัจจัยคัดสรร; ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา; โรคซึมเศร้า

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

^a ผู้เขียนหลัก อาภรณ์ ศรีชัย Email: apsrichai@gmail.com

^{**} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

^{***} พยาบาลวิชาชีพ แผนกศูนย์จิตเวช โรงพยาบาลเปาโลพหลโยธิน

รับบทความ: 15 ก.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 7 ก.ย. 64; ตอบบรรดตีพิมพ์: 8 ก.ย. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 7 ต.ค. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.48>

Factors Related with Medication Adherence in Patients with Depression

Aporn Srichai^{*a}, Tiwaporn Foofoeng^{**}, Pimmada Pacharapakornsri^{***}

Abstract

The purpose of this descriptive research was to examine the correlations between selected factors and medication adherence in patients with depression. Samples were 85 patients with depression. Research instrument was a questionnaire comprised of 5 parts: general information, number of antidepressant types currently taken, current adverse drug reactions, relationships between physicians and patients, and Morisky Medication Adherence Scale (MMAS). The data were analyzed using descriptive statistic and Chi-Square test for correlations.

Results were as follows: 1) average of medical adherence score was at a low level ($\bar{X}$ = 3.71, SD = 2.109); 2) There were significant relationships between number of antidepressant type currently taken, current adverse drug reactions, and relationships between physicians and patients and medical adherence among patients with depression ($\chi^2=41.984$, $p<0.05$; $\chi^2=17.857$, $p<0.05$ and $\chi^2=17.857$, $p<0.05$, respectively).

The results of this study can be used as a guideline for the development of mental health education model and follow-up program for patients with depression to encourage them to take medication regularly and to follow up on adverse drug reactions which will ultimately improve the patients' quality of life.

Keywords: Selected factors, Medication adherence, Depression

* Lecturer, Faculty of Nursing, University of Pathumthani

^a Corresponding author: Aporn Srichai Email: apsrichai@gmail.com

^{**} Assistant Professor, Faculty of Nursing, University of Pathumthani

^{***} Registered Nurse, Paolo Hospital Phaholyothin

Received: Jul. 15, 21; Revised: Sep. 7, 21; Accepted: Sep. 8, 2021; Published Online: Oct. 7, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.48>

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งเป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบได้บ่อย สามารถเกิดขึ้นได้ทุกคน ทุกช่วงวัย โดยในปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับที่ 2 รองลงมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽¹⁾ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องยาวนานจะก่อให้เกิดการสูญเสียด้านสุขภาพและยังส่งผลให้ความสามารถในการทำงาน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หรือ ความสัมพันธ์ในครอบครัวแย่ลง และนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด⁽²⁾ องค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่า มีประชากรมากกว่า 300 ล้านคนหรือร้อยละ 4 ของประชากรโลกเป็นโรคซึมเศร้า โดยในช่วงปี พ.ศ. 2548 ถึง 2558 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 18 ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพ ประชากรที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 80 มักอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง เกือบครึ่งหนึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยู่ในภูมิภาค เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแปซิฟิกตะวันตก ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีประชากรอาศัยอยู่มากที่สุด⁽³⁾

สำหรับประเทศไทย เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) แพร่ระบาดเป็นเวลานานและมีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น กรมสุขภาพจิตได้เผยแพร่ผลการสำรวจทางออนไลน์ของกรมสุขภาพจิตในช่วงสถานการณ์โควิดระหว่างเดือนมีนาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2563 รวม 26 สัปดาห์ พบว่า ในภาพรวมประชาชนไทยมีความเครียดระดับปานกลางถึงสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.13 สอดคล้องกับแถลงการณ์ของกรมสุขภาพจิตในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2564 กล่าวถึงสภาวะสุขภาพจิตคนไทยขึ้นลงตามสถานการณ์ของโรคโควิด-19 ในปี พ.ศ. 2563 พบว่าอัตราผู้ป่วยซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 7.3 ต่อแสนประชากร ส่วนภาวะอ่อนล้าทางอารมณ์หรือภาวะหมดไฟในคนทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ 6 ในกลุ่มเปราะบางคือคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่แล้ว คนที่ต้องกักกันตัวและญาติ จะอยู่ที่ร้อยละ 19 จากสถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าเป็นหายนะที่นำมาซึ่งการสูญเสียโดยกว้างทั้งในระดับครอบครัวและประเทศชาติ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหากไม่ได้รับการรักษาทางการแพทย์อย่างเหมาะสมแล้วที่จะกลายเป็นโรคเรื้อรัง มีการรักษาที่ยาวนาน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ การทำหน้าที่ในสังคมลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเก็บตัว ไม่เข้าสังคม สูญเสียความสามารถในการทำงาน ขาดสมาธิ ไม่สามารถทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง หากมีการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย จะส่งผลให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น และอัตราการตายเพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้าพบมากในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และโรคความจำเสื่อม แต่หากได้รับการรักษาทางการแพทย์อย่างเหมาะสมแล้วก็จะสามารถหายขาดจากภาวะนี้ได้ การรักษาภาวะซึมเศร้าด้วยยาเป็นแนวทางสำคัญในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยทำควบคู่ไปกับการรักษาทางจิตสังคม การออกฤทธิ์ของยาด้านเศร้าในปัจจุบันมุ่งไปที่การแก้ไขสมดุลของสารเคมีในสมอง (Neurotransmitters) ที่ควบคุมกำกับดูแลสมดุลของอารมณ์ แรงจูงใจ และความอยากอาหาร สารเคมีในสมองที่สำคัญ คือ เซโรโทนิน (Serotonin) โดพามีน (Dopamine) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) โดยทั่วไปแล้วยาด้านเศร้าจะแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ ยากลุ่ม Tricyclic ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) และยากลุ่มใหม่อื่น เช่น Mirtazapine, Nefazodone และ Venlafaxine XR ยาเหล่านี้ส่วนใหญ่เมื่อผู้ป่วยรับประทานแล้วมักมีอาการง่วงซึม มึนงง ปากแห้ง ปวดศีรษะ เมื่อยล้า และอ่อนเพลีย โดยทั่วไปมักเกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์แรกของการรับประทานยา⁽⁵⁾

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนไม่น้อยที่มีการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ กล่าวคือ มีลักษณะการใช้ยาดังนี้ 1) ปฏิเสธที่จะรับประทานยาทั้งหมดตามที่แพทย์สั่ง 2) เลือกที่จะรับประทานยาเพียงบางชนิดเท่านั้น 3) ยอมรับประทานยาแต่มีการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอทุกวัน มีบางวันรับประทานยา และมีบางวันที่หยุดรับประทานยา 4) ปฏิเสธการเจ็บป่วยและปฏิเสธการรักษาแต่เมื่อมีอาการกลับซ้ำอีกครั้ง และอาการหนักกว่าเดิมจึงยินยอมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 5) ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในช่วงเวลาสั้นๆ เท่านั้น เมื่ออาการดีขึ้นก็ตัดสินใจหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ 6) รับประทานยาเกินขนาดที่กำหนดในใบสั่งยา 7) ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีแต่มีพฤติกรรมส่วนตัวที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล เช่น ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด เป็นต้น⁽⁶⁾

การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยจิตเวชทุกราย ส่งผลต่อการรักษา ทำให้ใช้เวลายาวนานยิ่งขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการทางจิตกำเริบและกลับมารักษาซ้ำ หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลการรักษา ทำให้ใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น จากภาวะซึมเศร้าธรรมดากลายเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Major depression) และกลายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ได้ในที่สุด⁽⁷⁾ จากแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) กล่าวถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยนั้น มีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย โดยปัจจัยแรกที่กำลังกล่าวถึง คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม (Socioeconomic factors) ประการต่อมา คือปัจจัยด้านทีมบุคลากรทางสุขภาพและระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (Health care team/Health system-related factors) ได้แก่ ระบบสุขภาพของประเทศ ปัญหาการเบิก-จ่ายยา แหล่งสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์เจ้าของไข้ ปัจจัยประการที่สามคือ ปัจจัยด้านภาวะการเจ็บป่วย (Condition-related factors) ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งในการมาพบแพทย์ต่อปี และความถี่ในการรับประทานยาต่อวัน ปัจจัยประการที่สี่ คือปัจจัยด้านการบำบัดรักษา (Treatment-related factors) ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโรค ความเชื่อเกี่ยวกับยา ความกังวลจากการรับประทานยา (Specific-concerns) ความเชื่อเกี่ยวกับยาต้านอันตรายจาก การใช้ยามากเกินไป (General-overuse) และ ความเชื่อเกี่ยวกับยาต้านอันตรายจากการรับประทานยา (General-harm) การรักษาด้วยการรับประทานยาด้านเดียว (Mono-therapy) การรักษาด้วยการรับประทานยาด้านเสริมตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป (Poly-therapy) สำหรับปัจจัยประการสุดท้าย คือด้านผู้ป่วย (Patient-related factors) ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการรักษา ความรู้เรื่องโรคและการรักษา⁽⁸⁾

จากการศึกษาที่ผ่านมาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสม่ำเสมอในการรับประทานยา กับตัวแปรต่างๆ นั้น หลายตัวแปรมีงานวิจัยตีพิมพ์เผยแพร่อย่างแพร่หลาย และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ถึงแม้ผลการวิจัยจะพบการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความสม่ำเสมอในการรับประทานยาแน่ชัดจริง แต่ก็ต้องยอมรับว่าบริบทมีความแตกต่างจากประเทศไทย⁽⁹⁾ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้แก่ จำนวนชนิดของยาด้านภาวะซึมเศร้า และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ผู้รักษา ผลการศึกษานี้จะสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

คำถามการวิจัย

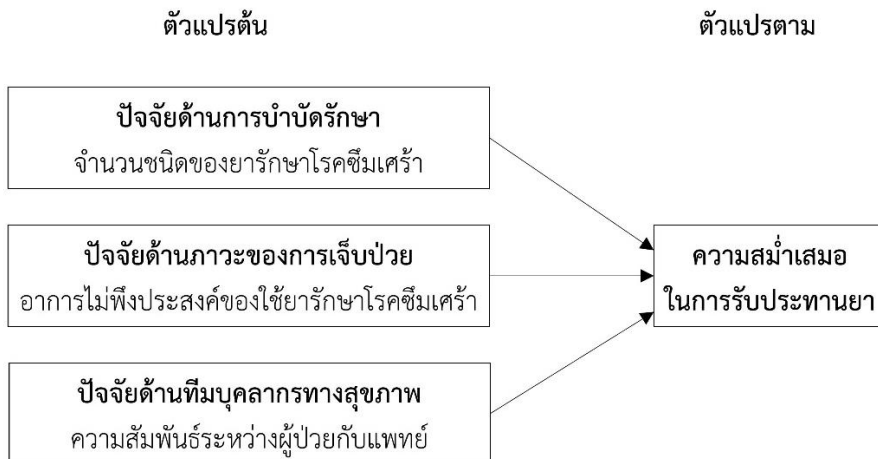
1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าอย่างไร
2. จำนวนชนิดของยาต้านซึมเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างจำนวนชนิดของยารักษาโรคซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ต่อความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งจำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอย่างสม่ำเสมอออกเป็น 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม (Socioeconomic factors) ปัจจัยด้านทีมบุคลากรทางสุขภาพและระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (Health care team/Health system-related factors) ปัจจัยด้านภาวะของการเจ็บป่วย (Condition related factors) ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา (Treatment-related factors) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient-related factors) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอกับปัจจัยด้านทีมบุคลากรทางสุขภาพและระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา และปัจจัยด้านการเจ็บป่วย กรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study) เพื่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารายใหม่ที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาทาจิตที่ใดมาก่อน ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant) และเข้ารับการรักษากับแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเอกชนทั่วไปแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 – มีนาคม 2564 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารวม 150 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ คือ ผู้รับบริการรายใหม่ที่ได้รับไม่เคยเข้ารับการรักษาทาจิตที่ใดมาก่อน และได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant) มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกศูนย์จิตเวชระหว่างเดือนตุลาคม 2563 - มีนาคม 2564 ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณตามสูตรของ Thorndike RM⁽¹⁰⁾ ดังนี้

$$N=10k+50$$

โดยกำหนดให้ N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และ k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ เท่ากับ 80 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 10 ของการคำนวณ ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ประชากรจำนวน 88 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า
2. สามารถพูด และฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง
3. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ขอถอนตัวออกจากการวิจัย
2. มีการอาการทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถามปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาการข้างเคียงจากการใช้ยาชนิดของยาต้านเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามพันธมิตรในการรักษา 13 – ฉบับผู้ป่วย⁽¹¹⁾ มีข้อความทั้งหมด 13 ข้อ คะแนนความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1 ถึง 6 หากตอบว่าไม่เห็นด้วยอย่างมากให้ 1 คะแนน หากตอบว่าไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน หากตอบว่าไม่ค่อยเห็นด้วยให้ 3 คะแนน หากตอบว่าค่อนข้างเห็นด้วยให้ 4 คะแนน หากตอบว่าเห็นด้วยให้ 5 คะแนน หากตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 6 คะแนน การแปลผลโดยการคิดคะแนนทุกคำถาม คะแนนรวมสูง หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ดีกว่า และแบ่งระดับคะแนนดังนี้ 0 ถึง 26 คะแนน แปลผลว่ามีความสัมพันธ์ระดับต่ำ, 27 ถึง 52 คะแนน แปลผลว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง และ

57 คะแนนขึ้นไป แปลผลว่ามีความสัมพันธ์ระดับสูง เครื่องมือนี้มีความเที่ยง ค่าความสอดคล้องโดยค่าดัชนีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84⁽¹²⁾

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Morisky Medication Adherence Scale: MMAS 8-item)⁽¹³⁾ มีข้อคำถาม 8 ข้อ คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ระหว่าง 0 ถึง 8 คะแนน โดยข้อที่ 1 ถึง 4 และ 6 ถึง 7 หากตอบข้อคำถามว่าใช่ ได้ 0 คะแนน หากตอบว่าไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน ข้อที่ 5 หากตอบข้อคำถามว่าใช่ ได้ 1 คะแนน หากตอบว่าไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน และในข้อคำถามที่ 8 ให้คะแนนข้อคำตอบที่มีจำนวน 5 ข้อตั้งแต่ 0 ถึง 1 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมสูงกว่าหมายถึง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่า และแบ่งระดับดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึงมีความสม่ำเสมอในระดับต่ำ, คะแนนตั้งแต่ 6 ถึง 7 คะแนน หมายถึงมีความสม่ำเสมอในระดับปานกลาง, คะแนนมากกว่า 8 คะแนน หมายถึงมีความสม่ำเสมอในระดับสูง การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำแบบสอบถามวัดความร่วมมือในการรับประทานยา 8 ข้อในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75⁽¹⁴⁾

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลเปาโลพหลโยธิน รหัส IRB No. 010/2563 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม 2563 ในการดำเนินการวิจัยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยได้แก่ วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย สิทธิประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและการกระทำดังกล่าว ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เครือข่ายโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมกับแบบสอบถาม และใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเปาโลพหลโยธิน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยทำการประสานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการวิจัยและแจ้งกำหนดการในการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันเวลาที่ผู้วิจัยมีนัดติดตามอาการครั้งต่อไป

3. เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในเวลาที่มีนัดหมาย โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง และมีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้ง แจกแบบสอบถามและอธิบายวิธีการตอบอย่างละเอียด เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างกรอกแบบสอบถามโดยไม่กำหนดเวลาและในระหว่างที่ตอบแบบสอบถามผู้วิจัยอยู่กับกลุ่มตัวอย่างตลอดเวลา เพื่อเปิดโอกาสให้ซักถามเมื่อมีข้อสงสัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ชนิดของยาด้านเสริมที่ผู้ป่วยได้รับ สัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และความสม่ำเสมอของการรับประทานยาของผู้ป่วยชิมเซร่า โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวนชนิดของยาด้านภาวะชิมเซร่า และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ผู้รักษาต่อความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยชิมเซร่าด้วยใช้สถิติอนุมาน Chi-Square test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 คน เพศชาย 30 ราย (ร้อยละ 35.30) เพศหญิง 55 ราย (ร้อยละ 64.70) อายุระหว่าง 12-21 ปี 5 ราย (ร้อยละ 5.90) อายุ 22-40 ปี 66 ราย (ร้อยละ 77.60) อายุ 41-59 ปี 14 ราย (ร้อยละ 16.50) ตามลำดับดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยจิตเวชชายใหม่ในกลุ่มตัวอย่าง (n=85)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	30	35.30
	หญิง	55	64.70
อายุ	12-21 ปี	5	5.90
	22-40 ปี	66	77.60
	41-59 ปี	14	16.50

2. จำนวนชนิดของยารักษาโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับในหนึ่งวัน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับยารักษาโรคซึมเศร้าจำนวน 2 ชนิด (n=38, 44.70%) รองลงมา ได้รับยารักษาโรคซึมเศร้าจำนวน 1 ชนิด (n=31, 36.50%) และจำนวน 3 ชนิด (n=13, 15.30%) ตามลำดับ มีส่วนน้อยที่ได้รับยารักษาโรคซึมเศร้าจำนวน 4 ชนิด (n=3, 3.50%) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยจิตเวชชายใหม่ในกลุ่มทดลอง (n=85)

จำนวนชนิดของยารักษาโรคซึมเศร้าที่ได้รับใน 1 วัน	จำนวน	ร้อยละ
จำนวน 1 ชนิด	31	36.50
จำนวน 2 ชนิด	38	44.70
จำนวน 3 ชนิด	13	15.30
จำนวน 4 ชนิด	3	3.50

3. คะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาภาพในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=3.71$, $SD=2.109$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยซึมเศร้าในภาพรวม

ตัวแปร	Min	Max	Mean	SD	แปลผล
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	0	8	3.71	2.109	ระดับต่ำ

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนชนิดของยาที่รับประทาน อาการไม่พึงประสงค์ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ของผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (n=85)

ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-Value
จำนวนชนิดยาด้านเศร้า	1 ชนิด	31	36.50	41.984	0.00*
	2 ชนิด	38	44.70		
	3 ชนิด	13	15.30		
	4 ชนิด	3	3.50		
อาการไม่พึงประสงค์	พบอาการ	30	35.30	17.857	0.00*
	ไม่พบอาการ	55	64.70		
สัมพันธภาพระหว่าง	ระดับต่ำ	0	0	8.917	0.00*
ผู้ป่วยกับแพทย์	ระดับปานกลาง	35	41.2		
	ระดับสูง	50	58.8		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชนิดของยารักษาโรคซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ต่อความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}= 3.71$, $SD=2.109$) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยามาก ถึงร้อยละ 77⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ และการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ร่วมมือในการรับประทานยามากถึงร้อยละ 46-70⁽¹⁹⁾ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญด้านตัวบุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถควบคุมตนเองในการรับประทานยาสม่ำเสมอตาม

แผนการรักษาของแพทย์ได้⁽⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา จันทน์ใจ และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่าความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการศึกษาของอชิรญา เอกจิตต์ และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่าการศึกษาความรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยา แสดงให้เห็นว่าจำเป็นของการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตามแผนการรักษา และสิ่งที่เป็อุปสรรคในการรักษาด้วยยา มีแนวโน้มให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง⁽²²⁾ จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการให้สุขภาพจิตศึกษา และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร อีกทั้งยังขาดการติดตามตามผลอย่างต่อเนื่อง การศึกษาที่ผ่านมาของนิตยา จรัสแสงและคณะ⁽²²⁾ พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และติดตามผล 3 เดือนทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความรุนแรง และแนวทางการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของปรารณา คำมีสินนท์⁽²³⁾ ที่พบว่าผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับสูง

ความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนชนิดของยาที่รับประทาน อาการไม่พึงประสงค์ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอธิบายได้ดังนี้

จำนวนชนิดของยารักษาโรคซึมเศร้า: ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้าตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปในช่วงเวลาที่แตกต่างกันในหนึ่งวัน คิดเป็นร้อยละ 44.70 และพบว่าจำนวนชนิดของยาด้านเศร้าที่ผู้ป่วยรับประทานมาความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ($\chi^2=41.984$, $p=0.00$) เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยรวมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามียะดับต่ำ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้ารับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าหลายชนิด เพราะมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาว่าหากการใช้ยามากเกินไปอาจจะทำให้เกิดอันตรายกับร่างกายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกมลชนก มูลไชยและคณะ⁽⁹⁾ พบว่าร้อยละ 38.09 ของผู้ป่วยซึมเศร้ากังวลว่า การใช้ยาปริมาณหลายชนิดเป็นการพึ่งยารักษาโรคมามากเกินไป ร้อยละ 19.5 เห็นด้วยว่าการรับประทานยาตามแพทย์สั่งทำให้รบกวนการดำเนินชีวิต และร้อยละ 23.80 มีความคิดว่าแพทย์สั่งยาให้ผู้ป่วยมากเกินไป จากผลการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่เข้าใจกลไกการออกฤทธิ์ของยา ซึ่งยาด้านเศร้านี้ จะออกฤทธิ์ปรับสมดุลการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ดังนั้น ต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษาและรอการออกฤทธิ์เต็มที่ของยา ยาบางชนิดใช้เวลาในการเริ่มเห็นฤทธิ์ในการรักษาคือ 1-2 สัปดาห์ และเห็นผลการรักษาเต็มที่ภายใน 1 เดือน หรือ บางชนิดเริ่มเห็นผลการรักษาภายใน 14 วัน และความจริงแล้ว ยาด้านเศร้าไม่มีการติดยา ถ้าขาดยาแล้วมีอาการไม่สบาย นั้นเพราะยังไม่หายจากอาการของโรคโดยเป้าหมายของการรักษาแบบ Antidepressant Combinations คือ การใช้กลไกการออกฤทธิ์ของยา (Mechanism of action) ที่แตกต่างกัน 2 กลไกหรือมากกว่านั้น ในการพยายามที่จะเกิดประสิทธิภาพในการรักษาที่สูงขึ้น⁽²⁴⁾ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานข้อมูลการใช้ยาเหล่านี้้อย่างระเอียดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจตามแพทย์สั่งได้

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา: ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.30 พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และพบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ($\chi^2= 17.857$, $p=0.00$) เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยรวมความ

สม่าเสมอในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างพบว่าระดับต่ำ อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยได้รับยา Combine Antidepressant กับ Antidepressant กลุ่มอื่นร่วมด้วยเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยามากกว่าการใช้ Antidepressant เพียงชนิดเดียว⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาผลข้างเคียงจากการใช้ยาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่กลัวอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจึงไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา⁽²⁵⁾ และการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่าอาการข้างเคียงจากการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา อาการข้างเคียงของยาด้านอาการซึมเศร้าที่พบได้บ่อยได้แก่ ปากแห้ง อ่อนเพลีย ง่วงนอน เวียนศีรษะ หงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย เห็นภาพเบลอนอนไม่หลับ ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก สมรรถภาพทางเพศลดลง บางรายที่มีอาการรุนแรงมักมีอาการสับสน (Confusion) เพ้อ (Delirium) หนาวสั่น (Shivering) เหงื่อออกง่าย (Sweating) และเกิดการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต หากมีอาการรุนแรงอาจจะทำให้เกิดพิษ (Toxicity) เพราะเกิดปฏิกิริยากันระหว่าง Pharmacokinetic และ Pharmacodynamics อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าหยุดรับประทานยาในที่สุด⁽²⁶⁾

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์: ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.8 มีสัมพันธภาพกับแพทย์เจ้าของไข้ในระดับสูง และพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์เจ้าของไข้มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ($\chi^2 = 8.917, p=0.003$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์เจ้าของไข้สามารถพึ่งพา และวางแผนร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้จนบรรลุเป้าหมายการรักษาได้ กล่าวคือผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ มีแนวโน้มที่จะร่วมมือในการรับประทานยาสูง เกิดจากความไว้วางใจ และมั่นใจในตัวบุคลากร ซึ่งเกิดจากทัศนคติที่ผู้ป่วยมีต่อการรักษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทำข้อตกลงในการรักษาร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ และเข้าใจแนวทางการรักษาของผู้บำบัด⁽²¹⁾ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำตามแผนการรักษาของแพทย์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อาทิ จำนวนชนิดของยาด้านเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับในหนึ่งวัน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ผู้วิจัยสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปต่อยอดเพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา และการติดตามอาการของผู้ป่วย เพื่อเป็นการสร้างเสริมองค์ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มความเข้าใจในรับประทานยามากขึ้น อีกทั้งการติดตามอาการยังช่วยเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ไม่ขาดยา ไม่หยุดยาเองอันเป็นอุปสรรคต่อการรักษา เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความมึ่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย ผลการวิจัยที่ได้ผู้บริหารสามารถใช้กำหนดเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะอื่นๆ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยจิตเวชต่อไป
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลเกี่ยวโรคซึมเศร้า และกลไกการออกฤทธิ์ของยา รวมทั้งเฝ้าระวังอาการ

ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบ Antidepressant combine drugs

3. ด้านการวิจัย การวิจัยครั้งต่อไปควรมีความร่วมมือการศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยในระยะอื่นๆ เช่นผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเวชโรคร่วมเป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยจะมีการใช้ยาที่ต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. “โรคซึมเศร้า” ทำใจพัง เช็กลิสต์สาเหตุและอาการ [ออนไลน์]. 2562; [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 1] เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30114>.
2. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. Coping with COVID19 [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2285>.
4. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมท สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รายาธิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
5. Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, Sánchez-Moreno J, Scott J. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. Bipolar Disord. 2005;7 Suppl 5:24-31. doi: 10.1111/j.1399-5618.2005.00248.x.
6. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. Psychiatry Res. 2010 Apr 30;176(2-3):109-13. doi: 10.1016/j.psychres.2009.05.004.
7. World health organization. Adherence to long term therapies evidence for action [Internet]. 2003 [cited 2021 Jun. 1]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=0EF30BF6AF0A43E3EDB493A231189F76?sequence=1>.
8. กมลชนก มูลไชย, โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นันทจันทร์, มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารพยาบาลสภาการขาดไทย. กรุงเทพฯ 2563;13(1):240-60.
9. Thorndike RM. Correlational Procedures for Research. New York: Garner Press; 1978.
10. Wongpakaran T, Wongpakaran N. Using Control Mastery Therapy with Borderline Patients. Paper presented at the 44th International Annual Meeting Society for Psychotherapy Research (SPR); 2013 Jul. 10-13; Brisbane, Australia.

