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	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา	รองอธิบดี กรมอนามัย
นายแพทย์พีระยุทธ สานุกูล	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
แพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

บรรณาธิการ ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ เภสัชกรหญิง ดร.ปุญชรัสมิ์ ศิริทรัพย์ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป็นตามวา	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ศรัญญา จุฬารี	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
รัชนี บุญเรืองศรี	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
ประดับ ศรีหมื่นไวย	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ฝ่ายจัดการ สถาพร เป็นตามวา, สุธิดา เกตุพุดซา, กรรลิกา สุขสิงห์, นิตยา สาสวน, ศิริรัตน์ รัตนสมบูรณ์, อรรครวรรณ สินธุบัว, กรรณิการ์ จันทร์ส่อง, 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

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers)

ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

ทพญ.กันทิมา เหมพรหมราช	รองผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ทพญ.ณมน เพ็ชรนิล	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

นพ.นิธิรัตน์ บุญตานนท์	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
อ.รัชนี บุญเรืองศรี	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
ทพญ.วรมน อัครสุต	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
ทพญ.จุฑามาศ เทพไชย	สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
ดร.สมร นุ่มผ่อง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
รศ.ดร.นวรัตน์ สุวรรณผ่อง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ภก.ดร.พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
รศ.ดร.ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
รศ.ดร.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.ทิวากรณ์ ราชูธร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
อ.ดร.พัชรี ศรีกุตา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
อ.ดร.ฐิติมา ระย้าเพ็ชร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
อ.ดร.รชานนท์ ง่วนใจรัก	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
อ.ปัณรดา ฐานะปัตโต	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป็นตามวา	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ปวีณา ลิมปิทีปราการ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
อ.พจ.ศิรประภา วีรพัฒนานนท์	สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
อ.พจ.พีรนันท์ พัฒนมงคล	สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
อ.พจ.วีรชัย สุทธิธารธวัช	คณะการแพทย์จีน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
อ.พจ.ปุณยภัสร์ ศิริธีราฐิติกุล	หลักสูตรการแพทย์แผนจีนบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา
รศ.ดร.ประกาย จิโรจน์กุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
ผศ.ดร.กิตติภูมิ ภิญโญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.ดร.กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
อ.ดร.ปิยธิดา จุลละปีย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers)

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

อ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
อ.ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
อ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
อ.ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
อ.ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
อ.ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ดร.วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.วาสนา หลวงพิทักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
อ.ดร.กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
อ.ดร.ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
ผศ.ดร.วันทนา ถิ่นกาญจน์	คณบดี สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
รศ.ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทางค์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.วรรณวดี เนียมสกุล	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ศรัญญา จุฬารี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ธนกมณ ลีศรี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.ณัฐฐิตา เพชรประไพ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.กชกร เพียซ้าย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.จินตนา ตาปิน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ภรณี อนุสนธิ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.รวีวรรณ พงศ์พุฒิพัชร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
พ.ต. หญิง ดร. ปิยอร วจนะทินภัทร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.เบญจพร สุขประเสริฐ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.บัณฑิตา นฤมานเดชะ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ณัฏจิรา วินิจฉัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ลักขณา ไชยนอก	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ธนวัฒน์ ธิติธนานันท์	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.วันวิสาข์ โชรัมย์	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

สารบัญ

หน้า

ข้อมูลวารสาร ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers) ข

บทความวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ 1

Health Literacy and Health Behaviors 3E 2S of Nursing Students from a Private University in Buriram Province

กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร,สุภิศา ขำเอนก, อภิสรากรณ์ หิรัณย์วิชญกุล, สุวรัตน์ ธีระสุต, ศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ 13

Factors associated with Rapid decline of Renal function in Patients with CKD Stage 3-4 at Kasetsomboon Hospital, Chaiyaphum

จรูญ บุญธกานนท์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการเรียนออนไลน์ในช่วงโควิด–19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร 28

Factors Associate with Stress of Online Learning during the COVID–19 Pandemic among Students at Sakon Nakhon Rajabhat University

ภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ, ธนธรณ์ จูมจันทา, ดรรชนีย์กร สุวรรณจันทร์, วัลยา รินทอน, มินตรา จันทะพร, จิราภรณ์ จำปาจันทร์, ณีรนุช วรไธสง

การถอดบทเรียนการเรียนรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน : กรณีศึกษาจังหวัดมหาสารคาม 42

Lessons Learned of Nurses' Roles in Alcohol Consumption Control in the Community : A case study in Maha Sarakham Province

กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์, สกาวรัตน์ ไกรจันทร์, ผดุงศิษฎ์ ชำนาญบริรักษ์

กระบวนการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 56

Process and Factors Related to Local Collaboration in Long-term Elderly Care

นิธิรัตน์ บุญตานนท์

ศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรงน้อย แบบบูรณาการด้วยฟ้าทะลายโจร 73

Integration of Treatment in Mild Pneumonia from Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patients, Who Received Andrographis paniculata (Burm.f.) Nees

วรวรรณ กอปรกิจงาม

สารบัญ

หน้า

ปัจจัยและผลกระทบทางทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในช่วงวิกฤติโควิด-19 ในอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ **88**

Factors and Effects on Dental Health of Upper Primary School Students During the COVID-19 Crisis in Phu Khiao District, Chaiyaphum Province

ณัฐริกา ศรีสงวน, ธีระวุธ ธรรมกุล,, อารยา ประเสริฐชัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แผนกผู้ป่วยในจิตเวช โรงพยาบาลอุดรธานี **105**

Effects of Discharge Planning Program with Caregiver Participation among Patients with Psychosis of In-patient Department, Udonthani Hospital

ชบาไพร สังเกต, ระพีพรรณ ลาภา, ชรินทร์พร มะชะรา

การออกหน่วยทันตกรรม ในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี **121**

Proactive Dental Care Services in Chai Badan District Prison, Chai Badan District, Lopburi Province

พนิตานันท์ โพธิ์พงศ์

ระดับความรอบรู้และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร **135**

The Levels of Health Literacy and Factors Affecting Health Literacy in Infectious Waste Management on Coronavirus Disease 2019 Outbreak among Village Health Volunteers in Phichit Province

สมศักดิ์ ผลประเสริฐศรี

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย ในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา **150**

Effect of Knowledge and Attitudes for Solid Waste Management Program in Khao Ngam Subdistrict, Wang Noi District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

ศศิวิมล จันทร์มาลี, พัชรินทร์ แตงอ่อน, ขวัญยุพา ม่วงงาม, พัณณิตา แขกพงษ์, จิรภาส หอมจิตสุขฤทัย, ชนินันท์ ประเสริฐไทย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี **166**

Factors Affecting Mental Health among Females Prisoners in Chonburi Women's Correctional Institution

สุขุมาล คิดสงวน

สารบัญ

หน้า

การดูแลสุขภาพช่องปากในงานปฐมภูมิของกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตตำบลลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี 181

Oral Health Care In Primary Care For Patients With Stroke In Lam Narai Subdistrict, Chai Badan District, Lopburi Province

พนิตานันท์ โพธิ์พงศ์

การเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายระหว่างสตรีวัยหลังหมดระดูที่กลัวและไม่กลัวการล้ม 195

A Comparison of Physical Performance in Postmenopausal Women with and without Fear of Falling

พัชรินทร์ พรหมเผ่า

ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด ตำบลยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ 207

Knowledge and Self-care Behavior using Local Wisdom among Postpartum Mother, Yang Wai Sub-district, Khon Sawan District, Chaiyaphum Province

จิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์, เปรมวดี เปลรินทร์, จินตหรา สาลาสุตา, ชไมพร นารถชัยภูมิ, ฐิติรัตน์ พันธ์เปี่ยม, ธันยมัย มูลบัวภา, พิชญาทร สีหานารถ, ธิติรัตน์ เหล่าคมพฤฒาจารย์, พรภัทรา แสนเหลา

การเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่น 221

Surveillance, Monitoring and Incident Response Plans to Respond to the Spread of Communicable Diseases in Child Development Centers through Community Involvement Under Local Internal Management Mechanisms

โสมศิริ เดชารัตน์

การพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการจัดการระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จังหวัดตรัง 237

Development of Promoting Health Literacy and Family Participation for the Management of Blood Pressure Levels in Uncontrolled Hypertensive Patients in Trang Province

วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, กนกพรรณ พรหมทอง, มนตรี รักภักดี, กัญญาภา มุสิกะชะนะ

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์ 255

Development of a Healthcare Service Model for the Elderly, Buriram Province

มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, ณฐิฌา แก้วอำไพ, วิไลพร คลีกร

สารบัญ

หน้า

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา **272**
Prevalence and Factors Associated with Risks for Dementia among Elderly in Sungnoen Subdistruct Municipality, Nakhon Ratchasima Province
อรุณโรจน์ รุ่งเรือง, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์

ประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่บ้าน ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ผ่านระบบออนไลน์ เขตนครชัยบุรินทร์ **288**
Effectiveness of Home Exercise Promotion Program Conducted Via Online Platform During the COVID-19 Epidemic in Health Region 9 (Nakhon Chai Burin)
นาตยานี เชียงหนู, นันทิชา แปะกระโทก, สันธนี ชโลปถัมภ์, ปิยมาภรณ์ โล่ห์ทวีมงคล

การเปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างการใช้ไตรเฟอร์ดีนกับไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท **303**
A Comparison of the Effectiveness of Anemia in Pregnancy Therapy with Triferdine and Triferdine plus Ferrous Fumarate, Bueng Kan Hospital
สุชีวา ราชูโส

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิต ของวัยทำงานในสำนักงานเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี **314**
Association between Stress, Mental Health Status and Health Behaviors with Quality of Life among Working Age of Municipality Offices in Ubon Ratchathani Province
ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต, มนฤดี แสงวงษ์, ศศิธร บุญสุข, ฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์, รัชดาพร จันทบุตร, จิรนันท์ เจริญผล, นิยม จันทร์นวล

ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 6 **326**
The Anemia Surveillance System of Schoolchildren in Health Region 6
ศรัชฌา กาญจนสิงห์

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร **339**
The Development of Rational Drug Use Literacy Promoting of Chronic Patients in Phichit Province
สมจินต์ มากพา, วิทวัฒน์ อูปคำ

สารบัญ

หน้า

การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีของสถาบันพระบรมราชชนก **354**

Media Literacy about the Novel Coronavirus (COVID-19) Outbreak of Undergraduate Students of Praboromarajchanok Institute

กันยารัตน์ อุบลวรรณ, นัยนา ภูลม, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, วิยะการ แสงหัวช้าง

บทความวิชาการ

การส่งเสริมพัฒนาการผู้ใหญ่วัยกลางคน : บทบาทของพยาบาล **368**

Health Promotion of Middle Adulthood Development : Nurses' Roles

เกษร เกษมสุข, บังอร ฤทธิ์อุดม

บทความพิเศษ

ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย **381**

Mild Cognitive Impairment or Mild Neurocognitive Disorder

ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์

ภาคผนวก

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) **a**

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style) **e**

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 **g**

ขั้นตอนและกรอบเวลาการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 **j**

หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์–บทความทั่วไป **k**

หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์–บทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ และการศึกษาอิสระ **l**

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์

กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร, พย.ม.*a, สุภิศา ขำเอนก, พย.ม.*, อภิสรากรณ์ หิรัณย์วิชญกุล, พย.ม.*, สุวรัตน์ ธีระสุต พย.ม.*, ศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์, พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 468 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส.ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบเพียร์สันไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 50.98 และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 22.15 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม ซึ่งผลการศึกษานี้จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อจัดการเรียนการสอนเสริมสร้างพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของของนิสิตพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.; นิสิตพยาบาล

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

[a] Corresponding author : กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร Email : kitipong19880@gmail.com

รับบทความ: 7 ต.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 30 ต.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 30 ต.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 29 พ.ย. 65

Health Literacy and Health Behaviors 3E 2S of Nursing Students from a Private University in Buriram Province

Kitipong Ruanphet, M.N.S.[*a], Supisa Khamanek, M.N.S.[*], Apisarakorn Hiranwitchayakun, M.N.S. [*], Suwarat Theerasut, M.N.S. [*], Siriluk Suwannawong, M.N.S. [*]

Abstract

The objective of this survey research was to study health literacy healthy behaviors 3E 2S (Eating, Exercises, Emotion, Stop smoking, Stop drinking) and factors related to health behaviors 3E 2S among nursing students. The samples were 486 nursing students studying in years 1-4 at a private university in Buriram Province. Instruments used in data collection were assessment form for health literacy and health behaviors (3E 2S) for people aged 15 years and over–revised version in 2018 by the Division of Health Education, Department of Health Services Support, the Ministry of Public Health. The data were analyzed using percentages, means, standard deviations and relationship between factors was tested using Pearson's Chi-Square test.

The results showed that the samples' overall health literacy was at a good level with an average score of 50.98. Their health behaviors (3E 2S) were at a good level with an average score of 22.15. Factors significantly related to health behaviors (3E 2S) were access to information and health services, health communication, self-management, media and Information literacy, and overall health knowledge ($p<0.05$). The results of this study can be used as the basis for teaching and learning to enhance the knowledge of health and health behaviors of nursing students in the future.

Keywords : Health literacy; Health behaviors 3E 2S; Nursing students

---

[*] Lecturer, Faculty of Nursing, Western University, Buriram Campus

[a] Corresponding author : Kitipong Ruanphet Email : kitipong19880@gmail.com

Received: Oct. 7, 22; Revised: Oct. 30, 22; Accepted: Oct. 30, 22; Published Online: Nov. 29, 22

บทนำ

สถานการณ์โรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2555 ถึงปีพ.ศ. 2559 จากร้อยละ 68 เป็นร้อยละ 71 จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2557–2561 พบอัตราการเสียชีวิตอันมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกได้แก่ โรคมะเร็ง รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3, 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ มีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความสูญเสียสุขภาพ และส่งผลกระทบโดยตรงต่อเศรษฐกิจและสังคม โดยปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคประกอบด้วย การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ[1] ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดจากการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2560 พบประเด็นด้านการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 72.1 และร้อยละ 75.7 ไม่มีความรู้เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพ ส่งผลทำให้ไม่สามารถจัดการตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีสุขภาพดีได้[2] ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัญหาการเกิดโรคให้ลดลงนั้น ต้องส่งเสริมและปรับเปลี่ยนให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง[3] และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง รวมถึงช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัวชุมชน และสังคมได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นจะต้องพัฒนาอยู่ตลอดเวลา เพราะสภาวะโรคภัยไข้เจ็บมีการเปลี่ยนแปลงไปกับตามกาลเวลา[4]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพที่มีความฉลาดทางสุขภาพจะสามารถสื่อสารข้อมูลในแนวทางที่ประชาชนสามารถนำไปใช้และปฏิบัติได้จริงด้วยตนเอง เพื่อป้องกันความเจ็บป่วยและได้รับการรักษาที่จำเป็น รวมทั้งสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยมีโอกาสซักถามข้อข้องใจจนเกิดความกระจ่างและสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยใช้กลยุทธ์การสื่อสารแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วมคำนึงถึงความแตกต่างทางภาษา วัฒนธรรม และการสร้างสิ่งแวดล้อม และระบบบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูล และบริการด้านสุขภาพ ตลอดจนการขจัดอุปสรรคต่อความฉลาดทางสุขภาพ[5] และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ เพศ สถานภาพ และการศึกษา ชั้นปี และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[6,7]

ดังนั้นนิสิตพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้องออกไปดูแลสุขภาพของประชาชนในอนาคต จึงต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. เพราะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความรอบรู้และการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงและปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ด้วยตนเอง ก่อนที่จะออกไปเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ที่ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญในการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ .2ส. เพื่อนำมาสู่การพัฒนาส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของของนิสิตพยาบาล เพื่อให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์เป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์เป็นอย่างไร
3. เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของนิสิตพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

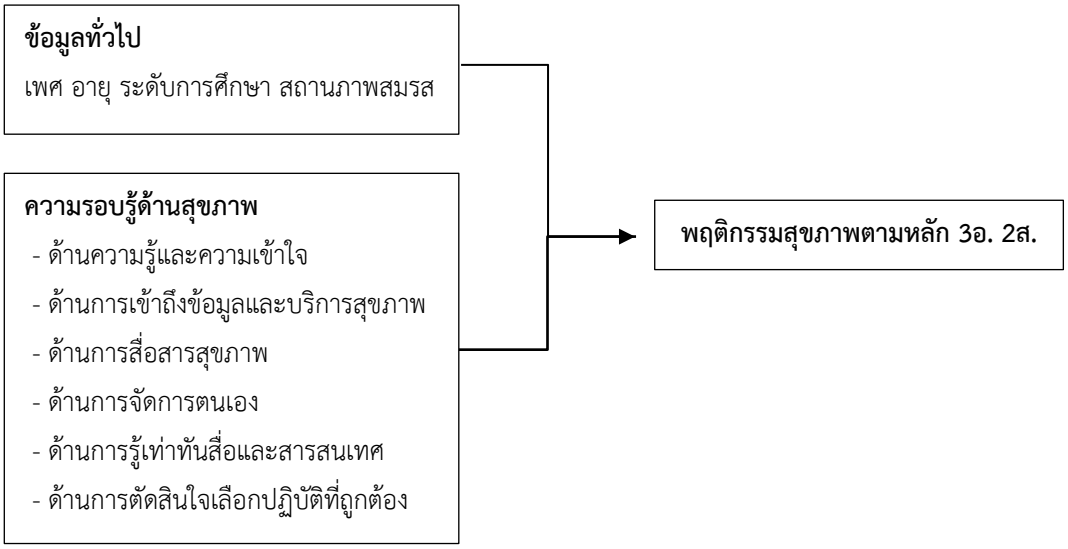
1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของนิสิตพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ มีกรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2565 จำนวนทั้งหมด 468 คน **กลุ่มตัวอย่าง** นิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ชั้นปีที่ 1-4 เป็นการศึกษาในประชากรทั้งหมด ซึ่งกำลังเรียนอยู่ในปีการศึกษา 2565 ประกอบด้วย ชั้นปีที่ 1 จำนวน 171 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 148 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 84 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 65 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 468 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือมาตรฐานของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีองค์ประกอบทั้งหมด 5 ตอน จำนวน 30 ข้อ

1. **ข้อมูลทั่วไป** จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะงานหลัก (อาชีพ)

2. **แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส.** เป็นข้อคำถามแบบถูก-ผิด มี 4 ตัวเลือก จำนวน 6 ข้อ เกณฑ์การเมินความรู้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีระดับความรู้ไม่ถูกต้อง ระหว่าง

0-3.59 คะแนน มีระดับความรู้ถูกต้องบ้าง ระหว่าง 3.60-4.19 คะแนน มีระดับความรู้ถูกต้อง ระหว่าง 4.20-4.79 คะแนน และมีระดับความรู้ถูกต้องที่สุด ระหว่าง 4.80-6.00 คะแนน

3. แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูล จำนวน 2 ข้อ รู้เท่าทันสื่อ จำนวน 2 ข้อ มีเกณฑ์ประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี ระหว่าง 0-5.99 คะแนน ระดับพอใช้ ระหว่าง 6.00-6.99 คะแนน ระดับดี ระหว่าง 7.00-7.99 คะแนน และระดับดีมาก ระหว่าง 8.0-10.0 คะแนน การสื่อสารสุขภาพจำนวน 3 ข้อ การจัดการตนเอง จำนวน 3 ข้อ มีระดับการประเมินได้แก่ ระดับไม่ดี ระหว่าง 0-8.99 คะแนน ระดับพอใช้ ระหว่าง 9.00-10.49 คะแนน ระดับดี ระหว่าง 10.50-11.99 คะแนน และระดับที่ดีมาก ระหว่าง 12.00-15.00 คะแนน และการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 3 ข้อ ระดับการประเมินได้แก่ ระดับไม่ดี ระหว่าง 0-7.19 คะแนน ระดับพอใช้ ระหว่าง 7.20-8.39 คะแนน ระดับดี ระหว่าง 8.40-9.59 คะแนน และระดับที่ดีมาก ระหว่าง 9.60-12.00 คะแนน

4. แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 3 ข้อ มีเกณฑ์ประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี ระหว่าง 0-7.19 คะแนน ระดับพอใช้ ระหว่าง 7.20-8.39 คะแนน ระดับดี ระหว่าง 8.40-9.59 คะแนน และระดับดีมาก ระหว่าง 9.60-12.00 คะแนน

5. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 6 ข้อ 5 ตัวเลือก มีเกณฑ์ประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี ระหว่าง 0-17.99 คะแนน ระดับพอใช้ ระหว่าง 18.00-20.99 คะแนน ระดับดี ระหว่าง 21.00-23.99 คะแนน และระดับดีมาก ระหว่าง 24.00-30.00 คะแนน[8]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส.ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [8] ซึ่งเป็นเครื่องมือสากล และได้รับการยอมรับทางวิชาการ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามมาตรฐานนี้โดยมิได้ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาสาระหรือข้อคำถามแต่อย่างใด และผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. ไปหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับนักเรียนที่มีคุณสมบัติและสภาพแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยครอนบาคแอลฟา (Cronbach' s alpha coefficient) ทั้งฉบับได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ชั้นปีที่ 1-4 เข้าร่วมการวิจัย และแชร์คิวอาร์โค้ด (QR code) เอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและแบบสอบถามออนไลน์ Google Forms ให้แก่ผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ หมายเลข BRO2022-023 ลงวันที่ 30 กันยายน 2565 และชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย แก่ผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำเสนอผลการศึกษาด้วยสถิติพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบเพียร์สันไคสแควร์

ผลการวิจัย

แบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้ มีความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้ง 468 ฉบับ ผลการวิเคราะห์พบว่าข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.4 มีอายุ 15-25 ปี ร้อยละ 98.0 มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 97.6 และจากการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.98 คะแนน และรายด้านพบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับดีมาก ส่วนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.15 คะแนน ดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. (n=468)

องค์ประกอบ	Mean	S.D.	ระดับ
1. ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	3.76	1.15	ถูกต้องบ้าง
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	8.00	1.48	ดีมาก
3. ด้านการสื่อสารสุขภาพ	9.62	1.36	พอใช้
4. ด้านการจัดการตนเอง	11.42	2.11	ดี
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	8.09	1.56	ดีมาก
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	10.07	1.54	ดีมาก
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (องค์ประกอบที่ 1-6)	50.98	5.76	ดี
พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	**22.15**	**3.03**	**ดี**

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (n=468)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมตามหลัก 3อส				χ^2	df	p-value
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก			
เพศ							
ชาย	2 (11.8)	4 (23.5)	5 (29.4)	6 (35.3)			
หญิง	23 (5.1)	115 (25.5)	156 (34.6)	157 (34.8)	1.51	3	0.67
อายุ							
15-25	24 (5.2)	116 (25.3)	159 (34.6)	160 (34.9)			
26-36	1 (11.1)	3 (33.3)	2 (22.2)	3 (33.3)	1.19	3	0.75
ระดับการศึกษา							
ปี1	8 (4.78)	41 (24.0)	63 (36.8)	59 (34.5)			
ปี2	8 (5.4)	36 (24.3)	41 (27.7)	63 (42.6)			
ปี3	4 (4.8)	29 (34.5)	27 (32.1)	24 (28.6)	14.42	9	0.10
ปี4	5 (7.7)	13 (20.0)	30 (46.2)	17 (26.2)			
สถานภาพ							
โสด	24 (5.3)	116 (25.4)	159 (34.8)	159 (34.6)			
สมรส	1 (9.1)	3 (27.3)	2 (18.2)	5 (45.5)	1.53	3	0.67

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่า องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. (n=468)

องค์ประกอบ	ระดับพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส.					χ^2	df	p-value
	เกณฑ์การประเมิน	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก			
1. ด้านความรู้และความเข้าใจ	ไม่ถูกต้อง	8 (4.3)	53 (28.2)	66 (35.1)	61 (32.4)			
	ถูกต้องบ้าง	10 (6.7)	40 (26.7)	51 (34.0)	49 (32.7)			
	ถูกต้องที่สุด	7 (5.4)	26 (20.0)	44 (33.8)	53 (40.8)	4.94	6	0.55
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	ไม่ดี	4 (25.0)	5 (31.3)	3 (18.8)	4 (25)			
	พอใช้	7 (10.4)	26 (38.8)	23 (34.3)	11 (16.4)			
	ดี	2 (3.1)	14 (21.9)	30 (46.9)	18 (28.1)			
	ดีมาก	12 (3.7)	74 (23.1)	105 (32.7)	130 (40.5)	37.9	9	0.00*
3. ด้านการสื่อสารสุขภาพ	ไม่ดี	8 (11.0)	27 (37.0)	21 (28.8)	17 (23.3)			
	พอใช้	15 (5.4)	70 (25.0)	104 (37.1)	91 (32.5)			
	ดี	2 (2.1)	22 (23.2)	30 (31.6)	41 (43.2)			
	ดีมาก	0 (0.0)	0 (0.00)	6 (30.0)	14 (70.0)	30.21	9	0.00*
4. ด้านการจัดการตนเอง	ไม่ดี	4 (15.4)	11 (42.3)	4 (15.4)	7 (26.9)			
	พอใช้	15 (12.0)	45 (36.0)	42 (33.6)	23 (18.4)			
	ดี	1 (1.3)	16 (21.1)	34 (44.7)	25 (32.9)			
	ดีมาก	5 (2.1)	47 (19.5)	81 (33.6)	108 (44.8)	57.0	9	0.00*
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	ไม่ดี	3 (18.8)	8 (50.0)	2 (12.5)	3 (18.8)			
	พอใช้	7 (8.9)	33 (41.8)	29 (36.7)	10 (12.7)			
	ดี	4 (8.3)	8 (16.7)	21 (43.8)	15 (31.3)			
	ดีมาก	11 (3.4)	70 (21.5)	109 (33.5)	135 (41.5)	46.18	9	0.00*
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	ไม่ดี	2 (6.1)	8 (24.2)	16 (48.5)	7 (21.2)			
	พอใช้	3 (5.9)	10 (19.6)	18 (35.3)	20 (39.2)			
	ดี	4 (6.3)	16 (25.0)	23 (35.9)	21 (32.8)			
	ดีมาก	16 (5.0)	85 (26.6)	104 (32.5)	115 (35.9)	5.6	9	0.77
ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวม	ไม่ดี	4 (21.1)	10 (52.6)	2 (10.5)	3 (15.8)			
	พอใช้	10 (9.3)	36 (33.3)	42 (38.9)	20 (18.5)			
	ดี	8 (3.8)	49 (23.6)	79 (38.0)	72 (34.6)			
	ดีมาก	3 (2.3)	24 (18.0)	38 (28.6)	68 (51.1)	52.6	9	0.00*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$

การอภิปรายผลการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.98 คะแนน และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 22.15 ทั้งนี้เนื่องจากในหลักสูตรการจัดการศึกษาพยาบาล เน้นให้นักศึกษาพยาบาลจะต้องเรียนวิชาพื้นฐานและวิชาหลักที่เกี่ยวข้องกับเรื่องทางสุขภาพ[9] สอดคล้องกับการศึกษาของ นพมาศ โกศล, ประนอม อุบลกาญจน์, เชาวลิต ลิ่มวิจิตรวงศ์ และนิติยา ศิริแก้ว[6] พบว่า พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 21.91 และการศึกษาของ พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ, รุ้งระวี นาวีเจริญ[9] พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ชั้นปีที่ 3 มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ นาถยา ขุนแก้ว[10] พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งหากดูตามองค์ประกอบรายด้านยังพบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง และด้านการสื่อสารสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.62 อยู่ในระดับพอใช้ ทำให้การรับรู้ การสื่อสาร ยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี ควรส่งเสริมให้นิสิตพยาบาลได้มีความรู้ทางด้านสุขภาพมากขึ้นโดยเฉพาะด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ และด้านการสื่อสารสุขภาพ โดยบูรณาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการจัดการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของตนเอง และขยายผลความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่ประชาชน[11]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวม เนื่องจากผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอ และมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย จะสามารถป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นพมาศ โกศล, ประนอม อุบลกาญจน, เชาวลิต ลิ่มวิจิตรวงศ์ และนิติยา ศิริแก้ว[6] พบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองด้านการรู้เท่าทันสื่อ และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. เช่นเดียวกับการศึกษาของ Suka et. al.[12] ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชาวญี่ปุ่น ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการศึกษาของ พิทยา ไพบูลย์ศิริ[13] พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้บริหารระดับจังหวัดภาครัฐจังหวัดพระนครศรีอยุธยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงาน

1. ควรจัดการเรียนการสอนหรือจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่มุ่งเน้นการเพิ่มพูนทักษะทางปัญญาและพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

2. บูรณาการในการจัดเรียนการสอนทักษะศตวรรษที่ 21 เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของนิสิตพยาบาล และนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนในการดูแลสุขภาพของตนเองและประชาชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีความรอบรู้ทางสุขภาพควบคู่กับการพยาบาลผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย

2. ควรมีการพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นสุขภาพต่างๆ เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะเชิงวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
2. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2562.
3. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
4. วัชราพร เชยสุวรรณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทย์นาวี. 2560;44(3):183-97.
5. อภิญญา อินทรรัตน์. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(3):174-8.
6. นพมาศ โกศล, ประนอม อุบลกาญจน์, เชาวลิต ลิ่มวิจิตรวงศ์, นิติยา ศิริแก้ว. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
7. วัชราพร เชยสุวรรณ, อมลวรรณ ตันแสนทวี. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ. วารสารแพทย์นาวี. 2561;45(2):250-66.
8. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561. [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ส.ค. 12]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180627124613.pdf

9. พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ, รุ้งระวี นาวีเจริญ. ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ ของนักศึกษาพยาบาล, วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี. 2563;14(1):226-40.
10. นาถยา ขุนแก้ว. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ. [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ส.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก: http://do10.hss.moph.go.th:8081/DO10WEB/news.php#news-19
11. กรกนก ลัธธนันท์, จันทร์เพ็ญ นิลวัชรมณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2562;35(1):277-89.
12. Suka M, Odajima T, Okamoto M, et al. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. Patient Educ Couns. 2015;98(5):660-8. doi:10.1016/j.pec.2015.02.013
13. พิทยา ไพบูลย์ศิริ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561;8(1):97-107.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

จรูญ บุญธกานนท์, พ.บ.*[a]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังชนิด Retrospective cohort study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (โปรแกรมสำเร็จรูป HOSxP) จำนวน 1,184 ราย ได้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก จำนวน 434 ราย ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.4) อายุเฉลี่ย 71 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 94.47) จากการติดตามในระยะเวลา 1 ปี พบการเปลี่ยนแปลงระยะของโรคไตคงที่ ร้อยละ 71.89 มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว eGFR ≥ 4 mL/min/1.73 m^2/year ร้อยละ 68.43 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติค (Multiple logistic regression) พบว่าระดับ FBS (OR 2.95, 95%CI 1.23-7.07, p=0.015) มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05 นอกจากนี้ ยังพบว่ามีปัจจัยอื่นที่อาจจะส่งผลต่อการลดลงของอัตราการกรองของไต อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ค่าความดัน SBP, HbA1c, Cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL, Urine Proteinuria และยารักษาโรคเรื้อรังบางชนิด

คำสำคัญ : โรคไตเรื้อรัง; การลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว; ปัจจัยเสี่ยง

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

[a] Corresponding author : จรูญ บุญธกานนท์ Email : jaroon_b@hotmail.com

รับบทความ: 24 ต.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 16 พ.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 16 พ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 17 ธ.ค. 65

Factors associated with Rapid decline of Renal function in Patients with CKD stage 3-4 at Kasetsomboon Hospital, Chaiyaphum

Jaroon Boontakanon, MD*[a]

Abstract

This retrospective cohort study aimed to identify factors associated with rapid GFR decline in patients with stage 3-4 chronic kidney disease (CKD) who were enrolled in the CKD clinic at Kasetsomboon Hospital in Chaiyaphum province between October 1, 2020 and September 30, 2021. Data used in this study were extracted from an electronic database (medical record: HOSxP) comprising 1,184 patients. Among them, there were 434 participants who met the inclusion and exclusion criteria. The results showed that most of them were females (63.4%) with mean age of 71 years, 94.47% had an underlying diseases including diabetes or hypertension. In the one-year follow-up, 71.89% had no change in the staging of CKD category. Rapid decline of renal function was identified at 68.43% as an estimated glomerular filtration rate (eGFR) loss of ≥4 ml/min/1.73 m^2 per year. The result of the multiple logistic regression analysis showed that the factor significantly associated with rapid GFR decline was the level of FBS with p-value < 0.05 (OR 2.95, 95% CI 1.23-7.07, p 0.015). It was also found that there were other factors that may contribute to GFR decline with no statistical significance, including sex, age, body mass index, diabetes, hypertension, SBP, HbA1c, Cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL, Urine Proteinuria and some NCD medicines.

Keywords : Chronic kidney disease; Rapid decrease of glomerular filtration rate; Risk factors

* Medical Physician, Senior Professional Level, Chief Physician of Kasetsomboon Hospital, Chaiyaphum

[a] Corresponding author : Jaroon Boontakanon Email : jaroon_b@hotmail.com

Received: Oct. 24, 22; Revised: Nov. 16, 22; Accepted: Nov. 16, 22; Published Online: Dec. 17, 22

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย[1] ผลเสียจากการเป็นโรคไตวายเรื้อรังคือ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่ไตทำงานลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด และการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดจำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะแรกส่วนใหญ่มักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาที่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถดูแลรักษาตั้งแต่ระยะแรกได้ เป็นผลให้โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว[2] โดยทั่วโลกพบความชุกโรคไตเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 13.4[3] ประเทศไทยพบความชุกโรคไตเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 17.6 หรือ 8.4 ล้านคน[4] ในปี พ.ศ. 2558 โรคไตเรื้อรังเป็นสาเหตุอันดับที่ 12 ของการเสียชีวิตโดยมีผู้เสียชีวิต 1.1 ล้านรายทั่วโลก อัตราการเสียชีวิตของโรคไตเรื้อรัง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นร้อยละ 31.7 ทำให้เป็นหนึ่งในอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วที่สุด[5] ในประเทศสหรัฐฯ พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ประมาณ 30 ล้านคน[6] สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาเชิงระบาดวิทยา โดยรายงานความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นต้นไป ได้แก่ การศึกษาในประชากรพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิต (EGAT study) ปี พ.ศ. 2548 จำนวน 2,976 คน พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 6.4 การศึกษาหาความชุกของโรคหัวใจและหลอดเลือดในเอเชีย InterASIA Study ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 5,146 คน พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 13.2 และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้ดำเนินการคัดกรองและประมาณเบื้องต้น พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 7.5 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบโรคไตเรื้อรังทั้ง 5 ระยะแล้วพบว่าโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[4]

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จะมีค่าอัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) ลดลงอยู่ในช่วง 59-15 มล./นาที/1.73 ตร.เมตร ผู้ป่วยจะเริ่มมียูเรียคั่งในเลือด ความดันโลหิตเริ่มเพิ่มสูงขึ้น แต่ยังไม่แสดงอาการทางระบบประสาทให้เห็น ปัสสาวะเริ่มออกลดลง เริ่มพบอาการซีด (Azotemia) และผู้ป่วยเริ่มตรวจพบปัสสาวะเป็นฟอง (Microalbuminuria)[7] ซึ่งผู้ป่วยที่สังเกตเห็นความผิดปกติของตนเอง ส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ในระยะนี้ นอกจากนี้ ยังพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 4 เป็นต้นไปจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปรากฏชัดเจนขึ้นหลายรูปแบบ เช่น ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมด้วยยาไม่ได้ผล เลือดเป็นกรดอย่างรุนแรง คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร เกลือแร่และของเสียจากไตคั่งในร่างกาย คันตามตัว โลหิตจาง นอนฝันร้าย หัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะน้ำเกินที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย เป็นต้น[8] ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะ ESRD ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือด ผู้ป่วยต้องใช้เงินจำนวนมากในการรักษา โดยภาพรวมของประเทศไทยต้องจ่ายเงินค่ารักษาด้วยการฟอกเลือดจำนวนมากกว่าปีละ

7,000 ล้านบาท เพราะต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการดูแล ดังนั้นการชะลอระยะของโรคไม่ให้เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายให้ยาวนานมากที่สุด จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และช่วยลดการใช้งบประมาณของประเทศลงได้ ซึ่งในการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังที่สำคัญคือการควบคุมโรค เพื่อป้องกันการเกิดความผิดปกติรุนแรงที่จะส่งผลต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ป่วย [9] โดยมีเป้าหมายหลักคือ การชะลอการเสื่อมของไต เพื่อยืดระยะเวลาในการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก ของโรคที่ยังสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ ด้วยการจัดการกับปัจจัยที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีการลดลง ของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว (Rapid progression)[10] ทั้งนี้การป้องกันไม่ให้เกิดโรคตั้งแต่ ระยะแรกเริ่มจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรค [11] และจากสถิติ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ ในปี 2562-2564 เท่ากับ 1,563 1,623 และ 1,767 ราย ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามระยะของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 ในปี 2564 (เปรียบเทียบกับ ปี 2563) เท่ากับร้อยละ 1.75 (2.59), 7.41 (11.65), 56.20 (55.76), 26.88 (23.78) และ 7.75 (6.22) ตามลำดับ[12] จากสถิติพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย เองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพในระดับครอบครัว และโรงพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นด้วย

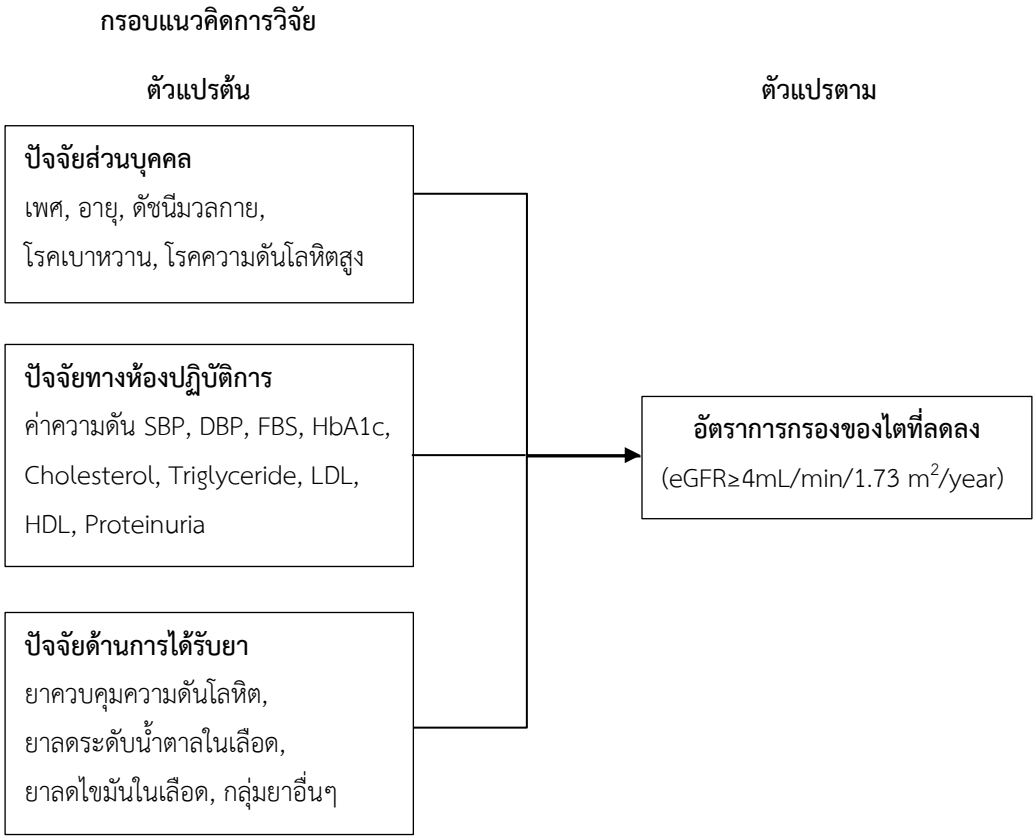
การชะลอระยะของโรคไม่ให้เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย นอกจากจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ยังสามารถช่วยลดงบประมาณในด้านการรักษาและลดภาระค่าใช้จ่าย ในภาพรวมของประเทศลงได้ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของอัตรา การกรองของไตอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และเพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนาระบบการให้บริการ ในการดูแลผู้ป่วยที่ CKD clinic อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ที่ 3-4 ได้แก่ เพศ, อายุ, ดัชนีมวลกาย, ระยะของโรคไต, โรคประจำตัว, ยารักษาโรคเรื้อรังที่ใช้ร่วม, ค่าความดันโลหิต, FBS, HbA1C, Cholesterol, Triglyceride, LDL, HDL และ Proteinuria



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบศึกษาจากเหตุไปหาผล (Retrospective cohort study) โดยศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรที่ต้องการศึกษาจากฐานข้อมูลและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (โปรแกรมสำเร็จรูป HOSxP)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 และผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจ Creatinine โดยมีผล eGFR ≥ 2 ค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ (ภายใน 1 ปีงบประมาณ ต้องได้รับการตรวจ Creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า) เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

ได้แก่ ไม่สามารถติดตามข้อมูลค่าอัตราการกรองของไตได้ (eGFR) และมีความแตกต่างของระยะเวลาในการตรวจค่าอัตราการกรองของไตทั้ง 2 ครั้ง มากกว่า 12 เดือน และไม่อยู่ในปีที่ทำการศึกษา ผู้ป่วยไตวายที่มีอาการยูรีเมีย และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตในระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โปรแกรม HOSxP ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 เฉพาะข้อมูลผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรังตามการวินิจฉัย ICD-10 แสดงรายงานในรูปแบบไฟล์ Microsoft Excel ข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาประกอบด้วยข้อมูลดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย รหัสผู้ป่วย, เพศ, อายุ, ภูมิลำเนา, สิทธิ์การรักษา, โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย 2) ข้อมูลทางการแพทย์ ได้แก่ การวินิจฉัยระยะของโรคไตระยะ 3-4, ความดันโลหิต (Systolic blood pressure: SBP, Diastolic blood pressure: DBP) ยารักษาโรคเรื้อรังที่ใช้ร่วม (ยาควบคุมความดันโลหิตสูง ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาลดไขมันในเลือด และยาอื่นๆ), ประวัติการเข้ารับการฟอกเลือด 3) ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ eGFR, FBS, HbA1C, Cholesterol, Triglyceride, LDL, HDL และ Proteinuria 4) ข้อมูลการติดตามผล ได้แก่ การลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว โดยการศึกษาครั้งนี้กำหนดนิยาม การลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว คือ การที่ผู้ป่วยมีการลดลงของค่า eGFR ≥ 4mL/min/1.73 m^2/year โดยคำนวณค่าการลดลงของ eGFR จากสูตรตามตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ Creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ จึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการลดลงของ eGFR ได้ โดยใช้สูตรการคำนวณการเปลี่ยนแปลงของ eGFR แบบ Simple linear regression (y = mx + b) โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR คำนวณจากสูตร

$$m = \frac{[n(\sum xy) - (\sum x) - (\sum y)] * 365}{n(\sum x^2) - (\sum x)^2}$$

เมื่อ n = จำนวนครั้งของผลตรวจ GFR

x = ระยะห่างของวันที่ตรวจ GFR จากวันแรกของการตรวจ GFR

y = ค่าของ eGFR ณ เวลา x

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง ลงรหัส และบันทึกข้อมูลตามที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลที่บันทึกอีกครั้งว่าครบถ้วน ถูกต้องตรงกัน แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอในรูปของตารางความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติค (Multiple logistic regression) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของอัตราการกรองของไต ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 95% confidence interval และ p-value<0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 12/2565 อนุมัติ ณ วันที่ 2 พฤษภาคม 2564 การรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้รหัสแทนการใช้ชื่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร

ผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 ของโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ ในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 1,184 ราย มีผู้ที่เข้าเกณฑ์ในการศึกษานี้ 434 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.4) อายุเฉลี่ย 71 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.53 สิทธิ์การรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 88.25 มีโรคประจำตัวหลัก คือ โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.13 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ร้อยละ 22.81 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.47 kg/m^2 ค่าความดันโลหิตตัวบน เฉลี่ย 134.56 mmHg ค่าความดันโลหิตตัวล่าง เฉลี่ย 72.59 mmHg ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting blood sugar: FBS) เฉลี่ย 143.59 mg/dl ระดับ HbA1C เฉลี่ย 7.06 mg% ค่าเฉลี่ย Cholesterol 170.47 mg/dl ค่าเฉลี่ย LDL 105.89 mg/dl ค่าเฉลี่ย HDL 49.38 mg/dl และค่าเฉลี่ย Triglyceride 187.99 mg/dl จากการติดตามในระยะเวลา 1 ปี พบการเปลี่ยนแปลงระยะของโรคไตเรื้อรังตามระดับ GFR category คงที่ 312 ราย (ร้อยละ 71.89) มีการเปลี่ยนแปลงระยะของโรคไตลดลง 102 ราย (ร้อยละ 23.50) และมีการเปลี่ยนแปลงระยะของโรคไตเพิ่มขึ้นเพียง 20 ราย (ร้อยละ 4.61) ส่วนการเปลี่ยนแปลงของอัตราการกรองของไต (eGFR) พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 68.43 มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว โดยพบการลดลงของ eGFR ≥ 4 mL/min/1.73 m^2/year ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3–4 จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=434)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	159	36.6
หญิง	275	63.4
อายุ		
<70 ปี	206	47.47
>70 ปีขึ้นไป	228	52.53
Mean=71.32, SD=9.51, Min=40, Max=95		
ภูมิลำเนา		
ตำบลบ้านยาง	57	13.1
ตำบลบ้านหัน	57	13.1
ตำบลบ้านเป้า	49	11.3
ตำบลบ้านบัว	25	5.8
ตำบลกุดเลาะ	37	8.5
ตำบลโนนทอง	25	5.8
ตำบลโนนกอก	42	9.7
ตำบลสระโพนทอง	45	10.4
ตำบลหนองโพนงาม	31	7.1
ตำบลหนองข่า	25	5.8
ตำบลบ้านเดื่อ	41	9.4
สิทธิ์การรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	383	88.25
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/กรุงเทพมหานคร	46	10.60
ประกันสังคม	5	1.15
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)		
< 18.5	44	10.1
18.5-22.9	172	39.6
23-24.9	90	20.7
25-29.9	95	21.9
≥ 30	33	7.6
Mean=23.47, SD=4.22, Min=12.44, Max=38.29		