11. Luborsky L, Barber JP, Siqueland L, Johnson S, Najavits LM, Frank A, Daley D. The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II) : Psychometric Properties. *J Psychother Pract Res* 1996;5(3):260-71.
12. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008;10(5): 348-54. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
13. ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิษุตา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีรัตน ศรีประสงค์, ฉัตรกนก ทุมวิภาต. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์* 2559;8(1):16-26.
14. Al Jumah K, Hassali MA, Al Qhatani D, El Tahir K. Factors associated with adherence to medication among depressed patients from Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014;10:2031–7. doi: 10.2147/NDT.S71697.
15. Alekhya P, Sriharsha M, Priya Darsini T, Reddy SV, Venkata Ramudu R, Shivanandh B, et al. Treatment and disease related factors affecting nonadherence among patients on long term therapy of antidepressants. *J Depress Anxiety* 2015;4(2):175. doi: 10.4172/2167-1044.1000175.
16. Sawada N, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Kikuchi T, Handa T, Kashima H. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review. *BMC Psychiatry* 2009; 16;9:38. doi: 10.1186/1471-244X-9-38.
17. Yau WY, Chan MC, Wing YK, Lam HB, Lin W, Lam SP, et al. Noncontinuous use of antidepressant in adults with major depressive disorders-a retrospective cohort study. *Brain Behav* 2014;4(3):390-7. doi: 10.1002/brb3.224.
18. Banerjee S, Varma RP. Factors affecting non-adherence among patients diagnosed with unipolar depression in a psychiatric department of a tertiary hospital in Kolkata, India. *Depress Res Treat* 2013;2013:809542. doi: 10.1155/2013/809542.
19. กัญญา จันทรใจ, อธิภรณ์ จันทรดา, อรสา พันธักดี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอส แอล อี. *รามธิบดีพยาบาลสาร* 2556;19(1):60-72
20. อธิษฐา เอกจิตต์, วันชัย มั่งคั่ง, วราภรณ์ บุญเชียง. การเปรียบเทียบผลของการกำกับตนเองร่วมกับการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด. *พยาบาลสาร* 2556;40(4):1-11.
21. นิตยา จรัสแสง, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วิจิตรา พิมพ์นิติย์, สมจิตร มณีกันนท, ดวงแก้ว รอดอ่อง. ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2560;62(3):247-55.
22. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.

23. บรรณานา คามีสินนท์. การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
24. Al-Azzam SI, Alzoubi KH, AbuRuz S, Alefan Q. Drug-related problems in a sample of outpatients with chronic diseases: A cross-sectional study from Jordan. Ther Clin Risk Manag 2016;12:233-9. doi: 10.2147/TCRM.S98165.
25. เมธาวิ ลุนสมบัติ, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. วารสารแพทยธานี 2562;46(3):566-80
26. Gaston L, Marmar CR. Manual of California Psychotherapy Alliance Scales. Unpublished manuscript. San Francisco, CA: Department of Psychiatry, University of California; 1993.

บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

นิชาภา หลังแก้ว*, ชนะพล ศรีฤๅชา**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ประชากรที่ศึกษา คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 900 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 146 คน และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 ทุกข้อ และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.97 และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวน 12 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 8 พฤษภาคม-7 มิถุนายน 2564 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ระดับบรรยากาศองค์การ ระดับการสนับสนุนจากองค์การ และระดับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 (SD=0.45), 4.37 (SD=0.48) และ 4.13 (SD=0.49) ตามลำดับ และพบว่าภาพรวมบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.648$, $p<0.001$ และ $r=0.641$, $p<0.001$) ตามลำดับ ทั้งนี้ การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการบรรยากาศองค์การมิติด้านโครงสร้างองค์การ และบรรยากาศองค์การมิติด้านความเสี่ยง มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ร้อยละ 47.1 ($R^2=0.471$, $p<0.001$)

คำสำคัญ: บรรยากาศองค์การ; การสนับสนุนจากองค์การ; การปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

^a ผู้เขียนหลัก: ชนะพล ศรีฤๅชา E-mail: pirsri@kku.ac.th

รับบทความ: 5 ส.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 11 ก.ย. 64; ตอปรับตีพิมพ์: 11 ก.ย. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 10 ต.ค. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.49>

Organizational Climate and Organizational Support Affecting the Performance of Service Quality Criteria of Public Health Personnel at Sub-district Health Promotion Hospitals in Buriram Province

Nichapa Langkaew*, Chanaphol Sriruecha**^a

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study organizational climate and organizational supports affecting performance of service quality criteria of public health personnel at sub-district health promotion hospitals in Buriram province. Samples were 146 health personnel randomly selected by stratified random sampling techniques from 900 health personnel in sub-district health promotion hospitals. The instrument was a questionnaire evaluated by three experts with IOC values of more than 0.50 in all items and with Cronbach's alpha coefficient of 0.97. Qualitative data were also collected using in-depth interviews from 12 key informants who could provide essential information on this topic. The data were collected between May 8 and June 7, 2021; and analyzed using descriptive and inferential statistics at a significant level of 0.05.

The results showed that the overall organizational climate, organizational supports, and performance of service quality criteria were found at a high level with average scores of 4.27 (SD=0.45), 4.13 (SD=0.49), and 4.37 (SD=0.48), respectively. The organizational climates and supports had a moderate relationship with the performance of service quality criteria ($r=0.648$ and 0.641 , $p<0.001$, respectively). Additionally, organizational supports in management, organizational climates in organizational structures and risks could significantly predict the performance of service quality criteria of public health personnel at sub-district health promotion hospitals in Buriram province at 47.1 % ($R^2=0.471$, $p<0.001$).

Keywords: Organizational climate; Organizational supports; Performance of service quality criteria

* Master of Public Health Candidate, Department of Public Health Administration, Health Promotion and Nutrition, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

** Associate Professor, Department of Public Health Administration, Health Promotion and Nutrition Faculty of Public Health, Khon Kaen University

^a Corresponding Author: Chanaphol Sriruecha, E-mail: pirsri@kku.ac.th

Received: Aug. 5, 21; Revised: Sep. 11, 21; Accepted: Sep. 11, 2021; Published Online: Oct. 10, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.49>

บทนำ

ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health care Coverage: UHC) มาตั้งแต่ปี 2545 ภายใต้ความรับผิดชอบหลักในการทำงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อยุติความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ อันเป็นพื้นฐานสำคัญที่ไปพัฒนาประเทศไปสู่ความมั่นคง ความมั่งคั่ง และความยั่งยืน ตลอดจนให้มีการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และได้เล็งเห็นถึงปัญหาและสิ่งที่มีความจำเป็นในการที่จะพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จึงได้เห็นชอบให้มีการจัดสรรงบประมาณรายหัวเป็นงบเพื่อชดเชยค่าบริการเพิ่มเติม หรือเรียกอีกอย่างว่า On-top payment ให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้มีการพัฒนาศักยภาพผ่านหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนด และการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจนถึงปีงบประมาณ 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณรายหัวประเภทงบเพื่อชดเชยค่าบริการเพิ่มเติมให้เป็น การจ่ายชดเชยตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ หรืออีกอย่างว่า Quality and Outcome Framework (QOF) โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ได้มาตรฐาน และ ประชาชนนั้นได้รับบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งการชดเชยดังกล่าวจะเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับ หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในสังกัดภาครัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน ที่มีศักยภาพตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนด⁽¹⁾

การปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนด ตัวชี้วัดเขตโดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่และผ่านความเห็นชอบจากอนุกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต ในปีงบประมาณ 2563 มีตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการระดับเขต ที่เกี่ยวกับหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) เด็กได้รับการตรวจคัดกรอง พัฒนาการ และติดตามกระตุ้นกรณีที่มีพัฒนาการล่าช้า 2) อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับค่ามาตรฐานของอำเภอย้อนหลัง 5 ปี (2558-2562) ตามปีปฏิทิน 3) การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ได้กำหนดการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการเพียงครั้งเดียวให้เสร็จสิ้นภายในเดือน สิงหาคม 2563 โดยใช้ข้อมูลการให้บริการไตรมาส 3 และ 4 ปีงบประมาณ 2562 และไตรมาส 1 และ 2 ปีงบประมาณ 2563 ในการประเมินผลงานและจ่ายเงินตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ⁽²⁾

ในการทำงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้อง อาศัยปัจจัยด้านบรรยากาศองค์การที่เป็นปัจจัยส่งเสริมในการปฏิบัติงานให้กับเจ้าหน้าที่ได้แสดง ความสามารถและเกิดความพึงพอใจกับงานที่ทำ⁽³⁾ ซึ่งมี 9 มิติ ได้แก่ 1) มิติโครงสร้างองค์การ 2) มิติความ รับผิดชอบ 3) มิติความอบอุ่น 4) มิติการให้รางวัล 5) มิติด้านความเสี่ยง 6) มิติด้านสนับสนุน 7) มิติด้าน มาตรฐานการปฏิบัติงาน 8) มิติด้านการจัดการความขัดแย้ง และ 9) มิติด้านความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน อย่างไรก็ตามการทำงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพไม่ได้อาศัยเพียงปัจจัยบรรยากาศ เพียงอย่างเดียวในการทำงาน จะต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์การอีกหนึ่งที่ยช่วยผลักดันในการทำงาน ประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ 4) ด้านการบริหาร จัดการ⁽⁴⁾ และมีปัจจัยทางการบริหารที่เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานขององค์การ ได้แก่ ด้านเทคโนโลยี

สารสนเทศและด้านเวลา ซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพด้านการบริหารโดยการสนับสนุนที่เป็นความต้องการของผู้ปฏิบัติงานก็จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จได้มากขึ้น⁽⁵⁾

จังหวัดบุรีรัมย์ มีการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการตามตัวชี้วัดระดับเขตที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนด ซึ่งผลงานในปีที่ผ่านมาพบว่าจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อแยกรายละเอียดตามตัวชี้วัดระดับเขต ที่เกี่ยวกับหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ตัวชี้วัดที่ 1 เด็กได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ และติดตามกระตุ้นกรณีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ตัวชี้วัดย่อย 1.1) เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80 ผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 49.28 ซึ่งไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ตัวชี้วัดย่อย 1.2) การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน ที่ตรวจพบสงสัยล่าช้า เกณฑ์เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 8.74 ซึ่งไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับค่ามาตรฐานของอำเภอย้อนหลัง 5 ปี (2558-2562) ตามปีปฏิทิน เกณฑ์เป้าหมายอัตราป่วยลดลงเมื่อเทียบกับเกณฑ์ค่ามัธยฐานระดับอำเภอ ผลการดำเนินงาน พบว่า มี 4 อำเภอจาก 23 อำเภอที่มีอัตราป่วยลดลงคิดเป็นร้อยละ 17.39 ทำให้หน่วยบริการบางแห่งไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้⁽⁶⁾ จากความเป็นมาและปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจการศึกษาบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อใช้ข้อมูลในการศึกษาไปใช้ประโยชน์กับบุคลากรและหน่วยงาน และไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการขับเคลื่อนงานให้บรรลุตามเป้าหมายและตัวชี้วัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา:

1. บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์
2. ระดับบรรยากาศองค์การ ระดับการสนับสนุนจากองค์การ และระดับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์
3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

สมมติฐานการวิจัย

บรรยากาศและการสนับสนุนจากองค์การมีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ประชากรที่ศึกษาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 900 คน ที่ปฏิบัติงานมาแล้ว 1 ปี⁽⁷⁾ ระยะเวลาในการทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2563 – 31 สิงหาคม 2564

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 900 คน⁽⁷⁾

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 900 คน ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple linear regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen⁽⁸⁾ ดังนี้

เมื่อกำหนดให้

$R^2_{Y.A.B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร จากการศึกษาบรรยายความต้องการและการสนับสนุนองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นลักษณะงานที่คล้ายคลึงกัน มีพื้นที่ทำการศึกษาใกล้เคียงกันและใช้หน่วยในการวิเคราะห์เหมือนกัน

ในการทำวิจัยครั้งนี้ได้ค่า $R^2_{Y.A.B} = 0.459$

$R^2_{Y.A}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model ($R^2_{Y.A.B} - R^2_{Y.B}$) ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A} = 0.430$

$R^2_{Y.B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ
ค่า $R^2_{Y.B} = 0.029$

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เซต A) = 0

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เซต B) เท่ากับ 14 ตัวแปร

v คือ ค่าที่ได้จาก $V = N - u - w - 1$

จากการใช้สูตรในการคำนวณหาขนาดตัวอย่างได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 146 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) มีวิธีการสุ่มตัวอย่างดังนี้

1. สํารวจจํานวน รายชื่อ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งหมดจํานวน 900 คน

2. หาช่วงระยะห่างของการเลือกตัวอย่าง โดยใช้สูตร⁽⁸⁾ $I = \frac{N}{n}$

โดย	I	คือ	ช่วงห่างของการสุ่ม
	N	คือ	จำนวนประชากรทั้งหมด
	n	คือ	จำนวนขนาดตัวอย่าง

แทนค่า $I = \frac{900}{146}$ ได้ค่า $I = 6.16 = 6$

เนื่องจากช่วงระยะห่างของการเลือกตัวอย่างคือ 6 ซึ่งมากกว่า 1.50 จึงสามารถใช้การสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling)

3. นำรายชื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งหมดจำนวน 900 คน มาเรียงตามตัวอักษร แล้วหาจุดเริ่มต้นของการสุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย (Random start) ซึ่งได้ตำแหน่งเริ่มต้นที่ 2 จึงทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) ดังนี้ 2,8,14,..., และ 872 ได้ตัวอย่างทั้งหมด 146 ตัวอย่าง ครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม มีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล **ส่วนที่ 2** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ⁽¹⁰⁾ (5,4,3,2,1) **ส่วนที่ 3** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์การ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ⁽¹⁰⁾ (5,4,3,2,1) **ส่วนที่ 4** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ⁽¹⁰⁾ (5,4,3,2,1) และ **ส่วนที่ 5** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความและแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ออกแบบเครื่องมือและมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ดัชนีความสอดคล้อง (Item objective congruence : IOC) พบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญไปแก้ไข และปรับปรุง แล้วนำไปทดลองใช้เครื่องมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.97 ด้านบรรยากาศองค์การเท่ากับ 0.96 ด้านการสนับสนุนจากองค์การเท่ากับ 0.94 และด้านการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการเท่ากับ 0.91

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการนำข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหา แล้วนำประเด็นปัญหามาใช้สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งในครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดประเด็นไว้ 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ **ส่วนที่ 2** เป็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์การ **ส่วนที่ 3** เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ และ **ส่วนที่ 4** เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งทั้งหมดเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด ให้แสดงความเห็นได้อย่างอิสระ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์โดยภาพรวมและรายด้านของบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การระหว่างการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) เพื่อหาบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

การแปลผล

การแปลผลคะแนนระดับบรรยากาศองค์การ ระดับการสนับสนุนจากองค์การ และระดับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ โดยนำมาจัดระดับเป็น 5 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้⁽¹¹⁾ ระดับมากที่สุด (4.50–5.00 คะแนน) ระดับมาก (3.50–4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50–3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50–2.49 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (1.00–1.49 คะแนน) สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)⁽¹²⁾ มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง $+1$ แบ่งระดับดังนี้ $r=0$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์ $r=\pm 0.01$ ถึง ± 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ $r=\pm 0.31$ ถึง ± 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง $r=\pm 0.71$ ถึง ± 0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง $r=\pm 1$ หมายถึง มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้แบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขอความอนุเคราะห์จากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ในการเก็บข้อมูลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

2. นำแบบสอบถามและแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณพร้อมนำหนังสือจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เข้าพบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและลงนามในหนังสือความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง

3. ในกรณีแบบสอบถาม ดำเนินการต่อเนื่องดังนี้

3.1 นำส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิจัยให้กับสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 23 อำเภอ พร้อมทั้งมอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอ โดยจ่ายแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 146 คน ให้ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพของสาธารณสุขอำเภอแต่ละแห่งเป็นผู้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รวมทั้งนัดหมาย วัน-เวลา ในการส่งแบบสอบถามกลับคืนเมื่อครบกำหนด 20 วัน โดยผู้วิจัยเตรียมซองจดหมายและเจ้าหน้าที่ของจดหมายถึงผู้วิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการส่งกลับแบบสอบถามเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นและส่งถึงผู้วิจัยโดยตรง

3.2 เมื่อครบกำหนดนัดหมายส่งคืนแบบสอบถาม ถ้าได้แบบสอบถามกลับคืนมาน้อย ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามซ้ำ โดยส่งทางไปรษณีย์ถึงกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยเตรียมซองจดหมาย เจ้าหน้าที่ของจดหมายถึงผู้วิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการส่งกลับแบบสอบถาม หลังจากได้แบบสอบถามกลับคืนมาผู้วิจัยส่งหนังสือขอบคุณไปยังผู้ตอบแบบสอบถามทุกคน

4. ในกรณีการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการต่อเนื่อง 4 ขั้นตอน ดังนี้

4.1 ขั้นเตรียมการ

1) ผู้วิจัยนัดวันสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 12 คน ล่วงหน้า

2) ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมสนทนากลุ่มและแจ้งแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

3) ก่อนทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัยได้ทบทวนความเข้าใจรายละเอียดของแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยละเอียดทุกครั้งและให้ผู้สัมภาษณ์ลงนามในใบยินยอมการให้สัมภาษณ์ (Informed consent)

4.2 ขั้นตอนการสัมภาษณ์เชิงลึก

1) ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์เชิงลึก

2) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 12 คน

3) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสร้างความไว้วางใจเพื่อประโยชน์ในการให้ข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงมากที่สุด

4) การนัดการสัมภาษณ์เชิงลึกจะเลือกวันที่ผู้ร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกสะดวก

4.3 ขั้นตอนการบันทึกผล

บันทึกผลการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยการขออนุญาตจดบันทึกและอัดเครื่อง บันทึกเสียงในขณะที่ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกหลังจากนั้นให้บันทึกผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในภายหลัง เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างครบถ้วน

4.4 ขั้นตอนปิดการสัมภาษณ์เชิงลึก

- 1) ทบทวนความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนปิดการสัมภาษณ์เชิงลึก
- 2) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ร่วมสัมภาษณ์เชิงลึกที่ให้ความอนุเคราะห์
- 3) ผู้วิจัยทำหนังสือขอบคุณส่งถึงผู้ร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกทุกราย

5. การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

- 1) นำแบบสอบถามทุกฉบับที่รวบรวมมาได้ไปตรวจสอบความ ครบถ้วน สมบูรณ์ และความน่าเชื่อถือของข้อมูล
- 2) เมื่อตรวจสอบข้อมูลเรียบร้อยแล้วนำข้อมูลที่ได้มาลงรหัส
- 3) ควบคุมคุณภาพของการบันทึกข้อมูล โดยทำการบันทึก 2 ครั้ง จัดเก็บ ข้อมูลเป็นข้อมูล 2 แฟ้ม แล้วนำข้อมูลทั้ง 2 แฟ้มมาเปรียบเทียบว่าตรงกันหรือไม่ หากไม่ตรงกัน ดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้อง จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์
- 4) นำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

6. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของข้อมูล แล้วนำมาสรุปประเด็นโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) คือเคารพในการขอความยินยอมโดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและให้อาสาสมัครตัดสินใจ เคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัคร เคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร และเคารพในความเป็นผู้อ่อนด้อย เพราะบาง 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) คือการประเมินความเสี่ยง หรืออันตรายที่อาจเกิดจากการวิจัย ได้แก่ อันตรายต่อร่างกาย จิตใจ สถานะทางสังคม และฐานะทางการเงิน และทางกฎหมาย การประเมินการให้คุณประโยชน์ (Benefits) ได้แก่ ประโยชน์ทางร่างกาย ประโยชน์ทางด้านจิตใจ ประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจและประโยชน์ต่อวงการวิทยาศาสตร์/สังคม 3) หลักยุติธรรม (Justice) คือการให้ความเป็นธรรมประเมินจากการเลือกอาสาสมัคร การจัดอาสาสมัครเข้ากลุ่มศึกษา มีความอิสระในการตัดสินใจ ไม่บังคับขู่เข็ญหรือทำให้เกรงใจ และการตัดสินใจจะไม่ส่งผลกระทบต่องานปัจจุบันรวมถึงอนาคตข้างหน้า และข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะเป็นภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน หรือข้อมูลต่าง ซึ่งผู้วิจัยมีมาตรการในการรักษาความลับ โดยในแบบสอบถามมีการระบุเพียงรหัสชุดแบบสอบถามเท่านั้น และก่อนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยจะต้องได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งงานวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2564 ลำดับที่ 4.3.01: 9/2564 เลขที่ HE642034 และผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 8 พฤษภาคม-7 มิถุนายน 2564

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 112 คน (ร้อยละ 76.7) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด จำนวน 59 คน (ร้อยละ 40.4) โดยมีอายุเฉลี่ย 35.73 ปี (SD=8.84) อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 59 ปี มีสถานภาพสมรส จำนวน 80 คน (ร้อยละ 54.8) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 121 คน (ร้อยละ 82.9) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 59 คน (ร้อยละ 40.4) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 25,225.54 บาท (SD=11,944.27 บาท) และกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการในรอบปีที่ผ่านมา จำนวน 56 คน (ร้อยละ 38.4) โดยเคยฝึกอบรม 1 ครั้ง จำนวน 45 คน (ร้อยละ 80.4) มีค่ามัธยฐาน 1 ครั้ง (SD=0.84)

2. ระดับบรรยากาศองค์การในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

เมื่อพิจารณาระดับบรรยากาศองค์การ พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.27 (SD=0.45) เมื่อพิจารณาบรรยากาศองค์การรายด้านพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มิติด้านโครงสร้างองค์การ ค่าเฉลี่ย 4.47 (SD=0.52) รองลงมาคือ มิติด้านความอบอุ่น ค่าเฉลี่ย 4.41 (SD=0.55) มิติด้านความรับผิดชอบ ค่าเฉลี่ย 4.38 (SD=0.50) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มิติด้านความเสี่ยง ค่าเฉลี่ย 4.07 (SD=0.58) รองลงมาคือ มิติด้านการให้รางวัลและลงโทษ ค่าเฉลี่ย 4.10 (SD=0.59) ดังรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับบรรยากาศองค์การในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

บรรยากาศองค์การ	Mean	S.D.	การแปลผล
1. มิติด้านโครงสร้างองค์การ	4.47	0.52	มาก
2. มิติด้านความรับผิดชอบ	4.38	0.50	มาก
3. มิติด้านความอบอุ่น	4.41	0.55	มาก
4. มิติด้านการสนับสนุน	4.26	0.54	มาก
5. มิติด้านการให้รางวัลและลงโทษ	4.10	0.59	มาก
6. มิติด้านความเสี่ยง	4.07	0.58	มาก
7. มิติด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน	4.22	0.53	มาก
8. มิติด้านการจัดการความขัดแย้ง	4.13	0.53	มาก
9. มิติด้านความเป็นอันหนึ่งเดียวกัน	4.36	0.56	มาก
ภาพรวม	4.27	0.45	มาก

3. ระดับการสนับสนุนจากองค์การในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

เมื่อพิจารณาระดับการสนับสนุนจากองค์การ พบว่า ภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.13 (SD=0.49) เมื่อพิจารณาการสนับสนุนจากองค์การรายด้านพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการบริหารจัดการ ค่าเฉลี่ย 4.21 (SD=0.55) รองลงมาคือ ด้านเวลา ค่าเฉลี่ย 4.15 (SD=0.53) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ค่าเฉลี่ย 4.13 (SD=0.57) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านบุคลากร ค่าเฉลี่ย 4.06 (SD=0.58) รองลงมาคือ ด้านงบประมาณ ค่าเฉลี่ย 4.09 (SD=0.60) ดังรายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการสนับสนุนจากองค์การในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

การสนับสนุนจากองค์การ	Mean	S.D.	การแปลผล
1. ด้านบุคลากร	4.06	0.58	มาก
2. ด้านงบประมาณ	4.09	0.60	มาก
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	4.11	0.57	มาก
4. ด้านการบริหารจัดการ	4.21	0.55	มาก
5. ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	4.13	0.57	มาก
6. ด้านเวลา	4.15	0.53	มาก
ภาพรวม	4.13	0.49	มาก

4. การปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ พบว่า โดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.37 (SD=0.48) เมื่อพิจารณาการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการรายข้อพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ลดลง ค่าเฉลี่ย 4.43 (SD=0.53) รองลงมาคือ การตรวจคัดกรองพัฒนาการ เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน และการติดตามเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า ที่ได้รับการกระตุ้น ค่าเฉลี่ย 4.41 (SD=0.56) และค่าเฉลี่ย 4.41 (SD=0.55) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน ที่ตรวจพบสงสัยล่าช้า และการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ค่าเฉลี่ย 4.30 (SD=0.64) และค่าเฉลี่ย 4.32 (SD=0.58) ดังรายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

การปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์	Mean	S.D.	การแปลผล
1. การตรวจคัดกรองพัฒนาการ เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน	4.41	0.56	มาก
2. การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน ที่ตรวจพบสงสัยล่าช้า	4.30	0.64	มาก
3. การติดตามเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า ที่ได้รับการกระตุ้น	4.41	0.55	มาก
4. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง	4.43	0.53	มาก
5. การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	4.30	0.58	มาก
ภาพรวม	4.37	0.48	มาก

**5. บรรยาการองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์
คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์**

5.1 บรรยาการองค์การ ในภาพรวมบรรยาการองค์การมีความสัมพันธ์ปานกลางกับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.648$, $p\text{-value}<0.001$) เมื่อพิจารณา
รายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มิติโครงสร้างองค์การ ($r=0.566$, $p\text{-value}<0.001$) มิติด้านความรับผิดชอบ
($r=0.544$, $p\text{-value}<0.001$) มิติด้านความอบอุ่น ($r=0.445$, $p\text{-value}<0.001$) มิติด้านการสนับสนุน
($r=0.535$, $p\text{-value}<0.001$) มิติด้านการให้รางวัลและลงโทษ ($r=0.494$, $p\text{-value}<0.001$) มิติด้าน
ความเสี่ยง ($r=0.535$, $p\text{-value}<0.001$) มิติด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน ($r=0.603$, $p\text{-value}<0.001$)
มิติด้านการจัดการความขัดแย้ง ($r=0.555$, $p\text{-value}<0.001$) และมิติด้านความเป็นอันหนึ่งเดียวกัน $r=0.550$,
 $p\text{-value}<0.001$) ดังรายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างบรรยากาศองค์การกับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

บรรยากาศองค์การ	การปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P - value	ระดับ ความสัมพันธ์
บรรยากาศองค์การ	0.648***	<0.001	ปานกลาง
มิติโครงสร้างองค์การ	0.566***	<0.001	ปานกลาง
มิติด้านความรับผิดชอบ	0.544***	<0.001	ปานกลาง
มิติด้านความอบอุ่น	0.445***	<0.001	ปานกลาง
มิติด้านการสนับสนุน	0.535***	<0.001	ปานกลาง
มิติด้านการให้รางวัลและลงโทษ	0.494***	<0.001	ปานกลาง
มิติด้านความเสี่ยง	0.535***	<0.001	ปานกลาง
มิติด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน	0.603***	<0.001	ปานกลาง
มิติด้านการจัดการความขัดแย้ง	0.555***	<0.001	ปานกลาง
มิติด้านความเป็นอันหนึ่งเดียวกัน	0.550***	<0.001	ปานกลาง

*** มีนัยสำคัญที่ระดับ $p=0.001$

5.2 การสนับสนุนจากองค์การ พบว่า ในภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ปานกลางกับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.641$, $p\text{-value}<0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านบุคลากร ($r=0.527$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านงบประมาณ ($r=0.554$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r=0.551$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านการบริหารจัดการ ($r=0.611$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ($r=0.543$, $p\text{-value}<0.001$) และด้านเวลา ($r=0.582$, $p\text{-value}<0.001$) ดังรายละเอียดตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการสนับสนุนจากองค์การกับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

การสนับสนุนจากองค์การ	การปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P - value	ระดับความสัมพันธ์
การสนับสนุนจากองค์การ	0.641***	<0.001	ปานกลาง
ด้านบุคลากร	0.527***	<0.001	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	0.554***	<0.001	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.551***	<0.001	ปานกลาง
ด้านการบริหารจัดการ	0.611***	<0.001	ปานกลาง
ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	0.543***	<0.001	ปานกลาง
ด้านเวลา	0.582***	<0.001	ปานกลาง

*** มีนัยสำคัญที่ระดับ $p=0.001$

6. บรรยายาคอองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ถูกเลือกเข้าสมการ คือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรอิสระที่ถูกเลือกเข้ามาในสมการเรียงลำดับได้ดังนี้ การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ ($p\text{-value} < 0.001$) บรรยายาคอองค์การในมิติด้านความโครงสร้างองค์การ ($p\text{-value} < 0.001$) และบรรยายาคอองค์การในมิติด้านความเสี่ยง ($p\text{-value} = 0.010$)

จากผลการศึกษาดังกล่าว ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้ $Y = 1.345 + (0.293) (\text{การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ}) + (0.250) (\text{บรรยายาคอองค์การมิติด้านโครงสร้างองค์การ}) + (0.165) (\text{บรรยายาคอองค์การมิติด้านความเสี่ยง})$ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเมื่อคะแนนของตัวแปรการสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ บรรยายาคอองค์การมิติด้านโครงสร้างองค์การ และบรรยายาคอองค์การมิติด้านความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1 หน่วยทำให้คะแนนการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ เพิ่มขึ้น 0.293, 0.250 และ 0.165 หน่วย ตามลำดับ มีค่าคงที่ของการทำนายเท่ากับ 1.345 โดยตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ร้อยละ 47.1 ดังรายละเอียดตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

ตัวแปร	B	Beta	T	p- value	R	R ²	R ² _{adj}	R ² change
1. การสนับสนุนจาก องค์การด้านการบริหาร จัดการ	0.293	0.336	4.097	<0.001	0.611	0.374	0.370	-
2. บรรยากาศองค์การ มิติด้านโครงสร้าง องค์การ	0.250	0.278	3.657	<0.001	0.668	0.446	0.438	0.072
3. บรรยากาศองค์การ มิติด้านความเสี่ยง	0.165	0.202	2.599	0.010	0.686	0.471	0.460	0.025
ค่าคงที่ 1.345, F=42.130, p-value<0.001, R=0.686, R ² =0.471, R ² _{adj} =0.460								

7. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า บรรยากาศองค์การในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หากมีรูปแบบส่งเสริมบรรยากาศองค์การที่มีความเสี่ยง จะทำให้สภาพแวดล้อมของผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มขีดความสามารถและไม่เพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ไม่บรรลุเป้าหมายตามที่องค์กรตั้งไว้ จึงควรมีการให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมและออกแบบรูปแบบของการปฏิบัติงานให้เหมาะสมและมีการแลกเปลี่ยนรวมทั้งเสนอแนะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการให้ลุล่วงเป็นอย่างดี ส่วนการสนับสนุนจากองค์การ พบว่า ภาระงานที่เพิ่มขึ้นทำให้มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติงาน และงบประมาณที่ใช้ในการขับเคลื่อนการทำงานมีน้อยทำให้จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ไม่ตรงตามความต้องการ รวมทั้งเทคโนโลยีสารสนเทศก็มีส่วนช่วยให้การปฏิบัติงานได้ง่ายและเร็วมากขึ้น แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของหน่วยบริการในการอำนวยความสะดวกให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่หากอยู่พื้นที่ไกลก็จะมีโอกาสพัฒนาได้ช้ากว่าพื้นที่ที่มีการพัฒนาแล้ว และผลการปฏิบัติงานมีการกำหนดช่วงเวลาประเมินผล ซึ่งอาจทำให้การบันทึกข้อมูลและส่งผลปฏิบัติงานไม่ทันเวลา ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้ง การปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นการปฏิบัติงานตามปกติแต่มีระยะเวลาเป็นตัวกำหนดผลงาน จึงทำให้การปฏิบัติงานในพื้นที่ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากความครอบคลุมของเด็กในพื้นที่ บางครั้งเด็กเพิ่งมาใหม่หรือเด็กไม่ได้อยู่ในพื้นที่ และการให้ความร่วมมือของผู้ปกครองส่งผลให้การตรวจคัดกรองไม่ครบถ้วน ทันท่วงที นอกจากนี้การดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกมีการใช้องค์ประกอบที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จจากการร่วมมือของภาคีเครือข่ายและมีการควบคุมโรคโดยอาศัยมาตรการ 0,3,7 รวมทั้งการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ถึงแม้จะมีการดำเนินงานตามที่แนวทางของจังหวัดแต่ก็มักเกิดจากบุคคลที่ไปทำงานนอกพื้นที่ ขาดการติดต่อ แล้วกลับมาคลอດในพื้นที่ ซึ่งยากต่อการควบคุมให้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

8. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

โดยภาพรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดทั้งหมด 146 ฉบับ กลุ่มตัวอย่างได้นำเสนอปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะทั้งหมด 40 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 27.4 ซึ่งบรรยากาศองค์การในด้านโครงสร้างการทำงานยังไม่ครอบคลุมและมอบหมายภาระหน้าที่ความรับผิดชอบที่ไม่ชัดเจนทำให้มีภาระการทำงานมาก รวมทั้งไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและการสร้างขวัญกำลังใจที่ดีแก่เจ้าหน้าที่ที่ทำงานหนักในแต่ละช่วงสถานการณ์ได้ดีพอ และการสนับสนุนจากองค์การ ยังพบว่าการจัดสรรอัตรากำลังยังไม่เพียงพอทำให้ได้รับผิดชอบที่มากขึ้นทำให้เจ้าหน้าที่มีความเหนื่อยล้าในการทำงาน และการได้รับจัดสรรงบประมาณน้อยทำให้บริหารจัดการในการดำเนินงานการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการได้ยาก

สรุปและอภิปรายผล

1. บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 บรรยากาศองค์การ จากผลการศึกษา พบว่า บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.648$, $p\text{-value}<0.001$) เนื่องจากบรรยากาศองค์การเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงาน ด้วยการปฏิบัติงานภายใต้การกำกับควบคุม ความยืดหยุ่นของโครงสร้างองค์การ กฎระเบียบขององค์การ แบบของผู้นำหรือผู้บังคับบัญชาที่มีรูปแบบส่งเสริมบรรยากาศองค์การจะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงานเพื่อให้อาจปฏิบัติงานได้อย่างเต็มขีดความสามารถและเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมาย รวมทั้งบรรยากาศองค์การยังมีความสำคัญกับความพึงพอใจ ความมุ่งมั่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽¹³⁻¹⁵⁾ และการที่มีความตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการพัฒนาโดยพิจารณาบรรยากาศเป็นสิ่งแรกจะช่วยให้พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่รับรู้ทัศนคติของบุคคลในองค์การ

1.2 การสนับสนุนจากองค์การ จากผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.641$, $p\text{-value}<0.001$) เนื่องจากการสนับสนุนจากองค์การ เป็นกระบวนการส่งเสริมการบริหารหรือทรัพยากรบริหารขององค์กร เพื่อให้การบริหารงานขององค์กรมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งผู้บริหารเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนปัจจัยพื้นฐานของการบริหาร ซึ่งประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการบริหารจัดการ และให้การมีความพัฒนามากขึ้นต้องอาศัยปัจจัยในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและเวลา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ และการทำงานที่บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ การสนับสนุนจากองค์การจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญ

ในการช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ดำเนินงานได้อย่างเต็มที่ ซึ่งมีการได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอและเหมาะสม

2. ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ ($p\text{-value}<0.001$) บรรยากาศองค์การมีมติด้านโครงสร้างองค์การ ($p\text{-value}<0.001$) และ บรรยากาศองค์การมีมติด้านความเสี่ยง ($p\text{-value}=0.010$) ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ได้ร้อยละ 47.1 โดยสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า สนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการมีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(9,19-20) และบรรยากาศองค์การมีมติด้านโครงสร้างองค์การมีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽²¹⁻²³⁾ และบรรยากาศองค์การมีมติด้านความเสี่ยงมีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(15,24-25) นอกจากนี้การประเมินความเสี่ยงโดยการค้นหาความเสี่ยงในการทำงานอย่างสม่ำเสมอเป็นการให้เจ้าหน้าที่ได้มีส่วนร่วมและหาทางแก้ไขปัญหาลงไปด้วยกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการวางแผนการดำเนินงานโดยคำนึงความแตกต่างของบริบท ให้มีเหมาะสมและควรมีการประสานงานระหว่างภายในและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีสับสนับสนุนบุคลากรตามภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นและกำหนดหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจนและเหมาะสมตามสายงานวิชาชีพ
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีระบบการจัดความเสี่ยงที่เหมาะสมและมีการประเมินความเสี่ยง ค้นหาความเสี่ยงในการทำงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีมาตรการแก้ไขและป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์
2. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความสำเร็จและความเมตตาและกรุณาอย่างดียิ่งจากบุคคลสำคัญหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.ชนะพล ศรีฤๅชา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทาง ตลอดจนการวิจัย และขอขอบพระคุณ อ.ดร.สุทิน ชนะบุญ และ ผศ.ดร. สุรัชย์ พิมพ์หา ที่ได้ให้คำชี้แนะ ให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ตลอดจนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ สำนักงานสาธารณสุขสุโขทัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2559.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ; 2563.
3. Litwin GH, Stringer RA. Motivation and organization climate. Boston: Division of Research. Harvard Business School; 1968.
4. ทองหล่อ เดชไทย. หลักการบริหารงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2545.
5. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ; 2562.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ (เอกสารอัดสำเนา). บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2563.
8. Cohen J. Statistical power analysis for behavior science. 2nd ed. New York: Academic; 1988.
9. ดัชนีวรรณ สัตย์ธรรม, ชนะพล ศรีฤๅชา.บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2562; 12(1):41-50.
10. Likert R. The human organization: Its management and values. New York: McGraw-Hill; 1967.
11. Chantasuan S, Buathuan S. Social science research methodology. Khon Kaen: Department of Sociology and Anthropology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Khon Kaen University; 2004.

12. Elifson KW, Richard RP, Haber A. Fundamentals of Social Statistics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1990.
13. นิรุบล ดีพลกรัง, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมหา. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา.วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2563;20(2):72-83.
14. ณัฐพล โยธา, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมหา. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น.วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2562;19(1):149-60.
15. ฐานกร คำหารพล, ชนะพล ศรีฤๅชา. บรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพพระตำบ่อำเภอของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2561;25(2):35-45.
16. ภูมิฤทัย จุริณณะ, สุวิทย์ อุดมพานิชย์. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานตามพันธกิจที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดของนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2563;20(3):158-66.
17. พงศ์สมุทร เจณบริรักษ์, ประจักษ์ บัวผัน, ชัญญา อภิบาลกุล. คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562;12(2):216-29.
18. สุภัทธา สุขวิเศษ, ชนะพล ศรีฤๅชา. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการจัดการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากร โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2562;12(1):32-40.
19. นาดยา คำเสนา, ประจักษ์ บัวผัน, มกราพันธุ์ จูฑะรสก. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา.วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2563;20(2):84-95.
20. จินตนา กีเกียง, ประจักษ์ บัวผัน. บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2562;19(2):154-65.
21. ฉัตรพงศ์ มงคลสิน, ชัญญา อภิบาลกุล. บรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการจัดการความขัดแย้งของบุคลากรในโรงพยาบาลวังสะพุง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย.การประชุมวิชาการเสนอผลงานระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ประจำปี 2557. บุรีรัมย์: มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ 2557; 32-9.
22. ภัทรวิทย์ เงินทอง. คุณภาพชีวิตการทำงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2555;17(2):60-9.

23. อาวิน บุญโรจน์, วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. บรรยาการขององค์การที่มีผลต่อภาพรวมการบริหารองค์กรในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ด้านการนำองค์กรของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู.การประชุมวิชาการเสนอผลงานระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ประจำปี 2557. บุรีรัมย์: มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์.255; 615-24.
24. สันติ อุทธีรัช, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศาลาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2560;17(3):64-75.
25. นครินทร์ ประสิทธิ์, ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและบรรยาการขององค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2561;18(2):65-77.

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟันในเด็กวัยก่อนเรียน

สุกัญญา ฆารสินธุ์^a, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์^{**}, สายฝน จันทรหอม^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟันของเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยก่อนเรียน (3-5 ปี) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดอนหัน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 60 คนที่ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และควบคุม จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟัน ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องการแปรงฟันที่ถูกรวบรวมจากคู่มือการแปรงฟัน และการใช้หุ่นยนต์ “พี่กระป๋องพาน้องแปรงฟัน” โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.99 และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบประเมินทักษะการแปรงฟัน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00-1.00 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าคะแนนรวมเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย Independent t-test

ผลวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนรวมเฉลี่ยในทักษะการแปรงฟันในระดับสูง ($\bar{X}$ =24.20, SD=2.17, Max=27, Min=19) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนรวมเฉลี่ยในทักษะการแปรงฟันในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =19.87, SD=1.96, Max=23, Min=17) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนรวมเฉลี่ยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนรวมเฉลี่ยในทักษะการแปรงฟันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$, Mean diff.=4.33, 95% CI =3.34-5.19) จากการวิจัยเห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟันในเด็กวัยก่อนเรียน มีประสิทธิผลที่ดีและควรนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟัน; เด็กวัยก่อนเรียน; ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

^a อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

^a ผู้เขียนหลัก สุกัญญา ฆารสินธุ์ Email: Sukanya@rtu.ac.th

^{**} อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

^{***} หัวหน้าสถานศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชนดอนหัน กองการศึกษา เทศบาลตำบลหนองบัว จังหวัดอุดรธานี

รับบทความ: 19 ก.ค. 64; **รับบทความแก้ไข:** 11 ก.ย. 64; **ตอบรับตีพิมพ์:** 11 ก.ย. 64; **ตีพิมพ์ออนไลน์** 11 ต.ค. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.50>

Effectiveness of Brushing Skill Promotion Program for Pre-School Children

Sukanya Kansin^{*a}, Kritkantorn Suwannaphant^{**}, Saifon Janhom^{***}

Abstract

This quasi-experimental research aimed to determine the effectiveness of the brushing skill promotion program for pre-school children. The purposive sampling was used to recruit 60 pre-school children (aged 3-5 years) in Don Han Child Development Center, Mueang district, Udon Thani province. The samples were divided into 2 groups: experimental and control groups of 30 children each. Instruments were: 1) brushing skills promotion program consisting of knowledge sessions about proper toothbrush, toothbrush skill demonstrations and use of robotic simulations: “Brother Can Teaches Toothbrushing for Kids”. The tools were validated by 5 experts yielding the validity of 0.99 and 2) instruments used for data collection including brushing skill assessment, with consistency index of 1.00–1.00 and reliability of 0.74. Frequencies, percentages, means and standard deviations were used for descriptive statistics. Independent t-test was used to compare mean differences between experimental and control groups.

Results showed that, after the program, the experimental group’s average scores in brushing skills were at a high level ($\bar{X}$ =24.20, SD=2.17, Max=27, Min=19) while the control group’s average scores were at a moderate level ($\bar{X}$ =19.87, SD=1.96, Max=23, Min=17). The average scores in brushing skills in the experimental group were significantly higher than those from the control group ($p<0.01$, Mean diff.=4.33, 95%CI =3.34-5.19). It can be concluded that the brushing skill promotion program was practical and useful for pre-school children and should be promoted for further use.