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3–4 จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=434)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	24	5.53
ความดันโลหิตสูง	99	22.81
เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง	287	66.13
ไขมันในเลือดสูง	337	77.64
โรคอื่นๆ	94	21.66
ไม่มีโรคประจำตัว	13	2.99
การเปลี่ยนแปลงระยะโรคไตเรื้อรัง		
ระยะโรคไตเปลี่ยนแปลงดีขึ้น	20	4.61
ระยะโรคไตคงที่	312	71.89
ระยะโรคไตเปลี่ยนแปลงลดลง	102	23.50
อัตราการกรองของไต		
eGFR <4 mL/min/1.73 m^2/year	137	31.57
eGFR ≥4 mL/min/1.73 m^2/year	297	68.43

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของลักษณะทางห้องปฏิบัติการ

ลักษณะทาง Clinical	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
SBP (mmHg)	134.56	12.44
DBP (mmHg)	72.59	7.78
FBS (mg/dl)	143.59	65.25
HbA1c (mg%)	7.06	1.99
Cholesterol (mg/dl)	170.47	42.80
Triglyceride (mg/dl)	187.99	101.89
LDL (mg/dl)	105.89	38.30
HDL (mg/dl)	49.38	9.83
Urine Protein (ราย, ร้อยละ)		
Negative	107	27.23
Trace	63	16.03
+1	61	15.52
+2	89	22.65
+3	73	18.57

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติค (Multiple logistic regression) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 95% Confidence interval และ p-value<0.05 พบว่า ระดับ FBS มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 2.95, 95% CI 1.23-7.07, p=0.015) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ค่าความดัน SBP, HbA1c, Cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL และ Urine Proteinuria พบว่ามีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ยาบางอย่างมีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว

ปัจจัยเสี่ยง	Rapid decline eGFR ≥4 mL/min/1.73 m^2/year					
	OR crude	(95%CI)	p-value	OR_{adj}	95%CI	p-value
เพศ	1.08	(0.71-1.65)	0.698	1.74	(0.73-4.16)	0.209
อายุ	1.47	(0.98-2.22)	0.062	1.43	(0.72-2.82)	0.302
ดัชนีมวลกาย (<18.5/≥23kg/m^2)	1.23	(0.81-1.85)	0.321	1.22	(0.60-2.46)	0.580
โรคเบาหวาน	1.00	(0.64-1.58)	0.968	1.02	(0.19-5.29)	0.984
โรคความดันโลหิตสูง	1.34	(0.72-2.51)	0.350	1.34	(0.43-4.11)	0.607
ค่าความดัน SBP (>130 mmHg)	1.37	(0.88-2.11)	0.157	1.31	(0.61-2.80)	0.479
ค่าความดัน DBP (>80 mmHg)	1.03	(0.59-1.78)	0.908	0.97	(0.36-2.56)	0.950
FBS (>126 mg/dl)	1.39	(0.92-2.12)	0.117	2.95	(1.23-7.07)	0.015*
HbA1c (>7 mg%)	1.11	(0.68-1.82)	0.656	1.73	(0.69-4.30)	0.240
Cholesterol (>200 mg/dl)	1.50	(0.86-2.62)	0.148	1.98	(0.75-5.17)	0.163
Triglyceride (>150 mg/dl)	1.46	(0.95-2.24)	0.079	1.08	(0.53-2.19)	0.835
LDL (>100 mg/dl)	1.31	(0.86-2.00)	0.204	1.36	(0.63-2.93)	0.429
HDL (<40 mg/dl)	1.07	(0.55-2.10)	0.825	1.06	(0.42-2.69)	0.898
Urine Proteinuria (positive)	2.36	(1.52-3.66)	0.000	1.91	(0.92-3.95)	0.081

* มีความสัมพันธ์ที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านยาที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว

ปัจจัยเสี่ยง	Rapid decline eGFR ≥4 mL/min/1.73 m^2/year					
	OR crude	95%CI	p-value	OR_{adj}	95%CI	p-value
ยาควบคุมความดันโลหิตสูง						
Amlodipine	1.12	(0.74-1.68)	0.583	1.19	(0.75-1.09)	0.449
Manidipine	1.28	(0.74-2.22)	0.372	1.49	(0.79-2.80)	0.209
Atenolol	1.19	(0.67-2.12)	0.539	1.05	(0.57-1.93)	0.868
Doxazosin	0.79	(0.45-1.38)	0.416	0.85	(0.47-1.52)	0.592
HCTZ	1.11	(0.38-3.22)	0.845	0.83	(0.27-2.57)	0.758
Moduretic	1.62	(0.33-7.94)	0.546	2.04	(0.40-10.33)	0.385
Enalapril	1.36	(0.83-2.22)	0.216	1.38	(0.81-2.36)	0.233
Losartan	1.29	(0.71-2.35)	0.398	1.24	(0.65-2.38)	0.505
Hydralazine	0.96	(0.58-1.59)	0.890	0.94	(0.55-1.60)	0.833
ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด						
Metformin	1.40	(0.54-3.63)	0.478	1.13	(0.41-3.11)	0.809
Glipizide	1.07	(0.71-1.61)	0.723	0.96	(0.60-1.53)	0.875
Pioglitazone	1.08	(0.60-1.93)	0.795	1.05	(0.55-2.00)	0.878
NPH	1.14	(0.55-2.38)	0.716	1.11	(0.51-2.40)	0.780
Mixtard	1.41	(0.83-2.39)	0.194	1.41	(0.80-2.46)	0.227
ยาลดไขมันในเลือด						
Simvastatin	1.06	(0.68-1.66)	0.788	1.06	(0.64-1.75)	0.817
Gemfibrozil	1.50	(0.53-4.19)	0.436	1.54	(0.50-4.74)	0.446
Fenofibrate	1.32	(0.51-3.44)	0.562	1.30	(0.48-3.49)	0.601
กลุ่มยาอื่นๆ						
ASA	0.98	(0.64-1.48)	0.926	0.92	(0.59-1.44)	0.730
Sodamint	0.70	(0.47-1.06)	0.990	0.74	(0.47-1.14)	0.179

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 ที่มีการก้าวหน้าของโรคอย่างรวดเร็ว (Rapid progression) ซึ่งหมายถึงการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว โดยลดลงเท่ากับหรือมากกว่า 4 มล./นาที/1.73 ตร.ม./ปี พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็วร้อยละ 68.43 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงระยะของโรคไตเรื้อรังที่ระดับลดลงและคงที่ เท่ากับร้อยละ 23.50

และ 71.89 ตามลำดับ การเปลี่ยนระยะของโรคไตเรื้อรัง เป็นหลักฐานที่สนับสนุนว่าการเสื่อมของไตไม่เสียหน้าที่ถาวร สามารถช่วยให้ฟื้นสภาพการทำงานได้[13] และหากสามารถชะลอการเสื่อมของไตที่ลดลงอย่างรวดเร็วได้ ก็จะสามารถลดการเสื่อมของไตแบบรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน[14] ในการศึกษานี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว คือระดับ FBS (OR 2.95, 95% CI 1.23-7.07, p=0.015) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของโรงพยาบาลในภาคอีสาน[15-16] และโรงพยาบาลในภาคใต้[17] ของประเทศไทย โดยระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงโดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลการควบคุมโรคไม่ดี ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดแดงฝอยในโกลเมอรูลัสของไต ทำให้ประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง นอกจากนี้ยังพบว่ามีหลายปัจจัยที่เมื่อดูจากค่า Odds ratio แล้วพบว่าอาจจะมีความเสี่ยงต่อการลดลงของอัตราการกรองของไต อาทิเช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ค่าความดัน SBP, HbA1c, Cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL และ Urine proteinuria อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา[18-20] ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากผู้ป่วยส่วนมากได้รับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเป็นอย่างดีตามมาตรฐานการรักษาในปัจจุบัน โดยจะเห็นได้จากผู้ป่วยในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงระยะโรคไตเรื้อรังคงที่ ร้อยละ 71.89 ค่าความดันโลหิตตัวบน เฉลี่ย 134.56 mmHg ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 72.59 mmHg และระดับ HbA1C เฉลี่ย 7.06 และในผลการศึกษานี้ก็ไม่พบความสัมพันธ์ของการใช้ยารักษาโรคเรื้อรังกับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วอีกด้วย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบเพียงระดับ FBS ที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไต ในส่วนของปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ค่าความดัน SBP, DBP, HbA1c, Cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL, Urine Proteinuria และการใช้ยาในการรักษาโรคเรื้อรัง ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ มีการจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมและคลินิกโรคไตเรื้อรังสำหรับให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตระยะ 3-5 โดยเฉพาะด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของโรงพยาบาลร่วมกับอายุรแพทย์โรคไตจากโรงพยาบาลชัยภูมิมาออกให้บริการเดือนละครั้ง รวมถึงมีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational drug use: RDU) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ให้บริการอย่างมีคุณภาพตรงตามมาตรฐานที่กำหนด และการใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวดูแลแบบสหวิชาชีพทั้งในส่วนของการคัดกรอง เฝ้าระวัง การดูแลรักษาแบบต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การรักษาที่ดี ทั้งช่วยลดและชะลอการเสื่อมของไต รวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้ ซึ่งถือว่าการดำเนินงานที่ผ่านมาบรรลุตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังจากฐานข้อมูลและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ทำให้อาจได้ข้อมูลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ อีกทั้ง

การคัดเลือกเฉพาะกลุ่มประชากรที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2564 ซึ่งอยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวในวงกว้าง สถานบริการต้องให้บริการผู้ป่วยตามแบบวิถีปกติใหม่ (New normal) ร่วมกับให้บริการส่งยาที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้รับการตรวจเลือดประจำปีหรือตรวจติดตามค่าการทำงานของไตซ้ำตามเกณฑ์ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ครอบคลุมเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง อาจส่งผลต่อบางปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรต้องมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต เพื่อให้ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติงาน

การชะลอการเสื่อมของไตด้วยการลดปัจจัยเสี่ยง การค้นหาผู้ป่วยให้ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มแรกและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกของโรค ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังมีหลายปัจจัย ทั้งที่สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ เช่น น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในหลอดเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และภาวะยูริกในเลือด เป็นต้น ส่วนบางปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุ เพศ เมื่อทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการทำงานของไตที่ลดลงของผู้ป่วยในพื้นแล้ว สามารถนำมาวางแผนเพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นที่การควบคุมระดับความดันและระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย เพื่อชะลอไตเสื่อม ไม่ให้เข้าสู่ระยะที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไต และวางแนวทางป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักโภชนาการภายใต้การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์น่าเชื่อถือสำหรับนำมาวิเคราะห์ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อติดตามการทำงานของไตและการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว และใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป
2. ศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ได้แก่ อาหาร สิ่งแวดล้อม ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ เช่น การใช้ยาแก้ปวดลดการอักเสบที่ไม่ใช่เสตียรอยด์ (NSAIDs) ยาลูกกลอนสมุนไพร ที่อาจเป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การให้ผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และชะลอการเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณจำปี เบาสันเทียะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ตลอดจนนักวิชาการคอมพิวเตอร์และทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ ที่ให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลและสนับสนุนให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ชลธิป พงศ์สกุล. โรคไตเรื้อรังและการดูแลก่อนเริ่มล้างไต. ใน: ทวี ศิริวงศ์, บรรณาธิการ. การล้างไตในยุค พรบ. หลักประกันสุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
2. อนุตตร จิตตินันท์. สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในประเทศไทย (The Situation of Chronic Kidney Disease in Thailand). ใน: สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, บรรณาธิการ. โรคไต กลไก พยาธิสรีระวิทยา. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอนัล พับลิเคชั่น; 2550.
3. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2016;11(7):e0158765. Published 2016 Jul 6. doi:10.1371/journal.pone.0158765
4. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant. 2010;25(5):1567-1575. doi:10.1093/ndt/gfp669
5. Neuen BL, Chadban SJ, Demaio AR, Johnson DW, Perkovic V. Chronic kidney disease and the global NCDs agenda. BMJ Glob Health. 2017;2(2):e000380. Published 2017 Jul 6. doi:10.1136/bmjgh-2017-000380
6. Centers for Disease Control and Prevention. National Chronic Kidney Disease Fact Sheet 2017. US Dep Heal Hum Serv Cent Dis Control Prev [database on Internet]. 2017[Cited 2022 Jan 21];1-4. Available from: http://www.cdc.gov/kidneydisease/pdf/ kidney_factsheet.pdf .
7. Kellum JA, Lameire N, Aspelin P, Barsoum RS, Burdmann EA, Goldstein SL, MacLeod AM. Kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) acute kidney injury work group. KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury. Kidney International Supplements 2012;2(1):1-138.
8. Wongsaree C, Kittiyawan J. An intensive educational program on therapeutic volume over load for end stage chronic renal disease patients receiving hemodialysis: Hemodialysis nurses' roles. HCU Journal 2017;21(41):137-50.
9. Siriwong T. A practice guideline to slow down kidney degeneration for physician and healthcare providers year 2005. 2nd ed. Bangkok: Srimuengkarnpim Co, Ltd; 2005.
10. Jirubapa M. The slowly progressive chronic kidney disease from adult to elder persons. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2014;20:5-15.
11. Tongsagra K. Chronic kidney disease in text book of nephrology, Bangkok: Bangkok Text andJournalpub; 2011.

12. Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ชัยภูมิ. ข้อมูลกลุ่มรายงานมาตรฐาน Service Plan สาขาไต: จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำแนกตาม Stage (Work Load) [อินเตอร์เน็ต]. 2564. เข้าถึงเมื่อ 2565 เมษายน 3]. เข้าถึงได้จาก: https://cpm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
13. Zhang L, Zuo L, Xu G, et al. Community-based screening for chronic kidney disease among populations older than 40 years in Beijing. Nephrol Dial Transplant. 2007;22(4):1093-1099. doi:10.1093/ndt/gfl763
14. วินัย ลีสมิทธิ์, สุชาณี สุวัฒนารักษ์, สุชัญญา พรหมนิ่ม, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. การศึกษาเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลคลองขลุง: จากงานวิจัยสู่การปฏิบัติ. วารสารสาธารณสุข. 2560;26(1): 111-24.
15. ดวงรัตน์ ตันรัตนานนท์. ผลลัพธ์ทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยงของระดับการทำงานของไตที่ลดลงในผู้ป่วยไตเรื้อรังในคลินิกโรคไต. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2552;24(3):55-64.
16. กมลวรรณ สาระ, สมชาย สุริยะไกร, จุไรรัตน์ ทุมนันท์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-5 ในโรงพยาบาลตระการพืชผล จ.อุบลราชธานี. [ออนไลน์]. The National and International Graduate Research Conference 2016; 887-94 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กันยายน 21]. เข้าถึงได้จาก https://gsbooks.gs.kku.ac.th/59/ingrc2016/pdf/MMP22.pdf
17. เกศริน บุญรอด. ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระยะโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2562;33(3): 367-78.
18. นารีรัตน์ พุ่มสลุด, บัญชา สถิระพจน์. การติดตามการลดลงของอัตราการกรองของไตระยะยาวในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. เวชสารแพทย์ทหารบก. 2559;69(4):159-66.
19. อภิสรรค์ บุญประดับ, วรรณพัชร พิศวงศ์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระกียรติ 80 พรรษา จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2562;34(2):205-16.
20. จันทร์โท ศรีนา, ทวี ศิริวงค์, ดวงใจ อดิศักดิ์, ศิวานนท์ รัตนะกนกชัย, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, ปัทมา สุจริต, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: ศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.2561;41(3):108-18.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการเรียนออนไลน์ในช่วงโควิด–19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ[*a], ธนธรณ์ จูมจันทา[**], ดรรชนีย์กร สุวรรณจันทร์[**], วัลยา รินทอน[**], มินตรา จันทะพร[**], จิราภรณ์ จำปาจันทร์[***], ณีรนุช วรไธสง[***]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์โควิด–19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ชั้นปีที่ 1-5 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 288 คน ซึ่งได้มาด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์โดย Multiple ordinal logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงและรุนแรง ร้อยละ 71.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายได้ (OR_{adj}=1.88, 95%CI=1.15-3.09) อุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ไม่พร้อมใช้งาน(OR_{adj}=2.36, 95%CI=1.21-4.59) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ระดับน้อย (OR_{adj}=3.13, 95%CI=1.37-7.01) และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ระดับปานกลาง (OR_{adj}=2.27, 95%CI=1.18-4.34)

ข้อเสนอแนะจากผลงานวิจัยพบว่า ควรมีการคัดกรองความเครียดให้กับนักศึกษาและมีการติดตามช่วยเหลือนักศึกษา โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาอุปกรณ์ในการเรียน รายได้ไม่เพียงพอ และสิ่งแวดล้อมในการเรียนออนไลน์

คำสำคัญ : ความเครียด; การเรียนออนไลน์; โควิด–19; นักศึกษาระดับปริญญาตรี

---

[*] อาจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

[**] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

[***] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

[a] Corresponding author : ภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ Email : phoowasit@snru.ac.th

รับบทความ: 30 ต.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 18 พ.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 18 พ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 19 ธ.ค. 65

Factors Associate with Stress of Online Learning during the COVID–19 Pandemic among Students at Sakon Nakhon Rajabhat University

Phoowasit Phoolawan[*a], Tanatorn Jumjanta[**], Datchanikon Suwanajan[**], Wanlaya Rinthon[**], Mintra Chantapron[**], Jiraporn Jumpajan[***], Neeranute Wontaisong[***]

Abstract

The objective of this cross-sectional survey research was to study stress levels and factors related to stress of online learning due to the COVID–19 situations among students at Sakon Nakhon Rajabhat University. Samples were 288 students studying in the 1st to the 5th year in 2022 academic year at Sakon Nakhon Rajabhat University. The samples were selected using multi-stage sampling. Data were collected with questionnaires and analyzed with descriptive statistics including frequencies, percentages, means and standard deviations and inferential statistic including multiple ordinal logistic regression.

The results showed that the samples' stress were at a high and severe levels (71.9%). Factors significantly related with stress ($p<0.05$) were insufficient incomes (OR_{adj}=1.88, 95%CI=1.15-3.09), online study equipment not available (OR_{adj}=2.36, 95%CI=1.21-4.59), low level of environments conducive to online learning, (ORadj=3.13, 95%CI=1.37-7.01), and moderate level of environments conducive to online learning (ORadj=2.27, 95%CI=1.18-4.34).

It is recommended from this study that students should be screened for stress and follow-up should be provided, especially those with problems with school supplies insufficiency, income insufficiency and environments in online learning.

Keywords: Stress; Online learning; COVID–19; Undergraduate students

---

[*] Lecturer, Department of Health Sciences, Faculty of Science and Technology, Sakon Nakhon Rajabhat University

[**] Student, Bachelor of Science, Program in Public Health, Sakon Nakhon Rajabhat University

[***] Assistant Professor, Department of Health Sciences, Faculty of Science and Technology, Sakon Nakhon Rajabhat University

[a] Corresponding author : Phoowasit Phoolawan Email : phoowasit@snru.ac.th

Received: Oct. 30, 22; Revised: Nov. 18, 22; Accepted: Nov. 18, 22; Published Online: Dec. 19, 22

บทนำ

จากสถานการณ์การของการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก ข้อมูล ณ วันที่ 22 เมษายน 2565 สถานการณ์โควิด-19 ทั่วโลกพบผู้ติดเชื้อรวม 507,804,429 ราย ผู้เสียชีวิตรวม 6,236,397 ราย ในส่วนของประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 22 เมษายน 2565 พบผู้ป่วยรายใหม่ 21,808 ราย ผู้ป่วยยืนยันสะสม 4,128,038 ราย เสียชีวิตสะสม 27,520 ราย[1] สถานการณ์ของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (COVID-19) ในประเทศไทยมีแนวโน้มของผู้ติดเชื้อลดลง แต่ยังพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ทุกวัน รวมถึงยังมีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิดกลายพันธ์ชนิดใหม่ซึ่งแพร่ระบาดไปทั่วโลก ในส่วนของสถานศึกษา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้มีประกาศ เรื่อง มาตรการและการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (COVID-19) โดย วันที่ 17 เมษายน 2565 ให้สถาบันการศึกษางดการสอนในสถานที่ การสอบหรือกิจกรรมใดๆ ที่เสี่ยงต่อการแพร่โรค โดยให้จัดการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์ และปรับวิธีการประเมินผลให้สอดคล้องกับสถานการณ์[2]

การเรียนออนไลน์เป็นการเรียนการสอนผ่านระบบอินเตอร์เน็ต ใช้เนื้อหาบทเรียนผ่าน รูปภาพ เสียง วีดีโอ และมัลติมีเดียอื่นๆ โดยผ่านโปรแกรมต่างๆ ได้แก่ Zoom, Google Meet, Google Classroom, Line ซึ่งการเรียนออนไลน์จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวของผู้เรียน ผู้เรียนต้องเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีมากขึ้น ศึกษาค้นคว้าเรียนรู้ด้วยตนเอง และปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมือนเดิม นอกจากนี้ การเรียนออนไลน์ส่งผลกระทบต่อตัวนักศึกษา ได้แก่ 1) ปวดตา ปวดเมื่อย ปวดหลัง (79.0%) 2) เครียดและกังวลใจ (74.9%) 3) การบ้านเพิ่มขึ้นทำให้พักผ่อนและนอนน้อยลง (71.6%) 4) เบื่อหน่าย ไม่อยากเรียน (68.3%) 5) มีกิจกรรมทางกายน้อยลง ออกกำลังกายน้อยลง (58.0%) 6) สภาพแวดล้อมไม่เอื้อ ขาดสมาธิ (57.2%) 7) รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา (56.0%)[3] ผลกระทบที่กล่าวมา ล้วนมีความสำคัญ โดยเฉพาะความเครียด

กรมสุขภาพจิต[4] ได้ให้ความหมาย ความเครียด หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าตนถูกคุกคามก่อให้เกิดความไม่สบายใจ กังวล สับสน วิตกกังวล เกิดความไม่สมดุล ซึ่งเป็นผลมาจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่ผ่านเข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามร่างกายและจิตใจจะทำให้เกิดเป็นความเครียดเกิดขึ้น และหากแบ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการเรียนออนไลน์ตามโมเดลนิเวศวิทยาสังคม (Ecological model)[5] ซึ่งเป็นโมเดลทางพฤติกรรมและสังคมศาสตร์ โดยมีแนวคิดที่สำคัญที่ใช้อธิบายลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายระดับในสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จะสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1) ปัจจัยระดับภายในบุคคล เช่น เพศ อายุ 2) ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล เช่น ความสัมพันธ์กับเพื่อน 3) ปัจจัยระดับองค์กร เช่น การจัดการเรียนการสอนออนไลน์

4) ปัจจัยระดับชุมชน เช่น อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการเรียนรู้ เสียงรบกวน ถ้าหากปล่อยให้เกิดความเครียดมากขึ้นและเป็นระยะเวลานาน อาจส่งผลกระทบถึงชีวิตได้

สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จังหวัดสกลนครสถานการณ์ปัจจุบัน ข้อมูล ณ วันที่ 25 เมษายน 2565 มีผู้ป่วยสะสมในปัจจุบัน 27,004 ราย ผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ 183 ราย เสียชีวิตสะสม 117 ราย[6] ในส่วนของมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ได้ประกาศเรื่องมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (COVID-19) (ปีการศึกษา 2565) ฉบับที่ 2 ข้อที่ 1 การจัดการเรียนการสอน 1.1 ให้จัดการเรียนการสอนและการประเมินผลการเรียนรู้ในชั้นเรียนแบบออนไซต์ โดยผู้เข้าเรียนออนไซต์ ต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ครบ จำนวน 2 เข็มหรือไม่น้อยกว่า 7 วัน หรือให้อาจารย์ผู้สอนพิจารณาการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน กรณีหมู่เรียนที่มีนักศึกษา หรืออาจารย์ผู้สอน เป็นผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 ให้จัดการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์เป็นเวลา 10 วัน[7]

จากสถานการณ์แพร่ระบาดข้างต้นทางคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่มาจากการเรียนออนไลน์ โดยยึดตามโมเดลนิเวศวิทยาสังคม (Ecological model)[5] และประเมินระดับความเครียดในสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ซึ่งสถานการณ์โควิด-19 ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ยังพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ทุกวัน นอกจากนี้ยังมีเชื้อกลายพันธุ์โควิดสายพันธุ์โอไมครอนที่เกิดขึ้นและระบาดไปทั่วโลกในขณะนี้ แม้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยยังสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ แต่การเรียนออนไลน์ยังคงต้องดำเนินต่อไปเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรค การเรียนออนไลน์จึงมีความสำคัญต่อระบบการศึกษา เพื่อให้การเรียนออนไลน์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดจากการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ชั้นปีที่ 1-5 ปีการศึกษา 2565 ภาคปกติ จำนวน 7,857 คน[8]

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ชั้นปีที่ 1-5 ปีการศึกษา 2565 ภาคปกติ ขนาดตัวอย่างคำนวณได้จากสูตร การคำนวณขนาดตัวอย่างแบบประมาณค่าสัดส่วน[9] โดยประมาณค่าสัดส่วนจากงานวิจัยปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนิสิตพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ค่าสัดส่วนเท่ากับ 0.75[10] กำหนดความคลาดเคลื่อน 5% ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 288 คน เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ลงทะเบียนเรียน 2) สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ 3) มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ ได้แก่ 1) พักการเรียน 2) เป็นผู้ที่ได้รับวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อโควิด-19 และผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงกับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด -19 ในช่วงเวลาที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน โดย ขั้นที่ 1 จัดกลุ่มนักศึกษาเป็น 6 คณะ ได้แก่ คณะครุศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะมนุษย์ศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะเทคโนโลยีการเกษตร และคณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม จับฉลากสุ่มร้อยละ 50 ของคณะทั้งหมด ได้จำนวน 3 คณะ ดังนี้ คณะเทคโนโลยีการเกษตร คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และคณะวิทยาการจัดการ ขั้นที่ 2 ดำเนินการหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละคณะ โดยวิธีการแบ่งชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน (Proportional stratified random sampling) เทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากขนาดของประชากรในแต่ละคณะ ขั้นที่ 3 นำใบรายชื่อนักศึกษามาสุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจนกระทั่งครบจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบประเมินความเครียด[11] จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งแบบสอบถามและแบบประเมินเป็น ทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี คณะ โรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้นักศึกษา ความพร้อมของอุปกรณ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยระดับระหว่างบุคคล 23 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน จำนวน 8 ข้อ ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์ จำนวน 9 ข้อ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว จำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ใช้การแปลผลคะแนนเฉลี่ยเดียวกันทั้ง 3 ส่วน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 หมายถึง มีสัมพันธ์กับเพื่อน/อาจารย์/ครอบครัวที่ดี คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66 หมายถึง มีสัมพันธ์กับเพื่อน/อาจารย์/ครอบครัวปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง มีสัมพันธ์กับเพื่อน/อาจารย์/ครอบครัวที่ไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยระดับองค์กร จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย การจัดการเรียนออนไลน์ ได้แก่ เทคนิคของผู้สอน การประเมินผล ปริมาณงาน ระยะเวลา เป็นข้อคำถามด้านบวก 1 ข้อ ด้านลบ 9 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ใช้การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 หมายถึง การจัดการเรียนที่เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย

2.34–3.66 หมายถึง การจัดการเรียนที่เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง การจัดการเรียนที่เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยระดับชุมชน จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการเรียนออนไลน์ 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 1 ข้อ เชิงลบ 4 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับสัญญานอินเตอร์เน็ต 3 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด แบบสอบถามเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ใช้การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 หมายถึง สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนออนไลน์มาก คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66 หมายถึง สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนออนไลน์ปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนออนไลน์น้อย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเครียดในการเรียนออนไลน์ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ทั้งเพศชายและเพศหญิง ชั้นปีที่ 1-5 ภาคปกติ ปีการศึกษา 2565 ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินความเครียด [(11)] เป็นคำถามในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา เกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงการเรียนออนไลน์ จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเกิดเหตุการณ์นี้ 1 คะแนนหมายถึง ไม่รู้สึกเครียด 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย 3 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมาก และ 5 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด ใช้แปลผลคะแนน ดังนี้ 0–23 คะแนน หมายถึง มีระดับความเครียดน้อย 24–41 คะแนน หมายถึง มีระดับความเครียดปานกลาง 42–61 คะแนน หมายถึง มีระดับความเครียดสูง และ 62 คะแนนขึ้นไป มีระดับความเครียดรุนแรง

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.67 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกันจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ดังนี้ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยระดับระหว่างบุคคล เท่ากับ 0.71 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยระดับองค์กร เท่ากับ 0.91 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยระดับชุมชน เท่ากับ 0.85 แบบประเมินระดับความเครียดในการเรียนออนไลน์ เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามดำเนินการเก็บข้อมูลรวบรวม ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
2. ทำหนังสือถึงคณบดีแต่ละคณะเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งนัดวัน-เวลาเพื่อทำแบบสอบถาม ตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย

3. ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ นักศึกษา และเชิญชวนเข้าร่วมวิจัย หากนักศึกษาคนใดยินดีเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยส่งมอบหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัยและแบบสอบถามให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย สำหรับผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยทางผู้วิจัยรวบ รวมแบบสอบถามคืนให้ผู้วิจัยในระยะเวลา 15 วัน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เลขใบรับรองหมายเลขสำคัญของโครงการ HE 65-089 ผู้วิจัยได้ดำเนินการอธิบายชี้แจงขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนวิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ที่จะถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบทั้งในปัจจุบันและอนาคตของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ข้อมูลวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และถูกนำมาวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น หลังจากสิ้นสุดการวิจัยข้อมูลทั้งหมดจถูกทำลายทิ้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจก ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ด้วย Multiple ordinal logistic regression ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p=0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จำนวน 288 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.1 มีอายุเฉลี่ย 20.3 ปี ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน 1.94 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 28.1 เป็นนักศึกษาคณะวิทยาการจัดการ ร้อยละ 62.8 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 97.9 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 65.9 และมีความพร้อมเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ ได้แก่ การมีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งานและรองรับแอพพลิเคชันหรือโปรแกรมที่ใช้ในการเรียน ร้อยละ 86.1 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=288)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	83	28.8
	หญิง	205	71.2
อายุ	$\bar{X}$=20.3 ปี, S.D=1.94 Min= 18, Max=25		

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=288)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ชั้นปี		
ปี 1	81	28.1
ปี 2	71	24.7
ปี 3	58	20.1
ปี 4	78	27.1
คณะ		
คณะเทคโนโลยีการเกษตร	33	11.4
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	74	25.7
คณะวิทยาการจัดการ	181	62.9
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	282	97.9
มีโรคประจำตัว	6	2.1
ความเพียงพอของรายได้นักศึกษา		
เพียงพอ	190	66.0
ไม่เพียงพอ	98	34.0
ความพร้อมของอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์		
พร้อม	248	86.1
ไม่พร้อม	40	13.9

ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล

ความสัมพันธ์กับเพื่อน นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ส่วนใหญ่มีสัมพันธ์กับเพื่อนปานกลาง ร้อยละ 71.9 รองลงมาคือมีสัมพันธ์กับเพื่อนที่ดี ร้อยละ 22.6 และมีสัมพันธ์กับเพื่อนที่ไม่ดี ร้อยละ 5.5 ความสัมพันธ์กับอาจารย์ ส่วนใหญ่มีสัมพันธ์กับอาจารย์ปานกลาง ร้อยละ 56.3 รองลงมาคือมีสัมพันธ์กับอาจารย์ที่ดี ร้อยละ 37.8 และมีสัมพันธ์กับอาจารย์ที่ไม่ดี ร้อยละ 5.9 ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว ส่วนใหญ่มีสัมพันธ์กับครอบครัวปานกลาง ร้อยละ 56.6 รองลงมาคือมีสัมพันธ์กับครอบครัวที่ดี ร้อยละ 28.8 และมีสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ร้อยละ 14.6 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จำแนกตามปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (n=288)

ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับเพื่อน		
ดี	65	22.6
ปานกลาง	207	71.9
ไม่ดี	16	5.5
ความสัมพันธ์กับอาจารย์		
ดี	109	37.8
ปานกลาง	162	56.3
ไม่ดี	17	5.9
ความสัมพันธ์กับครอบครัว		
ดี	83	28.8
ปานกลาง	163	56.6
ไม่ดี	42	14.6

ปัจจัยระดับองค์กร

การจัดการเรียนการสอนออนไลน์ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ส่วนใหญ่การจัดการเรียนที่เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ระดับปานกลางร้อยละ 51.7 รองลงมาคือการจัดการเรียนที่เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ระดับมาก ร้อยละ 44.4 และการจัดการเรียนที่เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ระดับน้อย ร้อยละ 3.8 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามปัจจัยระดับองค์กร (n=288)

ปัจจัยระดับองค์กร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การจัดการเรียนการสอนออนไลน์		
เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ระดับมาก	128	44.4
เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ระดับปานกลาง	149	51.7
เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ระดับน้อย	11	3.8

ปัจจัยระดับชุมชน

สิ่งแวดล้อมในการเรียนออนไลน์ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ส่วนใหญ่การจัดการเรียนที่เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ระดับปานกลาง ร้อยละ 69.4 รองลงมาคือสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนออนไลน์มาก ร้อยละ 17.4 และสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนออนไลน์น้อย ร้อยละ 13.2 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จำแนกตามปัจจัยระดับชุมชน (n=288)

ปัจจัยระดับชุมชน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สิ่งแวดล้อมในการเรียนออนไลน์		
เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ระดับมาก	50	17.4
เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ระดับปานกลาง	200	69.4
เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ระดับน้อย	38	13.2

ระดับความเครียดในการเรียนออนไลน์

นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดสูง ร้อยละ 47.2 รองลงมาคือมีระดับความเครียดรุนแรง ร้อยละ 24.7 มีระดับความเครียดปานกลาง ร้อยละ 20.5 และมีระดับความเครียดน้อย ร้อยละ 7.6 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จำแนกตามระดับความเครียดในการเรียนออนไลน์ (n=288)

ระดับความเครียด	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อย	22	7.6
ปานกลาง	59	20.5
สูง	136	47.2
รุนแรง	71	24.7

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ขั้นที่ 1 ทำการวิเคราะห์อย่างหยาบเพื่อคัดเลือกปัจจัยเข้าสู่การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร พบว่า เพศ ความเพียงพอของรายได้ ความพร้อมของอุปกรณ์ ความสัมพันธ์กับครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ($p<0.20$)

ขั้นที่ 2 ทำการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร พบว่า ความไม่เพียงพอของรายได้ (OR_{adj}=1.88, 95%CI=1.15-3.09) ความไม่เพียงพอของอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ (OR_{adj}=2.36, 95%CI=1.21-4.59) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ระดับน้อย (OR_{adj}=3.13, 95%CI=1.37-7.01) และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ระดับปานกลาง (OR_{adj}=2.27, 95%CI=1.18-4.34) เมื่อควบคุมตัวแปรที่มีอิทธิพล (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร (n=288)

ปัจจัย	Crude		Adjust**		p-value
	OR	95%CI	OR	95%CI	
เพศ					
หญิง	1.93	1.21-3.08	1.58	0.98-2.56	0.061
ชาย	1		1		
ความเพียงพอของรายได้					
ไม่เพียงพอ	2.53	1.57-4.06	1.88	1.15-3.09	0.012*
เพียงพอ	1		1		
ความพร้อมของอุปกรณ์					
ไม่พร้อม	2.78	1.47-5.24	2.36	1.21-4.59	0.012*
พร้อม	1		1		
ความสัมพันธ์กับครอบครัว					
น้อย	2.06	1.01-4.19	1.92	0.93-3.96	0.076
ปานกลาง	1.47	0.77-2.79	1.33	0.69-2.56	0.378
มาก	1		1		
สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนออนไลน์					
น้อย	3.41	1.50-7.73	3.13	1.37-7.01	0.007*
ปานกลาง	2.31	1.22-4.35	2.27	1.18-4.34	0.014*
มาก	1		1		

*p-value < 0.05 **Adjusted for all variables in table

สรุปและอภิปรายผล

ระดับความเครียดจากการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์โควิด-19

ผลการศึกษา พบว่าระดับความเครียดจากการเรียนออนไลน์ในช่วงโควิด-19 อยู่ในระดับความเครียดสูงและรุนแรง ร้อยละ 71.9 ซึ่งน้อยกว่าผลการศึกษาของ กัลยรัตน์ มงคล และคณะ[10] พบว่า ระดับความเครียดของนิสิตสูงและรุนแรง ร้อยละ 75.0 และงานวิจัยของ นิศากร โพธิมาศ และคณะ[12] พบว่าระดับความเครียดของนิสิตสูงและรุนแรง ร้อยละ 81.7 ผลต่างของระดับความเครียดเกิดได้จากหลายปัจจัย 1) ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันในเรื่องของ สาขาวิชาชีพ คณะที่ศึกษา เนื่องด้วยแต่ละสาขาวิชาชีพและแต่ละคณะจะมีการเรียนการสอนในรูปแบบที่เฉพาะของสาขาและคณะนั้นๆ ซึ่งแตกต่างกันออกไป เช่น งานวิจัยของ นิศากร โพธิมาศ และคณะ[12] ที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล

ซึ่งเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของมนุษย์ จะมีความเข้มข้นในเนื้อหาและการปฏิบัติ ประกอบอุปสรรคในการเรียนออนไลน์ยิ่งทำให้มีโอกาสเกิดความเครียดที่สูงมากกว่าการเรียนในสาขาอื่นๆ 2) ช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยที่แตกต่างกัน ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้เก็บในช่วงที่มีการแพร่ระบาดโควิด-19 มีแนวโน้มลดลง ทำให้สถานการณ์การเรียนมีการเรียนทั้งรูปแบบ On-site และ On-line อาจส่งผลต่อระดับความเครียดที่แตกต่างกัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์โควิด-19

1. ความเพียงพอของรายได้ของนักศึกษา มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ และคณะ[13] ที่พบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การเรียนการสอนในมหาวิทยาลัยมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนเป็นระบบออนไลน์ ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด–19 ซึ่งจากเดิมที่เคยเข้ามาเรียนในมหาวิทยาเปลี่ยนเป็นเรียนที่บ้านของตนเองหรือในหอพัก ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เช่น ค่าอินเตอร์เน็ต ค่าอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ ค่าไฟฟ้า ประกอบการขาดรายได้ของครอบครัวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด–19 ส่งผลต่อการเลี้ยงดูและการส่งเสริมในด้านต่างๆ ของนักศึกษาลดลง ทำให้เกิดความเครียดจากความไม่เพียงพอของรายได้

2. ความพร้อมเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กาญจนา ลือมงคล[14] พบว่า การขาดแคลนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ความพร้อมเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ใช้ในการเรียนออนไลน์ การที่นักศึกษามีอุปกรณ์ที่ไม่รองรับแอพพลิเคชั่นในการเรียน อุปกรณ์ชำรุด หรือไม่มีคอมพิวเตอร์ จะทำให้นักศึกษาไม่พร้อมในการเรียนออนไลน์ การเข้าร่วมชั้นเรียนแบบออนไลน์มีความยากหรือล่าช้าเรียนตามเพื่อนไม่ทัน ส่งผลต่อคะแนนเข้าเรียน ผลการสอบ ซึ่งสามารถทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดขึ้นได้

3. สิ่งแวดล้อมในการเรียนออนไลน์ มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชฎาภา ประเสริฐทรง[15] พบว่า สิ่งแวดล้อมขณะเรียนมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในช่วงสถานการณ์โรคระบาดโควิด–19 มีการปรับรูปแบบการเรียนการสอนเป็นรูปแบบออนไลน์ ทำให้จากเดิมนักศึกษาเรียนในมหาวิทยาลัยต้องไปเรียนที่บ้านหรือหอพัก ทำให้นักศึกษาจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป คือ การปรับเปลี่ยนสถานที่เรียน นักศึกษาอาจจำเป็นต้องเรียนในบ้านของตัวเอง ซึ่งอาจมีเสียงภายนอกมารบกวน มีกลิ่นไม่พึงประสงค์มารบกวนขณะที่เรียนออนไลน์ ซึ่งสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่อยู่รอบตัว เช่น อากาศร้อน เสียง กลิ่น ความมืด ถ้าหากมีปริมาณที่มากเกินไปจะสามารถเป็นตัวกระตุ้นให้มนุษย์เกิดการปรับตัวเกิดขึ้นจนทำให้เกิดความเครียดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและวัดระดับความเครียดที่มาจากการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์โควิด–19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ผลจากการวิจัยพบว่าระดับความเครียดของนักศึกษาอยู่ในระดับสูง สามารถป้องกันและแก้ไขได้ โดยอาศัยความร่วมมือกันทุกฝ่าย โดยมีข้อเสนอดังนี้

1. อาจารย์ผู้สอนและอาจารย์ที่ปรึกษา ควรมีการสังเกตและคัดกรองความเครียดของนักศึกษา เพื่อเป็นการเฝ้าระวัง ช่วยเหลือและให้คำปรึกษานักศึกษา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดสะสมจนเกิดเป็นโรคอื่นๆ ทางจิตเวชได้

2. ผู้บริหารและคณาจารย์ ควรให้ความสนใจติดตามความช่วยเหลือและหาสิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านอุปกรณ์การเรียนการสอนให้เหมาะสม เช่น การลดย่อยค่าเทอมหรือการผ่อนชำระค่าเทอมได้ การแจกซิมอินเตอร์เน็ต และการปรับเปลี่ยนรูปแบบการส่งงานเป็นรูปแบบของไฟล์งานในระบบออนไลน์ทดแทนการส่งในรูปแบบรูปเล่มรายงาน เพื่อลดค่าใช้จ่ายของนักศึกษา

3. ผู้ปกครอง ควรมีการส่งเสริมให้นักศึกษามีทัศนคติทางบวกต่อการคบเพื่อน โดยการฝึกให้นักศึกษารู้จักการปรับตัวให้เข้ากับเพื่อน มีกิจกรรมกลุ่มให้ทำร่วมกันโดยทำขณะที่มีการเรียนการสอนแบบออนไลน์ เพื่อเป็นการฝึกการทำงานเป็นกลุ่มและการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความขัดแย้งกับเพื่อน เพื่อก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างนักศึกษากับเพื่อน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเพิ่มเติมการศึกษาเป็นทดลองโปรแกรมเกี่ยวกับการจัดการความเครียดให้กับนักศึกษา โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้ในการจัดโปรแกรม

2. ควรศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับตัวแปรอื่นๆ ที่มีผลทำให้เกิดความเครียด และวิธีลดความเครียดของนักศึกษา เช่น ข้อบังคับนโยบายของสถานศึกษา ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการออนไลน์จากเครือข่าย

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูล COVID-19 กรมประชาสัมพันธ์. สถานการณ์การของการแพร่ระบาดของโควิด-19. [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มิ.ย. 2]. เข้าถึงได้จาก: https://www.facebook.com/informationcovid19
2. กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและวัตกรรม. มาตรการและการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัวโคโรนา 2019 ฉบับที่ 11. [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มิ.ย. 2]. เข้าถึงได้จาก: https://www.mhesi.go.th/images/Pusit2021/pdfs/CCF_000006.pdf

3. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล. Active Play เครื่องมือสร้างการเรียนรู้สำหรับเด็กในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด. [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 8]. เข้าถึงได้จาก https://tpak.or.th/th/article/329
4. กรมสุขภาพจิต. คู่มือคลายเครียด. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สยามเอ็มแอนด์บีพับลิชชิ่ง; 2546.
5. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Educ Q. 1988;15(4):351-377. doi:10.1177/109019818801500401
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จังหวัดสกลนคร. [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มิ.ย. 3]. เข้าถึงได้จาก https://www.facebook.com/profile.php?id=100005022251405
7. มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19. [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มิ.ย. 4]. เข้าถึงได้จาก https://www.snru.ac.th/topics/5288
8. สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียนมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. รายชื่อนักศึกษา ปีการศึกษา 2565. [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มิ.ย. 8]. เข้าถึงได้จาก http://academic.snru.ac.th/
9. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of Sample Size In Health Studies. Hoboken, NJ: Wiley; 1990.
10. กัลยารัตน์ มงคล และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
11. สุวัฒน์ มหิตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพ์มาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. วารสารสวนปรุง. 2541;13(1):1-20.
12. นิศากร โพธิมาศ, สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง, มาลินี อยู่ใจเย็น. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการเรียนออนไลน์ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการเผชิญความเครียดของนิสิตพยาบาล ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564;7(3):149-50.
13. ภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ, เอกตระการ แข็งแรง, ชนานันท์ บุตรศรี, พิชญา ดุพงษ์, กิตติมา ลาภอนันต์บังเกิด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2563;15(3):105-18.
14. กาญจนา ลือมงคล. ความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร. 2564;41(2): 11-20.
15. ชฎาภา ประเสริฐทรง, จรินวรรณ แสงหิรัญรัตนา, พรชนา กลัดแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2564;15(1):14-28.

การถอดบทเรียนการเรียนรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน : กรณีศึกษาจังหวัดมหาสารคาม

กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์, พย.ม.*[a], สกาวรัตน์ ไกรจันทร์, พย.ม.*, ผดุงศิษฎ์ ชำนาญบริรักษ์, ปร.ด.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการถอดบทเรียนการเรียนรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนจังหวัดมหาสารคาม คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่รัฐและผู้นำท้องถิ่น จำนวน 5 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลได้ตรวจสอบความแม่นตรงและความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

ผลการศึกษา พบว่า บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ได้แก่ 1) ด้านปฏิบัติการพยาบาล มีการคัดกรองและค้นหาผู้ติดสุราเพื่อเข้ารับการบำบัด การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ติดสุราและครอบครัว การบำบัดรักษาโรคและการทำหัตถการ 2) ด้านการวางแผน มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงาน การวางแผนงบประมาณ และเป็นแกนนำในการแก้ปัญหาการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน 3) ด้านการประสานงาน มีการประสานความร่วมมือในการควบคุมแอลกอฮอล์ในชุมชนกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภายในภายนอก และ 4) ด้านการบริการ มีการบริการให้คำปรึกษา การสร้างแรงจูงใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการใช้ทรัพยากรและภูมิปัญญาในท้องถิ่นไปช่วยสนับสนุนการสร้างรายได้ การส่งเสริมอาชีพแก่ผู้ติดสุราและครอบครัว ส่วนปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และข้อเสนอแนะ คือ มีความเข้าใจในบริบทพื้นที่ แต่ยังขาดความชัดเจนในการมอบหมายภารกิจ และควรสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพให้สามารถผลิตผลงานวิชาการได้

ข้อค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพเพื่อการดำเนินงานควบคุมแอลกอฮอล์ในชุมชนให้เกิดความต่อเนื่อง และสนับสนุนบทบาทพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับ

คำสำคัญ : การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์; บทบาทพยาบาลวิชาชีพ; ชุมชน

---

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[a] Corresponding author : กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ Email : Kittisak1@smnc.ac.th

รับบทความ: 1 พ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 21 พ.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 21 พ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 19 ธ.ค. 65

Lessons Learned of Nurses' Roles in Alcohol Consumption Control in the Community : A case study in Maha Sarakham Province

Kittisak Kraichan, MNS[*a], Sakaorat Kraichan, MNS[*], Phadoongsit Chumnanborirak, Ph.D.[*]

Abstract

The qualitative research aimed to explore the lessons learned on nurses' roles in controlling alcohol consumption in Maha Sarakham province. The purposive sampling was used to recruit subjects. Semi-structured interviews were conducted with five registered nurses and five government officials/civic leaders. The data analysis examined the validity of the data using the data triangulation method

The results of this study revealed that nurses' roles in controlling alcohol consumption included the following 1) nursing practice: screening alcoholics for appropriate treatments, educating and counseling for alcoholics and their families, and providing treatments and procedures; 2) planning: operation planning, budget planning, and leading in controlling alcohol consumption in communities; 3) cooperating: coordinating between communities and relevant internal or external networks in controlling alcohol consumption; and 4) **servicing**: providing counseling services, motivating for behavior changes, supporting local resources and wisdom to generate incomes and promote careers for alcoholics and their families. Success factors were understandings the contexts of the areas. Work difficulties, and suggestions included lacking of clarity in the mission assignment and supports for nurses to be able to produce academic works related to alcohol consumption control.

The results of this study can be used to be as a guideline to develop nursing potential in continuously controlling alcohol consumption in communities and supporting nurses' roles for better acceptance.

Keywords : Alcohol control; Registered nurses' roles; Community

---

[*] Instructor, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[a] Corresponding author : Kittisak Kraichan Email : Kittisak1@smnc.ac.th

Received: Nov. 1, 22; Revised: Nov. 21, 22; Accepted: Nov. 21, 22; Published Online: Dec. 19, 22

บทนำ

ปัจจุบันการดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใต้ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ และใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 มีกระบวนการดำเนินงาน มีการวางแผนการจัดการองค์กรและบุคลากรตามแผนปฏิบัติการ รวมถึงมีการประเมินผลและติดตาม ซึ่งการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2560-2563 จัดทำโดยสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค เพื่อแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ โดยได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และนำไปให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยผลักดันให้มีแผนปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกจังหวัด[1] จึงทำให้สามารถควบคุมปริมาณผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ให้เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ร่วมกับการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดจริงจัง การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ปรับทัศนคติ การขับเคลื่อนกลไกในระดับพื้นที่ดึงภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา รวมถึงการจัดบริการสุขภาพ เพิ่มการคัดกรองและดึงผู้มีปัญหาเข้าสู่ระบบ อย่างไรก็ดีการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายงดเหล้าในระดับชุมชน ยังต้องมีการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืน จึงต้องศึกษาแนวทางเพื่อสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายทุกหน่วยงานมีศักยภาพที่จะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการสำรวจข้อมูลการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มอายุ 15–19 ร้อยละ 39.58 โอกาสการดื่มสุรา มากที่สุด คือ งานปีใหม่ร้อยละ 46.21 งานสงกรานต์ร้อยละ 43.94 อีกทั้งผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 8.09 บาดเจ็บหรืออุบัติเหตุอื่นๆ ร้อยละ 8.20 และเคยประสบปัญหาความรุนแรงในครัวเรือนถึงร้อยละ 6.67 นอกจากปัญหาที่กล่าวมาแล้วอีกหนึ่งปัญหาที่สำคัญ คือการติดสุรา ซึ่งนอกจากจะทำลายสุขภาพและทำลายอนาคตของผู้ดื่มแล้ว ยังเป็นสิ่งที่สร้างความทุกข์ใจให้แก่คนในครอบครัว ซึ่งสาเหตุที่ไม่สามารถบำบัดเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เกิดจากจิตใจไม่เข้มแข็งพอ และยังถูกเพื่อนชักชวนให้ดื่มจึงไม่สามารถที่จะเลิกสุราได้[2] จากปัญหาดังกล่าว จังหวัดมหาสารคามได้ดำเนินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน โดยเครือข่ายองค์กรงดหล้า (คสล.) จังหวัดมหาสารคาม ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่สำคัญ คือ การกำหนดนโยบายสาธารณะ การรณรงค์ในการลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการบังคับใช้กฎหมาย จากผลการขับเคลื่อนนโยบายที่ผ่านมา สนับสนุนให้ประชาชน ลด ละ เลิกสิ่งมึนเมา และอบายมุข และลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น ปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณี ประกาศให้

มีนโยบายการจัดงานศพ งานบุญและบุญประเพณีปลอดเหล้าในหลายพื้นที่[3] ผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความซับซ้อน หลากหลาย การดำเนินการแก้ปัญหาจึงต้องอาศัยผู้ที่ความรู้ความสามารถ มีความเข้าใจในสภาพปัญหาของชุมชน ปฏิบัติงานใกล้ชิดและได้รับการยอมรับจากประชาชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนให้ประสบความสำเร็จ

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการจัดการสุขภาพของประชาชนในชุมชน เนื่องจากเป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้หลายด้านประกอบกัน ทั้งความรู้พื้นฐานทางการพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาล และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ มีความเข้าใจในมานุษยวิทยา สังคมวิทยา วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม สามารถนำมาประยุกต์และผสมผสานกัน เพื่อให้บริการได้อย่างเหมาะสมกับแต่ละบุคคลทุกกลุ่มวัย ครอบครัวและชุมชน ด้วยคุณสมบัติดังกล่าวพยาบาลวิชาชีพจึงมีสมรรถนะที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานต่าง ๆ ในชุมชน ดังนั้นพยาบาลต้องพัฒนาศักยภาพตนเองและการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อกำหนดบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบให้ชัดเจน การมีแหล่งสนับสนุนเพื่อที่จะบริหารจัดการในพื้นที่ และการกระตุ้นส่งเสริมบทบาทการทำงานกับทีมสุขภาพปฐมภูมิ[4] ซึ่งการป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และเป็นบทบาทที่ท้าทายอย่างยิ่งของพยาบาล ดังนั้น การมีความรู้ความเข้าใจและทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงมีความสำคัญในการวางแผนป้องกันพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบทบาทที่ท้าทายของพยาบาล จะนำไปสู่การป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป[5]

ผู้วิจัยเป็นคณะทำงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าจังหวัดมหาสารคาม จากการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญทั้งการร่วมรณรงค์ให้มีการงดเหล้า ให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นเจ้าหน้าที่ควบคุมและบังคับใช้กฎหมาย ค้นหาและให้การรักษาและฟื้นฟูผู้ที่มีอาการติดสุรา เป็นผู้ประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายงดเหล้าในระดับชุมชน และเห็นว่าพยาบาลชุมชนเป็นบุคลากรในชุมชน มีความใกล้ชิดประชาชน สังคมยอมรับและไว้วางใจพยาบาล และรู้ถึงบริบทปัญหาในพื้นที่ พยาบาลจึงมีโอกาสจะใช้บทบาทที่สังคมไว้วางใจในการจัดการสุขภาพของประชาชน และเป็นส่วนสำคัญของกลไกการทำงานด้านการแก้ไขปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน เกิดการขับเคลื่อนงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรให้การสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพแก่พยาบาล โดยการถอดบทเรียนการเรียนรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน นำผลการวิจัยที่ได้ไปสู่การพัฒนารูปแบบเพื่อการดำเนินงานตามนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสังเคราะห์บทเรียนการเรียนรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน
2. เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อบทบาทพยาบาลวิชาชีพกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์–เดือนกันยายน 2565 ดังนี้

การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาเพื่ออธิบายสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับแต่ละบุคคล การคัดเลือกผู้ร่วมดำเนินการวิจัยจึงต้องศึกษาจากผู้ที่อยู่ในสถานการณ์นั้นๆ และมีส่วนร่วมกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา [6] การศึกษาครั้งนี้ จึงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่รัฐและผู้นำท้องถิ่น จำนวน 5 คน ที่ร่วมดำเนินงานกับเครือข่ายองค์กรงดเหล้าของจังหวัดมหาสารคาม โดยขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้ที่สมัครใจและให้ความร่วมมือเพื่อเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (หมายเลข IRB SNC 05/2565) ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ.2565 ซึ่งผู้วิจัยให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยโดยคำนึงถึงหลักการด้านจริยธรรม 3 ประการคือ ความสมัครใจในการตอบคำถามของผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และการให้ความเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผลจากการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อมูลแต่อย่างใด และในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยจะคัดกรองสุขภาพตนเองในการลงพื้นที่ แจ้งผลการคัดกรองและยึดมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด กรณีไม่สามารถจัดเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบ face-to-face สามารถใช้วิธีสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือวิธีการอื่นที่เหมาะสมกับสถานการณ์แต่ละพื้นที่แทนได้

สถานที่เก็บข้อมูลในการวิจัย

พื้นที่ดำเนินงาน ได้เลือกพื้นที่จังหวัดมหาสารคามในพื้นที่ 5 อำเภอ ที่ร่วมดำเนินงานกับเครือข่ายองค์กรงดเหล้าของจังหวัดหวัดมหาสารคาม (คสล.) ได้แก่ อำเภอแกดำ อำเภอนาดูน อำเภอนาเชือก อำเภอยางสีสุราช และอำเภอวาปีปทุม

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและจากภาคสนาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) การจดบันทึกภาคสนาม (Field notes) การใช้เครื่องมือบันทึก โดยมีแนวทางเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการสนทนาเพื่อหาข้อมูลรายละเอียดตามบริบทที่มีความสำคัญเชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาที่ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยไม่สามารถเปิดเผยได้ และอาจส่งผลต่อการปฏิบัติงานหรือการดำเนินชีวิต ใช้เป็นวิธีการเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่รัฐและผู้นำท้องถิ่น จำนวน 5 คน ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาแนวคิดทฤษฎีเรื่องที่สัมภาษณ์จากเอกสารงานวิจัยให้ชัดเจน ตรวจสอบด้านความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญ และนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำไปรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ร่วมดำเนินการวิจัย

2) การจดบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกข้อมูลจากการสังเกตในขณะสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ครบถ้วน

เครื่องมือในการวิจัย

ในการศึกษานี้ ข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เครื่องบันทึกเสียงและสมุดบันทึก เป็นอุปกรณ์ในการบันทึกข้อมูล และขออนุญาตจากผู้ร่วมดำเนินการวิจัยทุกครั้งเมื่อมีการบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลตลอดกระบวน การวิจัย โดยยึดหลักการพิจารณาความน่าเชื่อถือหรือคุณภาพของการศึกษา ประกอบด้วย ความน่าเชื่อถือ (Credibility) การนำผลการวิจัยไปใช้ (Transferability) การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) และการยืนยัน (Confirm ability)[7] ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีด้วยกัน คือ การสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การสัมภาษณ์เชิงลึกและการจดบันทึกภาคสนาม เพื่อยืนยันและตรวจสอบข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้การวิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (Qualitative content analysis) ซึ่งเริ่มการวิเคราะห์ข้อมูลตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการจนกระทั่งสิ้นสุดโครงการ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลในความแม่นตรงและความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation)[8]

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมดำเนินการวิจัยนี้ จำนวน 5 คน อายุระหว่าง 30–50 ปี มีอายุเฉลี่ย 42 ปี และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐและผู้นำท้องถิ่น จำนวน 5 คน อายุระหว่าง 50–62 ปี มีอายุเฉลี่ย 56 ปี

สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน

สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนพื้นที่ศึกษา พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในชีวิตประจำวันในกลุ่มคนที่มีปัญหาติดสุรา การดื่มเพื่อผ่อนคลายหลังการทำงาน ดื่มสังสรรค์ในครอบครัว ญาติ เพื่อน ดื่มตามเทศกาลงานบุญตามประเพณี เช่น วันเกิด ขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานศพ เทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ บุญบั้งไฟ บุญกลองยาว เป็นต้น นอกจากนั้นยังพบผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราทั้งปัญหาสุขภาพ โรคเรื้อรัง การทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกาย ในครอบครัว ชุมชน การได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในขณะเมาสุรา ทั้งอุบัติเหตุจราจรและการประกอบอาชีพ รวมถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจ รายจ่ายของครอบครัว ขาดรายได้ ขาดอาชีพ และปัญหาสังคมที่เกี่ยวเนื่องตามมา พยาบาลวิชาชีพกล่าวว่า *“เรื่องการดื่มสุราในพื้นที่ มีผู้ป่วยติดเหล้า ไปตามเทศกาลงานบุญงานบวชในกิจกรรมต่างๆ เสร็จแล้วก็ตีกัน ขว้างขวดขว้างไม้”* เจ้าหน้าที่รัฐและผู้นำท้องถิ่นกล่าวว่า *“คนเมาสร้างปัญหา เป็นภาระครอบครัว ไม่ทำงาน”* จากปัญหาดังกล่าวพื้นที่ศึกษาได้ดำเนินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน โดยเครือข่ายองค์กรงดหล้าจังหวัดมหาสารคาม ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่สำคัญ คือ การกำหนดนโยบายสาธารณะ การรณรงค์ในการลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการบังคับใช้กฎหมาย มาเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่มแอลกอฮอล์และการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ดังนี้

1. การกำหนดนโยบายสาธารณะ

พื้นที่ศึกษามีการสร้างและการพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อการควบคุมการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่ม ในรูปแบบการสร้างธรรมนูญสุขภาวะ เวทีประชาคมคนสู้เหล้า มีกติกาสังคม และการสร้างค่านิยมที่ดีต่อการมีส่วนร่วมของประชานในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ผลการดำเนินงานพบว่าพื้นที่ส่วนใหญ่ได้รับการยอมรับและสนับสนุนนโยบายสาธารณะทั้งจากประชาชน ผู้นำ องค์กรท้องถิ่น เครือข่ายภาคีภายนอกชุมชน มีประชาชนส่วนน้อยที่ยังเห็นว่าเป็นปัญหาที่ไม่สำคัญเป็นเพียงปัญหาของบุคคล ไม่สามารถเห็นผลสำเร็จได้จริง และยังไม่สามารถลดจำนวนผู้ดื่มแอลกอฮอล์ได้มากพอ พยาบาลวิชาชีพ

พูดว่า *“ช่วงแรกต่อต้าน แก้ไม่ได้ นำเสนอข้อมูลให้เห็น ข้อมูลคนดื่ม ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น คนเริ่มสนใจ แต่บางส่วนยังไม่ค่อยให้ความสำคัญ”*

2. การรณรงค์ในการลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พื้นที่ศึกษามีกิจกรรมเพื่อการลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีรูปแบบการรณรงค์งดเหล้าในวันสำคัญทางศาสนา งดเหล้าเข้าพรรษา งานศพปลอดเหล้า งานบุญปลอดเหล้า กิจกรรมสติบำบัด ช่วยเหลือผู้ติดสุราเรื้อรัง การส่งเสริมสัมมาชีพคนสู้เหล้า การสำรวจข้อมูลผู้ดื่มเพื่อสะท้อนปัญหาสุขภาพ สังคมและค่าใช้จ่ายจากสุรา การจัดตั้งอาสาสมัครเครือข่ายงดเหล้าระดับตำบล (อ.สคล.) สรรหาบุคคลต้นแบบเลิกเหล้าตลอดชีวิต (คนหัวใจเพชร) เลิกเหล้าช่วงเข้าพรรษา (คนหัวใจหิน) ผลการดำเนินพบว่า การรณรงค์ในการลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้รับความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่ตั้งแต่การประชาคมเพื่อวางแผน กำหนดกิจกรรม ร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงาน ติดตามและประเมินผล ทำให้ทุกพื้นที่สามารถค้นหาและให้การช่วยเหลือผู้ติดสุรา ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ ช่วยเหลือครอบครัวและส่งเสริมอาชีพ สร้างรายได้ เพื่อไม่ให้กลับไปดื่มอีก อีกทั้งรูปแบบกิจกรรมงดเหล้าส่งผลให้ชุมชนใกล้เคียงนำไปขยายเครือข่ายการทำงานพื้นที่เพิ่มขึ้น เจ้าหน้าที่รัฐและผู้นำท้องถิ่นกล่าวว่า *“คนกินเหล้าน้อยลง ไม่เห็นคนกินเหล้าในที่ที่เคยเห็น สามารถเปลี่ยนแปลงสังคม ชุมชนได้”* พยาบาลวิชาชีพกล่าวว่า *“การทะเลาะวิวาทน้อยลง งานบุญปลอดเหล้า การจัดงานระบุไว้เลยว่า ไม่มีเหล้า”*

3. การบังคับใช้กฎหมาย

การบังคับใช้กฎหมายเป็นการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนโดยรวมผ่านมาตรการต่างๆ เพื่อลดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การห้ามจำหน่ายในสถานที่ต่างๆ ห้ามจำหน่ายแก่ผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปี การจำหน่ายในเวลาที่กำหนด เป็นต้น ต้องดำเนินการอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง โดยในพื้นที่มีการมอบหมายหน้าที่แก่ผู้บังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ เจ้าหน้าที่รัฐ ผู้นำชุมชน และ อ.สคล. ซึ่งยังพบปัญหาในส่วนร้านค้าในชุมชนยังไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎหมาย เช่น ขายให้ผู้มีอาการมึนเมาสุรา ขายในช่วงเวลาและวันที่ห้ามขาย ขายให้กลุ่มเด็กวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งต้องสร้างความเข้าใจ สร้างค่านิยม ทัศนคติที่ดี เพื่อให้ปฏิบัติตามกฎหมาย และจิตสำนึกต่อสังคมมากขึ้น เจ้าหน้าที่รัฐและผู้นำท้องถิ่นกล่าวว่า *“ขอความร่วมมือการขายเหล้าให้เป็นไปตามฎหมาย แรกๆ ก็ให้ความร่วมมือดี นานเข้าก็แอบขายเหมือนเดิม ถ้าไม่ขายก็ทำให้ขาดรายได้”*

บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากการดำเนินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน โดยเครือข่ายองค์กรงดหล้าจังหวัดมหาสารคาม ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่สำคัญ คือ การกำหนดนโยบายสาธารณะ การรณรงค์ในการลด ละ เลิกการดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้เข้าร่วมโครงการกำหนดแผนกิจกรรมที่สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชนที่ดูแลให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยครอบคลมด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ ใน 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ จึงเป็นบทบาทที่สำคัญและท้าทายของพยาบาลวิชาชีพในการเป็นผู้นำการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ข้อมูลกลุ่มพยาบาลวิชาชีพถึงบทบาทในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดมหาสารคาม มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะการรักษาพยาบาลแก่ผู้ที่ติดสุราตั้งแต่การคัดกรองและค้นหาผู้ติดสุรา ใช้แบบคัดกรอง ASSIST และ Alcohol Use Identification Test หรือ *AUDIT เชิญชวนผู้ติดสุราและญาติ*เพื่อเข้ารับการบำบัด โดยการใช้โปรแกรมสติบำบัด หรือ Mindfulness Based-Therapy and Counseling (MBTC) การตรวจรักษาโรคอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา การทำแผล เย็บแผล จากการทะเลาะวิวาทหรือได้รับอุบัติเหตุจากการจราจร การทำงาน เกี่ยวเนื่องจากสาเหตุการเมาสุรา ผู้ให้ข้อมูลพูดว่า *“เรารักษาคนป่วย นอกจากโรคที่เกิดจากการกินเหล้า โรคตับ ความดันโลหิตสูง ยังต้องคอยทำแผล เย็บแผล คนเมาขี่รถล้ม ทะเลาะวิวาท ผัวเมียเมาทะเลาะกัน ตีกัน หัวแตก ปากแตก”* จากข้อมูลข้างต้น พยาบาลวิชาชีพจึงต้องให้คำปรึกษาปัญหาความขัดแย้งความรุนแรงในครอบครัว ไกล่เกลี่ยและช่วยเหลือเบื้องต้น แก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการทะเลาะวิวาท เพราะหน้าที่ของพยาบาลไม่เพียงแต่คอยรักษาผู้ป่วย แต่ยังต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคต่าง ๆ ที่เกิดจากสุรา ช่วยลดภาระด้านการรักษาโรคได้อีกทางหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลพูดว่า *“เราดูแลตั้งแต่ระดับครอบครัว ให้งดเหล้าเพื่อสุขภาพ ลดการเจ็บป่วย งานรักษาก็จะเบาลง”*

2. ด้านการวางแผน พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่วางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามเป้าหมาย และตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยงานตามขอบเขตงานที่รับมอบหมาย แต่การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน พยาบาลวิชาชีพไม่ได้ถูกมอบหมายโดยตรง จะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ แต่มีการประสานปฏิบัติงานร่วมกัน และมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นต่อแผนการดำเนินงาน การวางแผนด้านงบประมาณ การบริหารจัดการ วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเวชภัณฑ์ตามมาตรฐาน รวมถึงได้รับความไว้วางใจในการเป็นแกนนำในการแก้ปัญหาแอลกอฮอล์ของชุมชน เพราะเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในบริบทของชุมชน เข้าใจวัฒนธรรม วิถีชีวิต เข้าใจบทบาทของผู้นำ อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครเครือข่ายองค์กรงดเหล้าระดับตำบล สามารถปรับรูปแบบการทำงานที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้ข้อมูลพูดว่า *“พยาบาลจะเป็นคนเข้าใจปัญหา เข้าใจพื้นที่ ช่วย*

สะท้อนปัญหาในชุมชนได้ดี" ผู้ให้ข้อมูลอีกคนพูดว่า *"พยาบาลจะได้รับมอบหมายงานรักษาพยาบาลเป็นหลัก แต่พอได้มาทำงานเรื่องแอลกอฮอล์ เราได้รับความร่วมมือดี แล้วเราเข้าใจปัญหาตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน"*

3. ด้านการประสานงาน พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทประสานความร่วมมือขอรับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การใช้ทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกชุมชน เช่น การขอความร่วมมือในการตรวจสุขภาพหลังงดเหล้าเข้าพรรษา การตรวจประสิทธิภาพ ตรวจเลือดดูการทำงานของตับ ในกลุ่มติดเหล้า ติดบุหรี่ เพื่อสร้างความตระหนักและผลลัพธ์ที่ดีหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การประสานขอสนับสนุนแหล่งทุนในการดำเนินกิจกรรมรณรงค์การควบคุมแอลกอฮอล์ในชุมชน ส่งผลให้การดูแลสุขภาพของประชาชนและชุมชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ตามที่กำหนด การควบคุมแอลกอฮอล์ในชุมชนนั้น เป็นภารกิจที่ต้องอาศัยความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกระดับ พยาบาลจึงต้องมีทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่นที่ดี มีมนุษย์สัมพันธ์ ผู้ให้ข้อมูลพูดว่า *"การทำงานต้องมีภาคีเครือข่าย มี อสม. มาช่วยเหลือการทำงาน การวางตัว ปฏิบัติเหมือนพี่น้อง ไม่ถือตัว เป็นกันเอง"* และผู้ให้ข้อมูลพูดว่า *"เทศบาลเข้ามาช่วยสนับสนุน ผู้บริหารให้สิทธิพยาบาลทำทุกอย่าง ให้ความไว้วางใจ การบริหารจัดการ เจ้าหน้าที่ใน รพสต.ช่วยเหลือกิจกรรม ด้วยความเต็มใจ ขอความช่วยเหลือ ร่วมมือมีอะไรก็แบ่งปันทุกอย่าง วิชาคนต้องรู้จักแบ่งปัน ให้ได้ใจ"*

4. ด้านการบริการ พยาบาลวิชาชีพศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพและช่วยเหลือให้คนเลิกเหล้าจากการเข้าประชุมอบรม/การศึกษาดูงานจากภายในและภายนอกหน่วยงาน นำองค์ความรู้มาใช้การรักษา ให้คำปรึกษา การสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงองค์ความรู้จากการใช้ทรัพยากรและภูมิปัญญาที่มีในท้องถิ่น ผู้ให้ข้อมูลพูดว่า *"การช่วยเหลือคนเลิกเหล้า ความรู้มาจากการอบรมทั่วไป ก็นำมาใช้ปรับรูปแบบเอง ค้นหาเอง ไม่มียา ก็หาสมุนไพร มาใช้ทดแทน โดยหมอสมุนไพร หมอพื้นบ้าน เราก็ได้เรียนรู้ไปกับชุมชน"* นอกจากนี้ยังร่วมรณรงค์ให้คนงดดื่มเหล้า สนับสนุนกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ปลอดเหล้า มอบป้ายงานปลอดเหล้าในบุญประเพณีของชุมชน เพื่อกระตุ้นและสร้างจิตสำนักแก่ประชาชน ผู้ให้ข้อมูลพูดว่า *"จัดงานบุญปลอดเหล้า งานศพปลอดเหล้า ป้ายปลอดเหล้า ดำเนินงานจริงจัง สำรวจครอบครัวที่มีการดื่มสุรา สรุปปัญหา คืนข้อมูล ให้องค์กร ประชาชนในชุมชน อสม. ผู้สนใจ ทำให้ตื่นตัว รับรู้ปัญหาตนเอง"* นอกจากนั้นผู้ดื่มสุรายังมีปัญหาด้านครอบครัวและเศรษฐกิจ เนื่องจากสุขภาพที่ไม่แข็งแรงจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ พยาบาลวิชาชีพได้เข้าไปช่วยสนับสนุนการสร้างรายได้ โดยแสวงหาความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นเพื่อส่งเสริมอาชีพที่มีในท้องถิ่น เช่น การทำยาหม่องสมุนไพร เปลนอน พรมเช็ดเท้า ใบหญ้าคามุงหลังคา เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลพูดว่า *"มีโครงการ สสส.มาสนับสนุน ทำงานที่เจาะลึกถึงครอบครัว ไม่เพียงแต่ดูแลสุขภาพ แต่รวมถึงคุณภาพชีวิต งานส่งเสริมอาชีพ ทำงานเหมือนนักพัฒนาชุมชน ช่วยให้มีอาชีพทำ ไม่เฉพาะคนดื่มเหล้า ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส พยาบาลก็ช่วย หาวิลแชร์ให้"* จากการดำเนินงาน

จนเกิดผลงานอย่างเป็นรูปธรรม สามารถเป็นพื้นที่ต้นแบบให้หน่วยงานภายนอกเข้ามาศึกษาเรียนรู้การควบคุมแอลกอฮอล์ในชุมชน

ปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การถอดบทเรียนปัจจัยความสำเร็จ พบว่า พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความเข้าใจในบริบทของพื้นที่ สามารถปฏิบัติงานและประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐและประชาชน มีความมุ่งมั่นตั้งใจและมีจิตบริการต่อชุมชน ผู้ให้ข้อมูลพูดว่า *“การสามารถค้นหานำพาชีวิตคนให้เลิกเหล้าได้ ภาคภูมิใจมาก” และเราก็อยากทำเพราะได้ช่วยเหลือประชาชนไม่ให้เจ็บป่วยจากการดื่มเหล้าด้วย”* ส่วนอุปสรรค ได้แก่ ขาดความชัดเจนในการมอบหมายภารกิจของพยาบาลวิชาชีพกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน และการสนับสนุนด้านทรัพยากรที่จำเป็นยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินกิจกรรม เช่น เวชภัณฑ์ยา วัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น และข้อเสนอแนะ คือ ควรให้การสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำของประชาชน การส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพผลิตผลงานวิชาการเพื่อสร้างขวัญกำลังใจ และชื่นชมผลการปฏิบัติงานให้เห็นความสำคัญและเป็นที่ยอมรับจากสหสาขาวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลพูดว่า *“อยากให้ช่วยสนับสนุนให้พยาบาล มีความสามารถในการทำผลงานวิชาการ ทำเรื่องเหล้านี่แหละ ให้เขาสามารถเอาผลงานไปนำเสนอ ให้มีความมั่นใจ”* และผู้ให้ข้อมูลพูดว่า *“ส่งเสริมขวัญกำลังใจ พยาบาลทำงานหนัก ทำงานหลายด้าน ก็อยากให้คนอื่นได้รับรู้ และให้การสนับสนุนการทำงานต่อไป”*

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 4 บทบาท นำเสนอดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการคัดกรองและค้นหาผู้ติดสุรา เพื่อให้การรักษา การให้ความรู้ คำปรึกษา กิจกรรมสติบำบัดเพื่อการเลิกดื่มสุราทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน สอดคล้องกับการศึกษา พยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะติดตามประสานการดูแลหาแหล่งสนับสนุนในชุมชนให้ผู้ต้องการบำบัดได้รับการรักษาตามแผนการดูแลทั้งรักษาด้วยยาบำบัดทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้งกายใจจิตวิญญาณ[9] จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทการปฏิบัติการที่สอดคล้องกับมิติสุขภาพ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพ โดยอาศัยองค์ความรู้จากการศึกษาค้นคว้า อบรมพัฒนาศักยภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายด้านสุขภาพ ส่งผลให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดสุรา และลดจำนวนผู้ดื่มสุราในชุมชน แต่การทำงานยังต้องมีความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ มีความหลากหลายในกิจกรรม ร่วมกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดสุราและครอบครัว ป้องกันไม่ให้หันกลับไปดื่มอีก สอดคล้องกับการศึกษา พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการศึกษา การประเมิน เทคนิคการป้องกัน การระบุปัจจัยเสี่ยง และการให้คำปรึกษา มีความสามารถ

ที่จะดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาแอลกอฮอล์ การเข้าถึงผู้ป่วยและเข้าใจสภาพชีวิต ทำให้สามารถระบุบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงและให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การที่พยาบาลมีส่วนร่วมในการตรวจหาและการช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มต้น สามารถลดผลกระทบจากการดื่มสุราต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม[10]

2. ด้านการวางแผน จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพร่วมวางแผนการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ตั้งแต่การศึกษาข้อมูล สะท้อนปัญหาให้ชุมชนรับทราบ เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อการแก้ปัญหา สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายภายในและภายนอกชุมชน นำไปสู่การดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย มีการวางแผนการใช้ทรัพยากร เวชภัณฑ์ตามมาตรฐานการบริการ และการแสวงหาทรัพยากรและภูมิปัญญาในท้องถิ่นมาใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษา การสร้างและการพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อการควบคุมการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ใน ซึ่งต้องใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งในการประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ ของปัญหา การเข้าใจปัญหาและการหาปัจจัยสนับสนุนในการแก้ไขปัญหาที่สำคัญ คือ ศักยภาพของคนใน ชุมชน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน[11]

3. ด้านการประสานงาน จากการศึกษาพบว่า การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ประสบความสำเร็จต้องอาศัยการทำงานจากทุกภาคส่วน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีทักษะด้านการประสานงานระดับบุคคล ครอบครัว เครือข่ายภาคประชาชน แกนนำชุมชน และหน่วยงานภายในและภายนอก เชื่อมโยงการทำงานตั้งแต่การดูแลรักษา การฟื้นฟูสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดสุราและครอบครัว ลดความขัดแย้ง ไกล่เกลี่ยข้อพิพาท เพื่อสร้างความเข้าใจและยอมรับในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ได้รับความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาจากสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษา การขับเคลื่อนระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการประสานความร่วมมือทั้งจากหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานฝ่ายการปกครองและภาคประชาชน เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย การประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกส่วนมีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีการติดต่อสื่อสารให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการร่วมมือปฏิบัติงาน และในการลงพื้นที่พยาบาลปฏิบัติการงานปฐมภูมิมีโอกาสเข้าถึงประชาชนในชุมชนมากกว่าวิชาชีพอื่น การใช้บทบาทผู้นำในการทำงานร่วมกับชุมชนจึงเป็นตัวจักรสำคัญในการขับเคลื่อนการจัดระบบสุขภาพชุมชนประสบผลสำเร็จ[12]

4. ด้านการบริการ จากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพนอกจากการปฏิบัติการพยาบาลแล้วยังค้นหาแนวทางหรือรูปแบบการดูแลด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต เนื่องจากผลกระทบจากปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เพียงต่อส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดื่ม ยังส่งกระทบต่อบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว สังคม การขาดรายได้ ความยากจน เป็นภาระต่อครอบครัว ความขัดแย้ง ทะเลาะวิวาท การช่วยเหลือดูแล

จึงต้องแสวงหาวิธีการที่ครอบคลุมการแก้ปัญหา โดยอาศัยการสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพและป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการอย่างเหมาะสม มีการส่งเสริมการสร้างรายได้ สร้างอาชีพ เป็นการสร้างคุณค่าและความตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ติดสุราและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษา การบริการสนับสนุนประคับประคอง ที่ให้ความสำคัญต่อการจัดการกับปัจจัยทางสังคม และสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา และหากสามารถจัดการกับปัจจัยหลักอันได้แก่ การจัดการที่อยู่อาศัย การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสม การทำงาน และการวางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในบ้าน รวมถึงการเข้ารับบริการสุขภาพย่อมจะช่วยประคับประคองให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราสามารถ ลด ละ เลิกสุราได้” [13]

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารหน่วยงานควรมีการกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ชัดเจน โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพให้สามารถร่วมวางแผนการดำเนินงานและสนับสนุนกิจกรรมกับสหวิชาชีพ การเสริมแรงจูงใจ สร้างขวัญกำลังใจ และสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพ
2. ผู้บริหารและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพพัฒนาผลงานวิชาการ วิจัย นวัตกรรมเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จัดเวทีวิชาการเพื่อเผยแพร่ผลงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีสุขภาพ สร้างความร่วมมือและขยายเครือข่ายการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างกว้างขวาง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ผู้บริหารหน่วยงาน ผู้นำท้องถิ่นและงพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย และขอบคุณคณะกรรมการเครือข่ายองค์กรงดเหล้าจังหวัดมหาสารคามที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานพื้นที่จนผลงานวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. วรนิษฐ์ ลำไย, เชษฐ รัชดาพรรณาธิกุล, ผ่องพรรณ ภะโว. การประเมินแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ (2554–2563). วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย. 2564;17(1):62-78.
2. กฤษฎ์ โพธิ์ศรี, ผดุงศิษฎ์ ชำนาญบริรักษ์, กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์. การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2559;13(2):8-16.
3. ผดุงศิษฎ์ ชำนาญบริรักษ์ และคณะ. การศึกษาสถานการณ์การบริโภคและนโยบายการป้องกันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม; 2560.

4. ผดุงศิษฎ์ ชำนาญบริรักษ์, ลดาวัลย์ เลนทำมี, กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์, สาคร อินโทโล่, วิภา วิเสโส. การประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนอำเภอจัดการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563;28(3):16-26.
5. ปรียาภรณ์ ประยงค์กุล. บทบาทพยาบาลในการป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2562;12(1):62-70.
6. Helen JS, Dona RC. Quality research in nursing: advancing the humanistic. 2ed. New York: Lippincott; 1999.
7. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills. CA: Sage; 1985.
8. สุภางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
9. เบญจกร พัฒนากร, สมจิต แดนสีแก้ว, เกศินี สราญฤทธิชัย. การจัดการพยาบาลรายกรณีสำหรับบุคคลที่ต้องการบำบัดสุราในชุมชน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2556;31(2):140-50.
10. Sullivan EJ, Handley SM, Connors H. The Role of Nurses in Primary Care: Managing Alcohol-Abusing Patients. Alcohol Health Res World. 1994;18(2):158-161.
11. ผดุงศิษฎ์ ชำนาญบริรักษ์, ปรีชา ยะถา, บุญชอบ สิงห์คำ, กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์, สุนีรัตน์ สิงห์คำ. การสร้างและการพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อการควบคุมการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนตำบลดงบัง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(2):61-71.
12. ตรัยมาส คงเรือง, นงนุช บุญยัง, ศศิธร ลายเมฆ. บทบาทในการร่วมขับเคลื่อนการจัดระบบสุขภาพระดับอำเภอของพยาบาลปฏิบัติการงานปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 12. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2563;40(4):74-84.
13. หรรษา เศรษฐบุปผา, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, นพวรรณ อูปคำ, ภรภัทร สิมะวงค์, สกาวรัตน์ เทพประสงค์, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. ผลของโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา คุณภาพชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา. พยาบาลสาร. 2558;42(1):108-21.

กระบวนการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

นิธิรัตน์ บุญตานนท์, พ.บ., ส.ม.*[a]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการความร่วมมือดังกล่าว โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 20 คน ใน 4 ภูมิภาค และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามจากคณะกรรมการ พชอ. จำนวน 408 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและอนุมาน ผลการวิจัยพบว่า ความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดำเนินการผ่าน พชอ. ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และประชาชนในพื้นที่ มีบทบาทสำคัญในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยการจัดบริการการดูแลระยะยาวครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ สังคม และชีวิตความเป็นอยู่ กระบวนการดำเนินการของ พชอ. ประกอบด้วยการคัดเลือกภาคีเครือข่ายเพื่อเข้าร่วมเป็นคณะความร่วมมือ การประชุมหารือวิเคราะห์สถานการณ์ เลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนา วางแผนการปฏิบัติการ แบ่งภารกิจ ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุตามแผนที่วางไว้ และกำกับติดตาม เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พบว่า ระเบียบ ภาวะการนำร่วม ประวัติในอดีต ทรัพยากร และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับกระบวนการความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.858–0.904$, $p\text{-value}<0.05$) จึงควรมีการส่งเสริมปัจจัยเหล่านี้เพื่อทำให้เกิดกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ความร่วมมือระดับพื้นที่; การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

---

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

[a] Corresponding author : นิธิรัตน์ บุญตานนท์ Email: DRNEST@HOTMAIL.COM

รับบทความ: 6 พ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 24 พ.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 25 พ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 22 ธ.ค. 65

Process and Factors Related to Local Collaboration in Long-term Elderly Care

Nithirat Boontanon, MD, MPH[*a]

Abstract

The objectives of this research were to study the process of local collaboration in implementing the long-term elderly care (LTC) and to analyze factors related to that collaborative process. It used as a mixed method research. Qualitative data were collected from in-depth interviews from 20 members of District Health Board (DHB) in 4 regions, which carried out LTC activities and quantitative data were collected by questionnaires from 408 members of DHB. Qualitative data were analyzed with content analysis and quantitative data were analyzed with descriptive and inferential statistics. The results showed that local collaboration for LTC was realized through the DHB, which was formed by working together between the public, private and people sectors in the area. They play an important role in ensuring the quality of life for the elderly by providing LTC services covering health, social and wellbeing. The operation process of DHB consists of selecting stakeholders to join the collaborative group, meetings for situation analysis, selecting issues according to problems, planning operations, sharing mission, implementing LTC as planned, and monitoring results. When analyzing correlated factors, it was found that regulation, collective leadership, history, resources, and motivation had a high correlation to the collaborative process in the implementation of LTC with statistical significance ($r=0.858–0.904$, $p\text{-value}<0.05$). Therefore, these factors should be promoted in order to create a sustainable collaborative process at the district level.