Keywords: Brushing skill promotion program; Pre-school children; Child development center

* Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udon Thani Campus

^a Corresponding author: Sukanya Kansin Email: Sukanya@rtu.ac.th

^{**} Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen

^{***} Head, Don Han Child Development Center, Division of Education, Office of Nong Bua Subdistrict Municipality, Udon Thani

Received: Jul 19, 21; Revised: Sep. 11, 21; Accepted: Sep. 11, 2021; Published Online: Oct. 11, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.50>

บทนำ

ปัญหาทางสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยสถานการณ์การเกิดภาวะฟันผุของเด็กวัยก่อนเรียนในประเทศไทย จากการสำรวจของสำนักทันตสาธารณสุขและกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2563 ในเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นช่วงปีแรกที่มีฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ พบว่าเด็กมีโรคฟันผุร้อยละ 58.9 มีค่าเฉลี่ยฟันผุดูดอน (Decay Missing Filled Teeth: DMFT) 1.7 ซี่/คน เด็กมี plaque ซี่ใดซี่หนึ่งใน 4 ซี่หน้า ร้อยละ 13.5 และมี White spot ซี่ใดซี่หนึ่ง ร้อยละ 10.5⁽¹⁾ เด็กวัยนี้เป็นช่วงอายุที่สำคัญที่สุดในการเตรียมความพร้อมในทุกด้าน แต่เมื่อมีปัญหาสุขภาพช่องปากจะส่งผลกระทบต่อเด็กได้แก่ ด้านร่างกาย เด็กจะปวดฟัน เคี้ยวอาหารไม่ได้ ร่างกายจะได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อการเจริญเติบโต อีกทั้งอาการปวดฟันยังส่งผลต่อการนอนหลับและการเรียนรู้ สิ่งเหล่านี้ล้วนกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก สามารถขัดขวางพัฒนาการทางร่างกาย และส่งผลกระทบต่ออารมณ์และสติปัญญาได้ นอกจากนี้เด็กที่มีฟันน้ำนมผุ ก็มักจะพบว่าฟันแท้ผุไปด้วย เนื่องจากเด็กที่มีฟันผุจะมีเชื้อก่อโรคฟันผุในช่องปากมากกว่าปกติ ซึ่งจะส่งผลให้ฟันแท้ที่กำลังจะขึ้นใหม่นั้นเกิดฟันผุได้เช่นเดียวกัน⁽²⁾ ส่วนด้านจิตใจและสังคม เด็กเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในลักษณะฟันของตนเอง มีปมด้อยจากการถูกล้อเลียน ขาดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ขาดความมั่นใจในตนเอง เกิดปัญหาในการเข้าสังคม ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า⁽²⁾ และด้านสติปัญญา การขาดเคี้ยวมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านการทำงานของสมอง และเมื่อเด็กได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจะส่งผลกระทบต่อระดับสติปัญญาของเด็กได้เช่นกัน⁽³⁾ ทั้งยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการพูด เด็กวัยนี้จึงควรได้รับการสอนการแปรงฟันที่ถูกต้อง⁽⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าสาเหตุปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพฟันของเด็กปฐมวัยมาจาก 3 ส่วน คือ 1) ปัจจัยจากตัวบุคคลเกี่ยวกับความสมบูรณ์และความบกพร่องของฟัน⁽⁵⁾ 2) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อาหารรับประทานที่มีน้ำตาล โดยซูโครสเป็นน้ำตาลที่มีความสำคัญมากที่สุดในการก่อให้เกิดโรคฟันผุ เนื่องจากแบคทีเรียสามารถนำไปสร้างเด็กซ์แทรน (Dextran) และ กลูแคน (Glucan) เพื่อใช้ในการยึดติดกับผิวฟันได้ นอกจากนี้กลูโคสและฟรุคโตส ที่พบในผลไม้และน้ำผึ้งก็สามารถทำให้ค่าความเป็นกรด (pH) ลดลงเช่นเดียวกับซูโครสทำให้เกิดการสูญเสียแร่ธาตุที่ผิวฟันได้⁽⁶⁾ อาหารประเภทแป้ง แป้งที่ผ่านการแปรรูป (Refined starch) ที่อยู่ในอาหาร เช่น ขนมปังหรือบิสกิตจะทำให้ pH ลดลงเช่นเดียวกับอาหารที่มีความเป็นกรดและมีรสหวาน⁽⁷⁾ อาหารประเภทนม นมมีน้ำตาลแลคโตส (Lactose) เป็นส่วนประกอบหลักซึ่งแบคทีเรียสามารถนำไปสร้างกรดได้เช่นเดียวกับน้ำตาลชนิดอื่นๆ แต่นมยังมีสารประกอบที่ช่วยในการป้องกัน ฟันผุ ได้แก่ โปรตีน และฟอสเฟต ซึ่งนมทำให้เกิดฟันผุในหนูไม่แตกต่างจากน้ำกลั่น⁽⁸⁾ Turton B. ได้รายงานถึงเด็กอายุ 2 ขวบที่ดูนมแม่มากกว่า 5 ครั้ง คาไว้ในปากมีผลทำให้เกิดฟันผุรุนแรงในเด็กปฐมวัย เนื่องจากในน้ำนมแม่มีแลคโตสเป็นส่วนประกอบ เด็กที่มีพฤติกรรมในการดื่มนมเหมือนกัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุเรียงตามลำดับจากมากไปน้อยคือ นมผงหวาน นมแม่ นมผงจืด เนื่องจากความหวานในนมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ⁽⁹⁾ และวิธีการให้นม เด็กที่หลับคาขวดนม หรือดูดนมมารดาทุกครั้งที่ต้องการในขณะนอนหลับ ซึ่งในขณะที่เด็กหลับ น้ำลายจะหลั่งออกมาในช่องปากน้อย ทำให้ การชะล้างของเหลวในช่องปากไม่ดี จึงเกิดโรคฟันผุได้⁽¹⁰⁾ การทำความสะอาดช่องปาก การแปรงฟันที่ไม่ถูกวิธี เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก โดยการแปรงฟันเป็นวิธีการทำความสะอาดช่องปากและฟันที่มีผลในการช่วยลดและป้องกันโรคฟันผุ เนื่องจากสามารถช่วยลดการก่อตัวของเชื้อ รวมทั้ง

ยังสามารถหยุดและชะลอการเกิดโรคฟันผุระยะที่ 1 ได้⁽¹¹⁾ นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเด็กส่วนใหญ่ไม่ได้รับการแปรงฟันจากผู้เลี้ยงดู หรือได้รับการแปรงฟันซ้ำเกินควร⁽¹²⁾ ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม จากฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี ส่งผลทำให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ขาดการดูแลเอาใจใส่ทั้งต่อสุขภาพของตนเองและบุตรอีกด้วย ความเครียดอันเนื่องมาจากผลของระดับชนชั้นในสังคม คือมีรายได้ต่ำ ทำให้เพิ่มความเครียดทางการเงิน ความไม่มั่นคงทางสังคม และส่งผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กทำให้เกิดฟันผุได้⁽⁶⁾ และความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติของผู้ดูแล จากการศึกษาของ นภา สุวรรณพรัตน์ พบว่าผู้ปกครองที่มีเด็กฟันไม่ผุ มีระดับความรู้ ความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพช่องปากแตกต่างจากผู้ปกครองที่มีเด็กฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05⁽¹³⁾ และ 3) ปัจจัยทางชีววิทยา เกิดจากการทำปฏิกิริยาร่วมกันระหว่างเชื้อโรค (Cariogenic microorganism) Mutans Streptococci (MS) อาหาร (Fermentable carbohydrate) และฟัน (Host) เกิดเป็นไบโอฟิล์ม ที่ก่อโรคฟันผุ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจะเกิดรอยโรคเริ่มต้นก่อนลุกลามต่อไป และหากบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาร์โบไฮเดรตที่ย่อยสลายได้สมบูรณ์ (Fermentable carbohydrate) บ่อยๆ เช่น นม นมผง น้ำผลไม้ หรือโซดา จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดฟันผุได้⁽¹⁴⁾ ซึ่งพฤติกรรมที่สำคัญที่จะช่วยลดและป้องกันปัญหาฟันผุคือการแปรงฟันที่ถูกรวิธี การทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟัน เป็นปัจจัยเชิงบวกลดการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ลดการก่อตัวสะสมของเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุ รวมทั้งสามารถหยุดและชะลอการเกิดฟันผุในระยะเริ่มแรกได้ ด้วยผลของฟลูออไรด์ในยาสีฟัน การแปรงฟันตั้งแต่อายุน้อยจะสัมพันธ์กับการไม่เป็นโรคฟันผุ เด็กที่เริ่มแปรงฟันก่อนอายุ 1 ปีจะมีสภาวะปราศจากโรคฟันผุเมื่ออายุ 3 ปีสูงกว่า และเด็กที่มีการแปรงฟันตั้งแต่อายุน้อย จะมีอัตราผุ-ถอน-อุดต่อคนต่ำกว่าเด็กที่แปรงฟันเมื่ออายุมากอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁵⁾ เด็กที่รับประทานอาหารว่างบ่อยครั้ง แต่แปรงฟันสม่ำเสมอ จะมีฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ไม่ค่อยรับประทานอาหารว่าง แต่มีการทำความสะอาดช่องปากไม่ดี แสดงให้เห็นว่าการแปรงฟันมีผลในลดฟันผุมากกว่าการจำกัดการรับประทานอาหารที่เสี่ยง⁽¹⁶⁾

จากการสำรวจภาวะสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดอนหัน ตำบลหนองบัว อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาฟันผุจำนวนมากร้อยละ 58.80 ปวดฟันร้อยละ 21.30 มีคราบหินปูนร้อยละ 58.80 มีกลิ่นปากร้อยละ 6.30 มีเหงือกอักเสบร้อยละ 1.30⁽¹⁷⁾ ซึ่งปัญหาสำคัญเหล่านี้หากไม่ได้รับการแก้ไขจะก่อให้เกิดผลเสียต่างๆ ตามมา แม้ที่ผ่านมาจะมีสื่อการสอนเรื่องการแปรงฟันไว้อย่างหลากหลาย และมีมาตรการต่างๆ เช่นการดำเนินงานของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยให้เด็กได้รับการแปรงฟันตั้งแต่ซี่แรกโดยใช้สื่อตุ๊กตาสอนแปรงฟัน ซึ่งผลการประเมินในระดับจังหวัดพบว่าสื่อตุ๊กตานอกจากช่วยสอนแปรงฟัน ยังมีประโยชน์ในเรื่องอื่นอีกหลายประการ อย่างไรก็ตามมีข้อคิดเห็นจากผู้ใช้งาน ได้แก่ สื่อดูน่ากลัว ไม่มีผู้ยอมใช้งาน ไม่สามารถนำตุ๊กตามาใช้สอนแปรงฟันได้ เนื่องจากตุ๊กตาอาจปากได้จำกัดช่องปากมีขนาดเล็ก อ้าปากได้น้อยเกินไป และเสนอแนะให้ทำให้ฟันของตุ๊กตามีช่องสามารถใส่ไหมขัดฟันได้ก็จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพสื่อตุ๊กตามากยิ่งขึ้น⁽¹⁸⁾ และผลการประเมินในระดับเขตสุขภาพพบว่าสื่อตุ๊กตามีประโยชน์หลายประการ แต่พบปัญหาในการใช้งานคือปากตุ๊กตาเล็ก อ้าปากไม่กว้าง⁽¹⁹⁾ ซึ่งเห็นได้ว่ายังขาดสื่อที่เหมาะสมในการส่งเสริมทักษะการแปรงฟันในเด็ก และจากการสังเกตพฤติกรรมกรมการแปรงฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดอนหัน พบว่ามีการแปรงฟันไม่ถูกรวิธี และใช้เวลาในการแปรงฟันที่ไม่เหมาะสม การแก้ไขปัญหาดังกล่าวเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟันซึ่งประกอบด้วย การสอนการแปรงฟันที่ถูกรวิธี พร้อมกับสาธิตขั้นตอนการแปรงฟัน และใช้หุ่นยนต์ที่กระป๋อง

พาน้องแปร่งฟันที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อส่งเสริมการแปร่งฟันอย่างถูกวิธีและใช้เวลาในการแปร่งฟันที่ถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบทักษะการแปร่งฟันของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการแปร่งฟัน กับเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับการสอนแบบปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

คะแนนรวมเฉลี่ยในทักษะการแปร่งฟันของเด็กวัยก่อนเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการแปร่งฟันสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ด้วยธรรมชาติการเรียนรู้ของวัยก่อนเรียน เด็กมีจินตนาการและมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ อยากรู้ อยากเห็น กระตือรือร้น สามารถแยกแยะความแตกต่างของสิ่งต่างๆ จัดกลุ่มของสัตว์และรูปร่าง รับรู้และจินตนาการของตนเอง โดยยังไม่รู้จักคิดไตร่ตรองอย่างรอบด้าน การแก้ปัญหาของเขาจึงเป็นแบบลองผิดลองถูก จึงจำเป็นต้องมีตัวแบบที่ดี และสื่อการสอนที่ดีเป็นแบบอย่างให้กับเด็กได้เรียนรู้ งานวิจัยนี้จึงใช้กรอบทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) ของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura)⁽²⁰⁾ โดยแบนดูรา เชื่อว่าการรับรู้ความสามารถตนเองมีผลต่อการกระทำของบุคคล คนเราจะสร้างการรับรู้ความสามารถของ ตนเองต่อเรื่องใดนั้นเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ ซึ่งการสังเกตจากตัวแบบเป็นวิธีสร้างสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยการให้เรียนรู้ผ่านการสังเกต นำไปสู่พฤติกรรมการเล่นแบบผ่าน 4 กระบวนการ คือ กระบวนการตัดสินใจโดยบุคคลสามารถเรียนรู้จากการสังเกตอย่างแม่นยำจากพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกไม่ซับซ้อน เข้าใจง่าย กระบวนการเก็บจำโดยบุคคลจะจดจำลักษณะตัวแบบแล้วแปลงข้อมูลจากตัวแบบในรูปของสัญลักษณ์และจัดโครงสร้างเพื่อให้จดจำง่าย กระบวนการทำโดยเปรียบเทียบการกระทำกับภาพที่จดจำจากตัวแบบทำให้บุคคลมีการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมเลียนแบบของตนจนเป็นที่พอใจ และกระบวนการสนใจถ้าผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำตามตัวแบบเป็นที่พอใจจึงเกิดพฤติกรรมเรียนรู้จากการสังเกต รวมถึงการให้เด็กมีการเคลื่อนไหว โดยใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กในการปฏิบัติการแปร่งฟันตามจังหวะเสียงเพลงตามทฤษฎีพัฒนาการของอาร์โนลด์ กีเซล กีเซล (Arnold Gesell)⁽²¹⁾ โดยเชื่อว่าพฤติกรรมของเด็กจะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ความพร้อมของกล้ามเนื้อต่างๆ ของร่างกาย ฯลฯ จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมขึ้น ซึ่งเด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่เริ่มมีพัฒนาการในด้านการใช้ภาษา และความสามารถทางการเคลื่อนไหวทางกายมากขึ้น การนำโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปร่งฟันมาใช้ซึ่งประกอบด้วย การสอน การสาธิต และการสังเกตตัวแบบที่เป็นสื่อ “หุ่นกระป๋องพาน้องแปร่งฟัน” ผ่านกระบวนการให้ความสนใจ การจดจำ ปฏิบัติ และสนใจให้ทำตาม โดยที่เด็กมีพฤติกรรมของการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดเล็กในการแปร่งฟันตามจังหวะเสียงเพลงที่บรรจุในสื่อ



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปร่งฟันที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการแปร่งฟันที่ถูกวิธี การสาธิตการแปร่งฟันที่ถูกต้องในแต่ละขั้นตอน และการใช้หุ่นยนต์ “พีระป้องกันช่องแปร่งฟัน” กิจกรรมใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ประชากร

ประชากร คือเด็กวัยก่อนเรียนอายุตั้งแต่ 3-5 ปี จำนวน 131 คน ที่ศึกษา ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดอนหัน สังกัดกองการศึกษา เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้รับดูแลเด็กตั้งแต่อายุ 2 ถึง 5 ปี มีครูผู้ดูแล 8 ท่าน

กลุ่มตัวอย่าง เด็กวัยก่อนเรียนอายุตั้งแต่ 3-5 ปี ที่ศึกษาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดอนหัน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง (Experimental group) จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 30 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ผ่านมาของ อัสมาพร สุรินทร์ และคณะ⁽²²⁾ ใช้ค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=33.90$, $SD=4.06$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}=28.19$, $SD=5.93$) วิธีการคำนวณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปจาก Application n4studies โดยใช้สูตรของ Bernard R⁽²³⁾

$$n_1 = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 [\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r}]}{\Delta^2}$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, \Delta = \mu_1 - \mu_2$$

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ขอความร่วมมือคุณครูที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เข้ากลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน
2. ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) โดยดูข้อมูลของเด็กวัยก่อนเรียนจากประวัติการเข้าเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
3. อธิบายการเข้าร่วมงานวิจัย ลักษณะงานวิจัย ลักษณะการจัดกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย และการกำหนดกิจกรรมให้คุณครู กลุ่มตัวอย่าง และผู้ปกครองทราบ

4. สอบถามความเข้าใจจากคุณครูและผู้ดูแล จากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ถ้าคุณครูและผู้ปกครองมีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมงานวิจัย ให้ผู้วิจัยนำเอกสารเซ็นยินยอมให้ผู้ปกครองเซ็นเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่ง 30 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมก่อน และทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองอีก 30 คนหลัง โดยให้มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มควบคุม ในเรื่องอายุและเพศ และในช่วงทำการทดลองแยก 2 กลุ่ม อยู่คนละห้อง เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างทั้งสองเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ได้พัฒนาขึ้น ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปร่งฟันที่พัฒนาจากแนวคิดของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory)⁽²⁰⁾ ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการแปร่งฟันที่ถูกวิธี สาธิตขั้นตอนการแปร่งฟัน และการใช้ตัวแบบหุ่นยนต์”ที่กระป๋องพาน้องแปร่งฟัน”ซึ่งเป็นหุ่นยนต์มีเพลงที่บรรจไว้ โดยเนื้อหาของเพลงจะบอกขั้นตอนแปร่งฟัน และวิธีการแปร่งฟันที่ถูกต้องระยะเวลาของเพลงมีความยาว 2 นาที ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมในการแปร่งฟันให้มีคุณภาพ เครื่องมือผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านวิศวกรรมเครื่องกล 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 1 ท่าน มีอัตราส่วนความตรงของเนื้อหา (Content validity ratio: CVR) เท่ากับ 0.99 นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-5 ปี ที่ศูนย์เด็กเล็กหนองตาเหล็ก ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งไม่เป็นพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 30 คน ตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมโดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test ผลการทดสอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปร่งฟันมีค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติทักษะการแปร่งฟันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$, Mean difference 9.37 95%, CI 8.05-10.08) และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปร่งฟันของคุณครูที่ศูนย์เด็กเล็กเท่ากับ 4.25 (± 0.61) และของผู้ปกครองเท่ากับ 4.27 (± 0.55) ซึ่งอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอแนะให้ปรับเพิ่มเสียงเพลงในหุ่นยนต์”ที่กระป๋องพาน้องแปร่งฟัน”ให้ดังขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือแบบประเมินทักษะการแปร่งฟันของเด็กวัยก่อนเรียนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยก่อนเรียน ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะการแปร่งฟันของเด็กวัยก่อนเรียน มีทั้งหมด 7 ข้อ คะแนนเต็ม 28 คะแนน ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาคำตัดสินความสอดคล้องของคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ ได้คำตัดสินความสอดคล้อง (Item-objective congruence index: IOC) เท่ากับ 1.00-1.00

การประเมินคะแนนดำเนินการโดยคุณครูที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพื่อป้องกันความลำเอียงในการให้คะแนน ซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในทักษะการแปร่งฟัน ดังนี้

ระดับการให้คะแนน ข้อ 1-5

4 คะแนน ปฏิบัติได้ถูกต้องครบทั้ง 10 ครั้ง
2 คะแนน ปฏิบัติได้ถูกต้อง 5-6 ครั้ง
0 คะแนน ปฏิบัติได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ครั้ง

3 คะแนน ปฏิบัติได้ถูกต้อง 7-9 ครั้ง
1 คะแนน ปฏิบัติได้ถูกต้อง 3-4 ครั้ง

ระดับคะแนน ข้อ 6-7

4 คะแนน ปฏิบัติได้ถูกต้อง

0 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง

การแปลผลคะแนนรวม

23-28 ปฏิบัติทักษะแปร่งฟันได้ระดับสูง

15-22 ปฏิบัติทักษะแปร่งฟันระดับปานกลาง

7-14 ปฏิบัติทักษะแปร่งฟันได้ระดับน้อย

0-6 ปฏิบัติทักษะแปร่งฟันได้ระดับน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนรายด้าน

3.51-4.00 ปฏิบัติทักษะแปร่งฟันได้ระดับสูง

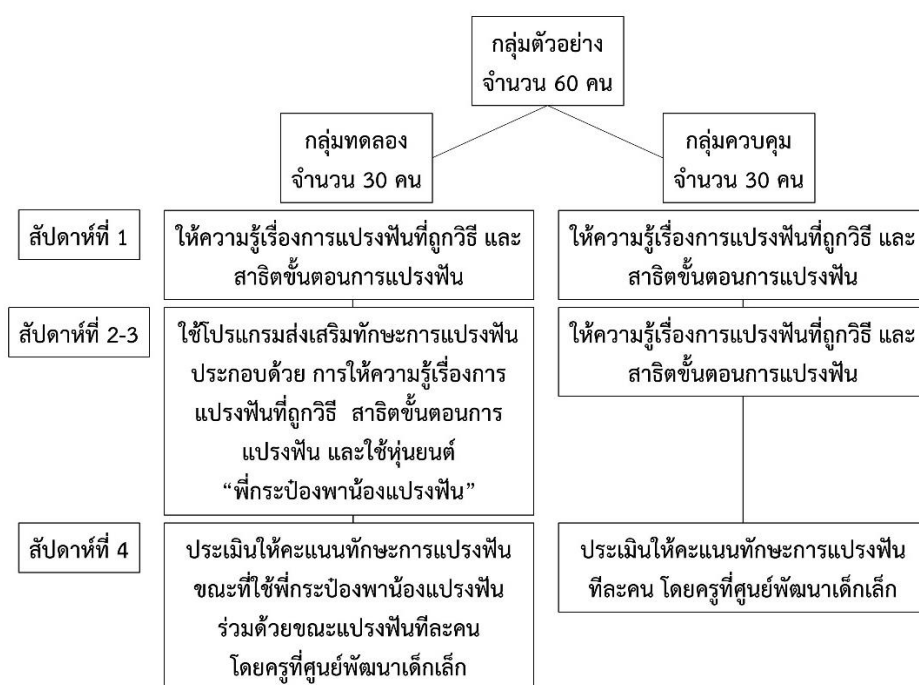
2.51-3.50 ปฏิบัติทักษะแปร่งฟันได้ระดับปานกลาง

1.51-2.50 ปฏิบัติทักษะแปร่งฟันได้ระดับน้อย

0.00-1.50 ปฏิบัติทักษะแปร่งฟันได้ระดับน้อยที่สุด

การทดลองโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปร่งฟัน

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดำเนินการทดลองดังนี้



แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลเชิงกลุ่มวิเคราะห์โดยวิธีการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลต่อเนื่องวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยในทักษะการแปรงฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตอนต้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี รหัส IRB RTU UD: 0502/2563 ก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยได้แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ บอกวิธีการในการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟัน วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ขอความพินิจจากเด็ก และความยินยอมจากผู้ปกครอง ซึ่งสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้โดยจะไม่มีผลกระทบกับการได้รับการดูแลที่ศูนย์เด็กเล็ก หากตอบรับให้ผู้ปกครองลงนามยินยอมโดยไม่มีการบังคับ ข้อมูลทุกอย่างเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อ-นามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม อีกทั้งผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องแจ้งเหตุให้ทราบ และได้ขตเคยให้กลุ่มควบคุมได้ใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟันที่ครบถ้วนเหมือนกลุ่มทดลองหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยก่อนเรียน

ผลการวิจัย พบว่า จากจำนวนเด็กวัยก่อนเรียนทั้งหมด 60 คน เป็นเด็กเพศหญิง ร้อยละ 56.70 เพศชาย ร้อยละ 43.30 มีอายุสูงสุด 5.02 ปี อายุต่ำสุด 3.21 ปี และอายุเฉลี่ย 4.07 ปี มีฟันผุ ร้อยละ 61.67 มีคราบหินปูน ร้อยละ 61.67 และมีกลิ่นปาก ร้อยละ 8.33 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยก่อนเรียน

ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยก่อนเรียน		จำนวน (n=60)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	26	43.30
	หญิง	34	56.70
อายุ	3 ปี	20	33.33
	4 ปี	20	33.33
	5 ปี	20	33.33
	Max=5.02 ปี Min=3.21 ปี, $\bar{X}$ =4.07 ปี		
ฟันผุ	ไม่ผุ	23	38.33
	ผุ	37	61.67

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยก่อนเรียน

ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยก่อนเรียน	จำนวน (n=60)	ร้อยละ
คราบหินปูน		
ไม่มี	23	38.33
มี	37	61.67
กลิ่นปาก		
ไม่มี	55	91.67
มี	5	8.33

2. ข้อมูลคะแนนทักษะการแปรงฟันของเด็กวัยก่อนเรียน

ผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มทดลอง เด็กมีคะแนนเฉลี่ยรวมในทักษะการแปรงฟันในระดับสูง ($\bar{X}=24.20$, $SD=2.17$) โดยทักษะปฏิบัติด้านการบ้วนปากได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือการแปรงลิ้น และการแปรงฟันกรามด้านนอก ซึ่งทั้งสามทักษะอยู่ในระดับสูง ส่วนทักษะปฏิบัติที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การแปรงฟันหน้าด้านใน อยู่ในทักษะปฏิบัติระดับปานกลาง

ในกลุ่มควบคุม เด็กมีคะแนนเฉลี่ยรวมในทักษะการแปรงฟันในระดับปานกลาง ($\bar{X}=19.87$, $SD=1.96$) โดยทักษะปฏิบัติด้านการบ้วนปากได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือการแปรงฟันด้านบดเคี้ยว และการแปรงลิ้นอยู่ในระดับปานกลาง และด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการแปรงฟันกรบอย่างน้อย 2 นาที อยู่ในระดับน้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยทักษะการแปรงฟันของเด็กวัยก่อนเรียน

ทักษะการแปรงฟัน	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	$\bar{X}$ (SD)	ระดับทักษะ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับทักษะ
1. แปรงฟันกรามด้านนอก	3.60 (0.50)	สูง	2.93 (0.78)	ปานกลาง
2. แปรงฟันกรามด้านใน	3.37 (0.67)	ปานกลาง	2.73 (0.58)	ปานกลาง
3. แปรงฟันด้านบดเคี้ยว	3.23 (0.63)	ปานกลาง	3.13 (0.51)	ปานกลาง
4. แปรงฟันหน้าด้านใน	2.80 (0.61)	ปานกลาง	2.87 (0.51)	ปานกลาง
5. แปรงลิ้น	3.87 (0.35)	สูง	3.13 (0.63)	ปานกลาง
6. บ้วนปาก	4.00 (0.00)	สูง	4.00 (0.00)	สูง
7. แปรงฟันอย่างน้อย 2 นาที	3.33 (1.52)	ปานกลาง	1.07 (1.80)	น้อยที่สุด
คะแนนรวม	24.20 (2.17)	สูง	19.87 (1.96)	ปานกลาง

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนรวมเฉลี่ยในทักษะการแปรงฟันของเด็กระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟัน มีคะแนนรวมเฉลี่ยในทักษะการแปรงฟันสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.01, Mean diff. 4.33, 95%CI 3.34-5.19) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนรวมเฉลี่ยในทักษะการแปรงฟันของเด็กวัยก่อนเรียน

กลุ่ม	n	$\bar{X}$	SD	Mean diff	t	95% CI	p-value
กลุ่มควบคุม	30	19.87	1.96	4.33	9.25	3.34-5.19	< 0.01
กลุ่มทดลอง	30	24.20	2.17				

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนทักษะการแปรงฟันของเด็กที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟัน มีคะแนนรวมเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เป็นไปตามทฤษฎีของ อัลเบิร์ต แบนดูรา⁽²⁰⁾ ที่กล่าวว่าการเรียนรู้ของเด็กเกิดจากการมีตัวแบบที่ดี โดยงานวิจัยนี้ในส่วนของการทดลองมีการใช้หุ่นยนต์ “พี่กระป๋องพาน้องแปรงฟัน” ซึ่งเป็นตัวแบบที่ทำให้เด็กเรียนรู้การแปรงฟันที่ถูกรวิธี และใช้เวลาในการแปรงฟันที่เหมาะสม โดยเนื้อหาในโปรแกรมเป็นการให้ความรู้ขั้นตอนการแปรงฟันที่ถูกรวิธี การสาธิตการแปรงฟัน และการใช้หุ่นยนต์ซึ่งมีเพลงประกอบที่บ่งบอกถึงขั้นตอนการแปรงฟัน รวมถึงการแสดงท่าทางให้เด็กเกิดความสนใจในการเรียนรู้และจดจำ ทั้งยังมุ่งให้ปฏิบัติตามที่สำคัญระยะเวลาของเพลง 2 นาที เป็นตัวกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมของการแปรงฟันของเด็ก เปรียบได้กับการรับรู้ของสิ่งเร้าโดยอวัยวะรับสัมผัสโดยการมองเห็นและการได้ยินเสียง นอกจากนี้แนวคิดของอาร์โนลด์ เกเซลล์⁽²¹⁾ สามารถนำมาอธิบายพัฒนาการของมนุษย์ในด้านการเจริญเติบโตพัฒนาการทางร่างกาย นำไปเชื่อมโยงกับพัฒนาการด้านร่างกายของเด็กวัยก่อนเรียนที่เด็กมีพฤติกรรมของการเคลื่อนไหว โดยใช้กล้ามเนื้อเล็กในการแปรงฟันตามจังหวะเสียงเพลง ซึ่งเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ยในทักษะการแปรงฟันสูงกว่ากลุ่มควบคุมเกือบทุกทักษะ โดยเฉพาะการแปรงฟันครบอย่างน้อย 2 นาที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ($\bar{X}$ =3.33, SD=1.52) ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ควบคุมอย่างชัดเจน ($\bar{X}$ =1.07, SD=1.80) มีเพียงทักษะการแปรงฟันหน้าด้านใน ที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$ =2.80, SD=0.61) ใกล้เคียงกันกับกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ =2.87, SD=0.51) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกล้ามเนื้อของมือเด็กวัยนี้ยังพัฒนาไม่เต็มที่ ทำให้การแปรงฟันในตำแหน่งนี้เด็กๆ ทำได้ไม่ถนัด ซึ่งต้องอาศัยการฝึกฝนบ่อยๆ และการดูแลเอาใจใส่จากผู้ปกครอง ส่วนในทักษะการแปรงฟันในตำแหน่งอื่นๆ ที่เด็กทำได้ดีแล้ว ต้องกระตุ้นส่งเสริมและชมเชยอย่างต่อเนื่อง และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนรวมเฉลี่ยพบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนรวมเฉลี่ยในระดับสูง ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.01, Mean diff. 4.33, 95% CI 3.34-5.19) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟัน ช่วยส่งเสริมให้เด็กมีทักษะในการแปรงฟันที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ นิลุบล เบญจกุล⁽²⁴⁾ ที่ศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมการแปรงฟันของเด็ก

วัยก่อนเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบลเชียงดาว พบว่าหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพฟัน โดยใช้กิจกรรมประสบการณ์การเรียนรู้ ประยุกต์ใช้ PRECEDE Framework ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวที่ดีขึ้น และปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันไม่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรม การแปรงฟันและการดูแลสุขภาพฟันที่ดีขึ้นมากกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษา เรื่อง Best Practice กิจกรรมหนูน้อยวัยใส ใส่ใจ ฟ.ฟัน ของกลุ่มสาระการเรียนรู้ ปฐมวัย โรงเรียนบ้านโป่งวิทยาคม⁽²⁵⁾ โดยคณะครูให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาความสะอาดของช่องปากแก่เด็ก และผู้ปกครอง ผ่านการนำเสนอทาง Power Point ซึ่งผู้ปกครอง ชุมชน ให้ความร่วมมือในการนำความรู้ที่ทางโรงเรียนได้เผยแพร่ไปสอนให้แก่ บุตร หลานของตนเอง ซึ่งจากการประเมินความพึงพอใจ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.65$, $SD=0.54$) คิดเป็นร้อยละ 92.95 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กษมา ปทุมสุติ และคณะ⁽²⁶⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของสื่อเฉพาะบุคคลเพื่อการส่งเสริมทักษะการแปรงฟันของผู้ปกครองกลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี ในตำบลข่วง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า สื่อโปสเตอร์ที่ผลิตขึ้น โดยอาศัยแนวคิดการผลิตแบบ Mass customization เน้นความอบอุ่นและการมีส่วนร่วมภายในครอบครัว มีขั้นตอนการแปรงฟันโดยสรุปสั้นๆ และรูปภาพประกอบ ผลการทดสอบคุณภาพของสื่อพบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีทักษะการแปรงฟันโดยรวมในส่วนการวางแปรงได้ถูกตำแหน่ง และการขยับแปรงถูกลักษณะได้ดีขึ้นมากกว่าผู้ปกครองกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งเห็นได้ว่า หากมีโปรแกรมหรืออุปกรณ์ที่ช่วยส่งเสริมทักษะการแปรงฟัน เด็กๆ จะมีการทักษะการแปรงฟันและได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสม

โดยสรุป โปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟัน ในงานวิจัยนี้สามารถส่งเสริมให้เด็กมีทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้อง และใช้ระยะเวลาในการแปรงฟันอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดสรรอุปกรณ์ที่ช่วยกระตุ้นส่งเสริมทักษะการแปรงฟันในเด็ก ให้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผู้ปกครอง
2. ควรมีการติดตามประเมินทักษะการแปรงฟันของเด็ก และคุณภาพของฟันในระยะยาว
3. ควรนำผลการวิจัยจากการศึกษาครั้งนี้ไปดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการต่อไป เพื่อพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ครูผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงตามกลุ่มเด็กเล็กอายุ 3 ปี (ท02) ปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 5]. เข้าถึงได้จาก: http://dental2.anamai.moph.go.th/more_news.php?cid=113&filename=Surveillance.
2. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟัน ไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ปี 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.

3. สุณี วงศ์คงคาเทพ, บุปผา ไตรโรจน์, สาลิกา เมธนาวัน, อลิสา ศิริเวศสุนทร, สุภาวดี พรหมมา, ปิยะดา ประเสริฐสม, และคณะ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสานเพื่อลดปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กปฐมวัย. นนทบุรี: ออนพรีนซ์; 2548.
4. ณัฐธิดา พันพะสุก, อัสชาวดี สักกุนัน, อรวรรณ นามมนตรี, รัชนิกร สาวิสิทธิ์. การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองกับสภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก 3-5 ปีในอำเภอช้างสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล 2561;29(2):13-26.
5. Hoffmeister L, Moya P, Vidal C, Benadof D. Factors associated with early childhood caries in Chile. Gac Sanit 2016;30(1):59-62. doi: 10.1016/j.gaceta.2015.09.005.
6. Peres MA, Sheiham A, Liu P, Demarco FF, Silva AE, Assunção MC, Menezes AM, Barros FC, Peres KG. Sugar Consumption and Changes in Dental Caries from Childhood to Adolescence. J Dent Res 2016;95(4):388-94. doi: 10.1177/0022034515625907.
7. Colak H, Dülgergil CT, Dalli M, Hamidi MM. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. J Nat Sci Biol Med 2013; 4(1):29-38. doi: 10.4103/0976-9668.107257.
8. Bowen WH, Pearson SK. Effect of milk on cariogenesis. Caries Res 1993;27(6):461-6. doi: 10.1159/000261581.
9. Turton B, Durward C, Manton D, Bach K, Yos C. Socio-behavioural risk factors for early childhood caries (ECC) in Cambodian preschool children: a pilot study. Eur Arch Paediatr Dent 2016; 17(2):97-105. doi: 10.1007/s40368-015-0215-7.
10. ชูติมา ไตรรัตน์วรกุล, วัชรภรณ์ ทัดจันทร์, ทิพวรรณ ธราภินันนันท, ธนนันท์ เพ็ชรวิจิตร. พันธุกรรมป้องกันในเด็ก และวัยรุ่น (ปรับปรุงครั้งที่2). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เบสท์บุ๊คส์; 2554.
11. Moss SJ. The relationship between diet, saliva and baby bottle tooth decay. International Dental Journal 1996;46(1):399-402.
12. ลักขณา อัยจิรากุล, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวัฒนา, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, मुखดา ศิริเทพทวี. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเล่นดู และโรคฟันผุ ในเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสระแก้ว. วารสารทันตสาธารณสุข 2556; 18(2):23-32.
13. นภา สุวรรณพรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็ก 0-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตอำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28 (ฉบับเพิ่มเติม 1):23-33.
14. สุภร ตันตินิรามย์. สาเหตุ การรักษา และการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (ECC). วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2559; 33(2):167-75.
15. Wendt LK, Hallonsten AL, Koch G, Birkhed D. Oral hygiene in relation to caries development and immigrant status in infants and toddlers. Scand J Dent Res 1994; 102(5):269-73. doi: 10.1111/j.1600-0722.1994.tb01467.x.

16. Gibson S, Williams S. Dental caries in pre-school children: associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. Further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of children aged 1.5-4.5 years. *Caries Res* 1999;33(2):101-13. doi: 10.1159/000016503.
17. สุกัญญา ขารสินธุ์, ดลฤทัย แพ่งจันทร์, กัญชพร หอมโสภา, กุลนารี แก่นหมั่น, กรรณิการ์ ชำนาญ, ปุณยณัฐ พานวงศ์ และคณะ. การสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กของผู้ดูแล และภาวะสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดอนหัน ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี, [อัตสำเนา]. อุดรธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี; 2563.
18. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินสื่อตุ๊กตาสอนแปรงฟันในระดับจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 5] เข้าถึงได้จาก:
http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5020
19. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินสื่อตุ๊กตาสอนแปรงฟันใน 12 สุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 5] เข้าถึงได้จาก:
http://dental2.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/dental/ewt_dl_link.php?nid=5019&filename=pd
20. Bandura, A. Social cognitive theory: An agentic perspective. *Asian journal of social psychology* 1999; 2(1): 21-41. doi.org/10.1111/1467-839X.00024.
21. Gesell, A. The first five years of life a guide to the study of the preschool child, New York: Andesite press; 2015.
22. อัสมาพร สุรินทร์, บุบผา รักษานาม, นงนารถ สุขลิ้ม, ธนรุต ตั้งคำ. ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาสำหรับผู้ปกครอง ในการป้องกันฟันผุของเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลโคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้* 2562;6(1):189-95.
23. Bernard R. Fundamentals of biostatistics (5th ed). Duxbury: Thomson Learning; 2000.
24. นิลุบล เบ็ญจุล. การส่งเสริมพฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา* 2558;6(1):35-55.
25. กลุ่มสาระการเรียนรู้ ปฐมวัย. นวัตกรรม/แนวปฏิบัติที่ดี. ราชบุรี: โรงเรียนบ้านโป่งวิทยาคม อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดราชบุรี สังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน; 2562.
26. กษมา ปทุมสุติ, ปิยะนารถ จาติเกตุ, อุบลวรรณ อีระพิบูลย์. ประสิทธิภาพของสื่อเฉพาะบุคคลเพื่อการส่งเสริมทักษะ การแปรงฟันของผู้ปกครองกลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี ในตำบลขามวง อำเภอสารภ จังหวัดเชียงใหม่. *เชียงใหม่ทันตสาร* 2561;39(2):103-18.

คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3

อรนิต นิคม^{*a}, ศิริวรรณ บุตรหิน*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนกันยายน ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 จำนวน 85 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลาก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเครียด และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้การทดสอบไคสแควร์และฟิชเชอร์เอ็กแซค และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 10.92 (SD=0.59) ส่วนใหญ่เข้านอนเวลาประมาณ 21.00 น. (40.0%) โดยใช้เวลาดังแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับเฉลี่ย 43.27 นาที (SD=3.6) ส่วนใหญ่ตื่นนอนเวลา 06.00 น. (44.7%) และนอนหลับเฉลี่ยคืนละ 7.82 ชั่วโมง (SD=0.18) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญ คือ สถานภาพสมรส ($p=0.03$) และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพการนอนหลับไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.42$, $p<0.05$) ดังนั้นหน่วยบริการฝากครรภ์ ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติงานการซักประวัติ ประเมินความเครียดและประเมินคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 เพื่อวางแผนการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับบริบทต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ; ความเครียด, สตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3

* อาจารย์ สาขาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

^a ผู้เขียนหลัก อรนิต นิคม Email: orranid.nikom@gmail.com

รับบทความ: 30 ส.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 30 ก.ย. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 1 ต.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 16 ต.ค. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.51>

Sleep Quality and Factors Associated with Sleep Quality in the Third Trimester of Pregnant Women

Orranid Nikom^{*a}, Siriwan Buthin^{*}

Abstract

This descriptive correlation research aimed to study sleep quality situations and factors related to sleep quality in third trimester pregnant women. The samples were 85 third trimester of pregnant women who received antenatal care at Udon Thani hospital, Udon Thani province between September and November 2020. The samples were drawn using simple random sampling technique. Research instruments was a questionnaire included demographic, stress questionnaire and Sleep Quality Index–Thai version sections with reliabilities of 0.83 and 0.88, respectively. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations. Inferential statistics were done with Chi-square tests, Fisher’s Exact Probability test and Spearman’s correlation coefficients. The results revealed the samples had poor sleep quality with the mean score of 10.92 (SD=0.59). Most of them went to bed at 9.00 pm (40.0%), had sleep latency average of 43.27 minutes (SD=3.6), woke up at 6.00 am, and had average sleep duration of 7.82 hours per night (SD=0.18). Personal factor associated with poor sleep quality was marital status ($p=0.03$). Stress had a moderate positively association with poor sleep quality ($r=0.42$, $p<0.05$). Therefore, the antenatal care unit should use the findings in history taking, stress assessment and evaluating sleep quality in 3rd trimester pregnant women to appropriate nursing care plan.

Keywords: Sleep quality; Stress; Third trimester pregnant women

^{*} Lecturer, Department of Maternal and Child Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani

^a Corresponding author: Orranid Nikom Email: orranid.nikom@gmail.com

Received: Aug. 30, 21; Revised: Sep. 30, 21; Accepted: Oct. 1, 2021; Published Online: Oct. 16, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.51>

บทนำ

สตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจเพื่อตอบสนองต่อการเจริญเติบโต และการพัฒนาการของทารกในครรภ์⁽¹⁾ โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนขณะตั้งครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดอาการไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อาการปัสสาวะบ่อย อาการปวดหลัง ตะคริว เป็นต้น⁽²⁾ และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจขณะตั้งครรภ์พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หลายอย่าง ได้แก่ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจ เกิดความกลัว ความวิตกกังวล เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์⁽¹⁾ ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของสตรีตั้งครรภ์⁽³⁾

ผลกระทบของคุณภาพการนอนหลับไม่ดีในสตรีตั้งครรภ์ พบว่ามีผลกระทบทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ โดยพบว่ามีผลด้านลบต่อสุขภาพร่างกายสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ อ่อนเพลีย ระบบการทำงานของร่างกายทำหน้าที่ไม่ปกติ การไหลเวียนเลือดลดลง เสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ภาวะน้ำคั่งรกแตกก่อนกำหนด⁽⁵⁾ และทารกในครรภ์น้ำหนักตัวน้อย⁽⁶⁾ ผลกระทบดังกล่าวเป็นผลมาจากคุณภาพการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงในขณะตั้งครรภ์

คุณภาพการนอนหลับในขณะตั้งครรภ์ จากผลการศึกษาของมินเดล, คอก และนิโคลัสกี⁽³⁾ ศึกษา รูปแบบการนอนและปัญหาการนอนหลับระหว่างตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 2,427 คน ในสหรัฐอเมริกา พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีร้อยละ 76 และร้อยละ 100 ถูกรบกวนการนอนหลับเนื่องจากมีอาการปัสสาวะบ่อย และบรรยากาศในการนอนไม่เอื้ออำนวย⁽³⁾ เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของสตรีตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมของไอบาน และคณะ⁽⁷⁾ เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับระหว่างการตั้งครรภ์ จำนวน 24 รายงานการวิจัย พบว่าอายุครรภ์ที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ($p=0.001$) โดยสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 69.6 รองลงมาคือ ไตรมาสที่ 1 ร้อยละ 54.3 และไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 49.3 ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของคุณภาพการนอนหลับกับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 231 คน ในประเทศจีน พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$)⁽⁸⁾ และการศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพการนอนหลับกับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 1,152 คนในประเทศจีน พบว่าคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ 2.60 เท่า⁽⁹⁾ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อาชีพ และสถานภาพสมรส⁽¹⁰⁾ ระดับการศึกษา⁽¹¹⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ จึงอาจยังมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยมาอ้างอิงหรือมาประยุกต์ใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ไตรมาสที่ 3 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ ไตรมาสที่ 3 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน

ในการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทบทวนปัจจัยต่างๆ ร่วมกับการใช้แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับตามแนวคิดของบูเช และคณะ⁽¹²⁾ เป็นความรู้สึกเพียงพอ และความพอใจต่อการนอนของบุคคล ประกอบด้วยคุณภาพการนอนเชิงปริมาณ และคุณภาพการนอนเชิงคุณภาพ โดยคุณภาพการนอนเชิงปริมาณประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 2) ระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืน 3) ประสิทธิภาพการนอนโดยปกติวิสัย 4) จำนวนครั้งที่ถูกรบกวนขณะหลับ คุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้สึกต่อการนอนหลับ 2) การใช้นอนหลับ 3) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน รวม ทั้งหมดเป็น 7 องค์ประกอบ

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของหญิงตั้งครรภ์พบว่า คุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียดในสตรีตั้งครรภ์⁽⁹⁾ เนื่องจากการรับรู้ความเครียดของบุคคล จะกระตุ้นการทำงานระบบประสาทซิมพาเทติกให้มีการหลั่งคอร์ติซอลและอะดรีนาลีนเพิ่มขึ้น มีผลยับยั้งการนอนหลับระยะที่มีการกรอกตาอย่างรวดเร็ว และเพิ่มความตื่นตัวทั้งระหว่างหลับและตื่น⁽¹³⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยสถานภาพสมรสทำให้คู่สมรสได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์ต่อกัน คู่สมรสที่อยู่ในความสัมพันธ์ที่ดีจะทำให้ไม่มีปัญหาในการนอนหลับ⁽¹⁴⁾ อาชีพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์โดยการประกอบอาชีพที่ใช้แรงงานมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพที่ไม่ใช้แรงงาน⁽¹⁰⁾ ระดับการศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากกว่าระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา⁽¹¹⁾ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์แรกมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากกว่าสตรีตั้งครรภ์หลัง เนื่องจากเกิดความเครียด ความวิตกกังวลจากไม่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์⁽¹¹⁾

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ที่แผนกฝากครรภ์ ขณะอายุครรภ์ 30 ถึง 40 สัปดาห์ โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตนเองรวมทั้งไม่สวมเครื่องแบบพยาบาล และไม่เข้าไปทำหน้าที่ในขั้นตอนการให้บริการที่เกี่ยวข้องในการให้การรักษา เพื่อไม่ให้เกิดความกดดันแก่กลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และให้อ่านเอกสารการเป็นอาสาสมัครในการวิจัย

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

3. ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจและพบแพทย์แล้ว หรือในระหว่างที่รอพบแพทย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยเชิญกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ที่แผนกฝากครรภ์ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและเปิดโอกาสให้ซักถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและไม่มีข้อซักถามแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ประกอบด้วยเอกสารจำนวน 3 ชุด คือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียด และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างกำลังตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะติดตามลำดับการรับการรักษาให้กลุ่มตัวอย่าง เพื่อไม่ให้เสียสิทธิ์ลำดับการตรวจ

4. ภายหลังกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

5. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมด แล้วนำข้อมูลที่ได้ตามจำนวนที่กำหนดไว้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ตั้งแต่ 30-40 สัปดาห์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์อายุตั้งแต่ 30-40 สัปดาห์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยใช้ตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (Power analysis) โดยค่าความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญ (Significance level) ที่ 0.05 ใช้อำนาจการทดสอบ (Level of power) ที่ 0.80 กำหนดอิทธิพลของขนาดตัวอย่าง การประมาณค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ที่ 0.30 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย⁽¹⁵⁾ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจากบัตรคิวขณะรอรับบริการฝากครรภ์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นสตรีตั้งครรภ์ทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และภาวะความดันโลหิตสูง 3) มีอายุ 20-34 ปี 4) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยและสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