Keywords : Local Collaboration; Long-term Elderly Care; District Health Board

---

[*] Medical Physician, Senior Professional Level, Acting Director of Bureau of Elderly Health, Department of Health

[a] Corresponding author : Nithirat Boontanon Email: DRNEST@HOTMAIL.COM

Received: Nov. 6, 22; Revised: Nov. 24, 22; Accepted: Nov. 25, 22; Published Online: Dec. 22, 22

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุและมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี พ.ศ. 2564 มีสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 18.8 ของประชากรทั้งประเทศ และมีการคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า จะมีประชากรผู้สูงอายุเป็นจำนวน 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด[1] ส่งผลให้ภาครัฐ และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในหลายมิติ อาทิ ด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สวัสดิการสังคม การเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตอย่างเป็นอิสระ และมีหลักประกันทางสังคมที่มั่นคง[1-2] โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น สมรรถนะการทำงานของร่างกายจะเสื่อมลง ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถดถอยไปเช่นกัน ดังนั้น จึงต้องมีการจัดกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลระยะยาว ตลอดจนการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคองอย่างเป็นรูปธรรม[2-3]

การดูแลระยะยาว เป็นการจัดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริการทางการแพทย์และสังคม โดยมุ่งให้บุคคลเหล่านี้สามารถดำเนินชีวิตอย่างเท่าเทียม บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์[4] ในประเทศไทย การดูแลระยะยาวมุ่งเน้นให้บริการในด้านสุขภาพและสาธารณสุข โดยมีการระบุบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ในการร่วมดูแลผู้สูงอายุ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการคัดกรองสุขภาพ จัดทำฐานข้อมูล ทำแผนการดูแลรายบุคคล ตลอดพัฒนาผู้จัดการและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีบทบาทสนับสนุนงบประมาณ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวในพื้นที่[4] ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลระยะยาวจำเป็นต้องใช้ความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งในระดับนโยบาย และระดับพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างแท้จริง

ความร่วมมือในระดับพื้นที่เป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนในมิติที่มีความซับซ้อน เช่น ด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องใช้การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ตลอดจนการร่วมวางแผนอย่างเป็นรูปธรรม[5] โดยในปี พ.ศ. 2561 สำนักนายกรัฐมนตรีได้ออกระเบียบว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ เพื่อสร้างการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ด้วยการบูรณาการระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ให้สามารถแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตตามสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่ ด้วยการกำหนดให้ทุกอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และให้มีหน้าที่กำหนดประเด็นและพัฒนาคุณภาพชีวิตตามปัญหาของพื้นที่อย่างน้อยปีละ 2 ประเด็น โดยพบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562–2563 มีการเลือก

ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านการดูแลระยะยาว และการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.2 และร้อยละ 19.0 ตามลำดับ[6]

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การพัฒนาความร่วมมือเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตใช้กระบวนการสร้างเครือข่ายที่เป็นรูปธรรม การกำหนดภารกิจ ทรัพยากร บุคลากร และการให้บริการประชาชนร่วมกัน ตลอดจนการระบุกิจกรรมที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ รวมไปถึงการบริหารจัดการความขัดแย้งหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการความร่วมมือ[7-10] โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือตามแนวคิดการปกครองแบบร่วมมือ (Collaborative governance)[11] ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีการใช้เพื่อพัฒนาความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายอย่างแพร่หลาย ได้แก่ ระเบียบข้อบังคับ ซึ่งประกอบด้วย การจัดการโครงสร้าง กฎกติกา และข้อตกลงการดำเนินงานร่วมกัน[9-13] ภาวะผู้นำและภาวะการนำร่วมที่เอื้อให้เกิดความร่วมมือ[9-11,14-15] ภูมิหลังหรือประวัติความร่วมมือและความขัดแย้งของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในอดีต[9-11,16] การจัดการและกระจายทรัพยากรทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร ความรู้และข้อมูลข่าวสาร[9-11,17] ตลอดจนการสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือโดยสมัครใจ[9-12,18] แต่การศึกษาที่ผ่านมายังมีการวิเคราะห์ความร่วมมือในระดับพื้นที่เท่านั้น ยังไม่ได้มีการศึกษาในภาพรวมของประเทศซึ่งมีความแตกต่างกันด้านวัฒนธรรม ประเพณี สังคม และวิถีชีวิต ตลอดจนขาดการวิเคราะห์ถึงความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างเฉพาะเจาะจง ดังนั้นการศึกษากระบวนการความร่วมมือและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย จึงจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อวิเคราะห์และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในอนาคต อันจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีในบริบทของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

สมมติฐานการวิจัยเชิงปริมาณ

ปัจจัยระเบียบ ภาวะการนำร่วม ประวัติในอดีต ทรัพยากร และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ต่อกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย : ใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ประชากรในการวิจัย คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่กำหนดประเด็นด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562–2564 จำนวน 506 คณะ เป็นจำนวนทั้งสิ้น 10,120 คน และกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นคณะกรรมการ พชอ. ที่เป็นประธาน, เลขานุการ และตัวแทนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างละ 1 คน จากพื้นที่ 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ พชอ.ขุนตาล จังหวัดเชียงราย, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พชอ.คอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ, ภาคกลาง พชอ.ขลุง จังหวัดจันทบุรี และ ภาคใต้ พชอ.ปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช รวมทั้งสิ้น 20 คน 2) การวิจัยเชิงปริมาณ กำหนดขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบประชากร[19] จำนวนรวมไม่น้อยกว่า 371 คน ตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 NP\,(1-P)}{e^2(N-1) + \chi^2 P\,(1-P)}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง
N = ขนาดประชากร
P = ค่าสัดส่วนของประชากร (กำหนดที่ 0.5)
e = ระดับความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง (กำหนดที่ 0.05)
χ^2 = ค่าไคสแคว์ที่ df=1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (มีค่า 3.841)

เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 408 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี two-stage random sampling โดยกำหนดการกระจายเท่ากันใน 4 ภูมิภาค ทำ Simple random sampling โดยจับสลากแบบไม่คืน เพื่อเลือกคณะกรรมการ พชอ. จำนวนภูมิภาคละ 34 คณะ จากนั้นสุ่มตัวอย่างในแต่ละคณะตามวัตถุประสงค์ (Purposive sampling) จำนวน 3 คน รวมภูมิภาคละ 102 คน โดยเป็นคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างละ 1 คน ซึ่งเป็นคณะกรรมการที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี มีการเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการ พชอ. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของการประชุมทั้งหมด และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างในส่วนของภาคเอกชนหรือภาคประชาชน ไม่มีคุณสมบัติตามวัตถุประสงค์ พิจารณาเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนจากภาครัฐจนได้ข้อมูลครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชนิด คือ

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structural interview) สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยบทสัมภาษณ์ 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล 2) กระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วม 4) ผลกระทบจากการดำเนินงาน และ 5) ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เพื่อคำนวณ Index of item objective congruence (IOC) พบว่ามีความตรงของเนื้อหาระหว่าง 0.67–1.00 ทุกข้อ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2. แบบสอบถามสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา ภาคส่วนที่เป็นตัวแทน และระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการ พชอ. ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ ประกอบด้วย 1) ระเบียบ (กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การแต่งตั้งอย่างเป็นรูปธรรม การคัดเลือกภาคีเครือข่าย การสร้างข้อตกลงในที่ประชุม) จำนวน 6 ข้อ 2) ภาวะการนำร่วม (การสร้างความเสมอภาคในคณะกรรมการ การร่วมวางแผน การขจัดความขัดแย้ง การรับรู้บทบาทหน้าที่) จำนวน 6 ข้อ 3) ประวัติในอดีต (ประวัติความร่วมมือ ประวัติความขัดแย้ง ผลลัพธ์ในอดีต) จำนวน 4 ข้อ 4) ทรัพยากร (การระดมทรัพยากร งบประมาณ ความรู้ บุคลากร) จำนวน 4 ข้อ และ 5) แรงจูงใจ (การรับผลประโยชน์ร่วมกัน การเห็นความคุ้มค่า การทราบผลลัพธ์ระหว่างดำเนินการ) จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 กระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (การทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ การร่วมคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การร่วมจัดทำฐานข้อมูล การร่วมจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การร่วมกำกับติดตาม การร่วมจัดการงบประมาณ การจัดระบบสนับสนุน) จำนวน 7 ข้อ โดยแบบสอบถามในส่วนที่ 2 และ 3 ใช้ข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จาก 1–5 คะแนน ซึ่งหมายถึง น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เพื่อคำนวณ IOC พบว่ามีความตรงของเนื้อหาระหว่าง 0.67–1.00 ทุกข้อ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) จากคณะกรรมการ พชอ. ที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ตัวอย่าง พบว่า Cronbach's alpha coefficient มีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ ระเบียบอยู่ที่ 0.85 ภาวะการนำร่วมอยู่ที่ 0.88 ประวัติในอดีตอยู่ที่ 0.82 ทรัพยากรที่ 0.91 แรงจูงใจอยู่ที่ 0.93 และกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอยู่ที่ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล : ในรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยประสานงานกับเลขานุการ พชอ. ทั้ง 4 คณะ เพื่อนัดวันสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 20 คน โดยระบุคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยให้เลขานุการ พชอ. รับทราบ และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลมาให้การสัมภาษณ์ตามวันที่นัดหมาย ส่วนการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ หลังจากผู้วิจัยได้รายชื่อ พชอ. ตามที่สุ่มตัวอย่างแล้ว ดำเนินการ

ประสานงานกับเลขานุการ พชอ. ทั้ง 136 คณะ เพื่อส่งแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ แล้วรวบรวมแบบสอบถามเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนมา และนำมาบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณดำเนินการระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน–15 ตุลาคม พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล : การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และตรวจสอบความสอดคล้องแบบสามเส้าด้านข้อมูล เพื่อสรุปความตามประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ส่วนการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัย กำหนดระดับความสัมพันธ์ไว้ 4 ระดับ ได้แก่ 0.01–0.20 หมายความว่า ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก 0.21–0.50 หมายความว่า ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ 0.51–0.80 หมายความว่า ความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และ 0.81–1.00 หมายความว่า ความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร : การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย เลขที่ 543/2565 ลงวันที่ 13 มิถุนายน 2565 โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการวิจัยอย่างละเอียด โดยให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่างเป็นอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยอาสาสมัครจะลงนามยินยอมเมื่อตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย นอกจากนั้นข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยมีการใช้รหัสก่อนเข้าถึงข้อมูล และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวตนของอาสาสมัครได้

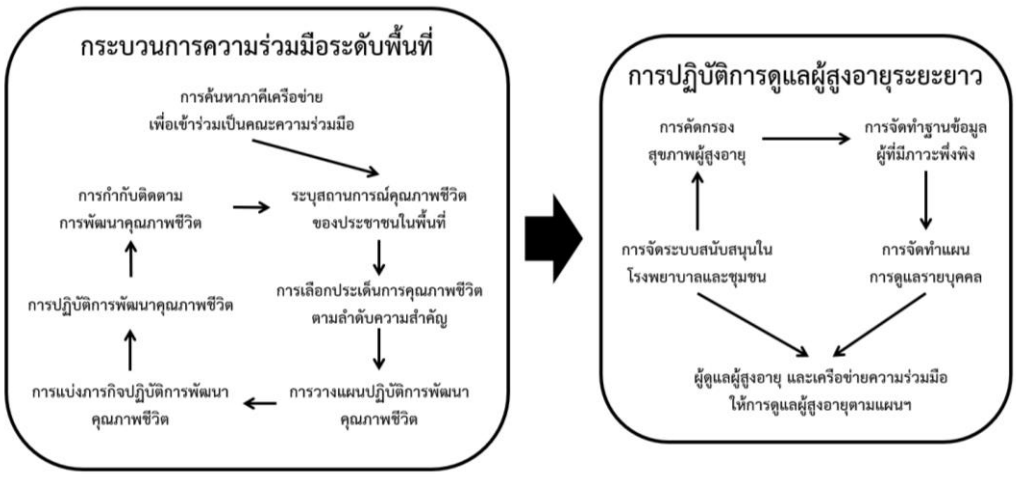
ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลจำนวน 20 คน พบว่า ความร่วมมือในระดับพื้นที่ดำเนินการผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีองค์ประกอบ 3 ภาคส่วน คือ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งปฏิบัติงานและอยู่อาศัยในอำเภอนั้นๆ โดยภาคส่วนต่างๆ เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ พชอ. ได้ 3 รูปแบบ คือ 1) การเป็นคณะกรรมการตามข้อกำหนดในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งกำหนดให้นายอำเภอทำหน้าที่เป็นประธาน ส่วนสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่เป็นเลขานุการ 2) ตัวแทนที่มาจากภาครัฐเกือบทั้งหมด อาทิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เกษตรอำเภอ ผู้ใหญ่บ้าน ได้รับข้อสั่งการจากผู้บังคับบัญชา ซึ่งคือ นายอำเภอ และ 3) การได้รับเชิญเข้ามาเป็นคณะกรรมการจากนายอำเภอ หรือสาธารณสุขอำเภอ

ซึ่งส่วนใหญ่เป็นตัวแทนจากภาคเอกชน และภาคประชาชน อาทิ เจ้าของสถานประกอบกิจการ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประธานชมรมผู้สูงอายุ โดยการพิจารณาว่าใครควรเข้าเป็นคณะกรรมการ พชอ. นั้น จะมีการเสนอชื่อบุคคลซึ่งเคยมีประวัติความร่วมมือที่ดีในอดีต โดยคณะทำงานของสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้นายอำเภอพิจารณาเห็นชอบ และมีการทาบทามบุคคลเหล่านั้น ก่อนออกคำสั่งแต่งตั้งโดยนายอำเภอต่อไป

กระบวนการความร่วมมือในระดับพื้นที่ เกิดขึ้นจากการค้นหาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือภาคีเครือข่ายที่เคยร่วมมือกันอดีต หรือคาดการณ์ว่าจะมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เพื่อเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ พชอ. โดยมีการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการจากนายอำเภอซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการ พชอ. หลังจากนั้นสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งทำหน้าที่เลขานุการคณะกรรมการ พชอ. ร่วมกับทีมงาน ดำเนินการทบทวนสถานการณ์คุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ แล้วนำข้อมูลมานำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการ พชอ. เพื่อให้คณะกรรมการร่วมกันวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และพิจารณาเลือกประเด็นที่จะปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งทั้ง 4 คณะมีการเลือกประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็น 1 ในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต เนื่องจากสัดส่วนผู้สูงอายุในอำเภอมีเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่ได้รับการดูแลคุณภาพชีวิตจากบุคคลในครอบครัวซึ่งต้องออกไปทำงานนอกบ้าน นอกจากนั้นระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำกับติดตามอยู่ มีแผนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม จึงเป็นต้นทุนที่สามารถต่อยอดพัฒนาได้ หลังจากนั้นคณะกรรมการ พชอ. จัดทำแผนการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้เป็นกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ โดยบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสุขภาพ เข้ากับการดูแลผู้สูงอายุด้านสังคม และความเป็นอยู่ พร้อมกับมอบหมายให้คณะกรรมการ พชอ. แต่ละภาคส่วน ร่วมดำเนินการตามแผนที่วางไว้ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทำหน้าที่คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ใหญ่บ้าน ทำหน้าที่ประเมินความเป็นอยู่และจัดการช่วยเหลือผู้สูงอายุตามความต้องการ หน่วยงานเอกชน ทำหน้าที่สนับสนุนงบประมาณ หรือวัสดุอุปกรณ์ ภาคประชาชน ทำหน้าที่ร่วมปฏิบัติการและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวได้อย่างทั่วถึง เป็นต้น และในช่วงปลายปีงบประมาณหลังจากมีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุตามแนวทางที่คณะกรรมการ พชอ. กำหนด จะมีการกำกับติดตาม และทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ตลอดจนจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในปีถัดไป โดยมี 2 คณะ ยังคงมีแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต่อเนื่องในปีงบประมาณต่อไป ในขณะที่อีก 2 คณะ มีการปรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นประเด็นอื่น และกำหนดให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นภารกิจประจำที่ต้องดำเนินการตามระบบปกติของภาครัฐ โดยกระบวนการความร่วมมือแสดงตามแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินการความร่วมมือระดับพื้นที่เป็นไปอย่างราบรื่น โดยมีนายอำเภอเป็นผู้นำการประชุมและการปฏิบัติการ ด้วยการมีภาวะผู้นำและทำให้เกิดการเจรจาต่อรองอย่างกัลยาณมิตร สาธารณสุขอำเภอซึ่งเป็นเลขานุการ ทำหน้าที่ในการประสานงาน รวบรวมข้อมูล และจัดการประชุมคณะกรรมการอย่างสม่ำเสมอ ภาครัฐมีบทบาทสนับสนุนบุคลากรในหน่วยงานให้ร่วมปฏิบัติการตามแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่วางไว้ ตลอดจนนำเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้คณะกรรมการ พชอ. ทราบสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถปรับปรุงแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ ภาคเอกชนมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้จากภาคธุรกิจ ตลอดจนสนับสนุนสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม ส่วนภาคประชาชนมีบทบาทในการนำข้อมูลเชิงลึกจากประชาชนในพื้นที่มานำเสนอในที่ประชุม เพื่อให้คณะกรรมการ พชอ. ทราบปัญหาที่สะท้อนจากมุมมองของผู้รับบริการอย่างแท้จริง ซึ่งการที่ทุกภาคส่วนมีบทบาทการดำเนินงาน และมีการสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ทำให้เกิดแรงจูงใจและความผูกพันต่อการดำเนินงานในขั้นตอนต่อๆ ไป นอกจากนั้นการที่คณะกรรมการ พชอ. ส่วนใหญ่มีประวัติความร่วมมือในอดีตที่ดี ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เป็นไปได้อย่างราบรื่น

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากมีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วยความร่วมมือระดับพื้นที่ใน 4 อำเภอ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ต้องอยู่บ้านเพียงลำพัง ได้เข้าร่วมการทำกิจกรรมทางสังคม ได้พบปะกับประชาชนอื่นๆ ในชุมชนมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ได้รับการดูแลคุณภาพชีวิตด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม. คณะกรรมการ พชอ. และภาคส่วนอื่นๆ ซึ่งทราบความต้องการจากการมีฐานข้อมูลผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับอำเภอ ตลอดจนได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ของใช้ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ การที่ภาครัฐมีภารกิจป้องกันและควบคุมโรคระบาดในช่วงปี พ.ศ. 2563–2565 ซึ่งทำให้การดูแลผู้สูงอายุดำเนินการไม่ต่อเนื่อง แต่เมื่อสถานการณ์โรคระบาดสงบลงเป็นช่วง ๆ ก็มีการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต่อได้ นอกจากนั้นยังพบอุปสรรคในการจัดการด้านงบประมาณ ซึ่งงบประมาณจากภาครัฐมีไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติการ จำเป็นต้องระดมทุนจากภาคเอกชน และการบริจาคต่างๆ จึงสามารถทำให้การดำเนินเป็นไปตามแผนงานที่วางไว้

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณเป็นคณะกรรมการ พชอ. จำนวน ทั้งสิ้น 408 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจากภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ภูมิภาคละ 102 คน พบว่าเป็นเพศชายจำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 53.92 และเป็นเพศหญิง จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 46.08 มีอายุระหว่าง 21–77 ปี อายุเฉลี่ย 48.03 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ 10.66 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 237 คน คิดเป็นร้อยละ 58.09 รองลงมาคือสูงกว่าปริญญาตรี มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. อนุปริญญา หรือ ปวส. และต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย ตามลำดับ ภาคส่วนที่เป็นตัวแทนมาจากภาครัฐร้อยละ 35.54 ภาคเอกชนร้อยละ 31.13 และภาคประชาชนร้อยละ 33.33 ระยะเวลาที่เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ พชอ. ระหว่าง 1–5 ปี เฉลี่ย 2.92 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาฯ 1.38 ปี ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n=408 คน)

คุณลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	220	53.92
หญิง	188	46.08
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	8	1.96
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	37	9.06
อนุปริญญา หรือ ปวส.	21	5.15
ปริญญาตรี	237	58.09
สูงกว่าปริญญาตรี	105	25.74
ภาคส่วนที่เป็นตัวแทน		
ภาครัฐ	145	35.54
ภาคเอกชน	127	31.13
ภาคประชาชน	136	33.33

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

การวิเคราะห์ระดับปัจจัย 5 ด้าน พบว่า ปัจจัยประวัติในอดีต มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดที่ 4.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81 รองลงมาคือ ปัจจัยระเบียบ มีค่าเฉลี่ย 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78 ปัจจัยทรัพยากร มีค่าเฉลี่ย 4.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82 ปัจจัยภาวะการนำร่วม มีค่าเฉลี่ย 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.72 และปัจจัยแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดที่ 3.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.85 โดยพบว่าปัจจัยทั้ง 5 ด้านมีสัมประสิทธิ์ของการกระจาย (Coefficient of Variance; C.V.) อยู่ที่ 0.077–0.118 ซึ่งมีการกระจายข้อมูลไม่แตกต่างกันมากนัก ค่าความเบ้ของข้อมูล (Skewness; Sk) อยู่ที่ -0.946–0.726 และค่าความโด่งของข้อมูล (Kurtosis; Ku) อยู่ที่ -0.399–0.396 ส่วนกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีค่าเฉลี่ย 4.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79 C.V. อยู่ที่ 0.093 Sk อยู่ที่ -1.001 และ Ku อยู่ที่ 0.142 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 โดยค่าความเบ้และค่าความโด่งของข้อมูลเข้าใกล้ 0 แสดงว่ามีการกระจายข้อมูลเป็นปกติ

ตารางที่ 2 ระดับปัจจัยและกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ปัจจัยและกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ฯ	ค่าเฉลี่ย	SD	*C.V.*	*Sk*	*Ku*
ปัจจัย					
ระเบียบ	4.07	0.78	0.118	-0.860	-0.399
ภาวะการนำร่วม	4.00	0.72	0.113	-0.946	0.396
ประวัติในอดีต	4.09	0.81	0.097	-0.802	-0.389
ทรัพยากร	4.04	0.82	0.099	-0.845	0.074
แรงจูงใจ	3.96	0.85	0.077	-0.726	-0.283
กระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	4.09	0.79	0.093	-1.001	0.142

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) โดยควบคุมตัวแปรภาคส่วนที่เป็นตัวแทน เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เข้าร่วมคณะกรรมการ พชอ. ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยระเบียบ ภาวะการนำร่วม ประวัติในอดีต ทรัพยากร และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.858–0.904) และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีค่า p-value<0.001 กล่าวคือ เมื่อปัจจัย

ระเบียบ ภาวะการนำร่วม ประวัติในอดีต ทรัพยากร และแรงจูงใจมีระดับสูงขึ้น กระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยก็จะสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์แยกรายภูมิภาค พบว่า ปัจจัยระเบียบ ภาวะการนำร่วม ประวัติในอดีต ทรัพยากร และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (r=0.870–0.944) ภาคกลาง (r=0.850–0.894) และภาคใต้ (r=0.874–0.942) มีเพียงภาคเหนือที่พบว่า พบว่า ปัจจัยระเบียบ ภาวะการนำร่วม และทรัพยากร มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.812, 0.807, 0.847 ตามลำดับ) แต่ปัจจัยประวัติในอดีต และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.724, 0.773 ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยและรายภูมิภาค

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว		**ปัจจัย**				
		ระเบียบ	**ภาวะการนำร่วม**	**ประวัติในอดีต**	**ทรัพยากร**	**แรงจูงใจ**
ประเทศไทย	**Pearson's correlation**	0.904	0.883	0.877	0.878	0.858
	p-value	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
	ระดับความสัมพันธ์	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง
ภาคเหนือ	**Pearson's correlation**	0.812	0.807	0.724	0.847	0.773
	p-value	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
	ระดับความสัมพันธ์	สูง	สูง	ปานกลาง	สูง	ปานกลาง
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	**Pearson's correlation**	0.944	0.892	0.894	0.885	0.870
	p-value	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
	ระดับความสัมพันธ์	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง
ภาคกลาง	**Pearson's correlation**	0.850	0.894	0.878	0.891	0.887
	p-value	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
	ระดับความสัมพันธ์	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง
ภาคใต้	**Pearson's correlation**	0.942	0.917	0.925	0.878	0.874
	p-value	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
	ระดับความสัมพันธ์	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง

* p-value < 0.05 (2-tailed) ** p-value < 0.001 (2-tailed)

การอภิปรายผล

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดำเนินการด้วยความร่วมมือระดับพื้นที่ผ่านคณะกรรมการ พชอ. ซึ่งมีภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการความร่วมมือ สอดคล้องกับการศึกษาความร่วมมือเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่สระบุรี[7] ชลบุรี[10] และในต่างประเทศ[8,16-17] ที่พบว่าบทบาทของภาคส่วนต่าง ๆ ในระดับพื้นที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือเพื่อการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการตามความจำเป็น นอกจากนั้นกลไกที่เป็นธรรมของความร่วมมือระดับพื้นที่ คือ กลไกของ พชอ.[7,10] ที่มีนายอำเภอเป็นประธานคณะกรรมการ สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ และคณะกรรมการที่มาจากภาครัฐ เอกชน และประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการปกครองแบบร่วมมือ (Collaborative governance)[11] ซึ่งระบุเงื่อนไขความร่วมมือว่าควรถูกจัดขึ้นโดยสถาบันของรัฐมีหน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐเข้าร่วม ความร่วมมือถูกจัดขึ้นอย่างเป็นทางการ ตลอดจนมีการหารือถึงเป้าหมายของความร่วมมือโดยมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

กระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ ประกอบด้วย การค้นหาภาคีเครือข่ายที่มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมเป็นคณะความร่วมมือ การระบุสถานการณ์ เลือกประเด็นที่ต้องการสร้างความร่วมมือตามลำดับความสำคัญของสถานการณ์ การวางแผนปฏิบัติการ แบ่งภารกิจให้ภาคีเครือข่าย การปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ และการกำกับติดตามตามอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาความร่วมมือระดับพื้นที่ในปฏิบัติการด้านสาธารณสุขและการดูแลปฐมภูมิในสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าการทำงานร่วมกันต้องมีการระบุความสำคัญของปัญหาและผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของประชาชน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีความชัดเจน และจะทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนมีกรอบในการดำเนินงานที่เป็นแนวทางเดียวกัน[8] รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาความร่วมมือด้านสุขภาพและสังคมในประเทศสวีเดน ที่พบว่าการร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา และการปฏิบัติการร่วมกัน จะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน อันจะลดอุปสรรคจากการดูแลสุขภาพและสังคมที่มีปัจจัยซับซ้อนลงได้[5] นอกจากนั้นการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความร่วมมือระดับพื้นที่หลายการศึกษา ยังระบุชัดเจนว่ากระบวนการในการสร้างความร่วมมือที่เป็นรูปธรรมต้องมีการค้นหาภาคีเครือข่ายที่จะร่วมดำเนินการ การมีกระบวนการสื่อสารความเข้าใจร่วมกันระหว่างคณะความร่วมมือ การวางแผนการดำเนินการร่วมกัน การแบ่งภารกิจอย่างเหมาะสม ตลอดจนการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กระบวนการความร่วมมือเป็นไปตามแผนงานหรือเป้าหมายที่คาดหวัง[7,9-10] ดังนั้น การดำเนินการขับเคลื่อนความร่วมมือระดับพื้นที่จึงควรมีกระบวนการอย่างน้อย ดังนี้ 1) การค้นหาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2) การระบุปัญหาหรือสถานการณ์ 3) การเลือกปัญหาสำคัญที่ต้องการแก้ไข 4) วางแผนการดำเนินการร่วมกันภายในคณะความร่วมมือ 5) การแบ่งภารกิจการดำเนินการ 6) การปฏิบัติการตามแผนการ และ 7) การกำกับติดตามอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย ประกอบด้วย ระเบียบ ภาวะการนำร่วม ประวัติในอดีต ทรัพยากร และแรงจูงใจ สอดคล้องกับแนวคิดการปกครองแบบร่วมมือ (Collaborative governance)[11] ซึ่งระบุถึงปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดกระบวนการความร่วมมือ ได้แก่ ความไม่สมดุลระหว่างทรัพยากร ความรู้ และอำนาจ การมีประวัติความร่วมมือหรือความขัดแย้งในอดีต การมีแรงจูงใจในการทำงานร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การมีภาวะผู้นำและการนำร่วมที่ทำให้เกิดความมั่นใจและความราบรื่นของการหารือ ตลอดจนการออกแบบโครงสร้างสถาบันซึ่งประกอบด้วย การกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกฎกติกาในการร่วมมือ นอกจากนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างความร่วมมือในชุมชนของประเทศเกาหลีใต้[12] ยังพบว่าความชัดเจนของกฎหมายหรือกติกาในการหารือ ตลอดจนการสร้างแรงจูงใจที่เป็นรูปธรรม ส่งผลต่อการดำเนินการความร่วมมือเพื่อผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาความร่วมมือด้านสุขภาพปฐมภูมิในประเทศสเปน[13] ที่พบว่าความชอบธรรมของกฎหมาย หรือระเบียบปฏิบัติ มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในระดับชุมชน

ภาวะการนำร่วมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือระดับพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษากรอบในการร่วมปกครอง (Co-governance) ร่วมจัดการ (Co-management) ร่วมปรึกษา (Co-consultation) และร่วมผลิต (Co-production) ของประเทศสิงคโปร์[14] ซึ่งพบว่า ภาวะผู้นำ และการเป็นผู้นำร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่งผลให้เกิดความปรารถนาในการร่วมกันดำเนินการกิจกรรมใดๆ ให้ประสบความสำเร็จ ตลอดจนการศึกษาภาวะการนำร่วมที่มีต่อความร่วมมือด้านสุขภาพในสหรัฐอเมริกา[15] ที่แสดงให้เห็นว่าภาวะการนำร่วมเป็นปัจจัยที่คณะความร่วมมือคำนึงถึงเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการความร่วมมือทั้งขั้นตอนการร่วมวางแผน และขั้นตอนการร่วมปฏิบัติการ นอกจากนั้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือระดับพื้นที่อีกปัจจัยหนึ่ง คือ ประวัติในอดีต สอดคล้องกับการสังเคราะห์ความร่วมมือด้านบริการสุขภาพในประเทศแคนาดา[16] ที่พบว่าประวัติความร่วมมือและความขัดแย้งในอดีต เป็นสิ่งที่ส่งผลด้านจิตวิทยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

นอกจากนั้นปัจจัยด้านทรัพยากรยังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือระดับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ระบุว่า การจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนความร่วมมือ[9,10] ตลอดจนการศึกษาปัจจัยองค์การที่มีผลต่อความสำเร็จของความร่วมมือด้านสาธารณสุขและการดูแลปฐมภูมิในแคนาดา[17] ที่พบเช่นเดียวกันว่าการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมทั้งด้านงบประมาณ เวลา และบุคลากร เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือด้านสุขภาพ นอกจากนั้น การศึกษาเพื่อสังเคราะห์องค์ประกอบของแรงจูงใจในความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วยรูปแบบผสมผสาน[18] ยังเป็นการศึกษาที่ยืนยันความสอดคล้องว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ภาครัฐควรมีการพัฒนากลยุทธ์ หรือแผนงานเพื่อสร้างความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เปราะบาง อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน
2. ภาครัฐควรมีมาตรการเพื่อส่งเสริมความร่วมมือระดับพื้นที่ของภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยเฉพาะด้านงบประมาณ อาทิ การลดภาษีเมื่อภาคเอกชนหรือภาคประชาชนสนับสนุนงบประมาณในกระบวนการความร่วมมือ หรือด้านแรงจูงใจ อาทิ การเชิดชูเกียรติแก่คณะความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปปฏิบัติ

1. ควรมีการส่งเสริมสมรรถนะของผู้นำความร่วมมือ โดยเฉพาะนายอำเภอ และสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้มีภาวะผู้นำ และการนำร่วม ซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือที่มีประสิทธิผล
2. ควรมีกระบวนการสร้างแรงจูงใจทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือโดยสมัครใจระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3. ควรมีการทบทวนประวัติความร่วมมือและความขัดแย้งในอดีตของคณะความร่วมมือ เพื่อลดความขัดแย้ง หรือส่งเสริมให้เกิดความราบรื่นของกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนารูปแบบความร่วมมือของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ที่ยังมีการดำเนินการค่อนข้างน้อย และยังไม่สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
2. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. พฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น (Gerontology and Geriatric for Primary Care Practice). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย; 2561.
3. สำนักงานประสานการพัฒนานโยบายรองรับสังคมสูงวัย. แนวทางการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายรองรับสังคมสูงวัยระดับพื้นที่. นนทบุรี: สำนักงานประสานการพัฒนานโยบายรองรับสังคมสูงวัย; 2562.
4. อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์, กฤช ลี่ทองอิน, ทัศนีย์ เอกวานิช, วิมล บ้านพวน, สันติ ลาภเบญจกุล, วีระพงศ์ เจริญเกตุ, และคณะ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.

5. Nyström ME, Karltun J, Keller C, Gäre BA. Collaborative and partnership research for improvement of health and social services: researcher's experiences from 20 projects. Health Research Policy System. 2018;16(46):1-17. doi:10.1186/s12961-018-0322-0
6. สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสำนักงาน พชอ. [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ธันวาคม 12]. เข้าถึงได้จาก: https://thlpmap.moph.go.th
7. จำรัส ประสิว, วิสุทธิ์ สุกรินทร์. การพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4. 2562;9(1):11-22.
8. Gyllstrom E, Gearin K, Nease D, Bekemeier B, Pratt R. Measuring Local Public Health and Primary Care Collaboration: A Practice-Based Research Approach. Journal of Public Health Management and Practice. 2019;25(4):382-89. doi:10.1097/phh.0000000000000809
9. ธิดารักษ์ ลือชา, ธีระภัทรา เอกผาชัยสวัสดิ์. การจัดระบบดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการปกครองแบบร่วมมือ : กรณีการสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคเอกชน. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2564;9(2):274-94.
10. พิชญ์สินี เสรีโรจนกุล, ปิยากร หวังมหาพร. การพัฒนาความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองพนัสนิคม. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2565;7(4):277-97.
11. Ansell C, Gash A. Collaborative governance in Theory and Practice. Journal of Public Administration Research and Theory. 2007;28(1):16-32. doi:10.1093/jopart/mum032
12. Eun J. Public Accountability in collaborative governance: Lessons from Korean community Centers. The Korean journal of Policy Studies. 2010;25(1):143-73.
13. Rubio-Valera M, Jové AM, Hughes CM, Guillen-Solà M, Rovira M, Fernández A. Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study. BMC Health Services Research. 2012;12(188):1-10. doi:10.1186/1472-6963-12-188
14. Poocharoen O, Ting B. Collaboration, Co-Production, Networks: Convergence of theories. Public management review. 2015;17(4):587-614. doi:10.1080/14719037.2013.866479

15. Magrab PR, Bronheim SM. Collective Leadership, Academic Collaborations and Health Disparities: A Framework for Success. Journal of Health Disparities Research and Practice. 2018;11(2):165-83.
16. Morley L, Cashell AC. Collaboration in Health Care. Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences. 2017;48:207-16. doi:10.1016/j.jmir.2017.02.071
17. Valaitis R, Meagher-Stewart D, Martin-Misener R, Wong ST, MacDonald M, O'Mara L, et al. Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration. BMC Health Services Research. 2018;18:1-17. doi:10.1186/s12913-018-3194-7
18. Ansell C, Doberstein C, Henderson H, Siddiki S. Understanding inclusion in collaborative governance: a mixed methods approach. Policy and Society. 2020;39(4)570-91. doi:10.1080/14494035.2020.1785726
19. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607-10. doi:10.1177/001316447003000308

ศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรงน้อย แบบบูรณาการด้วยฟ้าทะลายโจร

วรวรรณ กอปรกิจงาม, พ.บ.*[a]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรงน้อย ที่ได้รับฟ้าทะลายโจรร่วมกับยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ เทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยาตามแนวทางเวชปฏิบัติเท่านั้น

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบ Prospective descriptive study ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรงน้อย ในโรงพยาบาลกาบเชิง ตั้งแต่วันที่ 26 มิถุนายน 2564–25 สิงหาคม 2564 ประเมินผลอาการทางคลินิกหลังเข้ารักษา 5 วันด้วยการเอกซเรย์ปอด ตามเกณฑ์ระดับ Rama Co-RADS และติดตามจนจำหน่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Risk ratio

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง 116 ราย อายุเฉลี่ย 37.69±10.83 ปี ผู้ป่วย 82 ราย (70.69%) ได้รับการรักษาด้วยฟ้าทะลายโจรที่ให้สารแอนโดรกราโฟไลด์ 180 มิลลิกรัมต่อวัน จนครบ 5 วัน ร่วมกับการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ ผู้ป่วย 34 ราย (29.31%) ได้รับการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติเท่านั้น พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้ฟ้าทะลายโจร พบภาพรังสีทรวงอกแสดงความผิดปกติที่ตำแหน่งเดียวของปอด (Category 4) มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบรุนแรงเพิ่มขึ้น น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับฟ้าทะลายโจรร้อยละ 76 และผู้ป่วยที่ภาพรังสีทรวงอกแสดงฝ้าขาวกระจายทั่วปอดทั้ง 2 ข้าง (Category 5) พบว่ามีโอกาสส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายจากภาวะทรุดลง น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับฟ้าทะลายโจร ร้อยละ 92

สรุป: ฟ้าทะลายโจรช่วยลดภาวะปอดอักเสบรุนแรงเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีอาการปอดอักเสบรุนแรงน้อย ที่พบภาพรังสีทรวงอกแสดงความผิดปกติที่ตำแหน่งเดียวของปอด แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19; ภาวะปอดอักเสบรุนแรงน้อย; ฟ้าทะลายโจร

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) โรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

[a] Corresponding author : วรวรรณ กอปรกิจงาม Email : wkopkitngam@gmail.com

รับบทความ: 30 พ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 5 ธ.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 6 ธ.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 31 ธ.ค. 65

Integration of Treatment in Mild Pneumonia from Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patients, Who Received Andrographis paniculata (Burm.f.) Nees

Worawun Kopkitngam, MD*[a]

Abstract

Objectives: The aim was to determine treatment outcomes of *Andrographis paniculate* extract (APE) forms toward the adjunctive therapy of COVID-19 infected patients with mild COVID-19 pneumonia or COVID-19 pneumonia without hypoxia.

Methods: This prospective study included adults patients who were hospitalized and diagnosed with mild pneumonia from COVID-19 at Kabcheong hospital between June 26, 2021 and August 25, 2021. The outcomes were clinical recovery rates by day-5 using chest X-rays according to the Modified Rama-Co-RADS criteria. All patients were followed until being discharged. The data were collected using case record form. Statistical analyses included frequencies, percentages, means, standard deviations, and risk ratios.

Results: There were 116 patients recruited in this study with average age of 37.69±10.83 years old. There were 82 patients (70.69%) received the standard treatment plus 180 mg of APE daily for 5 consecutive days while 34 patients (29.31%) received the standard treatment without APE. Patients with mild covid-19 pneumonia (category 4) who received APE had a 76% reduction in risk of progressive infiltration while patients with typical for COVID-19 pneumonia (category 5) had a 92 % reduction in risk of refer as compared to those who did not receive APE.

Conclusion: *Andrographis paniculate* extract (APE) can reduce progressive infiltration, in patient with pneumonia without hypoxia and patients who are suspected of early or mild COVID-19 pneumonia (category 4). The study was though limited by a small sample size.

Keywords : COVID-19 patients; Pneumonia without hypoxia; *Andrographis paniculate*

* Medical Physician, Senior Professional Level, Kabcheong Hospital, Surin Province

[a] Corresponding author: Worawun Kopkitngam Email: wkopkitngam@gmail.com

Received: Nov. 30, 22; Revised: Dec. 5, 22; Accepted: Dec. 6, 22; Published Online: Dec. 31, 22

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ออกประกาศให้โรคติดเชื้อโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Coronavirus pandemic) และมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในหลายประเทศ จากรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทั่วโลก ในวันที่ 25 สิงหาคม 2564 รายงานจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อสะสมทั้งสิ้น 214,059,405 คน และเสียชีวิตสะสม 4,466,733 คน สถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อในประเทศไทย ข้อมูลสะสมตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 ถึง วันที่ 25 สิงหาคม 2564 มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมทั้งสิ้น 1,073,505 คน หายป่วยสะสม 875,589 คน อยู่ระหว่างการรักษา 189,268 คน และเสียชีวิตสะสม 9,991 คน[1] ส่วนสถานการณ์ไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุรินทร์ พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อสะสมตั้งแต่วันที่ 26 มิถุนายน 2564 ถึง 25 สิงหาคม 2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 11,214 คน อยู่ระหว่างการรักษา 3,784 คน และเสียชีวิตสะสม 32 คน[2] ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไข้ ไอ อ่อนเพลีย สูญเสียการได้กลิ่นหรือรับรส อาการรุนแรง หายใจลำบากหรือหายใจถี่ สูญเสียความสามารถในการพูดหรือเคลื่อนไหว มึนงง เจ็บหน้าอก[3] และพบปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งเกิดจากการอักเสบในเนื้อปอดส่งผลโดยตรงต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน ในช่วงแรกผู้ป่วยจะมีอาการปกติแม้จะเกิดการอักเสบในปอด เรียกว่า “Silent hypoxemia” ต่อมาผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อาจรุนแรงถึงขั้นหายใจล้มเหลวจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเมื่อร่างกายรับเชื้อโควิด-19 เข้าไป ความสามารถในการต่อสู้กับเชื้อของแต่ละคนจะแตกต่างกัน ทำให้มีโอกาสเกิดปอดอักเสบไม่เท่ากัน และเมื่อมีอาการปอดอักเสบแล้วความรุนแรงของโรคของแต่ละคนก็ไม่เท่ากัน[4] ในประเทศไทยพบว่าการใช้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง (High-flow oxygen) และการใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถลดความเสี่ยงของภาวะปอดอักเสบรุนแรง และการเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตหรือเสียชีวิต รวมถึงพบว่าการได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) ภายใน 4 วันตั้งแต่เริ่มมีอาการจะช่วยลดปริมาณไวรัสได้ดี ดังนั้นควรเริ่มให้ยาเร็วก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการหนัก[5] ในส่วนของยาอื่นๆ เช่น ฟ้าทะลายโจร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำเอกสารเผยแพร่ข้อควรรู้เกี่ยวกับการใช้ “สารแอนโดรกราโฟไลด์ (andrographolide)” ในผลิตภัณฑ์ “ฟ้าทะลายโจร” เพื่อ “การรักษาโควิด-19” มีข้อมูลรายงานการวิจัยในประเทศไทย พบว่าสารแอนโดรกราโฟไลด์มีฤทธิ์ยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสโควิด (SARS-CoV-2) ในเซลล์เนื้อเยื่อแต่ไม่ยับยั้งการเข้าเซลล์ ซึ่งฟ้าทะลายโจรมี 3 กลไกที่เกี่ยวข้องในการรักษาโควิด-19 คือ การยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสแต่ไม่มีฤทธิ์ป้องกันการเข้าเซลล์หรือกำจัดไวรัส ลดการอักเสบซึ่งมีผลในการลดไข้ ลดอาการหวัด ไอ เจ็บคอ และปรับภูมิคุ้มกัน[6] แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาถึงผลการรักษาในผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรงน้อยยังมีจำกัดและยังไม่ชัดเจน

ในช่วงตั้งแต่ปลายเดือนมิถุนายน 2564 เป็นต้นมา พบว่า มีการระบาดอย่างหนักของโรคติดเชื้อโควิด-19 สายพันธ์เดลต้าที่กรุงเทพมหานคร มีผู้ป่วยต้องกลับมารักษาตัวที่ภูมิลำเนาจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่มีภาวะปอดอักเสบ แต่จังหวัดสุรินทร์มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อ 1 คนที่ช่วยดูแลและตัดสินใจว่าผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบรายใดจะได้รับอนุมัติใช้ยา Favipiravir ทั้งจังหวัด โรงพยาบาลกาบเชิง จำเป็นต้องให้

การรักษาผู้ป่วยแรกรับด้วยยาฟ้าทะลายโจร ระหว่างรออนุมัติยา Favipiravir ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากได้รับยาตามแนวทางเวชปฏิบัติร่วมกับฟ้าทะลายโจรจนครบ 5 วัน แต่ภายหลังจากแนวทางเวชปฏิบัติวันที่ 4 สิงหาคม 2564 ไม่แนะนำให้ใช้ฟ้าทะลายโจรร่วมกับยาตามแนวทางเวชปฏิบัติอีก แต่มีข้อสังเกตว่าหลังจากยกเลิกการให้ฟ้าทะลายโจรร่วม มีผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรงน้อยแบบบูรณาการด้วยฟ้าทะลายโจร เพื่อหาแนวทางดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม และเป็นข้อมูลทางวิชาการประกอบการพิจารณาถึงผลดีและผลเสียของการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรงน้อย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรงน้อยที่ได้รับฟ้าทะลายโจรร่วมกับยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ เทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาตามแนวทางเวชปฏิบัติเท่านั้น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาแบบ Prospective descriptive study ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรงน้อย (Pneumonia without hypoxia) ติดตามเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งที่หอผู้ป่วยโรงพยาบาลกาบเชิง หรือโรงพยาบาลสนามของอำเภอกาบเชิง ระหว่างวันที่ 26 มิถุนายน 2564 ถึงวันที่ 25 สิงหาคม 2564 ประเมินผลอาการทางคลินิกหลังเข้ารักษา 5 วันด้วยการเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) ตามเกณฑ์ระดับ Rama Co-RADS ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการติดตามจนจำหน่าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย โรงพยาบาลกาบเชิง หรือโรงพยาบาลสนามของอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างวันที่ 26 มิถุนายน 2564–25 สิงหาคม 2564 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน[7] ได้ 116 คน คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการยืนยันการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ภายใน 72 ชั่วโมงหลังมีอาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากมีอาการ และได้รับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ตั้งครรภ์ มีประวัติโรคหรือความผิดปกติที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคที่รุนแรง ผู้ป่วยต้องดูแลแบบประคับประคองเข้าหลักเกณฑ์การพิจารณาไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่มีปอดอักเสบร่วมกับมีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (COVID-19 pneumonia with hypoxia)

การดำเนินการวิจัย

1) จัดทำโครงร่างงานวิจัยเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

2) ประชุมเตรียมความพร้อม ความเข้าใจการเก็บข้อมูลอาสาสมัครในโครงการวิจัย โดยใช้รูปแบบการประชุมทางไกลผ่านทางจอภาพ (Video conference)

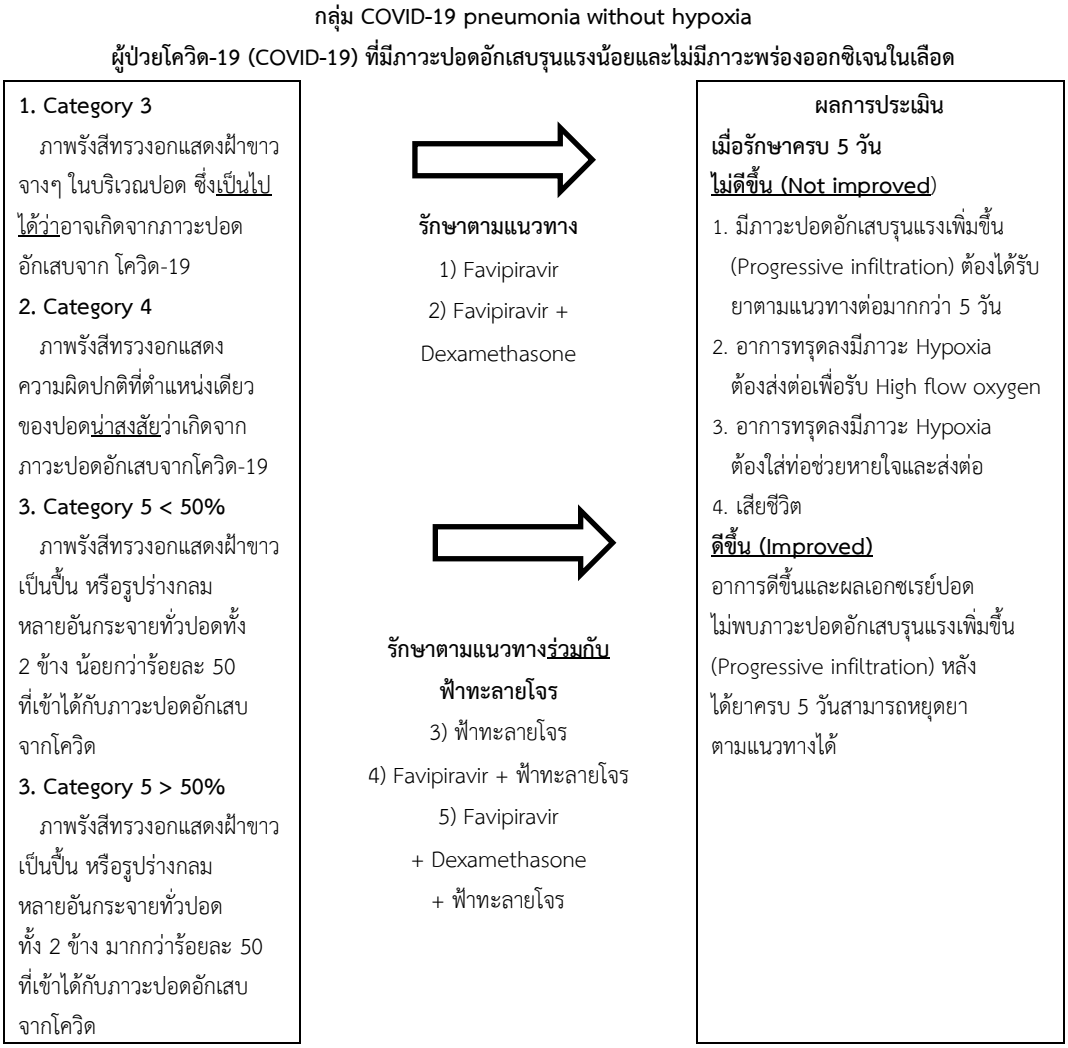
3) ติดต่อกลุ่มงานประกันสุขภาพ งานยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลกาบเชิง เพื่อขอเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่บันทึกในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์

4) คัดเลือกแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 (COVID-19) กลุ่มมีปอดอักเสบและไม่มีปอดอักเสบที่มีประวัติได้รับฟ้าทะลายโจร เข้ารับการรักษาในระหว่างวันที่ 26 มิถุนายน 2564–25 สิงหาคม 2564

5) ถอดข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Case record form)

6) ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล

7) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงานผลการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรงน้อยและยังไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน (Pneumonia without hypoxia) โดยผลอ่านรังสีทรวงอกตามเกณฑ์ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Rama Co-RADS) ระดับ Category 3 ถึง 5 เมื่อได้รับฟ้าทะลายโจรร่วมกับยาตามแนวทางเวชปฏิบัติจนครบ 5 วัน จะสามารถช่วยชะลอการดำเนินโรคของปอดอักเสบรุนแรงเพิ่มขึ้น ลดการส่งต่อเพื่อให้ Oxygen high flow และอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจได้หรือไม่ (ภาพที่ 1)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยในและที่บันทึกในโปรแกรมฮอสเอกซ์พี (HOSxP) โรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างวันที่ 26 มิถุนายน 2564–25 สิงหาคม 2564
2. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Case record form–CRF) โดยเป็นการสรุปข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิ์การรักษา วันที่เริ่มมีอาการ วันรับไว้และจำหน่าย ระยะเวลาในการรักษาตัวที่โรงพยาบาล ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยแรกรับ ได้แก่ สัญญาณชีพ (Vital signs) ผลเอกซเรย์ปอด (Chest x-ray) การวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาที่ได้รับ ได้แก่ รายการยา ขนาดยา วันที่เริ่มยา จำนวนวันที่รับยา ผลการรักษา ได้แก่ ดีขึ้น (Improved) และอาการไม่ดีขึ้น (Not improved) โดยประเมินเมื่อรับยาครบ 5 วัน และวันจำหน่าย (Discharge) และสถานการณ์จำหน่าย ได้แก่ ดีขึ้น (Improved) ส่งต่อ (Refer) และเสียชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์และประเมินผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการรักษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประเมินผลการรักษาผู้ป่วย โดยใช้ Relative risk (Risk ratio) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่โครงการวิจัย SURINPHO REC No 0014/2564 วันที่รับรอง 1 ตุลาคม 2564 ข้อมูลที่เก็บไว้ในแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จะถูกเก็บรักษาความปลอดภัยด้วยระบบรหัสผ่านการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และข้อมูลระบุตัวบุคคลจะถูกจัดเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์สำรองข้อมูล (Hard disk) คนละตัวเสมอ และแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่มีข้อมูลระบุตัวบุคคลของอาสาสมัครไม่สามารถเข้าถึงได้ จากเครื่องคอมพิวเตอร์เครื่องอื่น แฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จะถูกเก็บไว้เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์เท่านั้น หลังจากทำการวิเคราะห์ข้อมูลและเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณชนแล้ว แฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จะถูกเก็บต่อไประยะหนึ่งตามข้อตกลง หลังจากนั้นจะถูกทำลายออกจากฐานข้อมูลอย่างถาวรและเก็บข้อมูลรูปแบบไฟล์ 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรงน้อย 116 ราย เพศหญิงร้อยละ 52.59 เพศชายร้อยละ 47.41 อายุเฉลี่ย 37.69±10.83 ปี ส่วนใหญ่อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 34.48 และสิทธิ์ประกันสังคมร้อยละ 57.76 และ บัตรทองในเขตร้อยละ 21.55 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบ (n=116)

การรักษา	Category 3 จำนวน (%)	Category 4 จำนวน (%)	Category 5 <50% จำนวน (%)	Category 5 >50% จำนวน (%)	รวม จำนวน (%)
เพศ					
ชาย	13 (61.90)	17 (41.46)	18 (48.65)	7 (41.18)	55 (47.41)
หญิง	8 (38.10)	24 (58.54)	19 (51.35)	10 (58.82)	61 (52.59)
ช่วงอายุ					
18-29 ปี	6 (28.57)	14 (34.15)	11 (29.73)	2 (11.76)	33 (28.45)
30-39 ปี	10 (47.62)	11 (26.83)	3 (8.11)	3 (17.65)	27 (23.28)
40-49 ปี	5 (23.81)	11 (26.83)	18 (48.65)	6 (35.29)	40 (34.48)
50-59 ปี	0 (0.00)	5 (12.20)	5 (13.51)	6 (35.29)	16 (13.79)
Mean±SD ปี	32.85±8.09 Min 18 Max 49	35.73±10.42 Min 18, Max 59	39.43±11.09 Min 20, Max 58	44.64±10.63 Min 23, Max 59	37.69±10.83 Min 18, Max 59
สิทธิ์การรักษา					
ประกันสังคม	14 (66.67)	25 (60.98)	20 (54.05)	8 (47.06)	67 (57.76)
บัตรทองนอกเขต	2 (9.52)	9 (21.95)	3 (8.11)	4 (23.53)	18 (15.52)
บัตรทองในเขต	4 (19.05)	5 (12.20)	12 (32.43)	4 (23.53)	25 (21.55)
เบิกได้	0 (0.00)	2 (4.88)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (1.72)
อื่นๆ เช่น ผู้พิการ	1 (4.76)	0 (0.00)	2 (5.41)	1 (5.88)	4 (3.45)

การประเมินภาวะปอดอักเสบจากการอ่านภาพรังสีปอดตามเกณฑ์ Rama Co-RADS พบว่าส่วนใหญ่พบภาพรังสีทรวงอกแสดงฝ้าขาวเป็นปื้นหรือรูปร่างกลมหลายอันกระจายทั่วปอดทั้งสองข้าง (Category 5) 54 ราย แบ่งเป็น ภาพรังสีทรวงอกแสดงฝ้าขาวเป็นปื้นหรือรูปร่างกลมหลายอันกระจายทั่วปอดทั้ง 2 ข้าง น้อยกว่าร้อยละ 50 (Category 5 < 50%) ร้อยละ 31.90 ภาพรังสีทรวงอกแสดงฝ้าขาว

เป็นปื้นหรือรูปร่างกลมหลายอันกระจายทั่วปอดทั้ง 2 ข้างมากกว่าร้อยละ 50 (Category 5 > 50%) ร้อยละ 14.66 นอกจากนี้ยังพบ ภาพรังสีทรวงอกแสดงความผิดปกติที่ตำแหน่งเดียวของปอด (Category 4) ร้อยละ 35.34 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินภาวะปอดอักเสบจากการอ่านภาพรังสีปอดตามเกณฑ์ Rama Co-RADS

การประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
Category 3 : ภาพรังสีทรวงอกแสดงฝ้าขาวจางๆ ในบริเวณปอด	21	18.10
Category 4 : ภาพรังสีทรวงอกแสดงความผิดปกติที่ตำแหน่งเดียวของปอด	41	35.34
Category 5 (<50%) : ภาพรังสีทรวงอกแสดงฝ้าขาวเป็นปื้นหรือรูปร่างกลมหลายอันกระจายทั่วปอดทั้ง 2 ข้าง น้อยกว่าร้อยละ 50	37	31.90
Category 5 (>50%) : ภาพรังสีทรวงอกแสดงฝ้าขาวเป็นปื้นหรือรูปร่างกลมหลายอันกระจายทั่วปอดทั้ง 2 ข้าง มากกว่าร้อยละ 50	17	14.66

2. ข้อมูลการรักษาผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่รักษาด้วยฟ้าทะลายโจรที่ให้สารแอนโดรกราโฟไลด์ 180 มิลลิกรัมต่อวันติดต่อกันจนครบ 5 วันร่วมกับการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติร้อยละ 70.69 (82 ราย) ส่วนใหญ่ได้ favipiravir และ Dexamethasone ร่วมกับฟ้าทะลายโจร ร้อยละ 38.79 ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 13.79±2.43 วัน พบผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อรับ High flow oxygen ร้อยละ 2.59 (3 ราย) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยตามผลการประเมินภาพรังสีปอด (n=116)

การรักษา	Category 3 จำนวน (%)	Category 4 จำนวน (%)	Category 5 <50% จำนวน (%)	Category 5 >50% จำนวน (%)	รวม จำนวน (%)
รักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ	**12 (57.14)**	**16 (39.02)**	**4 (10.81)**	**2 (11.76)**	**34 (29.31)**
Favipiravir	11 (52.38)	11 (26.82)	1 (2.70)	1 (5.88)	24 (20.69)
Favipiravir+Dexamethasone	1 (4.76)	5 (12.20)	3 (8.11)	1 (5.88)	10 (8.62)
รักษาร่วมกับฟ้าทะลายโจร	**9 (42.86)**	**25 (60.98)**	**33 (89.19)**	**15 (88.24)**	**82 (70.69)**
ฟ้าทะลายโจร	3 (14.29)	4 (9.76)	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (6.04)
Favipiravir+ฟ้าทะลายโจร	6 (28.57)	12 (29.27)	8 (21.62)	4 (23.53)	30 (25.86)
Favipiravir+Dexamethasone+ฟ้าทะลายโจร	0 (0.00)	9 (21.95)	25 (67.57)	11 (64.71)	45 (38.79)

ตารางที่ 3 (ต่อ) ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยตามผลการประเมินภาพรังสีปอด (n=116)

การรักษา	Category 3 จำนวน (%)	Category 4 จำนวน (%)	Category 5 <50% จำนวน (%)	Category 5 >50% จำนวน (%)	รวม จำนวน (%)
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล					
11-14 วัน	19 (90.48)	35 (85.37)	31(83.78)	15 (88.24)	100(86.21)
>14 วัน	2 (9.52)	6 (14.63)	6 (16.22)	2 (11.76)	16 (13.79)
Mean±SD	13.90±1.17	13.82±1.11	13.62±3.55	13.94±3.05	13.79±2.43
ผลการรักษา					
ดีขึ้น (Improved)	21 (100)	41 (100)	35 (94.59)	16 (94.12)	113(97.41)
ส่งต่อ (Refer)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (5.41)	1 (5.88)	3 (2.59)

3. การประเมินผลการรักษาผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เริ่มต้นพบภาพรังสีทรวงอกแสดงความผิดปกติที่ตำแหน่งเดียวของปอด (Category 4) ที่ได้ฟ้าทะลายโจรมีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบรุนแรงเพิ่มขึ้น (Progressive infiltration) น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับฟ้าทะลายโจรร้อยละ 76 (Risk Ratio=0.240, 95% CI 0.074-0.772, p=0.007) ส่วนกลุ่มภาพรังสีทรวงอกแสดงฝ้าขาวจางๆ ในบริเวณปอด (Category 3) และภาพรังสีทรวงอกแสดงฝ้าขาวเป็นปื้นหรือรูปร่างกลมหลายอันกระจายทั่วปอดทั้ง 2 ข้าง (Category 5) ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการเกิด progressive infiltration หลังได้ยาครบ 5 วัน (n=116)

ผล chest x-ray	Progressive infiltration	Non progressive infiltration	Risk Ratio	95% CI	p-value
CAT 3 (n=21)					
ได้ฟ้าทะลายโจรร่วม (n=9)	2	7	0.666	0.154-2.873	0.577
ไม่ได้ฟ้าทะลายโจรร่วม (n=12)	4	8			
CAT 4 (n=41)					
ได้ฟ้าทะลายโจรร่วม (n=25)	3	22	0.240	0.074-0.772	0.007*
ไม่ได้ฟ้าทะลายโจรร่วม (n=16)	8	8			

ตารางที่ 4 (ต่อ) ผลการเกิด progressive infiltration หลังได้ยาครบ 5 วัน (n=116)

ผล Chest x-ray	Progressive infiltration	Non progressive infiltration	Risk Ratio	95% CI	p-value
CAT 5 <50% (n=37)					
ได้ฟ้าทะลายโจรร่วม (n=33)	12	21	0.484	0.235-0.999	0.137
ไม่ได้ฟ้าทะลายโจรร่วม (n=4)	3	1			
CAT 5 >50% (n=17)					
ได้ฟ้าทะลายโจรร่วม (n=15)	11	4	0.733	0.540-0.995	0.403
ไม่ได้ฟ้าทะลายโจรร่วม (n=2)	2	0			
รวม (n=116)					
ได้ฟ้าทะลายโจรร่วม (n=82)	28	54	0.682	0.435-1.072	0.110
ไม่ได้ฟ้าทะลายโจรร่วม (n=34)	17	17			

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05, Cat 3=Category 3, Cat 4=Category 4, Cat 5 <50%=Category 5 (<50%), Cat 5 >50%=Category 5 (>50%)

ผู้ป่วยภาพรังสีทรวงอกแสดงฝ้าขาวเป็นปื้นหรือรูปร่างกลมหลายอันกระจายทั่วปอดทั้ง 2 ข้าง (Category 5) ที่ได้ฟ้าทะลายโจรมีโอกาสส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายจากภาวะทรุดลงน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับฟ้าทะลายโจรร้อยละ 92 (Risk Ratio=0.081, 95% CI 0.008-0.799, p<0.001) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ข้อมูลการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อรับ High flow oxygen จากภาวะทรุดลงจากเกิดภาวะ Hypoxemia ในผู้ป่วยภาพรังสีทรวงอกแสดงฝ้าขาวเป็นปื้นหรือรูปร่างกลมหลายอันกระจายทั่วปอดทั้ง 2 ข้าง (Category 5)

ผล chest x-ray	Refer	Non refer	Risk ratio	95% CI	p-value
ได้ฟ้าทะลายโจรร่วม (n=49)	1	48	0.081	0.008-0.799	<0.001*
ไม่ได้ฟ้าทะลายโจรร่วม (n=8)	2	6			

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ศึกษาการใช้ฟ้าทะลายโจรในกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรงน้อย ซึ่งแตกต่างจากหลายการศึกษาที่ผ่านมา[8-10] ที่ศึกษาการใช้ฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรงน้อยและไม่มีภาวะปอดอักเสบร่วมด้วยเท่านั้น โดยรักษาด้วยฟ้าทะลายโจรที่ให้สารแอนโดรกราโฟไลด์ (Andrographolide) 180 มิลลิกรัมต่อวัน แบ่งให้ 3-4 ครั้งก่อนอาหารกินติดต่อกันจนครบ 5 วันควบคู่กับการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ พบว่าการใช้ฟ้าทะลายโจรในกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่เริ่มต้นพบภาพรังสีทรวงอกแสดงความผิดปกติที่ตำแหน่งเดียวของปอด (Category 4) มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบรุนแรงเพิ่มขึ้น (Progressive infiltration) น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับฟ้าทะลายโจรร้อยละ 76 และผู้ป่วยภาพรังสีทรวงอกแสดงฝ้าขาวทั่วปอดทั้ง 2 ข้าง (Category 5) มีโอกาสส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายจากภาวะทรุดลงน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับฟ้าทะลายโจรร้อยละ 92 สอดคล้องกับการศึกษาของ Wanaratna et al.[10] ทำการวิจัยทางคลินิกแบบ Randomized controlled trial (RCT) ในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรงน้อยและไม่อาการแสดงภาวะปอดอักเสบ 57 ราย ประเมินผลวันที่ 5 หลังรับการรักษาพบว่าไม่มีรายงานการเกิดปอดอักเสบในกลุ่มที่ได้รับฟ้าทะลายโจรร่วมกับการรักษาตามแนวทางมาตรฐาน แต่กลุ่มที่รับการรักษาตามแนวทางมาตรฐานอย่างเดียวเกิดปอดอักเสบร้อยละ 10.7 และดารารัตน์ รัตนรักษ์และคณะ[8] ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรงน้อยและไม่มีภาวะปอดอักเสบร่วมด้วย 57 ราย ประเมินผลวันที่ 5 หลังรับการรักษา พบว่าการใช้ฟ้าทะลายโจรร่วมด้วยช่วยลดระยะเวลาและความรุนแรงของอาการแสดงโควิด-19 ได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษามาตรฐานเพียงอย่างเดียว แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Tanwettiyanont et al.[9] ทำการศึกษาย้อนหลังศึกษาการใช้ฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรงน้อยและไม่มีภาวะปอดอักเสบ 605 ราย พบว่าเมื่อรักษาครบ 5 วัน ผู้ป่วยที่ได้รับฟ้าทะลายโจรไม่มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงการเกิดภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรงน้อย

การที่สารสำคัญ Andrographolide จากฟ้าทะลายโจร สามารถลดอาการของโควิด-19 ได้อาจจะเนื่องมาจากสารสกัด Andrographolide มีฤทธิ์ยับยั้งการเพิ่มจำนวนไวรัสโควิด-19 ในเซลล์ปอดของมนุษย์ด้วยกลไกในการยับยั้งวงจรของไวรัสในระยะท้าย (Late phase) จึงมีผลต่อการรักษา (Post-entry) มากกว่าการป้องกัน (Pre-entry)[11] และต้านการอักเสบ แต่กลไกการอักเสบค่อนค้างซับซ้อนมาก และตำแหน่งที่ออกฤทธิ์มีหลายตำแหน่ง 1 ใน 5 เป้าหมายที่โดดเด่นคือ IL-6 (Interleukin-6) พบว่าสารสกัดจากฟ้าทะลายโจรยับยั้งการแสดงออกของโปรตีน IL-6 จริงในหลอดทดลอง[12] จากการศึกษาเกี่ยวกับ Inflammatory biomarkers ของโควิด -19 ซึ่งเกี่ยวกับการดำเนินโรคไปสู่ระยะรุนแรง ก็พบว่ามีหลายชนิดด้วยกัน แต่ที่ได้รับความสนใจคือ IL-6 และ CRP (C-reactive protein) มีรายงานว่า IL-6 เป็น Cytokine

สำคัญในการส่งสัญญาณให้มีการสร้างและหลั่ง CRP ในผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะระบบหายใจล้มเหลวพบว่ามีการเพิ่มของ IL-6 และจากการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยโควิด-19 ระยะรุนแรงพบว่าปริมาณของ IL-6 และ CRP เพิ่มขึ้นทั้ง 2 ชนิด[12] คณะนักวิจัยจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและภาคี พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสารสกัดฟ้าทะลายโจร ไม่พบ CRP สูงกว่า 10 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตรในวันที่ 5 ในขณะที่ผู้ป่วย 5 คนที่ไม่ได้รับจะมีค่า CRP สูงกว่า 10 ไมโครกรัมต่อมิลลิกรัม และมี 3 คนเกิดปอดอักเสบ แต่อย่างไรก็ตาม ยังต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง AP1, IL-6 และ CRP กับการเกิดปอดอักเสบต่อไป[10] การใช้ฟ้าทะลายโจรในการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 เป็นข้อบ่งใช้ใหม่ การใช้จะต้องใช้โดยเร็วที่สุดหลังการตรวจพบการติดเชื้อ เพื่อลดจำนวนเชื้อไวรัสโดยเร็ว และใช้ในขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสมสูงสุดและปลอดภัยที่สุด[12] นอกจากนี้สารบริสุทธิ์และสารสกัดฟ้าทะลายโจรมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาหลากหลาย การจะมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยหรือไม่ขึ้นอยู่กับประมาณเชื้อไวรัสที่มีในร่างกาย และคุณภาพของฟ้าทะลายโจรว่ามีประมาณสาระสำคัญเพียงพอหรือไม่ [13]

การศึกษานี้ไม่พบการทำงานของตับและไตผิดปกติของทั้งสองกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ Worakunphanich et al.[14] พบว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงของฟ้าทะลายโจรเกิดขึ้นน้อยมาก (<1/10000) โดยทั่วไปจะเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร และระบบผิวหนัง อย่างไรก็ตาม ฟ้าทะลายโจรก็สามารถทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ Kaewdech et al.[15] พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับฟ้าทะลายโจรมีค่ามัธยฐานของอะลานีนอะมิโนทรานสเฟอเรส (ALT) เปลี่ยนไปเมื่อเทียบกับครั้งก่อนรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.029) และผู้ป่วยร้อยละ 44.5 มี ALT เพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่า ซึ่งผู้ป่วยที่มีโรคไขมันพอกตับจากแอลกอฮอล์และผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นมีความเสี่ยงการทำงานของตับเพิ่มจากการรับประทายฟ้าทะลายโจร 2.32 เท่า (aOR 2.37 ,95%CI 1.01,5.54, p=0.046) ดังนั้นควรเฝ้าระวังการทำงานของตับผิดปกติในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การใช้ฟ้าทะลายโจรเพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ไม่แนะนำเพราะยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนและเป็นการเพิ่มภาระให้ตับและไตต้องทำงานมากขึ้น ในการขับสารเคมีที่มีอยู่ในฟ้าทะลายโจรออกจากร่างกาย ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพและอาการข้างเคียงของฟ้าทะลายโจร ได้แก่ ขนาดและระยะเวลาในการใช้ คุณภาพของฟ้าทะลายโจร การใช้ฟ้าทะลายโจรร่วมกับยาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพร ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ใช้ เช่น ภาวะตั้งครรภ์ โรคตับและไต การแพ้ต่อฟ้าทะลายโจร ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เป็นต้น[12] เนื่องจากการให้ฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่มีข้อมูลหลักฐานที่ชัดเจน[16] และเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย ควรให้คำแนะนำอย่างละเอียดก่อนใช้ และติดตามอย่างใกล้ชิด เนื่องจากยังไม่การศึกษาขนาดใหญ่ที่จะยืนยันถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของฟ้าทะลายโจรได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างสุขภาพดี ไม่มีโรคเรื้อรัง ทำให้โอกาสเกิดปอดอักเสบน้อย รวมถึงระยะเวลาเข้าถึงการรักษามาตรฐานของทั้งสองกลุ่มควรไม่แตกต่างกัน ซึ่งต้องมี

การศึกษาเชิงทดลองต่อไป รวมถึงกลุ่มตัวอย่างน้อย การศึกษาครั้งต่อไปความเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากการศึกษาการใช้ฟ้าทะลายโจรที่ให้สารแอนโดรกราโฟไลด์ 180 มิลลิกรัมต่อวัน ติดต่อกันจนครบ 5 วัน ร่วมกับการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ ในกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรงน้อย ที่พบภาพรังสีทรวงอกแสดงความผิดปกติที่ตำแหน่งเดียว สามารถลดภาวะปอดอักเสบรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ แต่การใช้จะต้องใช้โดยเร็วที่สุดหลังการตรวจพบการติดเชื้อ เพื่อลดจำนวนเชื้อไวรัสโดยเร็วและใช้ในขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสม รวมถึงพิจารณาถึงภาวะตั้งครรภ์ โรคตับและไต การแพ้ต่อฟ้าทะลายโจร และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เพราะสารบริสุทธิ์และสารสกัดฟ้าทะลายโจรมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาหลากหลาย และควรมีการศึกษาที่จะยืนยันถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยเพิ่มเติม
2. ถึงแม้ปัจจุบันจะมียารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จากต่างประเทศหลายตัวในการรักษาภาวะปอดอักเสบ แต่อย่างน้อยในช่วงสถานการณ์ระบาดช่วงนั้น ภายใต้ข้อจำกัดทั้งด้านการเข้าถึงยาต้านไวรัสและเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ เช่น Oxygen high flow จากการศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นรูปแบบการบูรณาการการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดและลดระยะเวลาการได้รับยาที่ยาวนานขึ้น พบการส่งต่อน้อยซึ่งหมายถึง ค่าใช้จ่ายและต้นทุนในการรักษาที่ลดลง ซึ่งหากมีการศึกษาทดลองเพิ่มเติมถึงประสิทธิภาพอย่างชัดเจนและนำไปสู่การลดการใช้ยาจากต่างประเทศได้อาจช่วยให้ประเทศสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาจากการใช้ยาต่างประเทศและสร้างรายได้ให้แก่ประชาชนชาวไทย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากนายแพทย์อภิสรรค์ บุญประดับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาบเชิง ที่ให้คำปรึกษาอันเป็นประโยชน์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ขอขอบคุณนายแพทย์พิทวัส เหล่าอุดม แพทย์ร่วมดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 นางสาวธิติยา สมศรี และนางสาวเบญญทิพย์ วิวัฒน์วรกาญจน์ แพทย์แผนไทยที่ช่วยรวบรวมข้อมูล ตลอดจนทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งพยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องตรวจปฏิบัติการ และเจ้าหน้าที่เอกซเรย์ทุกท่านที่ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มกำลังความสามารถ

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control. Coronavirus disease situation report 2019, issue 600, dated August 25, 2021 [online] [cited August 27, 2021]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no600-250864.pdf.
2. COVID-19 Information Center of Surin Province. Situation of COVID-19 [online] [cited August 30, 2021]. Available from: https://web.facebook.com/SurinCovidCenter/photos/?_rdc=1&_rdr.
3. World health organization. Coronavirus disease (COVID-19) [online] [cited October 30, 2021]. Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3.
4. Health check-up center vichaivej international hospital. pneumonia from COVID-19 [online] [cited October 30, 2021]. Available from: https://vichaivej-nongkhaem.com/health-info/pneumonia from COVID-19.
5. Department of Medical Services. Guidelines for clinical practice, diagnosis, treatment and prevention of infection in hospitals. Case of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) for Doctors and Public Health Personnel Update date August 4, 2021[online] [cited August 30, 2021]. Available from: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/20640804171629PM_CPG_COVID_v.17_n_20210804.pdf.
6. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. Andrographolide in Andrographis paniculata products for the treatment of COVID-19 [online] [cited August 30, 2021]. Available from: https://thaicam.go.th/wp-.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement. 1970;30(3):607-10.
8. Rattanaraksa D, Khempetch R, Poolwiwatchaikool U, Nimitvilai S, Loatrakul O, Srimanee P. The Efficacy and Safety of Andrographis paniculata Extract for Treatment of COVID-19 Patients with Mild Symptoms, Nakhonpathom Hospital. Region 4-5 Medical Journal. 2021;40(2):269-82.
9. Tanwettiyanont J, Piriyachananusorn N, Sangsoi L, Boonsong B, Sunpapoa C, Tanamatayarat P, et al. Use of Andrographis paniculata (Burm. f.) Wall. Ex Nees and risk of pneumonia in hospitalised patients with mild coronavirus disease 2019: a retrospective cohort study. Frontiers in medicine. 2022;9.

10. Wanaratna K, Leethong P, Inchai N, Chueawiang W, Sriraksa P, Tabmee A, et al. Efficacy and safety of Andrographis paniculata extract in patients with mild COVID-19: A randomized controlled trial. medRxiv. 2021:1-18.
11. Sa-Ngiamsuntorn K, Suksatu A, Pewkliang Y, Thongsri P, Kanjanasirirat P, Manopwisedjaroen S, et al. Anti-SARS-CoV-2 activity of Andrographis paniculata extract and its major component Andrographolide in human lung epithelial cells and cytotoxicity evaluation in major organ cell representatives. Journal of natural products. 2021;84(4):1261-70.
12. Sattayawiwat J. Andrographis Paniculate : From Integrated Research to Clinical Use as Anti COVID-19. The Journal of Chulabhorn Royal Academy. 2022;4(1):1-14.
13. Orapinphisut P, Kulmnoch N, Mitprathan A. The use of Andrographis paniculata in the treatment of COVID-19 [online] [cited August 23, 2022]. Available from: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=1065.
14. Worakunphanich W, Thavorncharoensap M, Youngkong S, Thadanipon K, Thakkinstian A. Safety of Andrographis paniculata: A systematic review and meta‐analysis. Pharmacoepidemiology and Drug Safety. 2021;30(6):727-39.
15. Kaewdech A, Nawalerspanya S, Assawasuwannakit S, Chamroonkul N, Jandee S, Sripongpun P. The use of Andrographis paniculata and its effects on liver biochemistry of patients with gastrointestinal problems in Thailand during the COVID-19 pandemic: a cross sectional study. Scientific Reports. 2022;12(1):18213.
16. Songvut P, Suriyo T, Panomvana D, Rangkadilok N, Satayavivad J. A comprehensive review on disposition kinetics and dosage of oral administration of Andrographis paniculata, an alternative herbal medicine, in co-treatment of coronavirus disease. Front Pharmacol. 2022;13:952660.

ปัจจัยและผลกระทบทางทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในช่วงวิกฤติโควิด-19 ในอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

ณัฐริกา ศรีสงวน, ส.ม.[*a], ธีระวุธ ธรรมกุล, ส.ด.[**], อารยา ประเสริฐชัย, วท.ด.[**]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ในการดูแลสุขภาพช่องปาก 2) ผลกระทบทางทันตสุขภาพ และ 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลกระทบทางทันตสุขภาพในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในช่วงวิกฤติโควิด-19 ในอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ประชากรคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิจำนวน 1,061 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 282 คน เลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านปัจจัยนำ ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 56.4 และระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูงร้อยละ 81.2 ด้านปัจจัยเอื้อโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.0 และด้านปัจจัยเสริมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.8; 2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลกระทบทางทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 55.7 และ 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลกระทบทางทันตสุขภาพ คือ เพศ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การมีอุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปาก การเข้าถึงแหล่งบริการทางทันตกรรม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยสามารถร่วมกันทำนายผลกระทบทางทันตสุขภาพได้ร้อยละ 32.0

คำสำคัญ : ปัจจัยนำ; ปัจจัยเอื้อ; ปัจจัยเสริม; ผลกระทบทางทันตสุขภาพ; นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

[*] นักศึกษาบัณฑิตศึกษา สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[**] รองศาสตราจารย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[a] Corresponding author : ณัฐริกา ศรีสงวน Email : 580825009@scphkk.ac.th

รับบทความ: 17 พ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 6 ธ.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 6 ธ.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 31 ธ.ค. 65

Factors and Effects on Dental Health of Upper Primary School Students During the COVID-19 Crisis in Phu Khiao District, Chaiyaphum Province

Nattharika Srisanguan, MPH[*a], Theerawut Thammakun, Dr.P.H.[**], Araya Prasertchai, D.Sc.[**]

Abstract

This cross-sectional analytic study aimed to examine: 1) predisposing, reinforcing, and enabling factors in oral health care, 2) effects on dental health, and 3) factors affecting dental health conditions among upper primary students during the COVID-19 crisis in Phu Khiao district, Chaiyaphum province. Population was 1,061 Prathom 4–6 students (4th–6th graders) in Phu Khiao district. A sample of 282 students were selected using cluster sampling method. Data were collected in July 2022 and analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and multiple linear regression.

The results showed, among the study participants, that: 1) in terms of predisposing factors, students had a moderate level of knowledge about oral health care at 56.4%, and a high level of attitudes towards oral health care at 81.2%; and 84.0% and 68.8% of them had a moderate level of enabling factors and reinforcing factors, respectively; 2) the overall effects on their dental health level were at a moderate at 55.7%; and 3) factors affecting their dental health status were gender, attitudes towards oral health care, dental hygiene accessories, accessibility to dental service, social supports and awareness of dental care information with 32.0% predictive effects on dental health conditions.

Keywords: Predisposing factor; Enabling factor; Reinforcing factor; Effects on dental health; Upper primary school students

[*] Graduate Student, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

[**] Associate Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

[a] Corresponding author : Nattharika Srisanguan Email : 580825009@scphkk.ac.th

Received: Nov. 17, 22; Revised: Dec. 6, 22; Accepted: Dec. 6, 22; Published Online: Dec. 31, 22

บทนำ

ปัญหาโรคฟันผุและเหงือกอักเสบเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยมีปัจจัยหลักหรือปัจจัยร่วมที่สนับสนุนต่อการเกิดโรคที่มีผลโดยตรงต่อเด็กที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การติดเชื้อ และปัญหาการบดเคี้ยว มีผลต่อน้ำหนัก การเจริญเติบโต และบุคลิกภาพที่ขาดความมั่นใจในตัวเอง และส่งผลกระทบต่อระดับครอบครัว ชุมชน และประเทศอีกด้วย ปัญหาสุขภาพช่องปากถือเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ผลกระทบของฟันผุระดับบุคคล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ได้แก่ อาการปวดฟันที่เกิดขึ้น การมีรอยโรคฟันผุลักษณะหลุมหรือโพรง ตลอดจนเลือดออกเวลาแปรงฟัน ในระยะยาวสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากการรับประทานอาหารอ่อนประเภทแป้งและน้ำตาล เป็นต้นอีกทั้งยังทำให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านทันตสุขภาพในระดับบุคคลและระดับประเทศสูงขึ้น[1]

กลุ่มนักเรียนประถมศึกษาเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการดำเนินงานทันตสุขภาพเพราะเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบสูงมาก ประกอบกับเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตทั้งด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปตามช่วงอายุ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงไปในภาวะที่สมบูรณ์ เด็กจะมีร่างกายที่แข็งแรง จิตใจเบิกบาน และพัฒนาการไปในทางที่ดี สำหรับเด็กอายุ 6-12 ปี ถือว่าเป็นช่วงที่มีการเจริญเติบโตเหมาะแก่การเสริมสร้างสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง ปลูกฝังความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้เป็นอย่างดี การปลูกฝังแบบอย่างที่ดีด้านการดูแลทันตสุขภาพจะช่วยส่งเสริมการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบปาก การแก้ปัญหาทันตสุขภาพของนักเรียนที่ผ่านมาได้ใช้กลวิธีการเฝ้าระวังและส่งเสริมทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา มีดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยให้ทางโรงเรียนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาทันตสุขภาพด้วยการตรวจสุขภาพช่องปากของนักเรียนเพื่อค้นหาปัญหาทันตสุขภาพตั้งแต่ระยะแรกและสามารถป้องกันแก้ไขได้ด้วยตนเอง[2]

สถานการณ์ปัญหาทันตสุขภาพของอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ จากการออกตรวจสุขภาพในช่องปากของนักเรียนประจำปี 2562 ในเขตรับผิดชอบจำนวน 11 โรงเรียน โดยทีมเจ้าหน้าที่ทันตาภิบาลโรงพยาบาล ภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิพบว่า เด็กนักเรียนประถมศึกษาอายุ 6-12 ปี มีอัตราฟันผุและเหงือกอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 60.54 และร้อยละ 64.52 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าที่สูงกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เด็กอายุ 6-12 ปี มีฟันผุไม่เกินร้อยละ 54.0 และภาวะเหงือกอักเสบไม่เกินร้อยละ 50.0[3] ถ้าไม่มีการป้องกันและหาแนวทางแก้ไขปัญหาโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของเด็กนักเรียนประถมศึกษา คาดการณ์ว่าแนวโน้มของปัญหาคงเพิ่มและมีความรุนแรงมากขึ้น

การแพร่ระบาดของโรคของโควิด19 ทำให้ในประเทศไทยเปลี่ยนแนวทางการดำเนินชีวิตมาตรการในหลายพื้นที่ทำให้ผู้คนใช้เวลาอยู่บ้านมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการทำงานจากที่บ้าน หรือการเรียนออนไลน์ ช่วงระหว่างการระบาดของโควิด-19 ส่งผลชัดเจนต่อสุขภาพช่องปาก เนื่องจากการแพร่กระจายของ

เชื้อโควิด19 อีกทั้งการประกาศของทันตแพทยสภา[4] ได้ให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ โดยพยายามจำกัดการรักษาทันตกรรมเฉพาะในกรณีเร่งด่วนฉุกเฉินเท่านั้น ส่วนหนึ่งอันเนื่องจากกังวลถึงการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัญหาเหล่านี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ความกังวลในการไปพบทันตแพทย์หรือทันตบุคลากรเป็นเหตุให้ได้รับการรักษาที่ล่าช้าส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ได้ในทุกกลุ่มวัย[5]

โรคฟันผุและเหงือกอักเสบในนักเรียนประถมศึกษายังคงมีความชุกและแนวโน้มการเกิดโรคระดับสูง ในภาวะปกติทางเจ้าหน้าที่ทันตาภิบาลอำเภอภูเขียวได้เข้าไปเสริมแรงปัจจัยด้านต่างๆ การให้ทันตสุขศึกษา ให้บริการทันตกรรมเคลื่อนที่ที่โรงเรียนประถมศึกษา แต่เนื่องจากประเทศไทยได้เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้โรงเรียนปิดทำการเรียนการสอน และนักเรียนเปลี่ยนรูปแบบการเรียนเป็นแบบออนไลน์เรียนที่บ้าน การให้ทันตสุขศึกษา เฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ จึงเป็นเรื่องยาก ไม่สามารถให้บริการทางทันตกรรมที่โรงเรียนได้ อาจส่งผลให้นักเรียนมีผลกระทบทางทันตสุขภาพ เห็นได้จากผลการดำเนินงานการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งมีร้อยละงานด้านถอนฟันเด็กอายุ 6–12 ปีเพิ่มขึ้น[6] นั่นอาจเป็นเพราะเมื่อไม่มีการส่งเสริมป้องกัน รักษาเบื้องต้น ทำให้รอยโรคลุกลามจนถึงระยะที่ต้องถอนฟันนั้นเอง

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าการที่เด็กนักเรียนจะมีพฤติกรรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล งานวิจัยนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE Model[7] มาใช้เป็นทฤษฎีหลักในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม โดยปัจจัย 3 ปัจจัยหลักที่จะส่งผลให้คนเกิดพฤติกรรมได้ง่ายคือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เมื่อใดที่ปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มีความเหมาะสมสอดคล้องกันในระดับและทิศทาง ก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมได้ในที่สุด ทั้งนี้ได้เคยมีการนำทฤษฎีนี้มาใช้ในการศึกษาวิจัยหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนอย่างแพร่หลาย ตัวอย่างเช่น ศุภกร ศิริบุรี[8] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากด้วย PRECEDE Framework ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบว่า แรงสนับสนุนจากผู้ปกครอง ระดับความรู้มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลช่องปากของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ซึ่งทำให้เห็นว่าความรู้เรื่องโรคและอนามัยช่องปาก เจตคติที่ดีต่อการดูแลอนามัยช่องปาก การรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรค และปัจจัยอื่นๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัย แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการนำ PRECEDE Framework มาเป็นกรอบในการศึกษาทางด้านปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลกระทบทางทันตสุขภาพโดยเฉพาะในช่วงวิกฤติการระบาดของโควิด-19

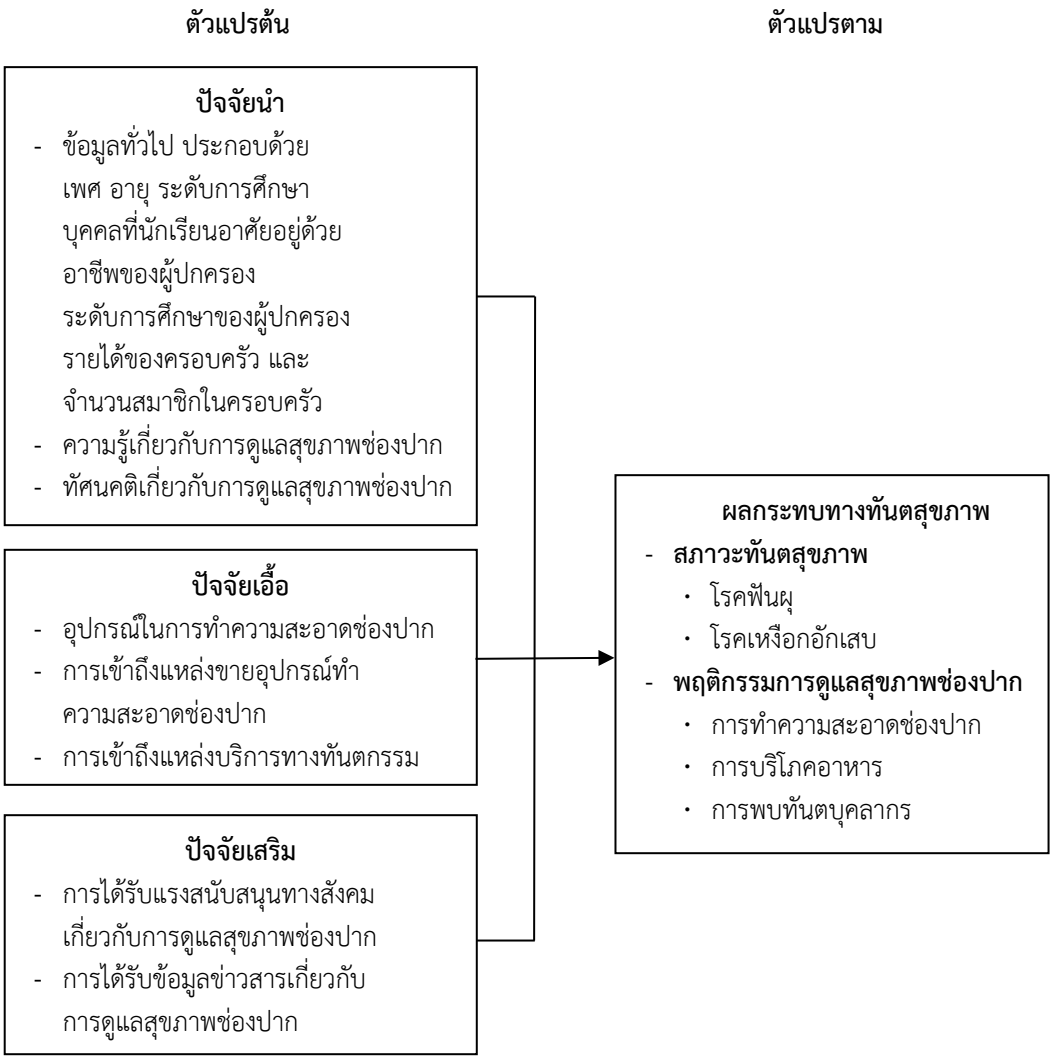
ดังนั้นการวิจัยสำรวจผลกระทบทางทันตสุขภาพในส่วนของสภาวะทันตสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในช่วงวิกฤติโควิด-19 รวมทั้งศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ที่ส่งผล

ต่อผลกระทบทางทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในช่วงวิกฤติโควิด-19 ในอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ จึงนำไปสู่การกำหนด แนวทางในการวางแผนโครงการแก้ปัญหาโรคในช่องปากของนักเรียนโรงเรียนประถมศึกษาในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคภัยหรือสภาวะปกติใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ในการดูแลสุขภาพช่องปาก 2) ผลกระทบทางทันตสุขภาพ และ 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลกระทบทางทันตสุขภาพในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในช่วงวิกฤติโควิด-19 ในอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิด



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ศึกษาในประชากรที่เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ มีจำนวนนักเรียนทั้งหมด 1,061 คนจาก 11 โรงเรียน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดจากหลักการคำนวณกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างกรณีทราบขนาดประชากร[9] นำเสนอโดยมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}P(1-P)}{e^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2}P(1-P)}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

N = ขนาดของประชากรที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 1,061 คน

α = ความผิดพลาดของการสรุปประชากรที่สามารถยอมรับได้ในที่นี้กำหนดให้มีค่าเท่ากับ 0.05

$Z_{\alpha/2}$ = Confidence coefficient ได้จากความเชื่อมั่นที่กำหนด (1-α) กำหนดให้เป็น 1.96

P = ค่าสัดส่วนมีค่าเท่ากับ0.5

e^2 = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมให้มีได้ (0.05)

เมื่อแทนค่าในสูตรคำนวณจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 282 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) ซึ่งเป็นการสุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากร โดยแบ่งประชากรออกเป็นระดับชั้น และกำหนดจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนนักเรียนแต่ละระดับชั้นของแต่ละโรงเรียน จากนั้นใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีจับฉลากจากรายชื่อนักเรียนแต่ละชั้นดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวนโรงเรียนประถมศึกษา และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

โรงเรียน	จำนวนประชากร	จำแนกตามระดับชั้น			จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	จำแนกตามระดับชั้น		
		ป.4	ป.5	ป.6		ป.4	ป.5	ป.6
1. บ้านโนนดินแดง	17	5	6	6	5	1	2	2
2. บ้านโนนสลวย	9	3	4	2	3	1	1	1
3. บ้านหนองสองห้อง	8	3	2	3	3	1	1	1
4. ภูมิวิทยา	589	194	198	197	154	49	53	52
5. บ้านแข้	76	25	24	27	20	6	7	7
6. บ้านหว้าทอง	57	19	18	20	15	5	5	5
7. บ้านหนองเชียงซา	63	22	23	18	17	6	7	4
8. บ้านโนนงาม	22	7	8	7	6	2	2	2

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนโรงเรียนประถมศึกษา และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

โรงเรียน	จำนวนประชากร	จำแนกตามระดับชั้น			จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	จำแนกตามระดับชั้น		
9. บ้านพรมใต้พิทยาคาร	17	6	7	4	5	2	2	1
10.อนุบาลบ้านทับทิม	103	32	35	36	27	9	9	9
11.อินทรศึกษา	100	33	32	35	27	9	9	9
รวม	**1061**	**349**	**357**	**355**	**282**	**91**	**98**	**93**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเก็บข้อมูลโดยการตรวจสภาวะช่องปากและแบบสอบถามปัจจัยและผลกระทบทางทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในช่วงวิกฤติโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีเครื่องมือดังนี้

1. แบบสอบถามซึ่งสร้างจากกรอบแนวคิดประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย อาชีพของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 15 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบถูกผิดมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ข้อคำถามมีทั้งด้านบวก และด้านลบ แบบสอบถามคะแนนเต็ม 15 คะแนน และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 12 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่าตามแบบ Likert scale มี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ข้อคำถามมีทั้งด้านบวก และด้านลบคะแนนเต็ม 36 คะแนน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเอื้อจำนวน 14 ข้อประกอบด้วย การมีอุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปาก จำนวน 4 ข้อ การเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก จำนวน 4 ข้อ และการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมจำนวน 6 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ได้รับ และ ไม่ได้รับ ตอบได้รับให้ 1 คะแนน ตอบไม่ได้รับให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 14 คะแนน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเสริมจำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก 10 ข้อ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจำนวน 11 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ได้รับ และ ไม่ได้รับ ตอบได้รับให้ 1 คะแนน ตอบไม่ได้รับให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 21 คะแนน

ส่วนที่ 5 ผลกระทบทางทันตสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย ผลกระทบเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือก คือ ได้รับผลกระทบและไม่ได้รับผลกระทบ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยการทำความสะอาดช่องปาก การบริโภคอาหาร และการพบทันตบุคลากรอย่างละ 5 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับจากการปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้งและไม่เคยปฏิบัติเลย ข้อคำถามมีทั้งด้านบวก และด้านลบคะแนนเต็ม 60 คะแนน

2. แบบตรวจสภาวะทันตสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ทำการตรวจสภาวะทันตสุขภาพประกอบด้วยโรคฟันผุโดยมีตัวเลือกจำนวน 5 ตัวเลือกคือ ฟันปกติไม่มีฟันผุ, ฟันผุ 1–2 ซี่, ฟันผุ 3–5 ซี่, ฟันผุมากกว่า 5 ซี่ขึ้นไป และฟันผุทะลุโพรงประสาทฟันอย่างน้อย 1 ซี่ และโรคเหงือกอักเสบ ตรวจเป็นภาพรวมทั้งช่องปาก โดยมีตัวเลือกจำนวน 2 ตัวเลือกคือ เหงือกปกติและเหงือกอักเสบ

การคิดคะแนนผลกระทบทางทันตสุขภาพเป็นการรวมคะแนนในส่วนของผลกระทบเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและสภาวะทันตสุขภาพรายบุคคล โดยมีวิธีคิดดังนี้

ผลกระทบทางทันตสุขภาพ คือ การนำคะแนนผลกระทบเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก รวมกับคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากรายบุคคล รวมกับคะแนนภาพรวมโรคฟันผุรายบุคคล และรวมกับคะแนนภาพรวมโรคเหงือกอักเสบรายบุคคล

รวมคะแนนในแต่ละด้าน แล้วนำมาประเมินระดับผลกระทบทางทันตสุขภาพ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ผลกระทบระดับมากที่สุด ผลกระทบระดับมาก ผลกระทบระดับปานกลาง ผลกระทบระดับน้อย และ ผลกระทบระดับน้อยที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองสุ่มในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายอำเภอหนองบัวแดง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่า 0.715 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่า 0.743 และด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก มีค่า 0.718

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัย โดยคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รหัสโครงการเลขที่ IRB-SHS 2020/1004/88 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนการวิจัยให้ผู้วิจัยทราบถึงสิทธิในการยินยอม ปฏิเสธ

หรือการขอยุติการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆทั้งต่อบุคคลและองค์กร

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลนักเรียน

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.5 อายุส่วนใหญ่ 10 ปี ร้อยละ 49.3 บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วยส่วนใหญ่ คือ พ่อและแม่ร้อยละ 45.4 ผู้ปกครองของนักเรียนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายหรือรับจ้าง ร้อยละ 51.8 ระดับการศึกษาของผู้ปกครองส่วนใหญ่คือประถมศึกษาร้อยละ 33.7 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 73.4 และจำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวนน้อยกว่า 5 คน คิดเป็นร้อยละ 62.8

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ในการดูแลสุขภาพช่องปาก

ด้านปัจจัยนำ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 56.4 โดยมีค่าเฉลี่ย 9.66 คะแนน (SD=2.02) และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูงร้อยละ 81.2 โดยมีค่าเฉลี่ย 26.75 คะแนน (SD=2.52)

ด้านข้อมูลปัจจัยเอื้อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการได้รับปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.0 โดยมีค่าเฉลี่ย 8.30 คะแนน (SD=1.84) และด้านข้อมูลปัจจัยเสริม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการได้รับปัจจัยเสริม อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.8 โดยมีค่าเฉลี่ย 10.21 คะแนน (SD=3.63)

ผลกระทบทางทันตสุขภาพ

ผลกระทบเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปากที่นักเรียนได้รับช่วงสถานการณ์การระบาดโควิด-19 ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปากร้อยละ 62.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่า ส่วนใหญ่ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลางร้อยละ 49.6 และการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากพบว่า ส่วนใหญ่มีฟันผุ 1-2 ซี่ ร้อยละ 45.4 และเหงือกปกติร้อยละ 74.1 ดังตารางที่ 2

ระดับผลกระทบทางทันตสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลกระทบทางทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 55.7 โดยมีค่าเฉลี่ย 38.9 คะแนน (SD=8.97) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ผลกระทบเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปาก (n=282)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ผลกระทบเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก		
ได้รับผลกระทบ	175	62.1
ไม่ได้รับผลกระทบ	107	37.9
ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก		
ระดับควรปรับปรุง (0–12 คะแนน)	1	0.4
ระดับพอใช้ (13–24 คะแนน)	37	13.1
ระดับปานกลาง (25–36 คะแนน)	140	49.6
ระดับดี (37–48 คะแนน)	84	29.8
ระดับดีมาก (49–60 คะแนน)	20	7.1
$\overline{X}$ = 34.45 SD= 8.97 Min=12 Max=60		
โรคฟันผุ		
ฟันปกติไม่มีฟันผุ	124	44.0
ฟันผุ 1- 2 ซี่	128	45.4
ฟันผุ 3 – 5ซี่	28	9.9
ฟันผุมากกว่า 5 ซี่ขึ้นไป	2	0.7
โรคเหงือกอักเสบ		
เหงือกปกติ	209	74.1
เหงือกอักเสบ	73	25.9

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับผลกระทบทางทันตสุขภาพ (n=282)

ระดับผลกระทบทางทันตสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ผลกระทบระดับน้อยที่สุด (55 - 66 คะแนน)	13	4.6
ผลกระทบระดับน้อย (42 - 54 คะแนน)	84	29.8
ผลกระทบระดับปานกลาง (28 - 41 คะแนน)	157	55.7
ผลกระทบระดับมาก (14 - 27 คะแนน)	28	9.9
$\overline{X}$=38.9; SD=8.97; Min=15; Max=66		

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลกระทบทางทันตสุขภาพในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในช่วงวิกฤติโควิด-19 ในอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

ผลการวิเคราะห์ bivariate โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ Linear regression พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีอิทธิพลต่อผลกระทบทางทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่านักเรียนที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับสูงจะมีผลกระทบทางทันตสุขภาพน้อยกว่านักเรียนที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลางและต่ำอยู่ 0.21 คะแนน (Mean diff=-0.21, 95%CI : -0.43, -0.01) การได้รับปัจจัยเอื้อ พบว่า การมีอุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปากมีอิทธิพลต่อผลกระทบทางทันตสุขภาพอยู่ 0.17 คะแนน (Mean diff=-0.17,95%CI : -0.28, -0.07) และ การเข้าถึงแหล่งบริการทางทันตกรรมมีอิทธิพลต่อผลกระทบทางทันตสุขภาพอยู่ 0.06คะแนน (Mean diff=-0.06, 95%CI :-0.12, -0.04) การได้รับปัจจัยเสริมพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีอิทธิพลต่อผลกระทบทางทันตสุขภาพอยู่ 0.10 คะแนน (Mean diff=-0.10, 95%CI : -0.13, -0.06) และ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีอิทธิพลต่อผลกระทบทางทันตสุขภาพอยู่ 0.07 คะแนน (Mean diff=-0.07, 95%CI : -0.10, -0.04)

ผลการวิเคราะห์แบบ Multivariate ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value≤0.05 จากการวิเคราะห์แบบ Bivariate และตัวแปรที่มีอิทธิพลที่มาจากจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเข้าร่วมการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multiple linear regression ด้วยวิธี Enter ซึ่งมีการทดสอบ Multicollinearity ระหว่างตัวแปรอิสระโดยควบคุมปัจจัยที่มีความสำคัญทั้งหมดแล้ว พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีอิทธิพลต่อผลกระทบทางทันตสุขภาพ โดยนักเรียนเพศหญิงจะมีผลกระทบทางทันตสุขภาพน้อยกว่านักเรียนเพศชายอยู่ 0.15 คะแนน (Mean diff=-0.15, 95%CI : -0.32, -0.01) นักเรียนที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับสูงจะมีผลกระทบทางทันตสุขภาพน้อยกว่านักเรียนที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลางและต่ำอยู่ 0.18 คะแนน (Mean diff=-0.18, 95%CI : -0.39, -0.02)

ด้านการได้รับปัจจัยเอื้อ พบว่า การมีอุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปากเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลกระทบทางทันตสุขภาพจะลดลง 0.36 คะแนน (Mean diff=-0.36, 95%CI : -0.17, -0.44) การเข้าถึงแหล่งบริการทางทันตกรรมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลกระทบทางทันตสุขภาพจะลดลง 0.04 คะแนน (Mean diff=-0.04, 95%CI : -0.10, -0.02) ด้านการได้รับปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลกระทบทางทันตสุขภาพจะลดลง 0.80 คะแนน (Mean diff=-0.80, 95%CI : -0.12, -0.04) และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลกระทบทางทันตสุขภาพจะลดลง 0.05 คะแนน (mean diff=-0.05, 95%CI : -0.09, -0.02) โดยตัวแปรต่างๆ เหล่านี้มีความสามารถอธิบายของสมการถดถอยได้ร้อยละ 32.0 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลกระทบทางทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ โดยวิธี Enter (n=282)

ตัวแปร	ผลกระทบทางทันตสุขภาพ							
	n	Mean	SD	Mean Difference			VIF	p-value
				Un-adjusted	Adjusted*	95% CI		
เพศ								0.031**
- ชาย	109	0.37	0.48	0				
- หญิง	179	0.63	0.48	-0.09	-0.15	-0.32,0.01	1.08	
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก								0.040**
- ระดับทัศนคติสูง	53	0.19	0.39	0				
- ระดับทัศนคติปานกลางและต่ำ	229	0.81	0.39	-0.21	-0.18	-0.39,-0.02	1.01	
ปัจจัยเอื้อ								
- การมีอุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปาก	282	2.49	0.77	- 0.17	-0.36	-0.17,-0.44	1.22	0.035**
- การเข้าถึงบริการทางทันตกรรม	282	2.95	1.45	-0.06	-0.04	-0.10,-0.02	1.18	0.023**
ปัจจัยเสริม								
- การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	282	4.43	2.25	-0.10	-0.80	-0.12,-0.04	1.45	<0.001**
- การได้รับข้อมูลข่าวสาร	282	5.78	2.44	-0.07	-0.05	-0.09,-0.02	1.17	0.003**

หมายเหตุ: *Adjusted ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วม ได้แก่ เพศ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากการมีอุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปาก การเข้าถึงแหล่งบริการทางทันตกรรม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากและ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผลการวิเคราะห์ได้ค่า R=0.56 และ R^2=0.32

** มีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาในครั้งนี้ ทำการศึกษาศึกษาอิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อผลกระทบทันตสุขภาพในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในช่วงวิกฤติโควิด-19 ในอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ โดยได้นำกรอบแนวคิด PRECEDE Framework ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลกระทบทันตสุขภาพ คือ เพศ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านปัจจัยเอื้อและด้านปัจจัยเสริม โดยพบว่า

1. เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลกระทบทันตสุขภาพ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า นักเรียนเพศหญิงจะมีผลกระทบทางทันตสุขภาพน้อยกว่านักเรียนเพศชายอยู่ 0.15 คะแนน (Mean diff=-0.15, 95%CI : -0.32, -0.01) ผลที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ประสาน ไทยมี[10]ได้ศึกษาและหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่า นักเรียนเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยดีกว่านักเรียนเพศชาย เป็นไปได้จากการสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง ในการศึกษาของ ธนัชพร บุญเจริญ[11] ที่แสดงให้เห็นว่า ในวัยที่เริ่มเข้าวัยรุ่นปรารถนาให้ตนเองมีสุขภาพช่องปากที่ดีโดยเฉพาะเพศหญิงปรารถนาให้ตนเองฟันขาวสะอาด ฟันแข็งแรงไม่ผุและฟันเรียงสวยงาม แสดงให้เห็นว่าเพศหญิง มีความพึงพอใจในลักษณะที่ปรากฏให้เห็นในสังคม ซึ่งหากมีฟันสีขาว จะมองดูว่าเป็นฟันที่สะอาด และสังคมยอมรับการดูสุขภาพช่องปากที่ดี ทำให้สามารถการสื่อสารได้อย่างมั่นใจและมีความสุข

2. ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีอิทธิพลต่อผลกระทบทันตสุขภาพ โดยผลการศึกษาวิจัยพบว่า นักเรียนที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับสูงจะมีผลกระทบทางทันตสุขภาพน้อยกว่านักเรียนที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลางและต่ำอยู่ 0.18 คะแนน (Mean diff=-0.18, 95%CI : -0.39, -0.02) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญาภรณ์ อุทร[12] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (r=0.172) และจากการพิจารณารายข้อ พบว่า ทัศนคติที่นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมินั้นยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด คือนักเรียนคิดว่าการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันเป็นเรื่องที่เสียเวลา โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ วรเมธ สุขพาสันติและคณะ[13] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียนของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ทัศนคติด้านลบที่นักเรียนเห็นด้วยมากที่สุด คือ การแปรงฟันที่โรงเรียนเป็นสิ่งที่น่าอายขณะอยู่ที่โรงเรียน ซึ่งทำให้เห็นว่านักเรียนยังมีความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากผลการศึกษา การดำเนินการปรับเปลี่ยนทัศนคติด้านทันตสุขภาพต้องทำควบคู่ไปกับการดำเนินการเพิ่มพูนความรู้ด้านทันตสุขภาพ

3. ด้านการได้รับปัจจัยเอื้อ พบว่า การมีอุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปากเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลกระทบทางทันตสุขภาพจะลดลง 0.36 คะแนน (Mean diff=-0.36, 95%CI: -0.17, -0.44) การเข้าถึงแหล่งบริการทางทันตกรรมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลกระทบทางทันตสุขภาพจะลดลง 0.04 คะแนน (Mean diff= -0.04, 95%CI : -0.10, -0.02) ซึ่งผลที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของชมนาด ทับศรีนวล[14]ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นใน จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ปัจจัยเอื้อได้แก่ การมีอุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปาก

และการเข้าถึงระบบบริการทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เมื่อพิจารณารายข้อของงานวิจัย พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีร้านค้าบริเวณบ้านของนักเรียน มีแปรงสีฟันและยาสีฟันขาย มีแปรงสีฟันสำหรับใช้ที่บ้านแต่ส่วนน้อยที่มีใช้ที่โรงเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีชัย สายทอง และคณะ[15] ที่พบว่า ครอบครัวและครูมีบทบาทสำคัญในการจัดหาแปรงสีฟันให้ ซึ่งแต่เดิมนั้นกรมอนามัยมีการจัดสรรให้กับโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันสำหรับเด็ก ซึ่งเด็กนักเรียนได้รับการสนับสนุนดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง แต่ในปัจจุบันไม่ได้สนับสนุนอุปกรณ์ให้กับโรงเรียนเช่นเดิม ทำให้การมีแปรงสีฟันที่โรงเรียนจึงไม่มีความต่อเนื่อง และการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปากที่โรงเรียนเป็นประจำทุกภาคเรียน ซึ่งผลการศึกษาทำให้เห็นว่าการที่นักเรียนได้รับปัจจัยเอื้ออย่างเพียงพอจะทำให้เกิดผลกระทบทางทันตสุขภาพน้อยลง ทั้งนี้ต้องเกิดจากความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องให้ดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องของงบประมาณสนับสนุนการจัดซื้อแปรงสีฟัน หรือการออกให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากที่โรงเรียนเป็นประจำ เพื่อทำให้นักเรียนมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นตลอดไป

4. ด้านการได้รับปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลกระทบทางทันตสุขภาพจะลดลง 0.80 คะแนน (Mean diff=-0.80, 95%CI : -0.12, -0.04) และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลกระทบทางทันตสุขภาพจะลดลง 0.05 คะแนน (Mean diff=-0.05, 95%CI : -0.09, -0.02) ซึ่งผลที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของศุภกร ศิริบุรี[8] ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากด้วย PRECEDE Framework ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดเชียงราย พบว่า ปัจจัยเสริมเพิ่มขึ้นแต่ละระดับมีผลต่อการดูแลช่องปากเพิ่มขึ้น adj. OR 1.60 เท่า (95%CI: 1.25, -2.05) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากผู้ปกครอง ทั้งการสอนวิธีการแปรงฟันที่ถูกวิธีให้กับนักเรียน และในสถานการณ์โควิด19 ผู้ปกครองเป็นผู้ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนในช่วงเรียนออนไลน์ ตลอดจนการได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า นักเรียนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากทาง Youtube มากที่สุด โดยสรุปการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจึงมีความสำคัญในการเสริมพฤติกรรมการดูแลช่องปากของนักเรียนในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 นักเรียนเรียนออนไลน์ที่บ้าน ผู้ปกครองจึงเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมทันตสุขภาพ การที่นักเรียนได้รับการสนับสนุนจากผู้ปกครองหรือครูทำให้บุคคลเหล่านี้เชื่อว่าได้รับความเอาใจใส่ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากดีขึ้น

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรที่จะให้ความสนใจและปลูกฝังในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนดีขึ้น พฤติกรรมการดูแล

สุขภาพของแต่ละคนล้วนแต่มีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพหรือประสบการณ์ที่ได้รับมามีความแตกต่างกัน ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทันตสุขภาพตนเองที่ถูกต้องของนักเรียนจึงมีความเกี่ยวข้องกับเพื่อน ผู้ปกครอง ครู และโรงเรียนในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพตนเองของนักเรียนต่อไป

อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดในการใช้แบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามบางคนไม่กล้าตอบคำถามบางอย่างเพราะอาจจะเป็นคำตอบไปในเชิงลบต่อตนเอง จึงควรเพิ่มระมัดระวังในการออกแบบการวิจัยในครั้งต่อไป และการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นการศึกษาเพียงช่วงเวลาใดหนึ่ง แต่หากจะให้สามารถวิเคราะห์อิทธิพลของความเป็นเหตุและผลของปัจจัยต่างๆ ได้นั้น อาจต้องอาจแบบการศึกษาเป็น Case-control หรือ Cohort ในโอกาสต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย และ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรมีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปากรวมถึงการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบกับนักเรียน ครู และผู้ปกครอง เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง เมื่อมีความรู้ที่ถูกต้อง ทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากจะดีขึ้นนั้นเอง
2. หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานศึกษาธิการจังหวัดควรร่วมกันจัดการแก้ไขปัญหาเรื่องอุปกรณ์ทำความสะอาดฟัน มีแนวทางในการสนับสนุนอุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น แนวทางการจัดหาและการสนับสนุนให้มีการจัดซื้อหรือจัดหา ให้กับเด็กนักเรียนอย่างครบถ้วน ตลอดทั้งปีการศึกษา
3. ทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ควรผลักดันให้คนในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนโดยพัฒนาความรู้และทักษะในการดำเนินงานส่งเสริมทันตุสุขภาพ รวมทั้งเข้ามามีส่วนรวมวางแผนการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะทำให้เกิดทีมสุขภาพในชุมชนที่สามารถดำเนินการได้ต่อเนื่อง
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ควรผลักดันการใช้ช่องทางเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากให้เข้ากับนักเรียน เช่น การใช้สื่อออนไลน์ประเภท Youtube หรือการใช้ Tiktok เป็นวิธีการให้นักเรียนเข้าถึงความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มขนาดตัวอย่าง ซึ่งจะทำให้สามารถเพิ่มตัวแปรที่อาจมีอิทธิพลต่อผลกระทบทางทันตสุขภาพที่ครอบคลุมให้เกิดมากยิ่งขึ้น

2. ควรออกแบบการศึกษาให้สามารถวิเคราะห์ในเชิงเหตุและผลได้ชัดเจนขึ้น เช่น การศึกษาแบบ Case-control หรือ Cohort study

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลองหรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อแก้ไขและพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในนักเรียนชั้นประถมศึกษา อย่างมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องเช่น เพื่อน ครู หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐวุธ แก้วสุทธา. ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น [อินเตอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 20]. เข้าถึงได้จาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/BSRI/article/view/10738/9713
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2561 [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กุมภาพันธ์ 20]. เข้าถึงได้จาก: https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/dental2/n2423_3e9aed89eb9e4e3978640d0a60b44be6_survey8th_2nd.pdf
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. คู่มือการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กุมภาพันธ์ 20]. เข้าถึงได้จาก: https://dental.anamai.moph.go.th/th/handbook/download?id=93856&mid=35799&mkey=m_document&lang=th&did=29190
4. ทันตแพทยสภา. แนวทางปฏิบัติงานให้การรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กุมภาพันธ์ 20]. เข้าถึงได้จาก: https://dentalcouncil.or.th/images/uploads/file/5F7VSJ8HPWBYTSNS.pdf
5. จีเอสเค คอนซูเมอร์ เฮลธ์แคร์. ช่วงโควิดระบาด เหตุใดสุขภาพฟันคนไทยย่ำแย่ [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กุมภาพันธ์ 20]. เข้าถึงได้จาก: https://www.bangkokbiznews.com/health/928992
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. คลังข้อมูลสุขภาพ จังหวัดชัยภูมิ [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กุมภาพันธ์ 20]. เข้าถึงได้จาก: https://cpm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5
7. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning an educational and ecological approach. 3rd ed. Toronto : Mayfield; 1999.
8. ศุภกร ศิริบุรี. ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากด้วย PRECEDE Framework ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 30]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4777/hsri_journal_v11n3_p355.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2551.
10. ประสาน ไทยมี. พฤติกรรมทันตสุขภาพและสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดประถมศึกษาอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประถมศึกษา]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2532.
11. ธนัชพร บุญเจริญ. ปัจจัยของมารดาที่มีอิทธิพลต่ออัตราการเกิดโรคฟันผุของบุตรที่โรงพยาบาลแม่ และเด็ก. เชียงใหม่: ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 เชียงใหม่; 2544.
12. ธัญญาภรณ์ อุทร. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. พิฆเนศวร์สาร. 2556;9(2):111-20.
13. วรเมธ สุขพาสันติ, มานพ คณะโต, พูนรัตน์ ลียติกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียนของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในจังหวัดหนองบัวลำภู. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2559;31(2):169-77.
14. ชมนาด ทับศรีนวล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 30]. เข้าถึงได้จาก: https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/KU.the.2006.1151
15. ทวีชัย สายทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ตำบลวัฒนานคร อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แผนกผู้ป่วยในจิตเวช โรงพยาบาลอุดรธานี

ชบาไพร สังเกต, พย.ม.*[a], ระพีพรรณ ลาภา, พย.ม., ชรินทร์พร มะชะรา, พย.ม.****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และเพื่อศึกษาความแตกต่างของการผิดนัดการรักษาและการขาดยาในผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลหลักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยรวงผึ้ง โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนธันวาคม 2564 และกันยายน 2565 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มโดยจับฉลากตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แผนกผู้ป่วยในจิตเวช เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หาความตรงของเนื้อหาได้ค่า CVI=0.91 และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค=0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติทดสอบ t-test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย 2) สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ 3) ส่งเสริมความร่วมมือ และ 4) ติดตามดูแลต่อเนื่อง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการผิดนัดการรักษาลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และหลังเข้าโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 1, 2 และ 3 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ สรุป: โปรแกรมฯ สามารถลดการผิดนัดการรักษาและเพิ่มการรับประทานยาตามแผนการรักษามากขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย; ผู้ป่วยจิตเวช; การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล; การผิดนัดการรักษา; การขาดยา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยรวงผึ้ง กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลอุดรธานี

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

[a] Corresponding author : ชบาไพร สังเกตุ E-mail: chabaprai.kanthong@hotmail.com

รับบทความ: 27 พ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 7 ธ.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 8 ธ.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 2 ม.ค. 66

Effects of Discharge Planning Program with Caregiver Participation among Patients with Psychosis of In-patient Department, Udonthani Hospital

Chabaprai Sungkate, M.N.S.[*a], Rapeephan Lapha, M.N.S.[**], Sharinporn Machara, M.N.S.[**]

Abstract

This quasi-experimental research aimed to developed a discharge planning program with caregivers' participations among patients with psychosis who were admitted to in-patient department and to identify the differences in rate of loss to follow-up and medication adherence among psychiatric patients between before and after participating the program and between control and experimental groups. Samples were caregivers and patients with psychosis who were admitted to Raungphung ward, Udon Thani Hospital during December 2021 and September 2022. Samples were selected based on inclusion criteria using a simple random sampling. The samples were consisted of 40 psychiatric patients and their primary caregivers, divided equally experimental and control groups with 20 subjects each. The research instrument was a psychiatric patient discharge planning program with the caregiver's participations. A questionnaire was used to gather data regarding general information and medication use according to treatment plan. Validity of the instruments (CVI) was at 0.91 with its reliability using Cronbach's alpha coefficient was at 0.85. The data were analyzed using descriptive statistics, t-test, and Mann-Whitney U test.

The results showed that the program was consisted of 4 activities: 1) raising awareness of patient care, 2) building knowledge and confidence, 3) promoting cooperation, and 4) continuing follow-up after completed the program. The results showed that the experimental group had significantly fewer loss to follow-up than those in the control group ($p<0.01$). After completing the program, the experimental group had significantly higher drug administration

[*] Registered Nurse, Professional Level, Department of Psychiatric Nursing, Udon Thani Hospital

[**] Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

[a] Corresponding author : Chabaprai Sungkate Email : chabaprai.kanthong@hotmail.com

Received: Nov. 27, 22; Revised: Dec. 7, 22; Accepted: Dec. 8, 22; Published Online: Jan. 2, 23

scores at the first, second, third follow-ups (p<0.05). Conclusion: the program was effective in reducing appointment missing and increase drug intake according to the treatment plan.

Keywords: Discharge planning program, Psychiatric patients, Participation of caregiver, Loss follow-up, Medication adherence

บทนำ

ปัญหาการผิดนัดการรักษาในผู้ป่วยจิตเวช เป็นปัญหาที่พบได้ในทุกหน่วยบริการ กรมสุขภาพจิตมีแนวทางการแก้ไขปัญหานี้ โดยกำหนดนโยบายให้มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชลงไปสู่ชุมชน หลังจากรักษาจากโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชจนอาการทุเลาลงแล้วสามารถไปรับยาและนัดติดตามการรักษาได้ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลาการเดินทางและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวลง อย่างไรก็ตาม แม้จะมีมาตรการช่วยเหลือ ปัญหาดังกล่าวก็ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องในอัตราที่ค่อนข้างสูง มีการศึกษาเกี่ยวกับการขาดนัดการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 แห่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทผิดนัดการรักษาเกิน 1 สัปดาห์ขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 37.02 ส่วนใหญ่ผิดนัดจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 69.5) นอกจากนี้ดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์ และคณะ[1] ได้ศึกษาการขาดนัดพบแพทย์ครั้งแรกของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ พบว่ามีอัตราการขาดนัดร้อยละ 20.5 โดยผู้ป่วยที่ครูเป็นผู้พารับการรักษาโดยผู้ปกครองไม่มาด้วย มีโอกาสขาดนัดเพิ่มขึ้นเป็น 4.4 เท่า การผิดนัดการรักษาในผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลต่อการรักษาของผู้ป่วยโดยตรง เศรษฐกิจและทรัพยากรของชาติ โดยมีการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยที่ขาดนัดการรักษาในครั้งแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีแนวโน้มจะกลับมารักษาซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ขาดนัดครั้งแรกแรก[2] ผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดนัดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้การรักษาไม่ได้ผล และอาการกำเริบต้องกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งสาเหตุการกลับเป็นซ้ำผู้ป่วยในจิตเภทเกิดจาก 1) ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ยาจิตเวชและสถานบริการสุขภาพจิต, 2) ขาดความตระหนักในการรับประทานยา, 3) การใช้สารเสพติด, 4) ความเครียด, 5) ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่ายท้อแท้ในการดูแล และ 6) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ[3] นอกจากนี้พิชญนันท์ นามวงษ์ และวิญญู ชะนะกุล[4] ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วันในผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันสมเด็จเจ้าพระยา คือการขาดยาก่อนนอนโรงพยาบาล การมาตรวจรักษาก่อนการนัดและการวางแผนการจำหน่ายโดยไม่ยินยอม และขาดความร่วมมือของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ[5] การป้องกันหรือลดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำต้องทำอย่างเป็นระบบ เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งแพทย์จำหน่าย และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลจะมีปัญหาเรื่องการผิดนัดติดตามการรักษาน้อยกว่า[1] เนื่องจากผู้ป่วยป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพาค่อนข้างสูง หากผู้ดูแลขาดความเข้าใจและมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาร่วมถึงการไม่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ก็จะทำการดูแลผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพและส่งผลให้ผู้ป่วยขาด

การรักษาและอาการกำเริบได้ในที่สุด การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อน มีส่วนสำคัญในการลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช[6] นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ความรู้ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ และสถานพยาบาลที่รักษา ควรให้ข้อมูลเป็นรายกรณี และควรสร้างความตระหนักในการรักษาสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำ[7]

หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอุดรธานี “รวงผึ้ง” รับผู้ป่วยจิตเวช 10 เตียง ชาย 5 เตียง หญิง 5 เตียง เริ่มเปิดให้บริการตั้งแต่ 13 สิงหาคม 2562 เป็นต้นมา จากสถิติผู้ป่วยที่รักษาตั้งแต่ 14 สิงหาคม 2562 ถึง 31 พฤษภาคม 2563 พบว่า ผิดนัดติดตามการรักษาจำนวน 45 คน จาก 157 คน คิดเป็นร้อยละ 28.66 แบ่งเป็น ไม่มาตามนัดเลย 36 คน คิดเป็นร้อยละ 22.93 และมาตามนัดเพียงครั้งเดียวแล้วไม่มาอีก 9 คน คิดเป็นร้อยละ 5.73 ผู้ป่วยที่ผิดนัดการรักษาทุกคนมีปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอร่วมด้วย ซึ่งส่งผลให้มีอาการกำเริบและต้องกลับมารักษาซ้ำในเวลาต่อมา

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละรายให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม ครอบคลุมองค์รวมตามบทบาทและมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้เหมือนบุคคลปกติ รวมทั้งความร่วมมือจากญาติหรือผู้ดูแลในการวางแผนการจำหน่าย[6] ปัจจุบันได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ดูแลไว้จำนวนหนึ่งแล้ว แต่โรงพยาบาลอุดรธานียังพบผู้ป่วยที่ผิดนัดติดตามการรักษาทุกคนมีปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอร่วมด้วยซึ่งส่งผลให้มีอาการกำเริบและต้องกลับมารักษาซ้ำ จากแนวคิดทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูรา เชื่อว่า การที่บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นสามมารถทำได้โดย ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของกิจกรรมนั้นๆ รวมถึงการให้ความรู้และสร้างประสบการณ์ให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรม[8] ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประจำหอผู้ป่วยรวงผึ้ง โรงพยาบาลอุดรธานี จึงต้องการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันปัญหาการผิดนัดและการขาดยาของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดอุดรธานี รวมถึงศึกษาผลของการนำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยรวงผึ้ง ทั้งนี้เพื่อให้ได้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เหมาะสมในการนำมาดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการผิดนัดของผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

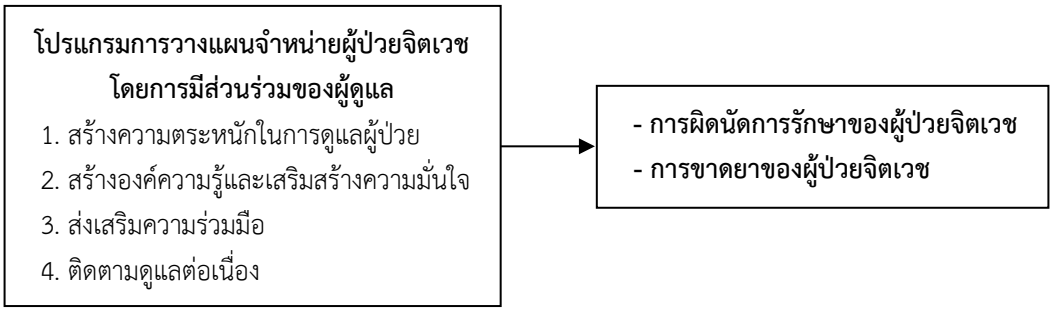
1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เพื่อป้องกันการผิดนัดการรักษาและการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวช
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของการผิดนัดการรักษาและการขาดยาในผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล มีการผิดนัดการรักษาและการขาดยาลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล มีการผิดนัดการรักษา และการขาดยาน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยคือ ทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูรา[8] ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแล โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน ซึ่งแนวคิดทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูราเชื่อว่าการที่บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นสามมารถทำได้โดย ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของกิจกรรมนั้น รวมถึงการให้ความรู้และสร้างประสบการณ์ให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรม ซึ่งโปรแกรมประกอบไปด้วยกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย, 2) สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ, 3) ส่งเสริมความร่วมมือ และ 4) ติดตามดูแลต่อเนื่อง รายละเอียดดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental) โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยรวงผึ้ง โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ระหว่างธันวาคม 2564 ถึงกันยายน 2565 จำนวน 208 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power version 3.1 สำหรับการวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ α=0.05 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80[9] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 36 คนโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ทำให้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน โดยจะนับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลหลักที่จะเป็นผู้เข้าร่วมโปรแกรมรวมกันเป็น 1 ชุดข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากโดยเลือกวันที่ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา (วันคู่ วันคี่) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

ผู้ดูแลหลัก 1) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยรวงผึ้งใน ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564–30 กันยายน 2565, 2) มีที่อยู่อาศัยที่ถาวร สามารถเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้สะดวกและต้องอาศัยอยู่ที่เดิม ต่อไปอีกอย่างน้อยจนสิ้นสุดโปรแกรม, 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดีทั้งการพูด การอ่าน และการเขียน และ 4) สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ตลอดการทดลอง สำหรับผู้ป่วย 1) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยรวงผึ้งตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564–30 กันยายน 2565, 2) มีประวัติผิดนัดการรักษาอย่างน้อย 1 ครั้งหรือเข้ารับการรักษาซ้ำ หรือมีคะแนนการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับปานกลาง-ต่ำ หรือทั้งสองอย่าง, 3) มีที่อยู่อาศัยถาวร สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้สะดวกและจะต้องอาศัยอยู่ที่เดิมต่อไปจนกว่าจะสิ้นสุดโปรแกรม และ 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดีทั้งการพูด การอ่าน และการเขียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แผนกผู้ป่วยในจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแล โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูรา[8] ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) สร้างความตระหนักให้กับผู้ดูแลหลัก, 2) สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ดูแลหลัก โดยการสอนด้วยสื่อแผ่นพับการให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภท โรคจิตจากสารเสพติด โรคจิตจากแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า และโรคไบโพลา (อารมณ์สองขั้ว) ยาจิตเวช การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอาการกำเริบ, 3) ส่งเสริมความร่วมมือ โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลหลักทบทวนความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม และ 4) ติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยหลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลหลักและให้คำแนะนำหากเกิดปัญหา รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงรายละเอียดของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แผนกผู้ป่วยในจิตเวช

กิจกรรมที่	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	รายละเอียดของกิจกรรม	ระยะเวลา
1. สร้างความตระหนัก	ผู้ดูแลหลัก	1. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้พูดคุยถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา 2. อธิบายแนวทางและขั้นตอนการรักษาของแพทย์พอสังเขป 3. อธิบายให้เห็นความสำคัญของการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและการดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย 4. นัดหมายวันและเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป	30 นาที
2.สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ	ผู้ดูแลหลัก	1. ให้ความรู้เรื่องโรค อาการ การรักษา การดูแลสังเกตติดตามอาการของผู้ป่วยโดยใช้สื่อการสอนเฉพาะโรคที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งได้แก่โรคจิตเภท โรคจิตจากสารเสพติด โรคจิตจากแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า และโรคไบโพลา(อารมณ์สองขั้ว)และการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอาการกำเริบ 2. ให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย ผลข้างเคียงของยา และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักลองจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานด้วยตนเอง 3. ให้ความรู้และแนวทางที่ถูกต้องเกี่ยวกับการการดูแลเรื่องชีวิตประจำวันของผู้ป่วย 4. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้พูดถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา โดยพยาบาลกล่าวชมเชย และชี้ให้ผู้ดูแลมองเห็นถึงศักยภาพของตนเอง 5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินเกี่ยวกับผู้ป่วย 6. นัดหมายวันและเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป	40-60 นาที
3.ส่งเสริมความร่วมมือ	ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วย	1.ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลหลักทบทวนความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม 2. ผู้วิจัยร่วมสนทนากับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเพื่อทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการดูแลและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเพื่อให้เกิดความร่วมมือและปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน ก่อนรับผู้ป่วยกลับบ้าน 3. แจ้งให้ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยให้รับทราบว่าจะมีการโทรศัพท์สอบถามเพื่อเป็นการติดตามต่อเนื่อง	45 นาที

ตารางที่ 1 (ต่อ) ตารางแสดงรายละเอียดของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แผนกผู้ป่วยในจิตเวช

กิจกรรมที่	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	รายละเอียดของกิจกรรม	ระยะเวลา
4.ติดตามดูแลต่อเนื่อง	ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วย	1. หลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลหลัก และให้คำแนะนำหากเกิดปัญหา 2. ก่อนถึงวันนัดตรวจติดตามการรักษา 1 วันผู้วิจัยโทรศัพท์แจ้งเตือนให้ผู้ดูแลทราบและเตรียมตัวพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด 3.ติดตามข้อมูลการมาตรวจตามนัดและการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาจำนวน 3 ครั้ง หลังจำหน่ายผู้ป่วย โดยผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลการมาตรวจตามนัดในบันทึกเวชระเบียนนัดมาที่หอรวงผึ้งในวันนัด หรือ, โทรศัพท์สัมภาษณ์ข้อมูลการมาตามนัดและข้อมูลการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาจากผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือชุดเดิมกับการสัมภาษณ์ข้อมูลก่อนการวิจัย	5-10 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1. แบบบันทึกและสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ประกอบ ด้วย 3 ตอน

1) แบบบันทึกและสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย ข้อวินิจฉัยของแพทย์ ประวัติการผิดนัดการรักษา ประวัติการขาดยา ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยความเจ็บป่วยทางจิตเวช โรคทางกาย และจำนวนสมาชิกครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน

2) แบบบันทึกและสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย และจำนวนคนที่ช่วยดูแลผู้ป่วย

3) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยนอกของ พรทิพย์ วัชรดิลก และคณะ[10] ซึ่งประยุกต์มาจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร เชี่ยวโสธร[11] ที่ได้พัฒนามาจาก Farragher[12] มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ เป็นแบบ Likert scale มี 4 ระดับคะแนน คำตอบแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือข้อความทางลบ 8 ข้อ และข้อความทางบวก 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน (4 คะแนน) บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน(สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง) บางครั้ง หมายถึง นานๆ ปฏิบัติสักครั้ง (เดือนละ 1 ครั้ง), นานๆ ครั้ง หมายถึง นานๆ ปฏิบัติสักครั้ง (เดือนละ 1 ครั้ง) และ ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย หากเป็นข้อความทางบวกให้

คะแนน 4-3-2-1 ตามลำดับ หากเป็นข้อความทางลบ ให้คะแนน 1-2-3-4 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 42 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วงได้แก่ คะแนน <21 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ คะแนน 21–42 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องปานกลาง และคะแนน>42 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) พิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.91 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

ภายหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยรวงผึ้ง ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มโดยการจับฉลาก ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และหลังจากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติและประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในวันที่นัดมาตรวจตามนัด 3 ครั้ง

1. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยละเอียดอีกครั้ง และให้ผู้ดูแลหลัก ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างวิจัยจำนวน 2 ชุด โดยเก็บไว้ที่ผู้วิจัย 1 ชุด และกลุ่มตัวอย่างเก็บไว้ 1 ชุด
2. ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลาก จากนั้นสัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้น ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ข้อมูลการขาดนัด และขาดยา อีกทั้งทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กลุ่มตัวอย่างที่จับฉลากได้กลุ่มทดลองจะได้รับการนัดหมายเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวกับผู้วิจัย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่จับฉลากได้เป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติของหอผู้ป่วย
3. เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านและได้รับการนัดติดตามการรักษา หลังกลับบ้าน 1 สัปดาห์ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามอาการของผู้ป่วย และปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลหลัก และโทรศัพท์เตือนก่อนถึงวันนัด 1 วันให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด
4. หลังวันนัดติดตามการรักษาผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลการมาตรวจตามนัดในบันทึกเวชระเบียนและโทรศัพท์สัมภาษณ์ข้อมูลการมาตามนัดและประเมินฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยใช้เครื่องมือชุดเดิมกับการสัมภาษณ์ข้อมูลก่อนการวิจัย

5. ติดตามข้อมูลการมาตรวจตามนัดและการรับประทานยาจำนวน 3 ครั้ง หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านผู้ดูแลหลักที่อยู่ในกลุ่มทดลองจะได้รับโทรศัพท์สอบถามปัญหา และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย พร้อมให้คำแนะนำจากผู้วิจัยจำนวน 1 ครั้ง (5-10 นาที) และโทรฯศัพท์แจ้งเตือนก่อนถึงวันนัดจำนวน 3 ครั้ง (1-3 นาที)

6. ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการติดตามการมาตรวจตามนัดจำนวน 3 ครั้ง (โดยการตรวจสอบข้อมูลในเวชระเบียน และประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา 4 ครั้ง โดยครั้งแรกประเมินก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ครั้งที่ 2-4 ประเมินหลังจากกลับบ้าน ประเมินพร้อมกับวันที่นัดมาตรวจติดตามอาการโดยการสอบถามโดยตรงเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดตามปกติ หรือโทรศัพท์สัมภาษณ์หากผู้ป่วยไม่ได้มาตรวจตามนัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ใช้สถิติ Mann-Whitney U test วิเคราะห์หาความแตกต่างของการมาตรวจตามนัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Pair t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างคะแนนก่อนเข้าโปรแกรมกับคะแนนการติดตาม 3 ครั้งหลังเข้าโปรแกรมและใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาทั้งก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่รับรอง (UDH REC No.20/2565) 20/2565 ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงเพื่อบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และประโยชน์ของการศึกษา การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวม ตลอดจนสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมศึกษาให้ทราบถึงการมีอิสระในการที่เข้าร่วมศึกษาและสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ดังนี้

1.1 กลุ่มควบคุมพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55 อายุเฉลี่ย 32.75 ปี (SD=11.94) อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 60 ปี การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ คือ โรคจิตจากสารเสพติด ร้อยละ 55 รองลงมาโรคจิตเภทร้อยละ 40 ขาดนัดเฉลี่ย 1.35 ครั้ง ขาดยาเฉลี่ย 46.75 วัน ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 เพศชาย 40 อายุเฉลี่ย 56.50 ปี (SD=10.55) อายุต่ำสุด 35 ปี สูงสุด75 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 30 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 65 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ

การรับประทานยา ร้อยละ 95

1.2 กลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 65 อายุเฉลี่ย 28.75 ปี (SD=9.96) อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 60 ปี การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ คือ โรคจิตจากสารเสพติด ร้อยละ 45 รองลงมาโรคจิตเภท ร้อยละ 35 ขาดนัดเฉลี่ย 1.20 ครั้ง ขาดยาเฉลี่ย 53.80 วัน ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 54.45 ปี (SD=8.19) อายุต่ำสุด 40 ปี อายุสูงสุด 73 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร 35 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 85 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ การรับประทานยา ร้อยละ 95

2. ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุดรธานี

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของการผิดนัดการรักษาในผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการผิดนัดการรักษาของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้วมีการติดตามการผิดนัดการรักษาของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการไม่มาตามนัดลดลงมากแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.001 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนครั้งการไม่มาตามนัดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n=40) โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ระยะการทดลอง		Mean Rank	n	Mann Whitney U	p
ก่อนเข้าโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	19.50	20	180.00	0.60
	กลุ่มควบคุม	21.50	20		
หลังเข้าโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	14.75	20	85.00**	0.001
	กลุ่มควบคุม	26.25	20		

**p<0.001

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างคะแนนก่อนเข้าโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 38.75 (SD=6.67) และคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 1, 2 และ 3 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 51.90 (SD=3.41), 53.30 (SD=3.38) และ 54.75 (SD=4.50) ตามลำดับ เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามหลังเข้าโปรแกรมทั้งสามครั้งมาเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาก่อนเข้าโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าโปรแกรมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.001 ทั้งสามครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 39.20 (SD=6.95) และคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยา

จากการติดตามครั้งที่ 1, 2 และ 3 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.20 (SD=7.43), 37.55 (SD=11.22) และ 38.80 (SD=11.49) ตามลำดับ เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามหลังเข้าโปรแกรมทั้งสามครั้งมาเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาก่อนเข้าโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 1 สูงกว่าคะแนนก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยการรบประทานยาก่อนเข้าโปรแกรมแล้วไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างคะแนนก่อนเข้าโปรแกรมกับคะแนนการติดตาม 3 ครั้งหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ pair t-test

ระยะการทดลอง		M	SD	df	t
กลุ่มทดลอง n=20	ก่อนเข้าโปรแกรม	38.75	6.67		
	ติดตามครั้งที่ 1	51.90	3.41	19	-8.14***
	ติดตามครั้งที่ 2	53.30	3.38	19	-9.93***
	ติดตามครั้งที่ 3	54.75	4.50	19	-10.22***
กลุ่มควบคุม n=20	ก่อนเข้าโปรแกรม	39.20	6.95		
	ติดตามครั้งที่ 1	46.20	7.43	19	-4.36***
	ติดตามครั้งที่ 2	37.55	11.22	19	.56
	ติดตามครั้งที่ 3	38.80	11.49	19	.13

***p<0.001

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาทั้งก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างกัน หลังเข้าโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามทั้ง 3 ครั้งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการติดตามครั้งที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ การติดตามครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ ทั้งสองครั้ง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาทั้งก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40) โดยใช้สถิติ Independent t-test

คะแนนการรับประทานยา	กลุ่มทดลอง (n=20)			กลุ่มควบคุม (n=20)			t
	M	SD	df	M	SD	df	
ก่อนเข้าโปรแกรม	38.75	6.67	38	39.20	6.95	37.93	-.20
ติดตามครั้งที่ 1	51.90	3.41	38	46.40	7.43	22.67	3.00*
ติดตามครั้งที่ 2	54.30	3.38	38	37.55	11.22	22.43	6.39***
ติดตามครั้งที่ 3	54.75	4.50	38	38.80	11.49	24.70	5.77***

*p<0.05, ***p<0.001

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักเพื่อป้องกันการผิดนัดการรักษาและการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวชนั้น เป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างมากเนื่องจาก ครอบครัวถือว่าเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ และการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลดีขึ้นในระยะยาว[13] โดยเฉพาะการมาติดตามการรักษาและการรับประทานยาที่สม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเวชนั้นจะทำให้อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายนี้ จึงนำครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการรับมาติดตามการรักษาตามนัด และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยโปรแกรมฯประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย 2) สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ 3) ส่งเสริมความร่วมมือ และ 4) ติดตามดูแลต่อเนื่อง ซึ่งโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ นี้ มีรูปแบบที่ชัดเจนแตกต่างจากการวางแผนการจำหน่ายแบบเดิม ทำให้เกิดรูปแบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้นโปรแกรมนี้ยังมีแผนการสอน และสื่อการสอนให้ความรู้ที่เป็นแผ่นพับที่สวยงามและมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลัก การดูแลและและผลข้างเคียงของยา ซึ่งเนื้อหาเข้าใจง่าย และครอบคลุมโรคที่มีผู้ป่วยมารับบริการ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอลกอฮอล์ การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เป็นวิธีการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้เรียนที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีความสนใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท[14] ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสอนและให้ความรู้จะพัฒนาความรู้ทักษะและความสามารถในการแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ตนกำลังประสบปัญหาอยู่ และสื่อแผนพับยังสามารถนำกลับมาอ่านทบทวนความรู้ได้ตามความต้องการ เป็นวิธีการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้ดูแลที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความสนใจมากขึ้น จากสื่อที่ใช้รูปภาพประกอบชัดเจน ทำให้

เข้าใจง่ายส่งผลให้ผู้ดูแลเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[15] ช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วนกิจกรรมติดตามดูแลต่อเนื่องเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งในโปรแกรมที่มีความสำคัญในการป้องกันการผิดนัดการรักษา และการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวช โดยจะมีการโทรศัพท์สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลหลัก และให้คำแนะนำหากเกิดปัญหา หลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ก่อนถึงวันนัดตรวจติดตามการรักษา 1 วัน จะมีการโทรศัพท์แจ้งเตือนให้ผู้ดูแลทราบและเตรียมตัวพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ซึ่งเป็นการแสดงถึงความเอื้ออาทรของพยาบาล และให้ความสำคัญต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารกับผู้ป่วยช่วยให้ผู้ดูแลได้ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา และตระหนักถึงประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต[16] ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์ กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ภายหลังการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ มาให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีการผิดนัดการรักษาและรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในแผนกผู้ป่วยในจิตเวชนั้น พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีการผิดนัดการรักษาลดลง และการรับประทานยาตามแผนการรักษามากขึ้น เพราะการรักษาด้วยยาทางจิตเป็นการรักษาที่มีความสำคัญทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลงและป้องกันไม่ให้มีอาการกำเริบซ้ำ โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์[17] และเราพบว่าปัจจัยของการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชคือความรู้เรื่องโรค ความร่วมมือรักษา ความเข้าใจระบบนัด ประโยชน์ของการมาตรวจตามนัด และการสนับสนุนทางสังคม[18] ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลจะมีปัญหาเรื่องการผิดนัดติดตามการรักษาน้อยกว่า[1] การให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา การปรับทัศนคติเกี่ยวกับโรคและการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ จะช่วยให้การรับประทานยามีความต่อเนื่อง[19] นอกจากนี้การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว มีส่วนสำคัญในการลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช[7] และการให้ความรู้ถึง สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ สถานพยาบาลที่รักษาและควรให้ข้อมูลเป็นรายกรณี สร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ยังป้องกันการกลับเป็นซ้ำ[7] สอดคล้องกับ บรรจงจิตต์พันธุ์ทอง และนิภา กิมสูงเนิน[20]ได้วิจัยผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนครอบครัวต่อพฤติกรรมการไม่เสพยาซ้ำในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าสถาบันธัญญารักษ์ ผลพบว่า พฤติกรรมการไม่เสพยาซ้ำของผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร่งพลังแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนครอบครัวต่อพฤติกรรมการไม่เสพยาซ้ำหลังจำหน่าย 1, 2 และ3 เดือน มีสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำ เกิดจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและการผิดนัดการรักษา

สรุป

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แผนกผู้ป่วยในจิตเวช สามารถลดการผิดนัดการรักษาและเพิ่มการรับประทานยาตามแผนการรักษามากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรนำโปรแกรมวางแผนฯ ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชทุกโรคและทุกคนที่มีผู้ดูแลหลักในแผนกผู้ป่วยในจิตเวช โรงพยาบาลอุดรธานี

เอกสารอ้างอิง

1. ดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์, ปริยา ประณีตพลกรัง, ชัชฎา ประสาทไทย, กัญณิภา มีผลพวง. การขาดนัดพบแพทย์ในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นรายใหม่. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2555;20(3):133-43.
2. Cheng KD, Huang CJ, Tsang HY, Lin CH. Factors related to missed first appointments after discharge among patients with schizophrenia in Taiwan. J Formos Med Assoc. 2014;113(7):436-441. doi:10.1016/j.jfma.2012.09.016
3. อติญา โพธิ์ศรี. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาที่ชุมชนบ้านท่าม่วงจังหวัดร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562;34(1):83-9.
4. พิชญนันท์ นามวงษ์, วิญญู ชะนะกุล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยโรคจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2561;12(2):1-11.
5. Ådnanes M, Cresswell-Smith J, Melby L, et al. Discharge planning, self-management, and community support: Strategies to avoid psychiatric rehospitalisation from a service user perspective. Patient Educ Couns. 2020;103(5):1033-1040. doi:10.1016/j.pec.2019.12.002
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท (ฉบับปรับปรุง 2551) [อินเตอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ก.ย. 24] เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/download/DMHKM/styAWBOOK.pdf
7. ณัฐติกา ชูรัตน์. การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปิเหล็งที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษย์ศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2559;3(1):24–36.
8. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997
9. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
10. พรทิพย์ วัชรดิลก, ธีระ ศิริสมุด, สินีนุช ชัยสิทธิ์, อนุชา เศรษฐเสถียร. การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย; วารสารสภาการพยาบาล. 2559;31(2):96-108.