- 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์
- 2) แบบวัดความเครียด ของกรมสุขภาพจิต ST-5 จำนวน 5 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 0 = แทบไม่มี, 1 = เป็นบางครั้ง, 2 = บ่อยครั้ง และ 3 = เป็นประจำ การแปลผล 0-4 คะแนน หมายถึง เครียดน้อย, 5-7 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง, 8-9 คะแนน หมายถึง เครียดมาก, 10-15 คะแนน หมายถึง เครียดมากที่สุด⁽¹⁶⁾ นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของแอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.83
- 3) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับแปลเป็นภาษาไทยโดยจิรประมุขพิทักษ์ และ ดันชัยสวัสดิ์ จำนวน 9 ข้อ การแปลผลคะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าคุณภาพการนอนหลับไม่ดี⁽¹⁷⁾ นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความเครียด และคะแนนคุณภาพการนอนโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ดังนี้ การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับของสตรีตั้งครรภ์ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์กับคุณภาพการนอนหลับของสตรีตั้งครรภ์ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ กับคุณภาพการนอนหลับของสตรีตั้งครรภ์ใช้สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครอุดรธานี (รหัส IRB 0411/010/2563) และการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี (รหัส IRB 65/2563) ผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย การตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ขึ้นกับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ รวมทั้งสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างไม่ว่ากรณีใดๆ

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง (n=85)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ Range ($\bar{X}$, SD)	20-34 (28.62, 0.49)	
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	57	67.05
ปริญญาตรีขึ้นไป	28	32.95
สถานภาพสมรส		
สมรส	83	97.65
หย่าร้าง	2	2.35
อาชีพ		
ใช้แรงงาน (เกษตรกร/ รับจ้าง)	46	54.12
ไม่ใช่แรงงาน (แม่บ้าน/รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ)	39	45.88
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	26	30.60
ครรภ์หลัง	59	69.40

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 85 คน มีอายุระหว่าง 20 -34 ปี อายุเฉลี่ย 28.62 ปี (SD=0.49) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 67.05 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 97.65 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน ร้อยละ 54.12 และส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์หลัง ร้อยละ 69.40 (ตารางที่ 1)

คุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาส 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเท่ากับ 10.92 (SD=0.59) กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาตั้งแต่เข้านอนจนหลับเฉลี่ย 43.27 นาที (SD=3.60) และนอนหลับเฉลี่ยคืนละ 7.82 ชั่วโมง (SD=0.18)

ความเครียด และคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาส 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 3.94 (SD=0.27) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเท่ากับ 10.92 (SD=0.59) ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาส 3 พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพการนอนหลับไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.42$, $p<0.05$)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพการนอนหลับ (n=85)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพการนอนหลับ		p-value
	ดี (ร้อยละ)	ไม่ดี (ร้อยละ)	
ระดับการศึกษา			0.419 ^ก
ต่ำกว่าปริญญาตรี	10 (11.76)	47 (55.30)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	7 (8.24)	21 (24.70)	
สถานภาพสมรส			0.038 ^ก
สมรส	15 (17.65)	68 (80.00)	
หย่าร้าง	2 (2.35)	0 (00.00)	
อาชีพ			0.105 ^ก
ใช้แรงงาน (เกษตรกรรม/ รับจ้าง)	34 (28.9)	34 (28.9)	
ไม่ใช้แรงงาน (แม่บ้าน/รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ)	5 (5.88)	12 (14.12)	
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์			0.099 ^ข
ครรภ์แรก	8 (9.41)	18 (21.18)	
ครรภ์หลัง	9 (10.59)	50 (58.82)	

ก = ทดสอบด้วย fisher exact test

ข = ทดสอบด้วย Chi-square test

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ โดยพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนระดับการศึกษา อาชีพ และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพการนอน (ตารางที่ 2)

สรุปและอภิปรายผล

1. คุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

คุณภาพการนอนหลับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเท่ากับ 10.92 (SD=0.59) กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาตั้งแต่เข้านอนจนหลับเฉลี่ย 43.27 นาที (SD=3.60) และนอนหลับเฉลี่ยคืนละ 7.82 ชั่วโมง (SD=0.18) อธิบายได้ว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ระหว่าง 30 - 40 สัปดาห์ เป็นการตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลายระบบกล้ามเนื้อเรียบและกระดูกมีการคลายตัว ร่วมกับการขยายตัวของมดลูกตามขนาดของทารกในครรภ์ กดเบียดกระเพาะปัสสาวะ และในระยะไตรมาสที่สามศีรษะทารกเริ่มเข้าสู่ช่องเชิงกราน ทำให้สตรีตั้งครรภ์ปัสสาวะบ่อยขึ้น รวมถึงฮอร์โมนรีแลกซ์ซินและฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ทำให้ Pelvic cartilages อ่อนนุ่ม ข้อต่อ Sacroiliac และ Sacroccocygeal joint มีการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น กระดูก Symphysis pubis จะแยกออก

ประมาณ 3-4 มิลลิเมตร และเมื่อมดลูกมีขนาดใหญ่ขึ้น จึงดึงรั้ง Round ligament ที่ยึดมดลูกกับช่องเชิงกราน ส่งผลทำให้เกิดอาการปวดหลัง และปวดตามข้อต่อต่าง ๆ ในร่างกาย⁽²⁾ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย ส่งผลให้ประสิทธิภาพการนอนหลับไม่ดี ดังการศึกษาคุณภาพการนอนหลับขณะตั้งครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสหลัง อายุครรภ์มากกว่า 30 สัปดาห์มีคะแนนคุณภาพการนอนไม่ดีสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.020$)⁽¹⁸⁾ และสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการนอนและการถูกรบกวนการนอนของสตรีขณะตั้งครรภ์พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีถึงร้อยละ 76 นอนไม่หลับตอนกลางคืนร้อยละ 38 และพบว่าร้อยละ 100 ถูกรบกวนการนอนหลับ ได้แก่ อาการปัสสาวะบ่อยร้อยละ 83 และบรรยากาศในการนอนไม่เอื้ออำนวยร้อยละ 79⁽³⁾ นอกจากนี้พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์ปกติในระยะไตรมาสที่สองและสาม ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 132 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีมากถึงร้อยละ 94.7 และมีคุณภาพการนอนหลับดีเพียงร้อยละ 5.3 โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ปัสสาวะบ่อยถึง ร้อยละ 88.3⁽¹⁹⁾

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพการนอนหลับไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.42$, $p < 0.05$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่ออายุครรภ์ที่มากขึ้น ไกล่เข้าสู่ช่วงท้ายของการตั้งครรภ์และไกล่เข้าสู่ระยะของการคลอด ส่งผลทำให้สตรีตั้งครรภ์คิดและจินตนาการเกี่ยวกับการคลอดและการเจ็บปวดเป็นความเครียด⁽²⁰⁾ ร่วมกับในระยะหลังของการตั้งครรภ์มีความรุนแรงของอาการไม่สุขสบายมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับไม่ดีในสตรีตั้งครรภ์⁽¹⁹⁾ ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ในระยะหลังที่มีอาการไม่สุขสบายจากการเปลี่ยนแปลงสรีระระยะตั้งครรภ์ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจอาจเกิดความเครียดเนื่องจากไกล่เข้าสู่ระยะคลอดซึ่งอาจส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับไม่มีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาปัจจัยด้านจิตใจและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 425 คน ประเทศอิหร่าน พบว่าความเครียด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในสตรีตั้งครรภ์ ($r = 0.46$, $p = 0.001$)⁽²¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความเครียดและคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ชาวจีน 227 คน พบว่าความเครียดมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ($p < 0.01$)⁽²²⁾ นอกจากนี้พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของคุณภาพการนอนกับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่สอง จำนวน 231 คน ในประเทศจีน พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)⁽⁸⁾ และการศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพการนอนหลับกับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 1,152 คน ในประเทศจีน พบว่าความเครียดในสตรีตั้งครรภ์สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับไม่ดีถึง 2.60 เท่า⁽⁹⁾

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

ระดับการศึกษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพการนอนหลับ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการศึกษาทั้งในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี และระดับปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถ

ประกอบอาชีพสร้างรายได้ให้แก่ตนเองได้ โดยการได้รับการศึกษาจะทำให้เข้าถึงการมีรายได้และการมีรายได้จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งภาวะสุขภาพดังกล่าวจะมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ⁽²³⁾ ระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษานี้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพการนอนหลับระหว่างตั้งครรภ์ปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ต่อการตั้งครรภ์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 4,352 คน ในประเทศจีน พบว่าระดับการศึกษาไม่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ⁽⁵⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักเกินเกณฑ์หรืออ้วน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 146 คน พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ⁽²⁴⁾

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อธิบายได้ว่า สถานภาพสมรสทำให้อายุสมรสได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์และความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน ซึ่งการนอนหลับเป็นกระบวนการส่วนหนึ่งของความสัมพันธ์ ระดับของความสัมพันธ์จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยคู่สมรสที่อยู่ในความสัมพันธ์ที่ดีจะทำให้ไม่มีปัญหาในการนอนหลับหรือมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และคู่สมรสที่มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีจะทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี⁽¹⁴⁾ ซึ่งสถานภาพสมรสในการศึกษานี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 7207 คน ประเทศโปแลนด์ พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ตั้งครรภ์⁽¹⁰⁾

อาชีพพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 เป็นระยะใกล้สู่ระยะคลอด มดลูกมีการขยายใหญ่ขึ้น เกิดอาการไม่สุขสบายจากการตั้งครรภ์ กล้ามเนื้อคลอด มีการเตรียมตัวเพื่อการคลอด สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 จึงมีการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งพบว่าสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าไตรมาสที่ 1 และ 2⁽²⁵⁾ สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 จะหลีกเลี่ยงการทำงานหนักเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อตนเองและทารกในครรภ์ ทำให้ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพการนอนหลับเมื่อจำแนกตามอาชีพ จึงไม่สอดคล้องกับ ศึกษาปัญหาการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 7,207 คน ในประเทศโปแลนด์ ซึ่งพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับนอนหลับไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพใช้แรงงานมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 79.68 รองลงมาคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพไม่ใช้แรงงานมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 77.38 และกลุ่มว่างงาน ร้อยละ 73.27⁽¹⁰⁾ โดยการทำงานที่ใช้แรงงาน การทำงานหนัก ทำให้มีความเหนื่อยล้า ซึ่งความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับการใช้พลังงานของสมองซึ่งมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับและการพักผ่อน⁽²⁶⁾

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสตรีตั้งครรภ์ ครรภ์หลังมากถึงร้อยละ 69.4 โดยสตรีตั้งครรภ์แรกเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์ กังวลเกี่ยวกับสุขภาพทารกในครรภ์ มีความรู้สึกล่วงหน้า กลัวการคลอด ทำให้สตรีตั้งครรภ์แรกมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี⁽¹³⁾ จึงทำให้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 7,207 คน ในประเทศโปแลนด์ ผลการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับนอนหลับไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.002$)⁽¹²⁾ และการศึกษาปัญหาการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์แรก

ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่ รพ.มหาวิทยาลัยเบญจา ประเทศอียิป จำนวน 200 คน ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์แรก มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีถึงร้อยละ 93⁽¹¹⁾

สรุปได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและด้านจิตใจจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนขณะตั้งครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีอาการไม่สบายจากการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เมื่อเกิดความเครียดเกิดขึ้นมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาทีติก ทำให้ร่างกายตื่นตัว จึงมีอาการนอนหลับยาก นอนไม่หลับ ตื่นในช่วงระหว่างการนอนหลับบ่อยครั้งจึงพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับไม่ดีในสตรีตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติ

1. พยาบาลแผนกฝากครรภ์สามารถใช้เป็นแนวทางการประเมินคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์เพื่อวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสม
2. สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลในระยะตั้งครรภ์ด้านการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด คุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มอื่น เช่น สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรมร่วมด้วย สตรีตั้งครรภ์อายุมาก เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของกิจกรรมหรือโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. จันทรัตน์ เจริญสันติ, อำไพ จารุวัชรพาณิชย์กุล, อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา. การพยาบาลและการผดุงครรภ์. กรุงเทพฯ: สยามพิมพ์นานาชาติ; 2560.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL et al. Williams Obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill; 2014.
3. Mindell JA, Cook RA, Nikolovski J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. Sleep Med 2015 Apr;16(4):483-8. doi: 10.1016/j.sleep.2014.12.006.
4. Okun ML, Luther J, Prather AA, Perel JM, Wisniewski S, Wisner KL. Changes in sleep quality, but not hormones predict time to postpartum depression. J Affect Disord 2011; 130(3): 378-84.
5. Du M, Liu J, Han N, Zhao Z, Yang J, Xu X, et al. Maternal sleep quality during early pregnancy, risk factors and its impact on pregnancy outcomes: a prospective cohort study. Sleep Medicine 2021 Mar 1;79:11-8.
6. Howe LD, Signal TL, Paine SJ, Sweeney B, Priston M, Muller D, et al. Self-reported sleep in late pregnancy in relation to birth size and fetal distress: the E Moe, Mama prospective cohort study. BMJ open 2015;5(10):e008910.

7. Sedov ID, Cameron EE, Madigan S, Tomfohr-Madsen LM. Sleep quality during pregnancy: A meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2018 Apr;38:168-176. doi: 10.1016/j.smrv.2017.06.005.
8. Guopeng L, Linghua K, Haiyan Z, Xiaofei K, Yueyan F, Ping L. Relationship between prenatal maternal stress and sleep quality in Chinese pregnant women: the mediation effect of resilience. *Sleep Medicine* 2016; 25:8-12
9. Gao M, Hu J, Yang L, Ding N, Wei X, Li L, Liu L, Ma Y, Wen D. Association of sleep quality during pregnancy with stress and depression: a prospective birth cohort study in China. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019 Nov 27;19(1):444. doi: 10.1186/s12884-019-2583-1.
10. Symka M, Kaczynska KK, Wojcicka SN, Zgliczynska M, Wielgos M. Sleep problems in pregnancy-a cross-sectional study in over 7000 pregnant women in Poland. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(5306):1-8. doi: 10.3390/ijerph17155306.
11. Goniem SA, Elkholy GA, Ramadan SAE, Afifi HAA. Sleep disturbances among Primi Gravidae. *EJHC* 2018;9(3):72-85. doi: 10.21608/EJHC.2018.12988.
12. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989 May;28(2):193-213. doi: 10.1016/0165-1781(89)90047-4.
13. จำลอง ดิษยวณิช, พรรัมพร ดิษยวณิช. ความเครียดและสรีรวิทยาของความเครียด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2545;47:S3-S27.
14. Troxel WM. It's more than sex: exploring the dyadic nature of sleep and implications for health. *Psychosom Med* 2010;72(6):578-86. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181de7ff8.
15. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
16. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเครียด (ST5) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิ.ย. 1] เข้าถึงได้จาก: <http://164.115.41.179/promote/sites/default/files/sites/default/files/sw/ST5.pdf>
17. Jirapramukpitak T, Tanchaiswad W. Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hospital. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand* 1994; 42(3):122-31.
18. Polo-Kantola P, Aukia L, Karlsson H, Karlsson L, Paavonen EJ. Sleep quality during pregnancy: associations with depressive and anxiety symptoms. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96(2):198-206. doi: 10.1111/aogs.13056.

19. เกวลิน ถกลพัฒน์กุล, วรณิ เตียววิศเรศ, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในหญิงตั้งครรภ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2562;27(1):60-7.
20. Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. JOGNN.2009;38:567–76.
21. Reshadat S, Zakiei A, Karami J, Ahmadi E. A study of the psychological and family factors associated with sleep quality among pregnant women. Sleep and Hypnosis. 2018;20(1):17-24.
22. Li G, Kong L, Zhou H, Kang X, Fang Y, Li P. Relationship between prenatal maternal stress and sleep quality in Chinese pregnant women: the mediation effect of resilience. Sleep Medicine 2016;25:8-12.
23. Moore PJ, Adler NE, Williams DR, Jackson JS. Socioeconomic status and health: the role of sleep. Psychosomatic medicine 2002; 1;64(2):337-44.
24. Conlon RPK, Wang B, Germeroth LJ, Cheng Y, Buysse DJ, Levine MD. Demographic, Pregnancy-Related, and Health-Related Factors in Association with Changes in Sleep Among Pregnant Women with Overweight or Obesity. Int J Behav Med. 2021 Apr;28(2):200-206. doi: 10.1007/s12529-020-09887-4.
25. Srisawad K, Panyapinitnukul C, Sonnark N. Health promoting behavior in pregnancy. Songklanagarind Journal of Nursing 2018;38(2):95-109.
26. Hodgson LA. Why do we need sleeps? relating theory to nursing practice. J Adv Nurs 1991;16(12):1503-10.

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

สมรทิพย์ วิภาวนิช, ประ.ด.*^a

บทคัดย่อ

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเป็นสัมพันธภาพใกล้ชิดเชิงวิชาชีพ ซึ่งต้องใช้เวลาและทรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยมีความไว้วางใจเป็นพื้นฐาน พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้รับบริการ ให้รู้จักตนเองตามความเป็นจริง ยอมรับและมีความเคารพตนเอง พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ความผิดปกติเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการในด้านการดูแลตนเองและการทำงาน ทั้งยังเป็นอุปสรรคต่อการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในทุกๆ ระยะของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพราะมีความใกล้ชิดและเข้าไปเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพกับผู้รับบริการในทุกขั้นตอนของการให้การพยาบาล โดยระยะก่อนการมีปฏิสัมพันธ์ พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมตัวเรื่องความรู้ และทักษะต่างๆ มีเป้าหมายและแผนการพบผู้รับบริการ ศึกษาข้อมูลผู้รับบริการ และมีความตระหนักรู้ในตนเองระยะเริ่มต้น การสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลมีบทบาทในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ มีการกำหนดข้อตกลง กำหนดเป้าหมาย และสำรวจปัญหาร่วมกัน เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจปัญหาของตน สร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการเข้ารับการรักษา ระยะดำเนินการแก้ปัญหา พยาบาลมีบทบาทในการรักษาสัมพันธภาพที่ดีไว้อย่างต่อเนื่อง ช่วยผู้รับบริการได้แก้ปัญหาของตนเอง โดยเริ่มจากการร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผน หาแนวทางเพื่อแก้ปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสม ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ พยาบาลมีบทบาทในการสำรวจความรู้สึกของผู้รับบริการ ประเมินผลความก้าวหน้าความสำเร็จ และสรุปผลของสัมพันธภาพ ทั้งนี้ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีเป้าหมายสำคัญ คือ มุ่งให้ผู้รับบริการมีสุขภาพดี

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลจิตเวช; การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

* อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

^a ผู้เขียนหลัก สมรทิพย์ วิภาวนิช Email: samornpipa@gmail.com

รับบทความ: 25 ส.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 20 ก.ย. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 20 ก.ย. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 13 พ.ย. 64

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.52>

Review Article

Role of Psychiatric Nurses in Therapeutic Relationship Building

Samorntip Vipavanich, Ph.D.^{*a}

Abstract

Therapeutic relationship building is a process of close professional relationships between nurses and patients that takes time and requires maintenance of good trust-based mutual relationships. Nurses also help patients to recognize their true-self and to accept and to respect themselves. Psychiatric nurses are particularly in close contact with patients with cognitive, emotional, perception, and behavioral disorders. All these ailments not only affect patient's way of life which include self-care and work but also hinder their relationships with others. Due to the closeness and involvement with patients throughout the entire nursing care practice, psychiatric nurses play an integral role in all phases of therapeutic relationship building. First in the pre-interaction phase, nurses are engaged in self-preparation of knowledge and skills, formulating goals and plans in meeting with patients, examining patients' data, and maintaining their self-awareness. During orientation phase, nurses build relationships to strengthen patients' trust, reach agreements and goals with patients, and explore problems in a collaborative manner. This phase help patients understanding their own problems and fostering the incentives to receive treatments. In the working phase, nurses maintain good relationships with patients and help them solve their own problems. This phase begins with jointly analyzing causes of the problems as well as planning and finding of suitable solutions. Finally in termination phase, nurses examine patient emotions, evaluate progress and success, and draw conclusions of relationship outcomes. In this regard, one important goal of therapeutic relationship building is to ultimately help patients attaining good health.