11. สรินทร เชี่ยวโสธร. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
12. เยาวภา ไตรพฤกษชาติ. การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. [การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช].ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
13. สุมิศา กุมลา, โสภิณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2562;34(2):132-52.
14. วราภรณ์ สินธุโสภา, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19 ฉบับพิเศษ(3):203-12.
15. กันทิมา ขาวเหลือง, ปรีย์กมล รัชนกุล, เรณู พุกบุญมี. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลปทุมธานี; วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2555;6(1):27-39.
16. พิมพ์มาดา พชรปกรณ์ศิลป, อาภรณ์ ศรีชัย, วัลลภา วิจิตร, ดลลญา สิงห์แก้ว. ผลของโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;29(2):96-104.
17. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข คู่มือวิทยากรหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 2564 ก.ย. 24] เข้าถึงได้จาก: https://www.thaidepression.com/www/58/vt_58.pdf
18. น้ำทิพย์ สงวนบุญพงษ์, สายใจ พัวพันธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560;18(1):229-36.
19. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข) [อินเตอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 2564 ก.ย.24] เข้าถึงได้จาก: http://mhtech.dmh.moph.go.th/fileupload/202002061595902378.pdf
20. บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง, นิภา กิมสูงเนิน. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนครอบครัวต่อพฤติกรรมการไม่เสพยาซ้ำในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า สถาบันธัญญารักษ์; วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557;23(1):61-8.

การออกหน่วยทันตกรรม ในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

พนิตานันท์ โพธิ์พงศ์[*a]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล และนำมาวางแผนการให้บริการทันตกรรม, 2) พัฒนารูปแบบการบริการทันตกรรมของทีมทันตบุคลากร โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี และ 3) ประเมินการพัฒนาการให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จำนวน 901 ราย เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล ระหว่างเดือน ธันวาคม 2563–มกราคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired-sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.01

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 866 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.56 รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.44 อายุเฉลี่ย 34.42 ปีผู้ต้องขังในแดน B มีปัญหาสภาวะสุขภาพช่องปากมากที่สุด (DMFT=7.7 ซี่/ราย) ที่จำเป็นต้องให้บริการทันตกรรมอันดับแรก เมื่อเทียบกับผู้ต้องขังในแดนอื่น, 2) ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เปรียบเทียบก่อนและหลังการให้บริการทันตกรรม และ 3) ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล ในปี 2565 มีจำนวนการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 100) และการได้รับบริการรักษาทางทันตกรรม (ร้อยละ 72.6) เพิ่มขึ้น โดยสามารถให้บริการได้สูงกว่าค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

คำสำคัญ : การออกหน่วยทันตกรรม; การดูแลสุขภาพช่องปาก; ผู้ต้องขัง

[*] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

[a] Corresponding author : พนิตานันท์ โพธิ์พงศ์ Email : olive9238@gmail.com

รับบทความ: 28 พ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 8 ธ.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 8 ธ.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 2 ม.ค. 66

Proactive Dental Care Services in Chai Badan District Prison, Chai Badan District, Lopburi Province

Panitanan Popong[*a]

Abstract

The objectives of this action research were to 1) assess oral health status among inmates in Chai Badan District Prison to plan for dental services, 2) develop a dental service model by dental personnel team from Chai Badan hospital, and 3) evaluate the dental services developed for inmates in Chai Badan District Prison. The target group was comprised of 901 inmates in Chai Badan District Prison. Quantitative data were collected from the inmates during December 2020 and January 2021. The data were analyzed using percentages, means, standard deviations for the descriptive statistics and paired sample t-test for the inferential statistics. Significant level was set at p=0.01.

The results showed that 1) The vast majority of Chai Badan District Prison inmates were males (n=866, 90.56%) while there are a few female inmates (n=85, 9.44%) with an average age of 34.42 years old. Inmates in Zone B had the highest oral health problems (DMFT=7.7 teeth)/person) and needed immediate dental services as compared to inmates from other territories, 2) the inmates' knowledge in oral health care level increased significantly at the p=0.01, when comparing between before and after receiving dental services, and 3) inmates in Chai Badan District Prison had an increase in the number of screening services (100%) and dental treatment services (72.6%), which were higher than the indicator's target set by the Ministry of Public Health.

Keywords : Proactive dental care services; Dental care; Inmates

[*] Dentist, Senior Professional Level, Chaibadan Hospital, Lopburi Province

[a] Corresponding author : Panitanan Popong Email : olive9238@gmail.com

Received: Nov. 28, 22; Revised: Dec. 8, 22; Accepted: Dec. 8, 22; Published Online: Jan. 2, 23

บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเป็นการดำเนินงานที่สำคัญในทุกกลุ่มวัยเพื่อให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีและเกิดสุขภาพที่สมบูรณ์เชื่อมโยงกัน เป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งทางกายทางจิตทางปัญญาและทางสังคม[1] การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ผ่านมาได้มีมาตรการต่างๆหลายรูปแบบ หลายกลุ่มเป้าหมาย แต่ก็ยังพบมีกลุ่มที่ด้อยโอกาสบางกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ต้องขังที่ยังไม่ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการทันตกรรมเท่าที่ควร[2] นอกจากนี้ ผู้ต้องขังมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากจากสถิติ ผู้ต้องขังในเรือนจำหรือทัณฑสถานทั่วประเทศ ในปี 2552 มีจำนวน 163,641 ราย[3] และเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ52.47 ในปี 2557 มีจำนวน 249,502 ราย[4] ผู้ต้องขังควรได้รับการดูแลสุขภาพร่วมไปกับการพัฒนา ปรับปรุงในทุกด้าน เพื่อให้เห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่นและเมื่อพ้นโทษออกไปสู่สังคมจะได้สร้างประโยชน์ให้กับครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติต่อไป

ในด้านสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขัง พบว่า มีปัญหาของสุขภาพช่องปากสูง ได้แก่ โรคฟันผุ โรคปริทันต์ จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของผู้ต้องขังชายในทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดปทุมธานี พบว่า มีอัตราการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 95 และมีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาถึง ร้อยละ 81 รวมทั้งพบว่าทุกกลุ่มอายุมีค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก ที่มีระดับการมีเลือดออกมากว่าระดับความรุนแรงอื่นๆ เฉลี่ย 2.59 ส่วนของช่องปาก[2] ในต่างประเทศพบว่าผู้ต้องขังในประเทศสหรัฐอเมริกา ในกลุ่มอายุ 20-30 ปี กลุ่มอายุ 35-44 ปี และกลุ่มอายุ 45 ปีและผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 12.9, 16.4 และ 22.1 ซี่ต่อรายตามลำดับ[5] สาเหตุของการเกิดปัญหาอาจเกิดได้หลายสาเหตุ ทั้งในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขัง สภาพแวดล้อมของเรือนจำที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากมีความแออัดของผู้ต้องขัง จำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขในเรือนจำไม่เพียงพอ ทำให้การให้บริการด้านสาธารณสุขอาจไม่ทั่วถึง[6,7] รวมถึงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขน้อยเพราะหากจะนำผู้ต้องขังออกมารักษาที่โรงพยาบาล จำนวนผู้คุมมีไม่เพียงพอ และกระบวนการขออนุญาตจากเรือนจำก็มีขั้นตอนยุ่งยาก ทำให้ผู้ต้องขังไม่ได้รับการดูแลสุขภาพทันทีเมื่อมีอาการเจ็บป่วย[7,8] รวมทั้งงบประมาณมีค่อนข้างจำกัด นอกจากนี้การที่ผู้ต้องขังต้องถูกจำกัดอิสรภาพและบางรายอาจถูกทอดทิ้งจากญาติทำให้มีผลต่อจิตใจ[9] ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ต้องขังนับเป็นปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต[7]

เรือนจำอำเภอชัยบาดาล ได้เปิดรับย้ายผู้ต้องขังเข้ามาอยู่ในการควบคุมตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2551 โดยเริ่มต้น มีผู้ต้องขังอยู่ในการดูแลชาย-หญิง จำนวน 201 ราย และปัจจุบัน ปีงบประมาณ 2565 มีผู้ต้องขังชาย-หญิง จำนวน 980 ราย และจากสถิติผู้ต้องขังป่วยของสถานพยาบาลเรือนจำอำเภอชัยบาดาล ในปี 2551 พบว่าผู้ต้องขังมีปัญหาโรคในช่องปากมากกว่าโรคอื่นๆ ทั้งผู้ต้องขังชาย-หญิง โดยเฉลี่ย 30 รายต่อเดือน ซึ่งเป็นสถิติที่สูงกว่าโรคอื่นๆ อย่างมาก รวมทั้งเรือนจำอำเภอชัยบาดาล ไม่มีกำลังเจ้าหน้าที่เพียงพอสำหรับการควบคุมตัวผู้ต้องขังป่วยจำนวนมาก ออกไปรับการรักษาโรคในช่องปากที่โรงพยาบาลได้ ฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาลชัยบาดาล ได้เห็นความสำคัญของการบรรเทาอาการความเจ็บป่วยต่างๆ ที่เกิดจากโรคในช่องปากและข้อจำกัดของการออกไปรับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลได้

โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ได้จัดทำโครงการ “ส่งเสริมสุขภาพฟัน วันทันตสาธารณสุข” ขึ้นมา เพื่อเทิดพระเกียรติของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี โดยเริ่มออกหน่วยบริการทันตกรรม จัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านทันตกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ต้องขังมีสุขภาพอนามัยในช่องปากที่ดีตลอดไป และมีเป้าหมายให้ผู้ต้องขังในเรือนจำได้รับบริการครบทุกราย ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2551 เป็นต้นมา ทีมทันตแพทย์ที่ออกไปให้บริการทันตกรรมนั้นจะเป็นทันตบุคลากร (ทันตแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ผู้ช่วยทันตแพทย์) จากฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาล ชัยบาดาล โดยออกไปให้บริการ 2 ครั้ง/ปี เป็นประจำทุกปี จนกระทั่งปี พ.ศ. 2562 มีโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ทำให้การบริการออกหน่วยทันตกรรม ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพิ่มขึ้น ปลายปี พ.ศ.2563 เริ่มมีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าไปให้บริการทันตกรรมในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จึงทำได้เพียงส่งมอบอุปกรณ์การทำความสะอาดช่องปาก ได้แก่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ไหมขัดฟัน แทนการเข้าไปให้บริการทันตกรรม กรณีผู้ต้องขังมีอาการฉุกเฉินเนื่องจากภาวะในช่องปาก จะมีเจ้าหน้าที่เรือนจำพาออกมารับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลชัยบาดาล

เนื่องจากการศึกษาปัญหาสุขภาพผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาลยังมีน้อย ทำให้มีข้อมูลที่จำเป็นไม่เพียงพอในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก จึงเป็นเหตุผลที่ต้องศึกษาเพิ่มเติมในสถานการณ์ปัจจุบันว่า ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาลมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากเป็นอย่างไร ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล เพื่อประเมินสถานการณ์การเกิดโรคในช่องปาก และนำมาใช้ในการวางแผนและประเมินผลการให้บริการทันตกรรมกับผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาลอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี และนำมาวางแผนการให้บริการทันตกรรม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการทันตกรรม ของทีมทันตบุคลากร โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี
3. เพื่อประเมินการพัฒนาการให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564–กันยายน 2565 มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี จำนวน 901 ราย (ตั้งแต่ ธันวาคม 2563–มกราคม 2564)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย ดำเนินการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาลจังหวัดลพบุรี (กุมภาพันธ์ 2564–กรกฎาคม 2565) ดังนี้

1) เก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ด้านความรู้ ในการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก

2) ทีมทันตบุคลากร ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยจัดกิจกรรม บรรยายความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จัดบอร์ดความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ และให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากแก่ผู้ต้องขัง

3) ทีมทันตบุคลากร ให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ต้องขัง ได้แก่ การตรวจช่องปาก การถอนฟัน ผ่าฟันคุด และการตรวจคราบจุลินทรีย์และคราบหินปูน การให้บริการทันตกรรมกับผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาล ได้รับความร่วมมือจากทันตบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขประจำอำเภอ ทันตบุคลากรจากฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลอานันทมหิดล กรมแพทย์ทหารบก จังหวัดลพบุรี ได้เข้ามาร่วมกันให้บริการทันตกรรมกับผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาล โดยเพิ่มความถี่ในการไปให้บริการทันตกรรม จากเดิมเป็น ปีละ 2 ครั้ง แต่ในปี 2565 ปรับการให้บริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 6 ครั้ง เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการจัดการระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ต้องขัง ของกระทรวงสาธารณสุข[10] ส่งผลให้ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล ได้รับโอกาสการรักษาทางทันตกรรมที่รวดเร็วและมีคุณภาพที่ดีเพิ่มขึ้น

4) เก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี หลังจากได้รับความรู้จากทีมทันตบุคลากรในการให้ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพช่องปาก

ระยะที่ 3 ระยะติดตามและสังเกตผล เก็บรวบรวมข้อมูล และสรุปผลการดำเนินงาน (สิงหาคม 2565)

ระยะที่ 4 ระยะสะท้อนกลับผลการดำเนินงาน และปรับปรุงระบบการให้บริการทันตกรรม (กันยายน 2565)

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จำนวน 901 ราย

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เป็นผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ตั้งแต่ (ธันวาคม 2563–มกราคม 2564) โดยมาจากแดน A จำนวน 368 ราย แดน B จำนวน 362 ราย แดน C จำนวน 56 ราย แดนหญิง จำนวน 85 ราย และแดนสูทกรรม จำนวน 30 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพปาก ได้แก่ แบบบันทึกประวัติผู้มารับบริการกรณีทันตกรรมตามมาตรฐานคลินิกทันตกรรมคุณภาพ จังหวัดลพบุรี ซึ่งเป็นแบบฟอร์มที่พัฒนาโดยทีมทันตบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี โดยข้อคำถามมาจากแนวทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ติดดาว และข้อมูลที่ต้องลงแฟ้มข้อมูลระบบ Dental

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล ดังนี้

2.1 วัดความรู้โดยการสอบถามตามแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ช่วงคะแนนความรู้อยู่ระหว่าง 0-9 คะแนน แบ่งกลุ่มโดยวิธีการกำหนดเกณฑ์ตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของ Bloom[11] แบ่งระดับ คะแนนความรู้ ดังนี้
ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60–79 ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า 0.67-1.00 หลังจากนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจข้อมูล ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ตั้งแต่ ธันวาคม 2563–มกราคม 2564 โดยเก็บข้อมูลผลการดำเนินการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี นำข้อมูลมาวิเคราะห์ สรุปผลการดำเนินการสำรวจช่องปากผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี และสะท้อนกลับผลการดำเนินงาน โดย

1) นำผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้ต้องขังมานำเสนอให้กับหัวหน้าหน่วยเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เพื่อนำมาวางแผนการให้บริการทันตกรรม ให้เป็นระบบและมีประสิทธิภาพต่อไป

2) ชี้แจงผลการดำเนินงาน การให้บริการทันตกรรมกับผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาล ในที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสุขภาพอำเภอ (คปสอ.) ชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เพื่อนำมาวางแผนการให้บริการทันตกรรมร่วมกับการให้บริการสุขภาพด้านอื่นๆของอำเภอชัยบาดาล ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

3) ชี้แจงผลการดำเนินงาน การให้บริการทันตกรรมผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาล ในที่ประชุมของทีมทันตบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการทำงานร่วมกันระหว่างทีมทันตบุคลากร ในจังหวัดลพบุรี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาลจังหวัดลพบุรี และวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงอนุมาน Paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ของระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ก่อนและหลังการออกหน่วยให้บริการทันตกรรม

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี และได้รับเอกสารรับรองเลขที่ KNH 21/2565 โดยมีการรักษาสิทธิ์ผู้ต้องขังที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยโดยละเอียด

2) ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล ทุกรายได้รับความยินยอมเข้าร่วมโครงการอย่างสมัครใจ โดยกำหนดให้มีการทำแบบยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัยของผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาล

3) ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล ทุกรายมีสิทธิ์ในการบอกยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าวโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ต้องขังในเรือนจำชัยบาดาล

4) ข้อมูลส่วนตัวของผู้ต้องขังในเรือนจำชัยบาดาล ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ โดยเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ทั้งนี้ เมื่อประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมการให้บริการทันตกรรมในเรือนจำอำเภอชัยบาดาลแล้วพบว่ามีความสำเร็จจะทำการส่งมอบกิจกรรมการให้บริการทันตกรรมในเรือนจำอำเภอชัยบาดาลนี้ให้กับบุคลากรทางทันตสุขภาพและสาธารณสุข ดำเนินการขยายกิจกรรมนี้ ให้กับกลุ่มเปรียบเทียบต่อไป

ผลการวิจัย

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป จำแนกตามแดนต่างๆ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ต้องขัง จำแนกตามแดนต่างๆ

ข้อมูลพื้นฐาน	รวม n (%)	แดน A n=368	แดน B n=362	แดน C n=56	แดนหญิง n=85	แดนสูทกรรม n=30
เพศ						
ชาย	816 (90.56)	368	362	56	0	30
หญิง	85 (9.44)	0	0	0	85	0
รวม	901 (100.00)					
อายุเฉลี่ย (ปี)	34.42	33.05	36.00	34.58	35.56	28.00

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาล เป็นเพศชายมากที่สุด จำนวน 866 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.56 รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.44 อายุเฉลี่ยของผู้ต้องขัง 34.42 ปี อยู่ในแดน A มากที่สุด จำนวน 368 ราย รองลงมาอยู่ในแดน B จำนวน 362 ราย อยู่ในแดนหญิง จำนวน 85 ราย อยู่ในแดน C จำนวน 56 ราย และอยู่ในแดนสูทกรรม จำนวน 30 ราย ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาล (N=901)

สภาวะสุขภาพช่องปาก		แดน A	แดน B	แดน C	แดนหญิง	แดนสูทกรรม
สภาวะโรคฟันผุ	ฟันที่ต้องถอน/รักษารากฟัน (ซี่)	832	1031	129	194	42
	ฟันที่ต้องอุด (ซี่)	781	1085	117	189	76
	ฟันที่อุดแล้ว (ซี่)	59	49	13	26	4
	ฟันที่ถอนแล้ว (ซี่)	1109	1688	170	319	84
	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT)	5.29	7.795	5.35	6.27	5.33
สภาวะปริทันต์	สภาวะปริทันต์อักเสบ (ราย)	136	286	19	21	0
	สภาวะเหงือกอักเสบ (ราย)	174	247	88	0	26
	สภาวะปริทันต์ปกติ (ราย)	58	171	51	64	4
ความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอม	ฟันปลอมทั้งปาก (ราย)	0	2	0	0	0
	ฟันปลอมชนิดบางส่วนถอดได้ (ราย)	78	122	13	47	5
	ไม่ใส่ฟันปลอม (ราย)	242	226	31	38	23
ความพึงพอใจ	มากที่สุด	111	118	15	29	11
	มาก	102	118	15	29	8
	ปานกลาง	108	116	14	27	9
	น้อย	0	0	0	0	0
โรคประจำตัว	ความดันโลหิตสูง	5	0	1	7	0
	เบาหวาน	0	1	1	5	0
	ไทรอยด์	0	0	2	0	28
	อื่นๆ	363	352	41	76	0
การสูบบุหรี่	สูบ	358	346	42	0	28
	ไม่สูบ	10	7	2	85	0
การติดเชื้อ HIV	ติด	3	3	2	0	28
	ไม่ติด	365	350	42	85	2
คัดกรองมะเร็ง	เสี่ยง	358	346	42	0	28
	ไม่เสี่ยง	10	7	2	85	0
การดื่มแอลกอฮอล์	เคยดื่ม	228	130	40	67	19
	ไม่ดื่ม	140	124	4	18	9

จากข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาล (ตารางที่ 2) เนื่องจากศักยภาพของทีมทันตบุคลากร รพ.ชัยบาดาล มีจำกัด ไม่สามารถให้บริการทันตกรรมจำนวนผู้ต้องขังได้ครบทุกราย จึงได้วางแผนการให้บริการทันตกรรม เรียงลำดับตามความรุนแรง ดังนี้

1. การบริการของทีมทันตบุคลากรที่ต้องวางแผนดำเนินการแก้ปัญหาตามแดนต่างๆ เป็นลำดับ ดังนี้

1.1 ผู้ต้องขังในแดน B ของเรือนจำอำเภอชัยบาดาล มีปัญหาสภาวะสุขภาพช่องปากมากที่สุดที่จำเป็นต้องให้บริการทันตกรรมอันดับแรก เมื่อเทียบกับผู้ต้องขังในแดนอื่นๆของเรือนจำอำเภอชัยบาดาล โดยมีดัชนีการเกิดโรคฟันผุ ค่า DMFT (ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด) สูงที่สุด เท่ากับ 7.795 ซึ่งเป็นระดับความรุนแรงที่สูงมาก โดยมีจำนวน ฟันที่ต้องอุดฟัน 1,085 ซี่ ฟันที่ต้องถอน/รักษารากฟัน 1,031 ซี่ และจำนวนผู้ต้องขังที่มีสภาวะเหงือกอักเสบ 247 ราย และสภาวะปริทันต์ 286 ราย รวมทั้งมีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอม จำนวน 144 ราย (ฟันปลอมทั้งปาก จำนวน 2 ราย ฟันปลอมบางส่วนแบบถอดได้ จำนวน 122 ราย)

1.2 ผู้ต้องขังในแดนหญิงของเรือนจำอำเภอชัยบาดาล มีปัญหาสภาวะสุขภาพช่องปากที่ต้องวางแผนการรักษาเป็นอันดับที่ 2 โดยมีดัชนีการเกิดโรคฟันผุ ค่า DMFT (ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด) เท่ากับ 6.27 ซึ่งเป็นระดับความรุนแรงที่สูง มีจำนวนฟันที่ต้องถอนฟัน/ รักษารากฟัน 194 ซี่ , ฟันที่ต้องอุดฟัน 189 ซี่ สภาวะปริทันต์ 21 ราย รวมทั้งมีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมบางส่วนแบบถอดได้ จำนวน 47 ราย

1.3 ผู้ต้องขังในแดน C ของเรือนจำอำเภอชัยบาดาล มีปัญหาสภาวะสุขภาพช่องปากที่ต้องวางแผนการรักษาเป็นอันดับที่ 3 โดยมีดัชนีการเกิดโรคฟันผุ ค่า DMFT (ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด) เท่ากับ 5.35 ซึ่งเป็นระดับความรุนแรงปานกลาง มีจำนวนฟันที่ต้องถอนฟัน/รักษารากฟัน 129 ซี่ ฟันที่ต้องอุดฟัน 117 ซี่ และจำนวนผู้ต้องขังที่มีสภาวะเหงือกอักเสบ 88 ราย และสภาวะปริทันต์ 19 ราย รวมทั้งมีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมบางส่วนแบบถอดได้ จำนวน 13 ราย

1.4 ผู้ต้องขังในแดนสูทกรรม ของเรือนจำอำเภอชัยมีปัญหาสภาวะสุขภาพช่องปากที่ต้องวางแผนการรักษาเป็นอันดับที่ 4 โดยมีดัชนีการเกิดโรคฟันผุ ค่า DMFT (ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด) เท่ากับ 5.33 (มีค่า DMFT ใกล้เคียงกับแดน C) มีจำนวนฟันที่ต้องอุดฟัน 76 ซี่ ฟันที่ต้องการถอนฟัน/รักษารากฟัน 42 ซี่ และจำนวนผู้ต้องขังที่มีสภาวะเหงือกอักเสบ 26 ราย และมีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมบางส่วนแบบถอดได้ จำนวน 5 ราย

1.5 ผู้ต้องขังในแดน A ของเรือนจำอำเภอชัยบาดาล มีปัญหาสภาวะสุขภาพช่องปาก ที่ต้องวางแผนการรักษาเป็นอันดับที่ 5 โดยมีดัชนีการเกิดโรคฟันผุ ค่า DMFT (ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด) เท่ากับ 5.29 (มีค่า DMFT ใกล้เคียงกับแดน C และแดนสูทกรรม) โดยมีฟันที่ต้องถอนฟัน/ รักษารากฟัน 832 ซี่ ฟันที่ต้องอุดฟัน 781 ซี่ และจำนวนผู้ต้องขังที่มีสภาวะเหงือกอักเสบ 174 ราย และสภาวะปริทันต์ 136 ราย รวมทั้งมีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมบางส่วนแบบถอดได้ จำนวน 78 ราย

การเข้าไปให้การบริการทันตกรรม จะเรียงลำดับตามความรุนแรงของสภาวะฟันผุ ตามองค์การอนามัยโลก[12] คือ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลการบริการทันตกรรม ตามความรุนแรงของสภาวะฟันผุ จากค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน และอุด

ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ซี่/ราย	ระดับความรุนแรง
0.0-3.0	ระดับต่ำมาก (Very low)
3.1-4.0	ระดับต่ำ (Low)
4.1-6.0	ระดับปานกลาง (Moderate)
6.1-8.0	ระดับสูง (High)
>8.0	ระดับสูงมาก (Very high)

2. จากการประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับบริการทันตกรรม พบว่า ผู้ต้องขังในแดน B มีความพึงพอใจต่อการได้รับบริการทันตกรรม ของทีมทันตบุคลากร ระดับมากที่สุด รองลงมา เป็นผู้ต้องขังในแดน A และผู้ต้องขังในแดนหญิง ผู้ต้องขังในแดน C และผู้ต้องขังในแดนสูทกรรม ตามลำดับ

3. จำแนกตามโรคประจำตัว พบว่า แดนหญิง มีโรคความดันโลหิตสูง (7 ราย) และโรคเบาหวาน (5 ราย) จำนวนมากที่สุด แต่แดน A มีโรคประจำตัว อื่นๆนอกจาก โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ จำนวนมากที่สุด (363 ราย) จำแนกตามประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า แดน A มีประวัติเคยสูบบุหรี่สูงที่สุด จำนวน (358 ราย) จำแนกตามประวัติการติดเชื้อ HIV พบว่า แดนสูทกรรม มีจำนวนผู้ติดเชื้อมากที่สุด (28 ราย) จำแนกตามการคัดกรองมะเร็ง ดูจากปัจจัยเสี่ยงหลัก 4 ปัจจัย คือ 1) ประวัติการสูบบุหรี่ 2) การดื่มแอลกอฮอล์ 3) การเคี้ยวหมาก/ยาเส้น 4) การใส่ฟันเทียมที่ไม่พอดี/หลวม พบว่า แดน A มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งมากที่สุด เนื่องจากมีจำนวนผู้มีประวัติการสูบบุหรี่สูงที่สุดกว่าทุกแดน

ตารางที่ 4 การให้บริการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากและการให้บริการทันตกรรมกับผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาล ตามแนวทางการตรวจราชการ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

รายการ	**เกณฑ์การตรวจราชการ**	**ปี 2564 % (n)**	**ปี 2565 % (n)**	**ผลการคัดกรอง**
1. ผู้ต้องขังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก มีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก	อย่างน้อย ร้อยละ 60	100 (1,000 คน)	100 (980 คน)	ปี 2564 พบปัญหาสุขภาพช่องปาก 780 ราย ปี 2565 พบปัญหาสุขภาพช่องปาก 515 ราย
2. ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับบริการรักษาทางทันตกรรม - มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเรือนจำ	อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี/คน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก	28.20 (282 คน)	72.6 (711 คน)	(ถอนฟัน,ผ่าฟันคุด)

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังจากที่มีการวางแผนการออกหน่วยทันตกรรม โดยการเข้าไปจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การให้คำปรึกษา คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากแก่ผู้ต้องขัง และมีการให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ต้องขัง ส่งผลให้ผู้ต้องขังมีจำนวนในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง (100%) และการได้รับบริการรักษาทางทันตกรรม (72.6%) เพิ่มขึ้น โดยสามารถให้บริการได้สูงกว่าค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

ผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาล มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นรายข้อ ผู้ต้องขังตอบคำถามได้ถูกต้องมากที่สุดคือ ฟันของรายเรามีกี่ชุด อะไรบ้าง (คำตอบที่ถูกต้อง: มี 2 ชุดคือ ฟันแท้ ฟันน้ำนม) ร้อยละ 100 รองลงมา คือ เหงือกปกติของรายเรามีลักษณะสีเป็นอย่างไร (คำตอบที่ถูกต้อง: สีชมพูซีด) ร้อยละ 96.7 และข้อใดกล่าวถูกต้อง (คำตอบที่ถูกต้อง: ฟันแท้มีจำนวน 32 ซี่) ร้อยละ 93.3 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ของระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ก่อนและหลังการการออกหน่วยให้บริการทันตกรรม

การให้บริการทันตกรรม	$\overline{X}$	N	S	t-test	p-value
ก่อน	2.76	901	0.67	10.28**	0.00
หลัง	4.90	901	0.75		

**ระดับนัยสำคัญที่ 0.01

จากตารางที่ 5 พบว่า ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ก่อนและหลังการออกหน่วยให้บริการทันตกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.01 นั่นคือ หลังการออกหน่วยให้บริการทันตกรรม ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก เฉลี่ย 4.90 คะแนน จากก่อนการออกหน่วยให้บริการทันตกรรม มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก เฉลี่ย 2.76 คะแนน เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปาก ของผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล พบว่า ผู้ต้องขังในแดน B ของเรือนจำอำเภอชัยบาดาล มีดัชนีการเกิดโรคฟันผุ ค่า DMFT (ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด) เท่ากับ 7.795 ซึ่งเป็นระดับความรุนแรงที่สูงมาก เมื่อเทียบจากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560[13]

ในประชากรกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-44 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) 6.6 ซี่/ราย จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนให้บริการทันตกรรมอันดับแรก เมื่อเทียบกับผู้ต้องขังในแดนอื่นๆของเรือนจำอำเภอชัยบาดาล

2. ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จากการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก ในปี 2564 มีปัญหาสุขภาพช่องปาก 780 ราย และในปี 2565 มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ลดลงเหลือ 515 ราย เป็นผลมาจากได้มีการวางแผนการให้บริการทันตกรรม มีกิจกรรมบรรยายความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จัดบอร์ดความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ให้คำปรึกษาและคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากแก่ผู้ต้องขัง อย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี จึงส่งผลให้ผู้ต้องขังให้ได้รับความรู้ ในการดูแลสุขภาพชองปากและฟัน มีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน สามารถดูแลทำความสะอาดสุขภาพช่องปากตนเองได้เอง รวมทั้งมีตรวจสุขภาพช่องปากแก่ผู้ต้องขัง และบริการทันตกรรมแก่ผู้ต้องขัง ได้แก่ ถอนฟัน ผ่าฟันคุด ตรวจสอบคราบจุลินทรีย์และคราบหินปูน ปัญหาสุขภาพช่องปาก จึงลดลงถึงร้อยละ 33.97 สอดคล้องกับ Pender[14] ที่กล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงกิจกรรม ว่า การจูงใจหรือการกระทำใดๆ ที่มีผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคล มีองค์ประกอบ 3 ด้านด้วยกัน ได้แก่ การให้ความรู้ (Health education) การป้องกัน (Health prevention) และการให้ภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพ (Health protection)

3. การให้บริการทันตกรรมของทีมทันตบุคลากร โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี โดยวางเกณฑ์การตรวจ 1 ครั้ง/ปี/ราย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก จากเกณฑ์การตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การประเมินผลการให้บริการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากและการให้บริการทันตกรรมให้กับผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาล มีผลการดำเนินงานเกินกว่าค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการวางกรอบกิจกรรมที่เป็นระบบ มีการวางแผนนัดหมายออกไปให้บริการทันตกรรม ใน ปี 2565 ทุก 2 เดือน/ปีละ 6 ครั้ง ซึ่งการออกไปให้บริการทุกครั้งจะได้รับความร่วมมือจากทันตบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขประจำอำเภอชัยบาดาล ทันตบุคลากรจากฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลอานันทมหิดล กรมแพทย์ทหารบก จังหวัดลพบุรี หมุนเวียนสลับกันเข้ามาร่วมการให้บริการทันตกรรมกับผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาลกับทีมทันตบุคลากร ของโรงพยาบาลชัยบาดาล ส่งผลให้ผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอชัยบาดาล มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ในปี 2565 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 66.7 และจากการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังลดลงเหลือเพียง 515 ราย จากผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก 780 ราย

4. การให้บริการทันตกรรมของทีมทันตบุคลากร โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี พบว่าหลังการออกหน่วยให้บริการทันตกรรม ผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก เฉลี่ย 4.90 คะแนน จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการออกหน่วยให้บริการทันตกรรม มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก เฉลี่ยเพียง 2.76 คะแนน จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับพูลพฤกษ โสภารัตน[9] ที่พบว่า การมุ่งเน้นให้ผู้ต้องขัง มีความรอบรู้และมีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง หรือการพัฒนามาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในเรือนจำ เป็นวิธีการที่จะช่วยลดปัญหาสุขภาพและเพิ่มความเท่าเทียมการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้ต้องขังได้เป็นอย่างดี

5. การเข้าไปให้บริการทันตกรรมเชิงรุกของทีมทันตบุคลากร ก่อให้เกิดความพึงพอใจกับผู้ต้องขังในระดับมากที่สุดในทุกแดน แสดงให้เห็นว่า ผู้ต้องขังรู้สึกถึงการได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานคุณภาพเช่นเดียวกันกับประชาชนทั่วไป ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายของโครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์[14] ที่ให้ผู้ต้องขังได้รับการดูแลรักษาพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized health care)

6. ผลลัพธ์ของการเข้าไปให้บริการทันตกรรมเชิงรุกให้กับผู้ต้องขังในเรือนจำ ทำให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์มากขึ้นโดยมีอัตราเข้ารับการคัดกรองโรคเพิ่มขึ้นเข้าถึงบริการการรักษาได้มากขึ้น ส่งผลให้ไม่เสียอัตรากำลังผู้คุมในการส่งออกไปรักษายังโรงพยาบาลภายนอก แบ่งเบาภาระหน้าที่เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลในเรือนจำ ทำให้สามารถจัดปรับเวลาในการทำงานและเรียนรู้ เพื่อทำให้บทบาทส่งเสริมป้องกันได้มากและดีขึ้นกว่าเดิม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ของโครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์[14] ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมให้เกิดการทำงานเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบทั้งภายในและภายนอกเรือนจำ ผลลัพธ์ที่ดีปลายทาง คือ ตัวผู้ป่วยผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำนั่นเอง

7. ผู้ต้องขังเป็นกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีความเปราะบางทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรมสุขภาพของตัวผู้ต้องขังทั้งก่อนและหลังการเข้าไปอยู่ในเรือนจำ ย่อมส่งผลและกำหนดสภาวะสุขภาพของตัวผู้ต้องขัง อัตราโรคฟันผุ เหงือกอักเสบและการสูญเสียฟันในกลุ่มผู้ต้องขังอยู่ในระดับสูงตั้งแต่ก่อนเข้าเรือนจำ เมื่อผู้ต้องขังเข้าไปอยู่ในเรือนจำ แม้ว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพผู้ต้องขัง (Determinant of prison health)[15] เปลี่ยนไป การควบคุมกฎระเบียบและตารางชีวิตที่เป็นแบบแผนมากขึ้น แต่อัตราการเกิดโรคในช่องปากและสภาวะปัญหาสุขภาพช่องปากยังคงอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องด้วยปัญหาทันตสุขภาพที่สะสมมาก่อนเข้าเรือนจำ จำนวนผู้ต้องขังที่เพิ่มขึ้นและการเข้าถึงบริการรักษาเป็นไปอย่างจำกัด ดังนั้นการมุ่งเน้นให้ผู้ต้องขังมีความรอบรู้และมีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง หรือการพัฒนามาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในเรือนจำ จะเป็นวิธีการที่จะช่วยลดปัญหาสุขภาพและเพิ่มความเท่าเทียมการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้ต้องขังได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มเป้าหมาย ผู้ต้องขังในเรือนจำ ที่เข้ารับบริการทันตกรรมในเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเปรียบเทียบในเรือนจำอื่นๆ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปาก

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็น การจัดบริการสุขภาพชองปากผู้ต้องขังในกลุมเฉพาะต่างๆ เช่น ผู้ต้องขังที่มีภาวะซึมเศร้า ในรูปแบบใหม่ๆ เพื่อกระตุ้นการเข้ารับบริการทันตกรรมป้องกัน และการบริการทันตกรรมรักษา

3. ควรศึกษาเพิ่มเติมในการพัฒนาประเด็นของความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นหนทางที่จะส่งเสริมให้ผู้ต้องขังเกิดดูแลสุขภาพช่องปาก สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้และ/หรือทบทวนได้ด้วยตนเองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. พรบ.สุขภาพแห่งชาติ. ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก ลงวันที่ 19 มี.ค. 2550 [ออนไลน์] 2550. [เข้าถึงเมื่อ 2557 ม.ค. 30]. เข้าถึงได้จาก: http://www.acfs.go.th/km/download/act_healthy_2550.pdf
2. จุรีรัตน์ ทะนงศักดิ์สกุล, พลินี เดชสมบูรณ์รัตน์. การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของผู้ต้องขังชายในทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดปทุมธานี. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์. 2552;58(4):255-62.
3. กรมราชทัณฑ์. สถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศ [ออนไลน์]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 2557 ก.พ. 3]. เข้าถึงได้จาก: http://www.correct.go.th/stat102/display/result_pdf.php?date=2009-01-01
4. กรมราชทัณฑ์. สถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศ [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2557 ก.พ. 3] เข้าถึงได้จาก: http://www.correct.go.th/stat102/display/result_pdf.php?date=2014-01-01
5. Mixson JM, Eplee HC, Feil PH, Jones JJ, Rico M. Oral health status of a federal prison population. J Public Health Dent. 1990;50(4):257-261.
6. กมลชนก ทองเอียด. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยบางประการในผู้ถูกควบคุมชายศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนภาคใต้. [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
7. วีระวัฒน์ พันธ์ครุฑ. ปัญหาสุขภาพผู้ต้องขัง [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2559 ธ.ค. 30]. เข้าถึงได้จาก: https://www.doctor.or.th/article/detail/400416
8. พูลพฤกษ โสภารัตน. แนวคิดและการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้ต้องขัง. กรุงเทพฯ: เอดรีม; 2563.
9. สิริวุฒิ รวีไชยวัฒน์. คุมโรคแดนคุก: ดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2559 ก.ย. 15]. เข้าถึงได้จาก: http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9590000092678
10. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ (ฉบับปรับปรุง) 2564. กรุงเทพฯ: บอร์น ทู บี; 2564.
11. นิภา โพชนะ. ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของมารดาในเด็กวัยก่อนเรียน. [สาระนิพนธ์ วิทยาศาสตรบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
12. Learning together to work together for health : report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel : the Team Approach [meeting held in Geneva from 12 to 16 October 1987]
13. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2561.
14. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons AM. Health promotion in nursing practice 4th ed. Boston: Julie Levin Alexander; 2011.
15. กระทรวงยุติธรรม. โครงการราชทัณฑ์ปันสุขทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์. กรุงเทพฯ:บอช; 2565.
16. กุลภา วจนสาระ.ป่วยไข้ในเรือนจำ: ปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.

ระดับความรอบรู้และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร

สมศักดิ์ ผลประเสริฐศรี*[a]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร

ผลการศึกษาพบว่า อสม. ในพื้นที่จังหวัดพิจิตรมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$=7.86, SD=1.35) มีความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$=12.70, SD=1.75) และมีความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.78, SD=0.78) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 คือ อายุ (β=-0.299, t=-0.510; p=0.001) อาชีพ (β=1.46, t=2.13; p=0.34) รายได้ต่อเดือน (β=3.44, t=2.37; p=0.18) และประสบการณ์ในการเป็น อสม. (β=0.27, t=2.58; p=0.10) ตัวแปรอิสระที่มีอำนาจในการทำนายการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ดีที่สุด คือ รายได้ต่อเดือน อาชีพ และประสบการณ์ในการเป็น อสม. ตามลำดับ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.05

คำสำคัญ : ความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; มูลฝอยติดเชื้อ; สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

[a] Corresponding author : สมศักดิ์ ผลประเสริฐศรี Email : Phonprasertsri.S@gmail.com

รับบทความ: 1 พ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 7 ธ.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 8 ธ.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 4 ม.ค. 66

The Levels of Health Literacy and Factors Affecting Health Literacy in Infectious Waste Management on Coronavirus Disease 2019 Outbreak among Village Health Volunteers in Phichit Province

Somsak Phonprasertsri[*a]

Abstract

The purposes of this research were to study the level of health literacy and factors affecting to health literacy infectious waste management and to examine the relationship between knowledge of infectious waste management and health literacy in infectious waste management during Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak among village health volunteers (VHV) in Phichit province.

The results of the study showed that overall knowledge about COVID-19 among VHV in Phichit province was at a good level ($\overline{X}$=7.86, SD=1.35). Their overall knowledge about infectious waste management was also at a good level ($\overline{X}$=12.70, SD=1.75) while their health literacy in infectious waste management during COVID-19 outbreak was at a moderate level ($\overline{X}$ =3.78, SD=0.78). Factors significantly affecting health literacy in infectious waste management during COVID-19 outbreak at p=0.05 were age (β=-0.299, t=-0.510; p=0.001), occupation (β =1.46, t=2.13; p=0.34), monthly incomes (β =3.44, t=2.37; p=0.18), and experiences as VHV (β=0.27, t=2.58, p=0.10). The independent variables that had the best predictive power for health literacy in infectious waste management changes were monthly incomes, occupation, and experience as VHV. It was also found that knowledge about COVID-19 was significantly correlated with health literacy in infectious waste management during COVID-19 outbreak at p=0.05.