Keywords: Role of psychiatric nurses; Therapeutic relationship building

^{*} Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

^a Corresponding author: Samorntip Vipavanich Email: samorntipvipa@gmail.com

Received: Aug. 25, 21; Revised: Sep. 10, 21; Accepted: Sep. 20, 2021; Published Online: Nov. 13, 21

DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.52>

บทนำ

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่ประสบกับปัญหาสุขภาพจิต โดยทฤษฎีทางการพยาบาลตั้งแต่ทฤษฎีแรกๆ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลผู้รับบริการ ซึ่ง ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล (Ms. Florence Nightingale) และเวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน (Ms. Virginia Henderson) เชื่อว่าการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีของพยาบาล การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ การส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น และความสัมพันธ์ที่ตีแบบเสมอกันเสมอปลายระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการจะช่วยให้ผู้รับบริการมีสุขภาพที่ดีขึ้น ส่วนทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปเปลาว (Peplau's Theory of Interpersonal Relations) เป็นทฤษฎีที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นสัมพันธภาพจึงเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับพยาบาล ซึ่งเป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นความสามารถของพยาบาลในการที่จะใกล้ชิดกับผู้รับบริการและสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁾ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ มีการดำเนินไปอย่างต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพจิตของบุคคล ซึ่งสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นเป็นสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพที่พยาบาลมีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการ โดยใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด นอกจากนี้ สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดยังเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแล การวินิจฉัย การพูดคุยในเรื่องแผนการรักษา และปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้รับบริการที่ป่วยทางจิต คือ โดยแท้จริงแล้วในตัวของสัมพันธภาพอาจจะเป็นสิทธิส่วนบุคคล เช่น สัมพันธภาพอาจอยู่ได้ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เพียงไม่กี่วินาที หรืออยู่ได้นานเป็น 10 ปี ในลักษณะของการเป็นมิตรหรือเป็นปฏิปักษ์ และเป็นผลดีหรือผลเสีย⁽²⁾ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการคงรักษาไว้ซึ่งความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา และการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ⁽³⁾ ในการทำงานของพยาบาลจิตเวชอาจพบกับผู้รับบริการที่มีภาวะต่างๆ ได้แก่ 1) ผู้รับบริการที่มีความคิดหลงผิด ไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง หวาดระแวง ซึ่งแนวความคิดที่หลงผิดนี้อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้ 2) ผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้รับบริการประเภทนี้จะปลอดภัยได้ ต้องอาศัยความสามารถของพยาบาล ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ และจะต้องร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพในการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการให้ผ่านภาวะวิกฤตินี้ 3) ผู้รับบริการที่ไม่สนใจติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ผู้รับบริการประเภทนี้แม้จะอยู่ในกลุ่มคนแต่ก็ไม่สนใจติดต่อสื่อสารกับใครเป็นผู้ที่ไร้อารมณ์ไม่มีชีวิตชีวา 4) ผู้รับบริการที่ไม่ยอมพูดกับใคร ผู้รับบริการประเภทนี้แสดงออกแบบดื้อเงียบ ใช้วิธีการปฏิเสธการตอบสนองของผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย โดยการไม่พูด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากคนปกติ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และเพื่อให้เกิดผลด้านการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการมักจะใช้ควบคู่ไปกับการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพราะเป็นสิ่งที่สนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการจำเป็นต้องใช้การสื่อสาร ซึ่งอาจสื่อสารทางคำพูด การเขียน หรือภาษาท่าทาง และการสื่อสารนี้ต้องเป็นการสื่อสารที่มีลักษณะเฉพาะเพื่อการบำบัด ดังนั้นพยาบาลต้องมีการพัฒนาตนเองเพื่อให้มีทักษะในการสื่อสาร ใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ มีความสามารถในการสังเกต และมีความสามารถในการแปลความหมายจากคำพูด น้ำเสียง กิริยาท่าทางที่ผู้รับบริการแสดงออกในขณะที่มีการปฏิสัมพันธ์

นอกจากนี้ ยังมีองค์ประกอบอื่นที่สำคัญในการรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยบริการ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยบริการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ต่างๆ ฯลฯ^(4,5,8)

ดังนั้น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช โดยพยาบาล จิตเวช ใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นเครื่องมือในการเข้าถึงผู้รับบริการ การมีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลต่างๆ ทำให้พยาบาลเข้าใจ ในตัวผู้รับบริการ นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจในตนเอง เข้าใจความคิด ความรู้สึก เกิดความตระหนักในปัญหา และสาเหตุของปัญหา มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีที่เหมาะสม การที่พยาบาลและผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทำให้เกิดบรรยากาศของการช่วยเหลือและ มีความพร้อมที่จะร่วมมือกันในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ความหมายของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยบุคคล หนึ่งจะเป็นผู้ให้หรือช่วยเหลืออีกบุคคลหนึ่ง กระบวนการดังกล่าวเกิดจากการริเริ่มโดยพยาบาลมุ่งที่จะช่วยให้ ผู้รับบริการมีสุขภาพดี ซึ่งต้องใช้เวลาและมีความไว้วางใจกันเป็นพื้นฐาน ความไว้วางใจกันจะเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่นในความตั้งใจที่จะช่วยเหลือของพยาบาล^(6,7)

เป้าหมายของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

เป้าหมายของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นการมุ่งส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้พัฒนาตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ ซึ่งรวมถึงมิติต่าง ๆ ดังนี้⁽⁸⁾

1. สนับสนุนให้ผู้รับบริการรู้จักตนเองตามความเป็นจริง ยอมรับตนเองและเพิ่มความเคารพตนเอง ให้มากขึ้น
2. ให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้และปรับปรุงตนเองตามระดับความสามารถอย่างบูรณาการ
3. ให้ผู้รับบริการสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ รู้จักฟังตนเอง และฟังผู้อื่น สามารถที่จะเป็น ผู้ให้และรับความรักจากผู้อื่นได้
4. ปรับปรุงการทำงานและเพิ่มความสามารถในการตอบสนองความต้องการและบรรลุตามเป้าหมาย ที่เป็นจริงของบุคคล

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่ดีนั้นต้องอาศัยสิ่งที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. การสร้างความรู้สึกอบอุ่น ในขณะที่สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดพยาบาลควรใช้น้ำเสียง สายตา ท่าทาง การสัมผัสที่นุ่มนวล สุภาพเป็นกันเอง แสดงถึงความเมตตาเอื้ออาทร ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความจริงใจ มีการแสดงออกถึงความสนใจปัญหาของผู้รับบริการอย่างจริงจัง ต้องไวต่อความรู้สึกและความต้องการ ของผู้รับบริการ⁽⁹⁾
2. การตระหนักไว้ในตนเองของพยาบาล จะสามารถช่วยให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการ ได้ดี ส่วนผู้รับบริการที่รับรู้ได้ว่าพยาบาลเข้าใจตนเองก็จะรู้สึกปลอดภัย มีคุณค่า พยาบาลต้องกระตุ้นให้

ผู้รับบริการมีความมั่นใจที่จะแสดงความคิดเห็นหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้สึกซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการบำบัดทางจิตได้ง่ายยิ่งขึ้น⁽⁹⁾

3. **ความเข้าใจในผู้รับบริการ** เป็นความเข้าใจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ทั้งทางด้านความคิด ความรู้สึก การกระทำ รวมถึงความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม ประเพณีของผู้รับบริการ⁽¹⁰⁾

4. **ความสามารถในการสื่อสารของพยาบาล** ซึ่งการสื่อสารเป็นทักษะที่พยาบาลต้องมีและเป็นบทบาทพื้นฐานที่จะต้องดำเนินไปสู่สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด อันนำไปสู่การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลปัญหาสำคัญของผู้รับบริการ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล⁽¹¹⁾

องค์ประกอบของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

องค์ประกอบของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ประกอบด้วย ความไว้วางใจ การเคารพ สัมพันธภาพใกล้ชิดเชิงวิชาชีพ การเข้าใจในความรู้สึก และอำนาจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้^(8,12)

1. **ความไว้วางใจ (Trust)** ความไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญในสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ เนื่องจากผู้รับบริการเป็นผู้ที่มีสภาพจิตใจที่ไม่เข้มแข็ง ในเบื้องต้นความไว้วางใจในสัมพันธภาพนั้นเป็นสิ่งที่เปราะบาง พยาบาลสามารถกระทำเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ ตัวอย่างของการสร้างความไว้วางใจ เช่น การพบกับผู้รับบริการ พยาบาลยิ้มทักทาย ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล คำพูดที่ไพเราะ “สวัสดีค่ะ คุณ.....” การเรียกชื่อผู้รับบริการได้ถูกต้องเป็นการแสดงให้เห็นว่าพยาบาลรู้จักผู้รับบริการ “วันนี้คุณหน้าตาสดใสนะคะ” แสดงให้เห็นว่าพยาบาลสนใจในตัวผู้รับบริการ และขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ พยาบาลให้ความสนใจและตั้งใจฟังในสิ่งที่ผู้รับบริการพูด อาจเป็นการพยักหน้า หรือ ใช้คำพูดว่า “แล้วเหตุการณ์เป็นอย่างไรต่อคะ” เป็นการสื่อสารเพื่อให้ผู้รับบริการทราบว่าพยาบาลกำลังสนใจฟังเรื่องราวที่ผู้รับบริการกำลังพูดถึง การตั้งใจฟังจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ พยาบาลยังสามารถจับประเด็นและเรื่องราวที่ผู้รับบริการพูดได้อย่างถูกต้อง ส่วนในกรณีที่มีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันกับผู้รับบริการ เช่น หลังจาก ที่พยาบาลและผู้รับบริการพูดคุยทำข้อตกลงกันแล้วพยาบาลสรุปให้ผู้รับบริการฟังว่า “คุณ.....คะ เราจะพบและพูดคุยกันทุกวันอังคารและวันศุกร์ เวลา 14.00 น. ครั้งละ 30 นาที ที่ห้องทำกิจกรรม A ตั้งแต่วันที่..... (วัน/เดือน/ปี) ถึงวันที่..... (วัน/เดือน/ปี) โดยจะพูดคุยกันในประเด็นปัญหาการไม่เข้าใจกันของคุณและสามี และสิ่งที่พูดคุยกันในแต่ละครั้งดิฉันจะไม่นำไปเล่าให้สามีคุณฟัง นอกจากจะมีประเด็นที่สามีคุณต้องรับรู้ เพื่อเป็นประโยชน์ในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ดิฉันจะมาขออนุญาตคุณ.....ก่อน” การที่พยาบาลทำตามข้อตกลง โดยมาพบผู้รับบริการตามวัน เวลาที่นัดหมายอย่างสม่ำเสมอ และการรักษาความลับ จะทำให้ผู้รับบริการจะเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล

2. **การเคารพ (Respect)** คือ การยอมรับในศักดิ์ศรี คุณค่า และเอกลักษณ์เฉพาะตัวของบุคคลโดยไม่คำนึงถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม คุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะของปัญหาสุขภาพ ตัวอย่างการเคารพในศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ เช่น ในกรณีที่ผู้รับบริการไม่รับประทายาหลายเดือนจนอาการทางจิตกำเริบ พยาบาลจะไม่ใช้การตำหนิผู้รับบริการหรือตำหนิญาติผู้ดูแลในเรื่องที่ผู้รับบริการไม่รับประทายาจนส่งผลให้มีอาการทางจิตกำเริบ แต่พยาบาลจะใช้วิธีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องว่า “โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่จำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมาพบแพทย์ตามนัด ไม่ควรหยุดยาเองเพราะจะทำให้อาการ

กลับเป็นซ้ำได้อีก และสอนวิธีการสังเกตอาการผิดปกติของผู้รับบริการ เช่น ผู้รับบริการเริ่มไม่รับประทานยา มีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด มีความคิดแปลก ๆ พฤติกรรมก้าวร้าว หวาดกลัว ฉุนเฉียวง่าย ให้ญาติผู้ดูแลพาผู้รับบริการมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ และถ้ามีข้อสงสัยเรื่องใดเกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการสามารถมาพบพยาบาลเพื่อขอคำปรึกษาหรือถ้าไม่สะดวกสามารถโทรมาปรึกษาได้”

3. **สัมพันธภาพใกล้ชิดเชิงวิชาชีพ (Professional Intimacy)** สัมพันธภาพใกล้ชิดเชิงวิชาชีพนั้นเป็นการดูแลและบริการที่พยาบาลจัดให้ อย่างในกรณีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ที่มีปัญหาเรื่องการดูแลสุขอนามัยของตนเอง เช่น ไม่อาบน้ำ พยาบาลสามารถดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาไม่อาบน้ำ โดยการพาไปห้องน้ำ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และช่วยทำความสะอาดร่างกายในส่วนที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ รวมถึงการช่วยเช็ดตัวให้บริเวณรักแร้และขาหนีบเพื่อป้องกันการอับชื้น ซึ่งจะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่พยาบาล ทำให้ผู้รับบริการเป็นการสร้างความใกล้ชิดกับผู้รับบริการ นอกจากนี้ สัมพันธภาพใกล้ชิดเชิงวิชาชีพอาจเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางจิตวิทยา จิตวิญญาณ และสังคม การเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลตามความหมาย คือ การให้ผู้รับบริการให้ข้อมูลได้อย่างอิสระและการไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้รับบริการ ซึ่งจะก่อให้เกิดสัมพันธภาพใกล้ชิดเชิงวิชาชีพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

4. **การเข้าใจความรู้สึก (Empathy)** เป็นการแสดงออกถึงความเข้าใจหรือเข้าถึงความรู้สึกของผู้รับบริการ ทั้งยังเป็นการตรวจสอบและสะท้อนถึงความหมายตามประสบการณ์การดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ การเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการประกอบด้วยระยะห่างทางด้านอารมณ์ โดยพยาบาลแยกออกได้ว่าความรู้สึกเหล่านั้นเป็นของผู้รับบริการไม่ใช่ของพยาบาล และมีการตอบสนองในทางวิชาชีพที่เหมาะสม เช่น ผู้รับบริการระบายความรู้สึกที่ตนเองสูญเสียสมาชิกจากการเกิดอุบัติเหตุ และยังไม่สามารถทำได้ ร้องไห้คร่ำครวญ ถึงแม้ว่าพยาบาลจะเคยประสบกับเหตุการณ์เช่นเดียวกับผู้รับบริการ ก็จะไม่มีการมีส่วนร่วมไปกับผู้รับบริการ เพราะความรู้สึกเหล่านั้นเป็นของผู้รับบริการไม่ใช่ของพยาบาล พยาบาลสามารถตอบสนองผู้รับบริการ ด้วยการพูดว่า “ดิฉันเข้าใจความรู้สึกของคุณ”

5. **อำนาจ (Power)** สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ โดยแต่ละฝ่ายจะมีอำนาจที่ไม่เท่ากัน พยาบาลจะมีอำนาจมากกว่าผู้รับบริการ และมีอิทธิพลมากในระบบการดูแลสุขภาพ พยาบาลมีความรู้เฉพาะทางที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลและให้การพยาบาลผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการแต่ละคน รวมถึงการได้รับสิทธิพิเศษในการเข้าถึงข้อมูลของผู้รับบริการ การเข้าถึงข้อมูลของผู้รับบริการทำให้พยาบาลมีข้อมูลมาประกอบการดูแลและการให้การพยาบาลผู้รับบริการ ซึ่งอำนาจที่กล่าวถึงนี้เป็นอำนาจที่พยาบาลนำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้มีสุขภาพที่ดี และการใช้อำนาจในทางที่เหมาะสมจะทำให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ตัวอย่างที่แสดงออกถึงการที่พยาบาลใช้อำนาจกับผู้รับบริการอย่างเหมาะสม เช่น ผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องทำการรักษาด้วยไฟฟ้า รู้สึกวิตกกังวล กลัว พยาบาลอธิบายขั้นตอนของการรักษาด้วยไฟฟ้า และผลที่เกิดขึ้นหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าให้ผู้รับบริการเข้าใจ เพื่อคลายความวิตกกังวลและความกลัว

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในแต่ละระยะของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในแต่ละระยะของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีดังนี้^(3,8,12)

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการมีปฏิสัมพันธ์ (Pre-interaction)

ระยะก่อนการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นระยะเริ่มขึ้นก่อนที่พยาบาลจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ประสบการณ์ครั้งแรกของพยาบาลจะก่อให้เกิดความเครียด รู้สึกกลัว วิดกกังวล ซึ่งเป็นธรรมดาที่อาจเกิดขึ้นได้ ส่วนความรู้สึกอื่นๆ ได้แก่ ความกลัวๆ กลัวๆ ไม่แน่ใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ พยาบาลจำนวนมากกลัวการบาดเจ็บที่เกิดจากการถูกกระทำโดยผู้รับบริการ การได้รับการปฏิเสธหรือการที่ผู้รับบริการเจ็บประหว่างการมีปฏิสัมพันธ์

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในระยะก่อนการมีปฏิสัมพันธ์

1) การสำรวจตนเอง การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดพยาบาลควรมีสุนัขสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีพลังที่จะทำหน้าที่ของตนเอง มีความตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งการตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลจะช่วยส่งเสริมความเข้าใจในคุณค่าของตนเอง ทั้งด้านความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ทัศนคติ แรงจูงใจ รู้ถึงจุดเด่น จุดด้อยของตนเองและพร้อมที่จะปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น เมื่อพยาบาลตระหนักรู้ในตนเองก็จะพัฒนาการรู้จักและเข้าใจผู้อื่นได้

2) การเตรียมความรู้และทักษะ พยาบาลจิตเวชควรมีความรู้ในเรื่องโรคทางจิตเวช ยา การพยาบาล แหล่งสนับสนุนอื่นๆ ความรู้ในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ เทคนิคและทักษะการสื่อสาร มีทักษะในการแปลความหมายในสิ่งที่ผู้รับบริการพูดและแสดงออกมาได้อย่างถูกต้อง

3) การศึกษาข้อมูลผู้รับบริการ ก่อนที่พยาบาลจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการจะทำให้พยาบาลรู้จักผู้รับบริการในเบื้องต้น ถึงประวัติการเจ็บป่วย ภูมิหลังบางประการ อารมณ์และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหา ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว การวินิจฉัยโรค แผนการรักษาที่ผ่านมา และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ วางแผนสิ่งที่เป็นไปได้สำหรับการพบกับผู้รับบริการในครั้งแรก

4) วางแผนเกี่ยวกับการวัน เวลาที่จะนัดพบผู้รับบริการ พยาบาลตรวจสอบวัน เวลาว่างของตนเองที่ไม่ตรงกับภาระงานอื่นๆ ที่รับผิดชอบ และตรวจสอบวัน เวลาว่างของผู้รับบริการที่ไม่ตรงกับช่วงเวลาที่พักผ่อนหรือไม่ตรงกับช่วงเวลาของการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด หรือกิจกรรมอื่นๆ

ระยะที่ 2 ระยะเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ (Orientation Phase)

ระยะเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ เป็นระยะที่พยาบาลพบกับผู้รับบริการเป็นครั้งแรก การประเมินทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานของการค้นหาสาเหตุและความต้องการการช่วยเหลือของผู้รับบริการ การช่วยเหลือผู้รับบริการพยาบาลจะมุ่งประเด็นไปที่ปัญหาของผู้รับบริการ และการสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการเข้ารับการรักษารวมถึงการค้นหาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้ผู้รับบริการทุกข์ใจ ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม สังคมและจริยธรรม พยาบาลและผู้รับบริการต้องร่วมกันค้นหาปัญหา เข้าใจลักษณะของปัญหาและเป้าหมายในการรักษาผู้รับบริการ ในระยะเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพทั้งพยาบาลและผู้รับบริการอาจได้รับประสบการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจและมีความกังวลใจ

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในระยะเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ

1) **สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ** ด้วยการสื่อสารทั้งคำพูดและภาษาท่าทางที่นุ่มนวล สุภาพและเป็นกันเองของพยาบาล ใช้เทคนิคการสื่อสารได้ถูกต้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ สร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย และการสร้างความประทับใจในครั้งแรกที่พบกัน สัมพันธภาพจะดำเนินไปด้วยดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการสร้างความไว้วางใจของพยาบาลและความร่วมมือของผู้รับบริการ เพราะความไว้วางใจที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้รับบริการกล้าพูดคุยนและเปิดเผยความทุกข์ใจ ความไว้วางใจประกอบไปด้วยการแสดงความยกย่องนับถือ แสดงออกโดยการรับฟังและให้ความสำคัญกับเรื่องที่ผู้รับบริการบอกล่าว หรือสิ่งที่ผู้รับบริการขอความช่วยเหลือ มีความซื่อสัตย์ แสดงออกโดยการรักษาคำมั่นสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ มีความจริงใจทั้งคำพูดและการกระทำ รักษาความลับของผู้รับบริการ และมีความเสมอต้นเสมอปลาย แสดงให้เห็นโดยมาพบผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอตามที่นัดหมาย ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามที่ได้ตกลงไว้กับผู้รับบริการตัวอย่างการสนทนาในครั้งแรกที่พยาบาลพบผู้รับบริการ พยาบาลแนะนำตัว “ดิฉันชื่อ ปฏิบัติงานที่ตึก.....” บอกวัตถุประสงค์ของการมาพบกัน พยาบาลชวนพูดคุยนเรื่องทั่วๆ ไป และทำข้อตกลงร่วมกันในการมาพบกันในเรื่องของ วัน เวลา สถานที่และระยะเวลาที่นัดพบ พยาบาลจะเป็นผู้เปิดประเด็นในการสนทนา และรับฟังสิ่งที่ผู้รับบริการพูดอย่างตั้งใจ สังเกตคำพูด กิริยาอาการต่างๆ ของผู้รับบริการ และเทคนิคการสื่อสารที่ใช้ในระยะนี้ เช่น “สวัสดีค่ะคุณ.....” **Giving Recognition** การเรียกชื่อผู้รับบริการได้ถูกต้อง แสดงให้เห็นว่าพยาบาลรู้จักและจำผู้รับบริการได้ “การรับทราบนายจะทำให้อาการของคุณดีขึ้น” **Giving Information** เป็นการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ “ดิฉันจะพาคุณไปที่ห้องทำกิจกรรมและจะอยู่เป็นเพื่อนคุณค่ะ” **Offering Self** เป็นการเสนอตนเองเพื่อให้ความช่วยเหลือ ทำให้ผู้รับบริการรับรู้ว่าคุณมีคุณค่า

2) **กำหนดข้อตกลงร่วมกันของสัมพันธภาพ** ได้แก่ เวลา สถานที่ ระยะเวลาของการพบกัน ในแต่ละครั้ง เมื่อสิ้นสุดการสนทนาพยาบาลต้องย้ำถึงการนัดหมายครั้งต่อไป และบอกกำหนดระยะเวลาที่พบกันตลอดระยะเวลาของการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลเมื่อต้องสิ้นสุดสัมพันธภาพ ตัวอย่าง การกำหนดข้อตกลงร่วมกันของสัมพันธภาพ และการบอกกำหนดระยะเวลาที่พบกันตลอดระยะเวลาของการสร้างสัมพันธภาพ เช่น “คุณ.....คะ เราจะพบและพูดคุยกันทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี เวลา 10.00 น. ครั้งละ 30 นาที ที่ห้องทำกิจกรรม B ตั้งแต่วันที่..... (วัน/เดือน/ปี) ถึงวันที่..... (วัน/เดือน/ปี)” และเมื่อสิ้นสุดการสนทนาพยาบาลดำเนินการนัดหมายครั้งต่อไป เช่น “คุณ.....คะ เราจะพบกันครั้งต่อไปในวันพฤหัสบดี ที่..... (วัน/เดือน/ปี) ที่ห้องทำกิจกรรม B เวลา 10.00 น.”

3) **กำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้รับบริการ** การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพ จะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจในปัญหาของตน และถ้าผู้รับบริการพัฒนาดตนเองและแก้ไขปัญหาได้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ก็จะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

4) **สำรวจปัญหา** เป็นการสำรวจปัญหาร่วมกับผู้รับบริการ โดยให้ผู้รับบริการได้สำรวจความคิดความรู้สึก เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจในความทุกข์ หรือเข้าใจในปัญหาของตนเองอย่างแท้จริง

5) สังเกตปฏิริยาการโต้ตอบของผู้รับบริการ ทั้งการพูด น้ำเสียง วิธีการแสดงความคิดเห็น ท่าทาง และพฤติกรรมอื่นๆ พังผู้รับบริการพูดอย่างตั้งใจ ไม่มีอคติ ไม่รับวิพากษ์วิจารณ์หรือแสดงความคิดเห็น ยอมรับ และใส่ใจในคำพูดของผู้รับบริการ

6) ประเมินความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับบริการ ประเมินว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกกังวลใจ และไวต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

7) แสดงบทบาทให้เห็นว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้ มีความชำนาญ การดูแลผู้รับบริการ พยาบาลต้องมีความชำนาญเฉพาะทาง มีทักษะ และปฏิบัติการพยาบาลแบบมืออาชีพ

8) สร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการเข้ารับการรักษา โดยให้ผู้รับบริการอยู่รักษาตลอดระยะเวลาตามแผนการรักษา

ระยะที่ 3 ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Working Phase)

การทำงานด้านการบำบัดส่วนใหญ่ เป็นการดำเนินงานในช่วงระยะดำเนินการแก้ปัญหา พยาบาลและผู้รับบริการจะร่วมกันสำรวจความเครียด ความวิตกกังวล และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาการในด้านการรู้จักตนเองของผู้รับบริการ โดยการเชื่อมโยงการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ การรู้จักตนเอง ควรแสดงออกถึงการกระทำและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยสามารถบูรณาการไปในประสบการณ์ชีวิตของตนเอง ซึ่งจะพบทางที่ช่วยให้พ้นจากความเครียด ความวิตกกังวล ลดการพึ่งพิงผู้อื่น มีความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองและส่งเสริมให้ผู้รับบริการเผชิญกับปัญหาด้วยกลไกทางจิตที่เหมาะสม ดังจะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงที่แท้จริงจะเกิดขึ้นในระยะนี้

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในระยะดำเนินการแก้ปัญหา

1) การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ระยะดำเนินการแก้ปัญหา เป็นช่วงระยะเวลาที่พยาบาลและผู้รับบริการต้องรักษาสัมพันธภาพที่ดีไว้อย่างต่อเนื่อง มีการสนทนาด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลายไม่อึดอัด เพื่อให้ผู้รับบริการ เกิดความเชื่อถือและไว้วางใจที่จะเปิดเผยเรื่องราวหรือปัญหาของตน และนำเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดมาใช้ในการกระตุ้นให้ผู้รับบริการระบายความรู้สึกออกมาเป็นคำพูดและภาษาท่าทาง ตัวอย่างเทคนิคการสื่อสารที่ใช้ในระยะนี้ เช่น “*ดูคุณมีความสุข ขณะที่พูดถึงลูกของคุณ*” Sharing Perceptions เป็นการบอกกล่าวถึงสิ่งที่พยาบาลสังเกตเห็นได้จากคำพูดหรือการแสดงออกของผู้รับบริการ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยให้ระบายความรู้สึกหรือความคิดที่ผู้รับบริการมีอยู่ในขณะนั้น “*เมื่อ 3 วันก่อนมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นกับครอบครัวของคุณคะ*” Broad Openings เป็นการให้คำพูดในประโยคปลายเปิด เพื่อให้ผู้รับบริการตอบอย่างกว้างๆ Using Silence การใช้ความเงียบ คือการฟังโดยไม่แสดงความคิดเห็นหรือโต้ตอบใดๆ ถ้าใช้ได้อย่างถูกต้อง จะช่วยกระตุ้นให้ผู้รับบริการระบายความรู้สึกและความคิดออกมาได้ ผู้รับบริการ: “*ฉันรู้ว่าแม่เกลียดฉัน*” พยาบาล: “*คุณบอกว่าแม่เกลียดคุณ*” restating เป็นการกล่าวซ้ำประเด็นสำคัญที่ผู้รับบริการพูดออกมา

2) การช่วยผู้รับบริการได้แก้ปัญหาของตนเอง โดย

2.1) พยาบาลและผู้รับบริการร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุ ลักษณะของปัญหา ผลที่เกิดขึ้นจากปัญหา และสำรวจความเครียดที่เกี่ยวข้อง

2.2) ร่วมกันวางแผนหาแนวทางและวิธีการจัดการกับปัญหา โดยมุ่งแก้ไขปัญหาที่ผู้รับบริการกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

2.3) ส่งเสริมให้ผู้รับบริการรับรู้และเข้าใจในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

2.4) พัฒนาความสามารถของผู้รับบริการในการลดความขัดแย้ง พัฒนาให้ผู้รับบริการมีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และใช้กลไกทางจิตในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม เอาชนะพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกภาคภูมิใจ และมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง

ระยะดำเนินการแก้ปัญหานี้เป็นช่วงเวลาที่พยาบาลมีข้อมูลต่าง ๆ ของผู้รับบริการมากพอที่จะเข้าใจสภาพปัญหา และผู้รับบริการก็มีความเข้าใจในปัญหาของตนมากขึ้นจึงพร้อมที่จะแก้ปัญหาของตนเอง

ระยะที่ 4 ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination Phase)

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พบว่า ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพเป็นระยะที่มีความยาก แต่ก็ เป็นระยะที่มีความสำคัญมาก เป็นเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความจำ การประเมินความพร้อมและความก้าวหน้าของผู้รับบริการ และเป้าหมายสู่ความสำเร็จ มีระดับของความใกล้ชิดและเกิดความไว้วางใจ ที่สูง เป็นภาพสะท้อนของการสร้างสัมพันธภาพที่มีคุณภาพและความรู้สึกของการสิ้นสุดสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการ เกณฑ์ในการพิจารณาการสิ้นสุดสัมพันธภาพ ได้แก่ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการลดน้อยลง ผู้รับบริการมีการปรับปรุงตนเอง มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งและมีความเชื่อมั่นในตนเอง เพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการเป็นไปในทางที่ดีขึ้นตามแผนที่วางไว้ และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดไม่สามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการได้จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อ

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ

1) สสำรวจความรู้สึกของผู้รับบริการ ได้แก่ การปฏิเสธ การสูญเสีย เศร้า โกรธ และการแสดงพฤติกรรมอื่น ๆ บางรายอาจมีความเครียด ความวิตกกังวล การสิ้นสุดสัมพันธภาพจึงต้องมีการเตรียมผู้รับบริการก่อนล่วงหน้า เพื่อลดความกังวลหรือความเครียดของผู้รับบริการ

2) ประเมินผลความก้าวหน้าและความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ พยาบาลจะต้องพูดคุยกับผู้รับบริการถึงสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ได้มีสัมพันธภาพร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาที่ได้แก้ไขแล้ว หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เช่น ผู้รับบริการมีความเข้าใจตนเองและเข้าใจปัญหาของตนดีขึ้น สามารถเผชิญกับปัญหา ความคับข้องใจ ความวิตกกังวล ความขัดแย้งภายในใจได้ มีอารมณ์มั่นคงมากขึ้น มีความเคารพตัวเอง สามารถดูแลตนเองได้ พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง และทราบว่าวิธีในการแก้ปัญหาใดที่เหมาะสมที่สุดในสถานการณ์ของตน สิ่งที่ผู้รับบริการทำได้สำเร็จจะสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ระยะนี้ จะพบว่า ความต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาลจะลดน้อยลง

3) สรุปผลของสัมพันธภาพ การสิ้นสุดสัมพันธภาพมีความสำคัญ ดังนั้น พยาบาลต้องมีการวางแผนล่วงหน้าเพื่อเตรียมผู้รับบริการกลับสู่ครอบครัว ชุมชน โดยพยาบาลจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่นัดพบผู้รับบริการหรือระยะเวลาที่ดูแลผู้รับบริการ และระยะเวลาของการสิ้นสุดสัมพันธภาพ ตั้งแต่ครั้งแรกที่พบกัน เมื่อระยะเวลาของการสิ้นสุดสัมพันธภาพมาถึงพยาบาลและผู้รับบริการจะดำเนินการสรุปผลของสัมพันธภาพทั้งในด้านเป้าหมาย ความคาดหวัง ความรู้สึกที่มีต่อกัน รวมถึงความรู้สึกในปัจจุบัน การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้รับบริการ ความพร้อมของครอบครัว ชุมชน การใช้ชีวิตประจำวัน การใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน การรับประทานยา การพบแพทย์ตามนัด เพื่อให้ผู้รับบริการมั่นใจในการดูแลตนเองได้

บทสรุป

พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้ ส่งผลให้มีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น พยาบาลจึงต้องช่วยให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ การรับรู้ และแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม นั่นคือ พยาบาลต้องนำตนเองเข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในทุกระดับของการให้การพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลจิตเวชที่จะเข้าถึงและใกล้ชิดกับผู้รับบริการโดยมีปฏิสัมพันธ์กันในเชิงวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ ใช้ทักษะการสื่อสารที่ถูกต้อง เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งจะเป็นพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดี อันนำไปสู่การร่วมมือกันของพยาบาล และผู้รับบริการในการค้นหาข้อมูลที่เป็นปัญหา หาสาเหตุของปัญหา วิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ และการประเมินผล นอกจากนี้ พยาบาลจะต้องพัฒนานตนเองให้เกิดการตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง การพัฒนาการตระหนักรู้ของพยาบาลจะทำให้พยาบาลรู้และเข้าใจผู้รับบริการและส่งเสริมให้ผู้รับบริการตระหนักถึงปัญหาที่แท้จริงของตน และเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของตน การที่พยาบาลและผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทำให้เกิดบรรยากาศของการช่วยเหลือและพร้อมที่จะร่วมมือกัน โดยมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. Mirhaghi A, Sharafi S, Bazzi A, Hasanzadeh F. Therapeutic relationship: Is it still heart of nursing? Nurs Rep 2017;7(1):4-9. doi:10.4081/nursrep.2017.6129.
2. Priebe S, McCabe R. The therapeutic relationship in psychiatric settings. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2006;(429):69-72. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00721.x.
3. Gelo OC, Ziglio R, Armenio S, Fattori F, Pozzi M. Social representation of therapeutic relationship among cognitive-behavioral psychotherapists. J Couns Psychol. 2016 Jan;63(1):42-56. doi: 10.1037/cou0000104.
4. Evans-Jones C, Peters E, Barker C. The therapeutic relationship in CBT for psychosis: client, therapist and therapy factors. Behav Cogn Psychother. 2009 Oct;37(5):527-40. doi: 10.1017/S1352465809990269.
5. Roche E, Madigan K, Lyne JP, Feeney L, O'Donoghue B. The therapeutic relationship after psychiatric admission. J Nerv Ment Dis. 2014 Mar;202(3):186-92. doi: 10.1097/NMD.0000000000000102.
6. Murray RB, Huelskoetter MMW. Psychiatric Mental Health Nursing: Giving Emotional Care. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1991.
7. Davies JL, Janosik EH. Mental Health and Psychiatric Nursing: Caring approach. Boston: Jones and Barlett; 1991.
8. Stuart GW. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 10th ed. Missouri: Mosby Inc; 2013.

9. Brickhead LM. Psychiatric Mental Health Nursing: The Therapeutic Use of Self. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1989.
10. Janosik EH, Davies JL. Mental health and psychiatric nursing: A caring approach. Boston: Jones and Bartlett; 1991.
11. Elcock K, Shapcott J. Core Communication Skills. In: Delves-Yates C. editor. Essentials of Nursing Practice. London, U.K: SAGE; 2015.
12. College of Nurses of Ontario. Therapeutic Nurse-Client Relationship (Rev. 2006). Toronto: College of Nurses of Ontario; 2019.

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) เพื่อส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 (ปรับปรุง 14 พฤศจิกายน 2564)

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 เป็นวารสารในระบบการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index) โดยได้รับการประเมินให้อยู่ใน TCI Tier 2 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2567 วารสารฯ เผยแพร่งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และความรู้ด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขและสุขภาพ โดยทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความอย่างน้อย 3 ท่าน เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน วารสารฯ จึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย (Research Article) คือบทความที่เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาการด้านการสาธารณสุข ในสาขาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศได้ หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาในมนุษย์ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว บทความควรมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า ขนาด A-4 พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด **บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความทบทวนหรือบทความวิชาการ (Review/Academic Article) เป็นบทความจากการทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่มีความสำคัญ มีส่วนเพิ่มเติมจากองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิม เป็นปัญหาใหม่ มีการถกเถียงตอบโต้ประสพการณ์ หรือมีนวัตกรรมที่น่าสนใจ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง บทความควรมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า **บทความทบทวนและบทความวิชาการต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความพิเศษ (Special Article) เป็นบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละสาขาที่แสดงถึงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของสาธารณะ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 10 หน้า **บทความพิเศษไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ**

บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่หยิบยกมานำเสนอโดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่อาจยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้องศึกษาต่อ หรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 8 หน้า **บทความทั่วไปไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ**

บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review) เป็นงานเขียนบทความที่วิพากษ์วิจารณ์เนื้อหาสาระ คุณค่า และคุณภาพของหนังสือ รายงาน หรือบทความ เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และต่อยอด บทความควรมีความยาวไม่เกิน 3 หน้า

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์

1. ต้นฉบับที่ส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 **ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นหรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น** โดยผู้เขียนคนที่หนึ่งต้องแนบหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 - บทความทั่วไป (**แบบฟอร์มหน้า i**) หากบทความเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ หรือการศึกษาอิสระ ต้องแนบหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 - บทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ และการศึกษาอิสระ (**แบบฟอร์มหน้า j**) โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาหลักลงนามพร้อมให้ข้อมูลการติดต่อกลับด้วย เฉพาะบทความวิจัย ผู้วิจัยหลักต้องแนบสำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้วย

2. ต้นฉบับให้พิมพ์โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 Point ตลอดทั้งบทความ จัดพิมพ์ในโปรแกรม Word แบบไม่เว้นบรรทัด ในกระดาษขนาด A-4 เว้นขอบขนาด 1 นิ้ว (2.54 ซม.) ทั้งสี่ด้าน ใส่หมายเลขหน้าที่มุมขวาด้านล่าง

3. องค์ประกอบของบทความวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย

3.1 **ชื่อเรื่อง (Title)** ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 **ชื่อผู้เขียน (Authors' Names)** ชื่อและนามสกุลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ และระบุสถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่หมายเลขและแสดงรายละเอียดด้านล่าง

3.3 **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และสรุปผลการวิจัย อาจเขียนเป็นหัวข้อ หรือเขียนต่อกันเป็นความเรียงก็ได้ แต่ต้องให้กระชับ ไม่ต้องมีการอ้างอิง **บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีจำนวนคำไม่เกินบทคัดย่อละ 300 คำ**

3.4 **บทนำ (Introduction)** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย อาจมีการศึกษา ค้นคว้างานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์การวิจัย และ/หรือ สมมติฐานการวิจัย และ/หรือ คำถามการวิจัย และขอบเขตการวิจัย หากบทความใช้คำย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

3.5 **วิธีดำเนินการวิจัย หรือ ขั้นตอนการวิจัย (Research Methodology)** อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยและรูปแบบการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว

3.6 ผลการวิจัย (Results) นำเสนอสิ่งที่ได้ค้นพบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบและวิเคราะห์ แล้วเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยที่ระบุไว้ หากใช้ตารางหรือแผนภูมิ ควรอ้างอิงจากเนื้อหาในบทความ และมีหัวข้อของตารางหรือแผนภูมิกำกับ กรณีที่ใช้รูปภาพ ควรใช้รูปที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์ 3X5 นิ้ว และใส่คำอธิบายไว้ใต้รูป หากรูปภาพและแผนภูมินำมาจากแหล่งอื่น ควรอ้างอิงที่มาด้วย

3.7 สรุปและอภิปรายผล (Conclusions and Recommendations) ควรเขียนสรุปโดยอ้างอิงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัย และอภิปรายผลโดยอ้างอิงกับงานวิจัยและ/หรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.8 ข้อเสนอแนะ (Recommendations) เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัย เพื่อการนำไปใช้และการวิจัยในครั้งต่อไป

3.9 เอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงต้องปรากฏทั้งในบทความและในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยมีแนวทางดังนี้

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์มี 2 แบบ คือ การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา และการอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม

การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา

ระบบการอ้างอิงในทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะใช้การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ตัวยก” ตัวอย่างเช่น ⁽¹⁾
2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย
3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง
4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศสงฆ์ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น ⁽¹⁻³⁾ แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น ^(4,6,10)

¹ ทิพวรรณ สุขวย. การเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต] 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20citation3.pdf>

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 ศรีพัฒนาวัฒน์. วิธีการเพาะเชื้อแบบง่ายเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อไมโครแบคทีเรียของต่อมน้ำเหลืองในการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กทางเซลล์วิทยา; การประเมินคุณค่าและการใช้งาน. จุลาลงกรณ์เวชสาร 2539;40(5):383-91.
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 อัมสมบุญ, บรรณาธิการ. ไมเกรน รักษาได้โดยไม่ใช้ยา. กรุงเทพฯ: เนชั่นบุ๊คส์; 2556.
4. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

วิทยานิพนธ์หรือปริยญาณิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริยญาณิพนธ์หรือสารนิพนธ์] ชื่อย่อของปริยญาณิพนธ์ 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	ผู้เขียนส่งบทความออนไลน์พร้อมหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ (สแกนหรือถ่ายรูป) และสำเนาการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (กรณีบทความวิจัย) ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ในเว็บไซต์วารสารที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/index	ผู้เขียน	N/A
3	ผู้เขียนส่งหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ตัวจริงทางไปรษณีย์	ผู้เขียน	N/A
4	บรรณาธิการตรวจเนื้อหาว่ามีคุณภาพและรูปแบบว่าถูกต้องหรือไม่ หากผ่านการประเมินเบื้องต้น บรรณาธิการตอบรับและนำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมิน หากไม่ผ่าน บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนให้มีการปรับปรุง หรือปฏิเสธการรับพิจารณาหากบทความมีคุณภาพต่ำมาก หรือไม่ตรงประเด็นการเผยแพร่ของวารสารฯ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
5	บรรณาธิการส่งบทความที่ผ่านการประเมินในเบื้องต้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) ประเมินและให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความอย่างน้อยบทความละ 3 ท่าน ผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้กระบวนการประเมินแบบปกปิดทั้งสองฝั่ง (Double-Blinded Review Process)	บรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	4 สัปดาห์

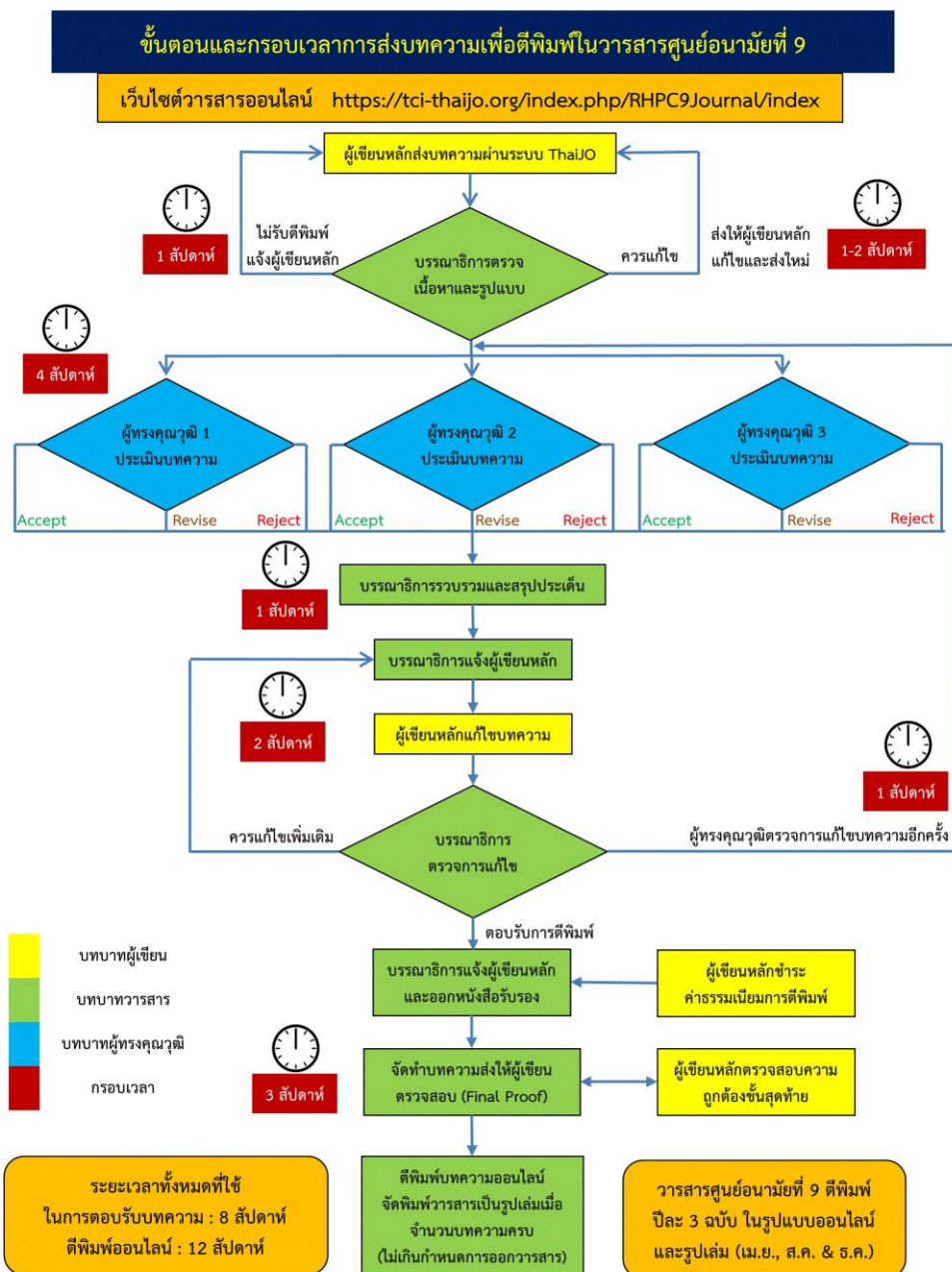
ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
6	บรรณาธิการรับคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับ ตรวจสอบคำแนะนำ และสรุปประเด็นที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
7	บรรณาธิการส่งคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับให้ผู้เขียนผ่านระบบ ThaiJO โดยให้เวลาในการแก้ไข/ปรับปรุงคุณภาพงานเขียน 1-2 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
8	ผู้เขียนส่งงานที่แก้ไขแล้วกลับมาที่วารสารฯ ผ่านระบบ ThaiJO	ผู้เขียน	N/A
9	บรรณาธิการตรวจสอบการแก้ไขเบื้องต้นเปรียบเทียบกับคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยดำเนินการต่อไป 3 รูปแบบขึ้นอยู่กับคุณภาพการแก้ไข และคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
9.1	บรรณาธิการตอบรับการตีพิมพ์บทความ กรณี-ผู้ทรงคุณวุฒิมอบหมายให้บรรณาธิการพิจารณาต่อและบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นแล้ว (ไปลำดับที่ 10)	บรรณาธิการ	N/A
9.2	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง กรณี-ผู้ทรงคุณวุฒิขอประเมินบทความซ้ำอีกครั้งและบรรณาธิการตรวจสอบแล้วว่าบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
	ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความที่ได้รับการแก้ไขและส่งผลการประเมินมาที่บรรณาธิการเพื่อดำเนินการต่อไป	ผู้ทรงคุณวุฒิ	1-2 สัปดาห์
9.3	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเพิ่มเติม กรณี-ผู้เขียนแก้ไขบทความไม่ครบถ้วนตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ หรือบรรณาธิการพิจารณาแล้วเห็นว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้คุณภาพของบทความดียิ่งขึ้น		
	ผู้เขียนแก้ไขบทความตามคำแนะนำ	ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
10	ผู้เขียนโอนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในวารสารจำนวน 3,500 บาท สำหรับบทความภาษาไทย และจำนวน 5,000 บาท สำหรับบทความภาษาอังกฤษ มาที่บัญชีศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ธนาคารกรุงไทย สาขานครราชสีมา เลขที่บัญชี 301-0-04317-1 และส่งสำเนาสลิปการโอนเงินผ่านระบบ ThaiJO หรือทาง Email ของบรรณาธิการ	ผู้เขียน	N/A

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
11	ฝ่ายจัดการของวารสารฯ ออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 และใบเสร็จรับเงิน จัดส่งให้ผู้เขียนตามที่อยู่ของผู้เขียนให้ไว้	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์
12	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรจัดทำต้นฉบับให้บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง	ฝ่ายออกแบบ และพิสูจน์อักษร และบรรณาธิการ	1 สัปดาห์
13	บรรณาธิการส่งบทความฉบับพร้อมตีพิมพ์ให้ผู้เขียนตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตีพิมพ์ออนไลน์	บรรณาธิการ และผู้เขียน	1-2 วัน
14	บรรณาธิการตีพิมพ์บทความออนไลน์ที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/index และแจ้งให้ผู้เขียนทราบ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
15	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรรวบรวมบทความที่ตีพิมพ์ในฉบับที่มีกำหนดออกวารสารเป็นรูปเล่ม ส่งให้บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้องและเขียนบทบรรณาธิการ ในช่วงเวลาที่สอดคล้องกับกำหนดออกวารสาร 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 และพิสูจน์อักษร และบรรณาธิการ	1 สัปดาห์
16	จัดพิมพ์วารสารเป็นรูปเล่ม	โรงพิมพ์	1-2 สัปดาห์
17	ฝ่ายจัดการจัดส่งวารสารที่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้ผู้เขียน	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์

สรุป

- ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบรับการตีพิมพ์บทความ ประมาณ 6-10 สัปดาห์
- ระยะเวลาที่ใช้ในการตีพิมพ์บทความออนไลน์ ประมาณ 8-12 สัปดาห์
- ระยะเวลาที่ใช้ในการตีพิมพ์บทความเป็นรูปเล่ม ประมาณ 8-12 สัปดาห์ขึ้นไป

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน บรรณาธิการ คณะผู้จัดทำ และศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนมีความรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและมีความเหมาะสม



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_uXCSMShznA8uKpPxXwmV9o/edit?usp=sharing&oid=110564042903051624133&rtpof=true&sd=true

หนังสือรับรองการส่งบทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ หรือการศึกษาอิสระ
เพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล อาจารย์ที่ปรึกษา)

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_uXCSMShznA8uKpPxXwmV9o/edit?usp=sharing&oid=110564042903051624133&rtpof=true&sd=true

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

เลขที่ 177 หมู่ 6 ตำบลโคกกรวด

อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 0-4430-5131 โทรสาร 0-4429-1505-6

Website: <http://hpc9.anamai.moph.go.th>