Keywords : Knowledge in infectious waste management; Health literacy; Infectious waste; Coronavirus disease 2019 situations; Village health volunteers

---

[*] Public Health Technical Officer, Professional Level, Phichit Provincial Public Health Office

[a] Corresponding author : Somsak Phonprasertsri Email : Phonprasertsri.S@gmail.com

Received: Nov. 1, 22; Revised: Dec. 7, 22; Accepted: Dec. 8, 22; Published Online: Jan. 4, 23

บทนำ

รากฐานของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเริ่มเป็นรูปเป็นร่างที่ชัดเจนขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 1980 ถึงปี ค.ศ. 1990 โดยได้เริ่มมีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้มีการใช้โปรแกรมทางคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยสร้างแผนที่ทางภูมิศาสตร์ที่แสดงให้เห็นบริเวณสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการวัดระดับสารพิษและประเมินการรับสัมผัสสารอันตราย เพื่อใช้ในการลดอุบัติการณ์การรั่วไหล และการแพร่กระจายของสารพิษสู่สิ่งแวดล้อม[1] ต่อมาในปลายปี ค.ศ. 2000 เริ่มมีการยอมรับว่าความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนมิใช่มีเพียงเฉพาะสิ่งแวดล้อมเท่านั้น แต่มีความเสี่ยงจากด้านอื่นๆ ที่มาจากการเรียนรู้และสภาพแวดล้อมที่ต่างกัน ดังนั้น นโยบายภาครัฐจึงจำเป็นต้องให้ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้วยการพัฒนารูปแบบการติดต่อสื่อสารสุขภาพผ่านช่องทางสื่อต่างๆ ทั้งสื่อรูปแบบใหม่และสื่อในรูปแบบดั่งเดิม เพื่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมและสังคมแห่งความปลอดภัยต่อสุขภาพ

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (4 Excellences) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) โดยได้พิจารณาความสอดคล้องเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ฯลฯ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในประเด็นเร่งด่วนตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านที่ 1 (คนไทยในศตวรรษที่ 21) และเป็นประเด็นปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ซึ่งการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ โดยสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย การส่งเสริมปฏิบัติการเชิงรุกระดับพื้นที่ เสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและเสริมสร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือภาคีเครือข่าย หนึ่งในกลุ่มเป้าหมาย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำชุมชนและประชาชน[2] จะเห็นได้ว่าการขับเคลื่อนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะในระดับชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ “อสม.” มีบทบาทที่สำคัญ[3] ในการเป็นผู้ดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วม สร้างความตระหนัก ความเข้าใจ สื่อสารและเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน[4] ซึ่งสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันที่สำคัญ คือการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ทำให้สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในทุกมิติ ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมสิ่งแวดล้อม และวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนเป็นอย่างมาก การดำเนินกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปเป็น "New Normal" หรือวิถีชีวิตรูปแบบใหม่ ทำให้แหล่งกำเนิดขยะหลักเปลี่ยนไปตามการอยู่อาศัยด้วยเช่นกัน[5] แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในขณะนี้กลายเป็นชุมชนและบ้านเรือนประชาชนเป็นหลักจากการรักษาตัวของผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน (Home isolation) การใช้หน้ากากอนามัย และการใช้ชุดทดสอบ (Antigen test kit-ATK) ของประชาชนที่เพิ่มมากขึ้น เพราะนอกจากจะถูกใช้ทางการแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย

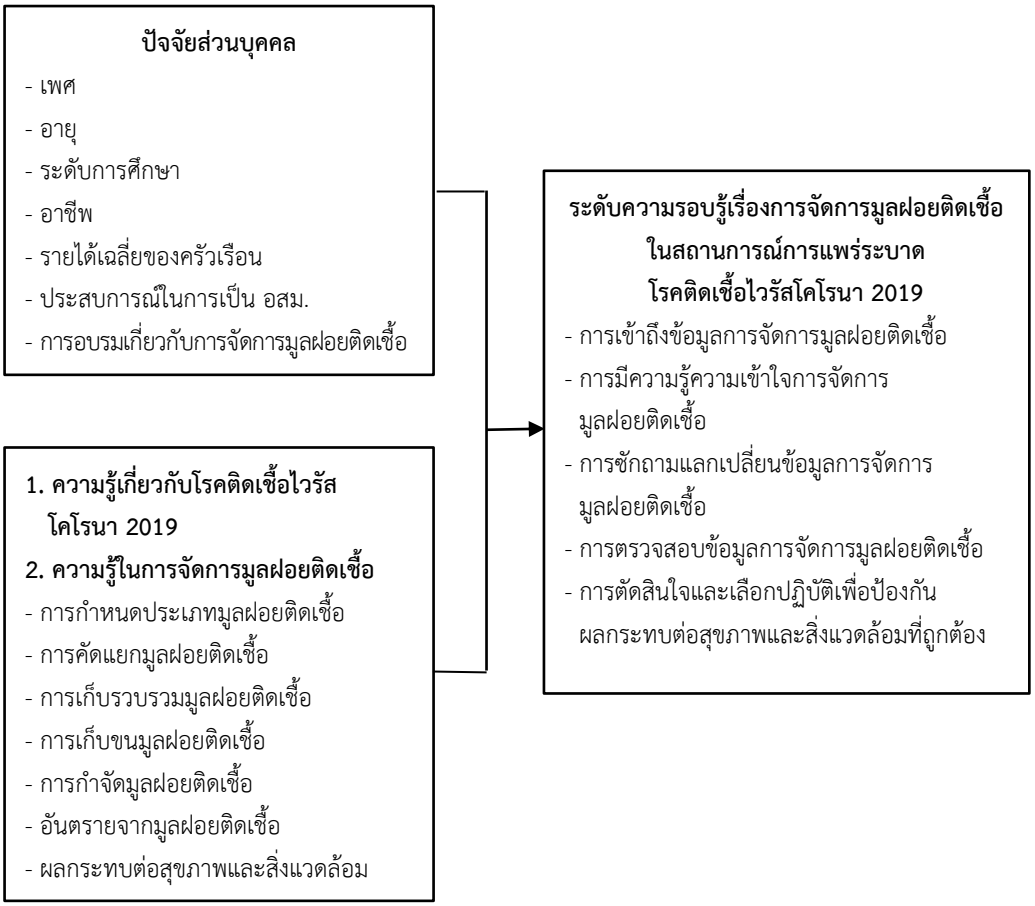
ที่ติดเชื้อแล้ว ประชาชนทั่วไปยังมีความต้องการใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อและตรวจเชคการติดเชื้อ COVID-19 อีกด้วย

ข้อมูลจากโปรแกรมควบคุมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[6] พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นทั้งหมดจำนวน 34,726.96 ตัน และในปี พ.ศ. 2564 มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นทั้งหมด จำนวน 54,517.69 ตัน สำหรับในปี พ.ศ. 2565 นั้น พบว่า ระหว่างเดือนมกราคม–เดือนมิถุนายน มีมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นแล้วกว่า 26,034.97 ตัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 36.30 ในขณะที่มูลฝอยติดเชื้อของจังหวัดพิจิตรจากโปรแกรมควบคุมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นทั้งหมดจำนวน 105.7 ตัน และในปี พ.ศ. 2564 มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นทั้งหมด จำนวน 261.17 ตัน ซึ่งมีปริมาณเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 59.52 และคาดการณ์ว่าปริมาณการเกิดมูลฝอยติดเชื้อในปี พ.ศ. 2565 จะสูงกว่าปี พ.ศ. 2564 ซึ่งมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นเหล่านี้เก็บขนจากสถานพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสถานที่สำหรับกักตัวของรัฐและโรงแรมทางเลือกสำหรับผู้กักตัวเท่านั้น ยังไม่รวมมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในชุมชนและส่วนที่ลักลอบทิ้งในพื้นที่สาธารณะ หรือทิ้งปะปนกับขยะมูลฝอยทั่วไป ที่ผ่านมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ได้แจ้งให้หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดทราบ เพื่อให้ดำเนินการเร่งให้ความรู้ ความเข้าใจในการคัดแยก เก็บรวบรวม การทิ้ง และการกำจัดแก่ประชาชน ซึ่ง อสม. เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการลงพื้นที่ตามบ้านเรือนประชาชนที่รับผิดชอบเพื่อให้ความรู้ ดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่มที่แยกกักรักษาตัวในชุมชนและแยกกักรักษาตัวที่บ้าน เฝ้าระวังคัดกรองกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งการจัดการด้านสุขลักษณะของสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[7] ในปัจจุบันจังหวัดพิจิตรเตรียมความพร้อมขับเคลื่อนการบริหารจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรคติดต่ออันตรายไปสู่โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงจำเป็นจะต้องมีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะในการรองรับการเปลี่ยนแปลงและยกระดับไปสู่การมีความรอบรู้ที่สามารถนำไปถ่ายทอดให้กับชุมชนในการเลือกรับ ปรับใช้ ตัดสินใจในการจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม และส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อมได้

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดความรอบรู้มาใช้ในการประเมินและศึกษาระดับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและกลไกในการพัฒนาความรู้และสร้างความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสมและสามารถนำไปถ่ายทอดให้กับชุมชนเพื่อให้ประชาชนสามารถรับมือ ปรับตัว และดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy: EHL) ของ Gray[8]; Marsili, Comba & De Castro[9] และ Society for Public Health Education: SOPHE[10] ที่นำมาสู่การกำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การมีความรู้ความเข้าใจการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การซักถามแลกเปลี่ยนข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การตรวจสอบข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องของ อสม. ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อกับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดพิจิตรที่มีรายชื่ออยู่ในระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี 2564 จำนวน 9,504 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อสม. ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร จำนวน 383 คน ที่ได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร่ ยามาเน[11] ซึ่งผู้วิจัยทราบขนาดของประชากรที่ต้องการศึกษา (N=9,504 คน) และกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ 5% e=0.05 และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น 421 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประยุกต์จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2561 และปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและชัดเจน เครื่องมือประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และ ส่วนที่ 4 ความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) และเลือกข้อคำถามมีค่า IOC เท่ากับหรือมากกว่า 0.50 มาเป็นข้อคำถาม แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับ อสม. ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับทดลองใช้ พร้อมทั้งตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบสอบถามที่ยอมรับได้ต้องมีค่า 0.70 ขึ้นไป ผลการตรวจสอบพบว่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบัค เท่ากับ 0.81 ดังนั้นเครื่องมือแบบสอบถามนี้ มีข้อคำถามสอดคล้องกันอยู่ในระดับดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามที่มีลักษณะให้เลือกตอบเพียง 1 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ ตอบถูก=1 คะแนน ตอบผิด=0 คะแนน นำมาวิเคราะห์โดยการประเมินมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามที่มีลักษณะให้เลือกตอบเพียง 1 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ ตอบถูก=1 คะแนน ตอบผิด=0 คะแนน นำมาวิเคราะห์โดยการประเมินมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ส่วนที่ 4 ข้อมูลความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์โดยการประเมินมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งการแปลค่าของระดับคะแนนความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งระดับตามเกณฑ์ของ Bloom ได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00–3.00 หรือ 28–66 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้อยู่ในระดับ น้อย
คะแนนเฉลี่ย 3.01–4.00 หรือ 67–104 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้อยู่ในระดับ ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 4.01–5.00 หรือ 105 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความรอบรู้อยู่ในระดับ ดี

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple linear regression analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบ แบบขั้นตอน (Stepwise) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อกับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดพิจิตรโดยการทดสอบไคสแคร์

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่โครงการวิจัย 29/2565 ระหว่างวันที่ 5 กันยายน 2565 ถึงวันที่ 5 กันยายน 2566 โดยยึดตามหลักจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาอย่างครบถ้วน และให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่างอิสระ ปราศจากการข่มขู่ บังคับ หรือให้สินจ้างรางวัล และข้อคำถามที่สอบถามหรือสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยคาดว่าไม่ส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และความเชื่อของอาสาสมัครวิจัย แต่อย่างไรก็ตามหากเกิดผลกระทบต่อความรู้สึกของอาสาสมัครวิจัย หรือหากอาสาสมัครวิจัยมีความกังวลใดๆ ที่จะตอบคำถามในบางคำถาม ผู้วิจัยไม่บังคับหรือกดดันในการตอบคำถามข้อนั้นๆ อาสาสมัครวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะให้คำตอบในข้อคำถามนั้นๆ ได้ ผู้วิจัยมีการรักษาความลับของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยในระบบอิเล็กทรอนิกส์มีเพียงข้อความขอคำยินยอมในการเข้าร่วมโครงการโดยไม่ต้องลงนาม เพื่อให้ง่ายต่อการจัดการข้อมูล ผลจากการตอบแบบสอบถามจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น และข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารและจะถูกทำลายหลังเผยแพร่ผลการวิจัยเป็นเวลา 1 ปี

ผลการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและตอบแบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 383 คน พบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 74.15 เป็นเพศชายร้อยละ 25.85 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41–50 ปี ร้อยละ 33.42 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 51–60 ปี ร้อยละ 28.46 และช่วงอายุ 31–40 ปี ร้อยละ 18.28 โดยมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 50.91 รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 26.63 และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 8.88 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.65 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 36.29 และอาชีพค้าขาย ร้อยละ 12.53 โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001–15,000 บาท ร้อยละ 57.70 รองลงมาคือ ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 34.73 มีประสบการณ์ในการเป็น อสม. มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 35.51 รองลงมา คือ 6–10 ปี ร้อยละ 34.99 และ 1–5 ปี ร้อยละ 29.50 ในขณะที่ประวัติการอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า เคยได้รับการอบรมมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 42.56 ไม่เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 37.86 และเคยได้รับการอบรมมากว่า 2 ครั้งร้อยละ 19.58

สำหรับผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า อสม. มีความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$=7.86, SD=1.35) สำหรับผลการศึกษาความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า อสม. มีความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$=12.70, SD=1.75) และผลการศึกษาความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า อสม. มีความรอบรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$= 3.78, SD=0.78) โดยสามารถสรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ ดังนี้

1) ระดับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร

จากการศึกษา พบว่า อสม. มีความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.78, SD=0.78) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านการเข้าถึงข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.78, SD=0.84) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม พบว่า "ท่านสามารถใช้อุปกรณ์โทรศัพท์ เช่น มือถือ แท็ปเล็ต หรือคอมพิวเตอร์ ในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาในครัวเรือนและชุมชนของท่านได้" มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\overline{X}$=3.90, SD=0.80) และข้อคำถาม "ท่านสามารถค้นหาข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งใคร" มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\overline{X}$=3.62, SD=0.94)

ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.80, SD=0.79) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าคำถาม "ท่านทราบและเข้าใจถึงปัญหามูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน" มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\overline{X}$=3.89, SD=0.73) และคำถาม "ท่านติดตามข่าวสารจนรู้และเข้าใจคำศัพท์ทางวิทยาศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหามูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019" มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\overline{X}$=3.66, SD=0.79)

ด้านการซักถามแลกเปลี่ยนข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.84, SD=0.78) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าคำถาม "ท่านเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามประกาศ หรือคำแนะนำในคู่มือ เอกสารสิ่งพิมพ์ แผ่นพับ ที่เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019" มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\overline{X}$=3.86, SD=0.80) และ "ท่านมักสอบถามผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับประเด็นปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อยืนยันความเชื่อหรือความเข้าใจของท่าน" มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\overline{X}$=3.82, SD=0.76)

ด้านการตรวจสอบข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.70,SD=0.73) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าคำถาม "เมื่อได้รับข้อมูลใหม่ๆ ถึงวิธีจัดการความเสี่ยงหรือปัญหาจากมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านมักตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนที่จะตัดสินว่าทำได้จริง" มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\overline{X}$=3.80, SD=0.78) และคำถาม "ท่านมักศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลปัญหาความเสี่ยงหรือผลกระทบจากมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนที่จะเชื่อหรือลงมือแก้ปัญหานั้น" มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\overline{X}$=3.62, SD=0.68)

ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.80, SD=0.79) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าคำถาม "ท่านนำข้อมูลความรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยและชุดทดสอบ Antigen Test Kit (ATK) ที่มีอยู่มาใช้จัดการสภาพแวดล้อมในครัวเรือนและชุมชนให้ปลอดภัย เพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพดีได้" มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\overline{X}$=3.86,

SD=0.74) และคำถาม “ท่านมีข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ที่ถูกต้อง มาใช้ในการช่วยเหลือผู้อื่นที่ได้รับผลกระทบได้” มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\overline{X}$=3.70, SD=0.77)

2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร

จากการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร คือ อายุ (β=-0.299, t=-0.510, p=0.001) อาชีพ (β=1.46, t=2.13, p=0.34) รายได้ต่อเดือน (β=3.44, t=2.37, p=0.18) และประสบการณ์ในการเป็น อสม. (β=0.27, t=2.58, p=0.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.05 โดยเมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่มีอำนาจในการทำนายการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ดีที่สุดคือ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน และประสบการณ์ในการเป็น อสม. ตามลำดับรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value
	β	SE	Beta		
(Constant)	97.451	4.232		23.026	0.000*
อายุ	-.299	0.694	0.593	-0.510	0.001*
อาชีพ	1.462	0.685	0.108	2.133	0.034*
รายได้ต่อเดือน	3.438	1.448	0.122	2.374	0.018*
ประสบการณ์ในการเป็น อสม.	-.269	0.105	-0.133	-2.576	0.010*
R = 0.227 R^2 = 0.052 Adjusted R^2 0.044 SEE = 16.357 F Change = 4.551 p-value = 0.034					

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร โดยสถิติถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise จำแนกรายด้าน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้านการเข้าถึงข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ อสม. มีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือน และอาชีพ สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 6.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ด้านความเข้าใจข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ อสม. มีจำนวน 1 ตัวแปร คือ อายุ สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 1.7 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ด้านการซักถามแลกเปลี่ยนข้อมูล

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ อสม. มีจำนวน 2 ตัวแปร คือ อายุ และรายได้ต่อเดือน สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 4.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศของ อสม. มีจำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ ประสบการณ์ในการเป็น อสม. และอาชีพ สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 2.6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม มีจำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ ประสบการณ์ในการเป็น อสม. และอาชีพ สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 2.6 ปัจจัยทั้งหมดมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ p=0.05

3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อกับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อกับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร โดยการทดสอบไคสแควร์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อกับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร

ปัจจัย	ระดับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (ร้อยละ)			รวม	Pearson's Chi-square	df	p-value
	น้อย	ปานกลาง	ดี				
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					**15.234**	**4**	**0.004***
ระดับน้อย	33.33	4.57	0.98	2.87			
ระดับปานกลาง	—	26.86	25.37	25.85			
ระดับดี	66.67	68.57	73.66	71.28			
รวม	**100**	**100**	**100**	**100**			

ตารางที่ 2 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อกับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร

ปัจจัย	ระดับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (ร้อยละ)			รวม	Pearson's Chi-square	df	p-value
	น้อย	ปานกลาง	ดี				
ความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ					**2.322**	**4**	**0.677**
ระดับน้อย	—	0.57	—	0.26			
ระดับปานกลาง	33.33	12.57	13.66	13.32			
ระดับดี	66.67	86.86	86.34	86.42			
รวม	**100**	**100**	**100**	**100**			

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาระดับความรอบรู้และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร พบว่า อสม. ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$=7.86, SD=1.35) มีความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$=12.70, SD=1.75) และมีความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.78, SD=0.78) ซึ่งยังไม่เพียงพอในการดูแลป้องกันสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ จำเป็นที่ต้องได้รับการเรียนรู้เพื่อสร้างความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้น ควรมีกิจกรรมสร้างความรอบรู้ติดต่อกันอย่างน้อย 3-5 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันไม่เกิน 1-2 สัปดาห์ โดยเน้นการฝึกกระบวนการคิด และทักษะให้ครบทุกองค์ประกอบของความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ด้วยเทคนิคการจัดการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง การทำกิจกรรมกลุ่มโดยใช้สถานการณ์จำลอง การฝึกทักษะการสื่อสารเชิงบวกด้วยกรเจรจาต่อรอง การฝึกพูดโน้มน้าวใจให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้อง เหมาะสม และยั่งยืน โดยกำหนดเนื้อหาตามองค์ประกอบให้ครบทั้ง 5 ด้านโดยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 คือ อายุ (β=-0.299, t=-0.510, p=0.001) อาชีพ (β=1.46, t=2.13, p=0.34) รายได้ต่อเดือน (β=3.44, t=2.37, p=0.18) และประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (β=0.27,

t=2.58, p=0.10) เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่มีอำนาจในการทำนายการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ดีที่สุด คือ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน และประสบการณ์ในการเป็น อสม. ตามลำดับ รวมทั้งพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากข้อสรุปที่ได้จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า อสม. ในพื้นที่จังหวัดพิจิตรมีระดับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งยังไม่เพียงพอในการดูแลป้องกันสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ อาจมีสาเหตุเนื่องจากข้อจำกัดด้านอายุของ อสม. ที่ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41–60 ปี กล่าวคือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง จดจำสิ่งที่ได้เรียนรู้ได้น้อย รวมทั้งความสามารถในการสืบค้นข้อมูล ความสามารถในการเรียนรู้และจดจำข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีทำได้น้อยลงและมีข้อจำกัดมากขึ้น เมื่อเทียบกับ อสม. ที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญมาศ ทองมูลเล็ก[12] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับและการใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ในสังคมไทย ที่พบว่าอายุแปรผกผันกับการยอมรับเทคโนโลยี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคนที่มีอายุน้อยหรือคนรุ่นใหม่มีการดำเนินชีวิตในสังคมที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้มีความคุ้นเคยกับเทคโนโลยีเป็นอย่างดีจึงมีการยอมรับและใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ในระดับที่มาก ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุจะเข้าถึงเทคโนโลยีได้ค่อนข้างยากไม่ค่อยมีประสบการณ์ในการใช้งาน ทำให้มีการยอมรับและการใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์น้อย ในขณะที่ประสบการณ์ในการเป็น อสม. ที่ต่างกัน มีระดับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แตกต่างกัน โดยพบว่า อสม. ที่มีประสบการณ์ต่ำกว่า 10 ปี มีระดับความรอบรู้มากกว่า อสม. ที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีประสบการณ์น้อยจะมีความรอบรู้มากกว่าบุคคลที่มีประสบการณ์มาก อาจเป็นเพราะการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นปัญหาใหม่ทำให้ความสนใจและศักยภาพในการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจในคำศัพท์ใหม่ๆ การวิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูลของ อสม. ที่มีประสบการณ์น้อยๆหรืออายุน้อย สามารถทำได้รวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประทุม สีดาจิตต์[13] ที่พบว่ากลุ่ม อสม. ที่มีประสบการณ์การต่ำกว่า 13 ปี มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยรวม ด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม มากกว่า อสม. ที่มีประสบการณ์ตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. หน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น ศูนย์อนามัย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรจัดให้มีโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ที่เหมาะสมกับช่วงอายุและความสามารถของ อสม. ตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. ควรพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านอื่นๆ เพิ่มเติมให้กับกลุ่ม อสม. เพื่อเป็นการถ่ายทอดความรู้ต่างๆ และเพื่อให้กลุ่ม อสม. มีการตื่นตัวและมีความตระหนักต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มากขึ้น

3. ควรถอดบทเรียนในการดำเนินการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ที่ผ่านมา ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและด้านอื่นๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและพัฒนาการดำเนินงานในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เนื่องจากการประเมินระดับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังเป็นประเด็นใหม่และการศึกษาวิจัยยังไม่แพร่หลายมากนัก ดังนั้น ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ควรนำมาใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการกำหนดแนวทาง และรูปแบบในการพัฒนาความรู้ รวมทั้งการสร้างความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสมสำหรับ อสม. ในเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร และใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนหรือข้อมูลอ้างอิง ซึ่งเป็นประโยชน์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และบุคคลที่สนใจนำไปใช้หรือประยุกต์ใช้ในการกำหนดนโยบาย และกำหนดแนวทางในการพัฒนาความรู้ แนวทางการสร้างความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อทั้งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสถานการณ์ปกติที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเองได้

2. กำหนดให้ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญกับรูปแบบและกระบวนการสร้างความรอบรู้ให้กับ อสม. โดยต้องคำนึงถึงข้อจำกัดด้านความสามารถ การรับรู้ข้อมูล และการเข้าถึงข้อมูลตามช่วงอายุและประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. เป็นหลัก

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านอื่นๆ เพิ่มเติมและควรเพิ่มการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและครอบคลุมประเด็นที่ศึกษาเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Finn S, O'Fallon L. The Emergence of Environmental Health Literacy-From Its Roots to Its Future Potential. Environ Health Perspect. 2017;125(4):495-501. doi:10.1289/ehp.1409337
2. กองแผนงาน กรมอนามัย. แผนปฏิบัติการกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2565 มิ.ย. 1]. เข้าถึงได้จาก: http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/GENERAL/DATA0003/00003851.PDF
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม.ยุคใหม่. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.

4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพอาสมัครสาธารณสุข ปี 2550. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
5. Announcement of the Ministry of Public Health. Rules, procedures and conditions for medical mask importation for personnel in their own business for use in case of infection SARS-CoV-2 (Pathogen COVID-19) received exemptions under section 27 (8) of the Medical Device Act 2008. Government gazette. volume 137, special episode 98; 2020. (In Thai)
6. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค.30]. เข้าถึงได้จาก: https://envmanifest.anamai.moph.go.th/?wasteRegion
7. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
8. Gray KM. From Content Knowledge to Community Change: A Review of Representations of Environmental Health Literacy. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(3):466. Published 2018 Mar 7. doi:10.3390/ijerph15030466
9. Marsili D, Comba P, De Castro P. Environmental health literacy within the Italian Asbestos Project: experience in Italy and Latin American contexts. Commentary. Ann Ist Super Sanita. 2015;51(3):180-182. doi:10.4415/ANN_15_03_02
10. Suades-González E, Gascon M, Guxens M, Sunyer J. Air Pollution and Neuropsychological Development: A Review of the Latest Evidence. Endocrinology. 2015;156(10):3473-3482. doi:10.1210/en.2015-1403
11. Yamane T. Statistics, An Introductory Analysis.2nd ed., New York: Harper and Row; 1967.
12. ธัญมาศ ทองมูลเล็ก, ปรีชา วิจิตรธรรมรส. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับ และการใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ในสังคมไทย. วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2560; 5(4):114-23].
13. ประทุม สีดาจิตต์, จิตติมา รอดสวาสดิ์. การประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ จากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มิ.ย. 1] เข้าถึงได้จาก: https://hia.anamai.moph.go.th/th/km/205869

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย ในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ศศิวิมล จันทร์มาลี[*a], พัชรินทร์ แตงอ่อน[**], ขวัญยุพา ม่วงงาม[**], พัณณิตา แขกพงษ์[**], จิรภาส หอมจิตสุขฤทัย[**], ชนินันท์ ประเสริฐไทย[*]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างคือประชากรในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย ระยะเวลาทดลอง 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคู่มือและชมวีดีทัศน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired sample t-test และ Independent sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.5 และระดับระดับปานกลาง ร้อยละ 95.0 ตามลำดับ หลังเข้าร่วมโปรแกรมระดับความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ร้อยละ 65.0 และระดับดี ร้อยละ 80.0 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยมากกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ65.0 และร้อยละ 80.0 ตามลำดับ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สรุปผลได้ว่าการจัดโปรแกรมนี้มีผลทำให้ระดับความรู้และทัศนคติของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสามารถนำผลที่ได้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนต่อไปได้

คำสำคัญ : การจัดการขยะมูลฝอย; ความรู้; ทัศนคติ; โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติ

---

[*] อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

[**] สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

[a] Corresponding author : ศศิวิมล จันทร์มาลี Email : sasiwimol.chan@vru.ac.th

รับบทความ: 17 พ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 9 ธ.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 9 ธ.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 18 ม.ค. 66

Effect of Knowledge and Attitudes for Solid Waste Management Program in Khao Ngam Subdistrict, Wang Noi District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

Sasiwimol Chanmalee[*a], Patcharin Thang-on[**], Kwanyupa Muang-ngam[**], Pannita Kahkpong[**], Jirapas Homchitsukruethai[**], Chaninan Praserttai[*]

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to investigate the effect of a program to improve knowledge and attitudes for solid waste management in Khao Ngam subdistrict, Wang Noi district, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. Samples were 80 persons drawn from residences in this area with 40 persons randomly assigned to experimental and the control groups equally. The experimental group was provided with knowledge and attitudes for solid waste management program for 3 weeks, with 1 session each week. The control group was provided with manual and video clips on this issue. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, paired sample t-test and independent sample t-test at p-value=0.05. The results showed that knowledge and attitude levels before attending the program were both at a moderate level (at 47.5% and 95.0% respectively). After attending the program, both their knowledge and attitude levels increased to a high level (65.0%) and a good level (80.0%). Average knowledge and attitude scores comparing between before and after attending the program were significantly higher at p-value<0.05. When comparing with the control group, it was found that average knowledge and attitude levels of the experimental group after attending the program was significantly higher than those in the control group at 65.0 and 80.0 percent, respectively at p-value<0.05). It can be concluded that the program was effective in changing knowledge and attitude levels and can be used to promote solid waste management behavior in the future.

Keywords : Solid waste management; Knowledge; Attitude; Knowledge and attitude promotion program

[*] Lecturer, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

[**] Bachelor of Public Health Graduate, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

[a] Corresponding author : Sasiwimol Chanmalee Email : sasiwimol.chan@vru.ac.th

Received: Nov. 17, 22; Revised: Dec. 9, 22; Accepted: Dec. 9, 22; Published Online: Jan. 18, 23

บทนำ

ปัญหาขยะมูลฝอยเป็นปัญหาที่สำคัญของไทยมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน พบว่าปริมาณของขยะมูลฝอยมีเพิ่มมากขึ้นในทุกปี ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร การขยายตัวของเศรษฐกิจและความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี ทำให้ลักษณะการใช้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดปริมาณของเหลือทิ้งเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเมืองหลวงและชุมชนขนาดใหญ่ ปัญหาจากขยะมูลฝอยเป็นต้นเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาในด้านต่างๆ เช่น เป็นแหล่งพาหะนำโรค และทำให้ทัศนียภาพไม่สวยงาม[1] นอกจากนี้การดำเนินการที่ผ่านมาของการจัดการขยะมูลฝอยไม่ได้คำนึงถึงการเตรียมพร้อมในการบริหารจัดการในระยะยาว เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านโครงสร้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งบประมาณ บุคลากร และอุปกรณ์ การดำเนินการส่วนใหญ่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีลักษณะต่างคนต่างทำ การจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางมีจำกัดและไม่ต่อเนื่องทำให้วิธีการดำเนินงานหรือแนวทางปฏิบัติแตกต่างกันเกิดปัญหาซ้ำซ้อนเกิดความไม่คล่องตัวในการบริหารจัดการจึงทำให้คนบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศไทยไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร สถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนในประเทศไทยปี 2559 ขยะมูลฝอยในชุมชนที่เกิดขึ้น 27.06 ล้านตันต่อปี หรือประมาณ 74,130 ตันต่อวัน นอกจากนี้มีขยะเก่าตกค้างสะสมในสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยทั่วประเทศอีกจำนวนมากที่ยังดำเนินการจัดการอย่างไม่ถูกต้องอีกประมาณ 9.96 ล้านตันต่อปี[2] และปริมาณขยะมูลฝอยในปี 2560 เกิดขึ้นประมาณ 28.21 ล้านตันต่อปี ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.15 ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่ออัตราการเกิดขยะมูลฝอยชุมชนในปัจจุบัน[3,4] โดยสถานการณ์ปัญหาขยะมูลฝอยในปัจจุบันของเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา พบว่าเทศบาลพระนครศรีอยุธยามีพื้นที่ทั้งหมด 14.84 ตารางกิโลเมตร มีการจัดการปัญหาขยะมูลฝอยโดยมีพื้นที่ฝังกลบขยะมูลฝอยตั้งอยู่ที่ตำบลบ้านป้อม อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งต้องรองรับขยะที่เกิดขึ้นถึงวันละ 140 ตันต่อวัน สภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน มีกองขยะกองเป็นภูเขา มีขยะตกค้างรอการกำจัดจำนวนมาก นอกจากนี้การกำจัดขยะของเทศบาลยังไม่มีระบบการจัดการที่ได้รับการออกแบบก่อสร้างอย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลและการรักษาสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดปัญหาน้ำชะมูลฝอยไหลออกนอกบริเวณกองขยะส่งกลิ่นเหม็นรบกวนประชาชนที่อาศัยในบริเวณใกล้เคียง ประชาชนในพื้นที่จึงมีการร้องเรียนปัญหา เนื่องจากได้ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชนรอบๆ กองขยะ โดยมีความสกปรกส่งกลิ่นรบกวน สร้างความเดือดร้อนน่ารำคาญให้กับประชาชนในชุมชนและเป็นบ่อเกิดของการแพร่กระจายของเชื้อโรคต่างๆ และเป็นการทำลายภาพลักษณ์ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่เป็นเมืองแห่งวัฒนธรรมและมรดกโลก[5]

ในปัจจุบันองค์การบริหารส่วนตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 0.95 ตันต่อวัน รถเก็บขยะสามารถเก็บรวมขยะมูลฝอยเพื่อไปกำจัดในพื้นที่ได้ประมาณ 0.10 ตันต่อวันเท่านั้น และมีปริมาณขยะมูลฝอยที่ตกค้างอีกจำนวน 0.85 ตันต่อวัน โดยประชาชนนำขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในครัวเรือนและที่เก็บรวบรวมได้ไปกำจัดเอง นั้นทำให้ปริมาณของขยะมูลฝอยตกค้างมากขึ้น คาดการณ์ว่าในอนาคตที่จะเกิดขึ้นจะมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล

ข้าวงาม มีจำนวนประชากรที่เพิ่มสูงขึ้นในทุกปีและมีปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ทำให้มีการอุปโภคบริโภคที่มากขึ้นจึงส่งผลให้ปริมาณขยะมูลฝอยจากครัวเรือนมากขึ้นตามไปด้วย แต่ประชากรส่วนใหญ่ขาดความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการจัดการขยะมูลฝอย และยังใช้วิธีการเผาหรือนำขยะไปเทกองรวมกัน เห็นได้จากปริมาณของขยะมูลฝอยทั้ง 4 หมู่ ซึ่งมีอัตราที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งขยะส่วนใหญ่นั้นเป็นขยะที่ย่อยสลายได้ยาก เช่น กล่องโฟม ถุงพลาสติก ขวดพลาสติก และขยะอันตราย ขยะเหล่านี้ก่อให้เกิดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม และยังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของเชื้อโรค ตลอดจนเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยที่รอการแก้ไขมาอย่างยาวนาน ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพของประชากรในชุมชน จากเหตุปัจจัยดังกล่าวข้างต้นทำให้ปัญหาเรื่องการจัดการขยะมูลฝอยยากที่จะควบคุมและแก้ไข[6] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญต่อการจัดการขยะมูลฝอยในตำบลข้าวงามและได้นำแนวคิดแบบจำลองความรู้ทัศนคติและพฤติกรรม (KAP) นำมาประยุกต์ใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest–posttest design) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชากรที่อาศัยในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีจำนวน 4 หมู่ มีประชากรรวมทั้งหมด 2,438 คน โดยแบ่งออกเป็น เพศชายจำนวน 1,179 คน เพศหญิงจำนวน 1,259 คน และมีจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 700 หลังคาเรือน[6] โดยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน โดยแบ่งเป็นประชากรเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน ใช้การชักตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยประกอบด้วย การชักตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อเลือกหมู่บ้านในการกำหนดกลุ่มทดลองได้แก่หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 4 และกลุ่มควบคุม ได้แก่ หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 2 และการชักตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ตามที่ได้รับความร่วมมือ และมีเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นเพศชายและหญิง ที่อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และมีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการจัดโปรแกรม โดยมีการนำ

แบบจำลองความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP) มาปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับความสำคัญ ประโยชน์ และทัศนคติที่ดีต่อการคัดแยกและการจัดการขยะมูลฝอย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง[7-9] มาเป็นแนวคิดในการในการสร้างแบบสอบถามในงานวิจัยนี้ แล้วนำไปเป็นข้อมูลในการสร้างแบบสอบถาม โดยจำแนกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- **ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไป** ซึ่งประกอบด้วย หมู่ จำนวนประชากรในครัวเรือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน สถานภาพในชุมชน เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวน 8 ข้อ
- **ส่วนที่2 ความรู้ต่อการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนของประชาชนด้านการจัดการขยะ** โดยแบ่งเป็น 2 ตัวเลือกคือ ถูก และ ผิด จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามที่เป็นเชิงบวก (ใช่ =1, ไม่ใช่=0) และข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ (ใช่=0, ไม่ใช่=1) และกำหนดเกณฑ์พิจารณาในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ การแปลผลพิจารณาจากเกณฑ์ของบลูม[10] คือ มีความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 80-100; 7–10คะแนน), ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61-79; 4–6 คะแนน) และความรู้ระดับต่ำ (ร้อยละ 60; 0–3 คะแนน)
- **ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน** มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนเป็นข้อคำถามเชิงบวก (5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน) และข้อคำถามเชิงลบ (1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน) ตามลำดับ และแปลผลคะแนนพิจารณาจากเกณฑ์ของเบสท์[10] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ทัศนคติดี (3.68–5.00 คะแนน) ทัศนตติปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และทัศนคติไม่ดี (1.00–2.33 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยพิจารณารายข้อ (Index of item-objective congruence: IOC) และความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) โดยนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้และทัศนคต่อการจัดการขยะมูลฝอย ที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรในตำบลบึงกาสามสาม อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ต่อการจัดการขยะมูลฝอยเท่ากับ 0.65 และสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยเท่ากับ 0.75

การดำเนินการวิจัย

รูปแบบในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษางานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest–posttest design) เพื่อศึกษาผลของ

โปรแกรมการให้ความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย ตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยได้มีการนำแบบจำลองความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP) มาปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับความสำคัญ ประโยชน์ และทัศนคติที่ดีต่อการคัดแยกและการจัดการขยะมูลฝอย โดยมีระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 รวมเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 4 เดือน โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. สัปดาห์ที่ 1 จัดโปรแกรมการให้ความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย โดยใช้แบบสอบถามการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย, โปสเตอร์ขยะ 4 ประเภท, โปสเตอร์แนะนำความรู้การคัดแยกขยะให้ถูกวิธี, บรรยายและให้ความรู้ ประกอบสื่อนำเสนอในหัวข้อเรื่องการจัดการขยะมูลฝอย และกิจกรรมถาม-ตอบเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้
2. สัปดาห์ที่ 2 บรรยายและเสริมสร้างความรู้เรื่องแหล่งที่มาของขยะ ประเภทของขยะ สัญลักษณ์เกี่ยวกับขยะ ขยะในชีวิตประจำวันให้แก่ประชากรกลุ่มทดลองและแจกสื่อสิ่งพิมพ์ (คู่มือ) เรื่องการแยกขยะที่มีประสิทธิภาพร่วมกับการเปิดวีดีทัศนให้ประชากรกลุ่มควบคุมและจัดกิจกรรมเกมส์เสริมสร้างความรู้เรื่องประเภทของขยะมูลฝอย
3. สัปดาห์ที่ 3 ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย
4. สรุปผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
5. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การใช้ Paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติภายในกลุ่มต่อการจัดการขยะมูลฝอยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และใช้ Independent sample t-test เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติระหว่างกลุ่มต่อการจัดการขยะมูลฝอยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p=0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาวิธีการดำเนินการวิจัยและประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยอย่างละเอียด ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์พิจารณาในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระโดยไม่มีผลเสียหรือเงื่อนไขและสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับและผลการศึกษาที่ได้นำเสนอในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแสดง จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การอาศัยอยู่ในชุมชน สถานภาพส่วนใหญ่ เพศ อายุ การประกอบ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปในชุมชนของกลุ่มทดลอง (n=40) และกลุ่มควบคุม (n=40) ในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ข้อมูลทั่วไปในชุมชน	กลุ่มทดลอง n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		
1-3 คน	21 (52.5)	8 (20.0)
4-6 คน	18 (45.0)	24 (60.0)
7-9 คน	1 (2.5)	7 (17.5)
10-12 คน	0 (0)	1 (2.5)
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน		
21-49 ปี	24 (60.0)	23 (57.5)
50- 79 ปี	15 (37.5)	11 (27.5)
80 ปีขึ้นไป	1 (2.5)	2 (5.0)
สถานภาพในชุมชน		
ผู้นำชุมชน/กรรมการชุมชน	7 (17.5)	3 (7.5)
นักวิชาการสาธารณสุขชุมชน/อสม.	6 (15.0)	8 (20.0)
ประชาชนทั่วไป	27(67.5)	29 (72.5)
เพศ		
ชาย	28 (70.0)	16 (40.0)
หญิง	12 (30.0)	24 (60.0)
อายุ		
18-25 ปี	0 (0)	5 (12.5)
26-33 ปี	4 (10.0)	6 (15.0)
34-41 ปี	15 (37.5)	14 (35.0)
42-49 ปี	15 (37.5)	7 (17.5)
50-57 ปี	4 (10.0)	4 (10.0)
58-65 ปี	2 (5.0)	1 (2.5)
74-81 ปี	0 (0)	2 (5.0)

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปในชุมชนของกลุ่มทดลอง (n=40) และกลุ่มควบคุม (n=40) ในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ข้อมูลทั่วไปในชุมชน	กลุ่มทดลอง n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0 (0)	6 (15.0)
รับจ้าง	9 (22.5)	12 (30)
บริษัท/เอกชน	2 (5.0)	5 (12.5)
เกษตรกร	23 (57.5)	11 (27.5)
รับจ้าง	9 (22.5)	12 (30.0)
ค้าขาย	6 (15.0)	0 (0)
แม่บ้าน	0 (0)	1 (2.5)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5000 บาท	0 (0)	17 (42.5)
5,000–10,000	29 (72.5)	18 (45.0)
10,001 บาทขึ้นไป	11 (27.5)	15 (12.5)

ผลการวิเคราะห์ความรู้ต่อการจัดการขยะมูลฝอย พบว่า ในกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดคือ “ขยะมีทั้งหมด 4 ประเภท (ขยะย่อยสลาย ขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย)” จำนวน 29 คน (72.5%) ข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุดคือ“กลุ่มถังขยะสีน้ำเงิน คือถังใส่ขยะที่ย่อยสลายได้ เช่น เศษอาหาร ใบไม้ ผัก” จำนวน 27 คน (67.5%) หลังเข้าร่วมโปรแกรมข้อคำถามที่กลุ่มทดลองตอบถูกมากที่สุดคือ “ขยะเป็นต้นเหตุทำให้สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมหรือทำให้ชุมชนไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยและเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรค” จำนวน 36 คน (90.0%) และข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุด คือ “ขยะเปียกสามารถนำมาทำปุ๋ยหมักได้” จำนวน 28 คน (70.0%)

ในกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด คือ “การนำพลาสติกและกล่องโฟมไปเผาเป็นการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ และถ่านไฟฉาย/แบตเตอร์รี่รถยนต์ สามารถทิ้งรวมกับขยะทั่วไปได้” จำนวน 27 คน (67.5%) และข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุดคือ “ถังขยะสีน้ำเงิน คือถังใส่ขยะที่ย่อยสลายได้ เช่น เศษอาหาร ใบไม้ ผัก” จำนวน 27 คน (67.5%) ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ข้อคำถามที่กลุ่มควบคุมตอบถูกมากที่สุดคือ “ขยะมีทั้งหมด 4 ประเภท (ขยะย่อยสลาย ขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย)” จำนวน 39 คน (97.5%) ส่วนข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุดคือ “ถ่านไฟฉาย/แบตเตอร์รี่รถยนต์สามารถทิ้งรวมกับขยะทั่วไปได้” จำนวน 33 คน (82.5%)

คะแนนความรู้ต่อการจัดการขยะมูลฝอยของกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 1.88 คะแนน คะแนนสูงสุด 3 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 19 คน (47.5%) รองลงมา มีความรู้ระดับต่ำ จำนวน 13 คน (32.5%) และความรู้ระดับมาก จำนวน 8 คน (20.0%) และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 2.63 คะแนน คะแนนสูงสุด 3 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก จำนวน 26 คน (65.0%) รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 13 คน (32.5%) และความรู้ระดับต่ำ จำนวน 1 คน (2.5%) สำหรับกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 2.10 คะแนน คะแนนสูงสุด 3 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 30 คน (75.0%) รองลงมา มีความรู้ระดับมาก จำนวน 7 คน (17.5%) และความรู้ระดับต่ำ จำนวน 3 คน (7.5%) และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 2.03 คะแนน คะแนนสูงสุด 3 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 31 คน (77.5%) รองลงมา มีความรู้ระดับมาก จำนวน 5 คน (12.5%) และความรู้ระดับต่ำจำนวน 4 คน (10.0%) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ต่อการจัดการขยะมูลฝอย ในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=80)

ระดับความรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
มาก	8 (20.0)	26 (65.0)	7 (17.5)	5 (12.5)
ปานกลาง	19 (47.5)	13 (32.5)	30 (75.0)	31 (77.5)
ต่ำ	13 (32.5)	1 (2.5)	3 (7.5)	4 (10.0)
Mean	1.88	2.63	2.10	2.03
SD	0.114	0.085	0.078	0.076

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ข้อคำถามที่กลุ่มทดลองตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มากที่สุดคือ “ท่านคิดว่าเศษอาหารที่เหลือจากการบริโภคภายในภาชนะไม่ควรล้างไปกับท่อน้ำทิ้ง” จำนวน 15 คน (35.5%) ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มทดลองตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” น้อยที่สุดคือ “ท่านไม่ต้องการให้มีการคัดแยกขยะในครัวเรือนของท่าน” จำนวน 2 คน (5.0%) สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ข้อคำถามที่กลุ่มควบคุมตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มากที่สุดคือ “ท่านคิดว่าเศษอาหารที่เหลือจากการบริโภคภายในภาชนะไม่ควรล้างไปกับท่อน้ำทิ้ง” จำนวน 15 คน (35.5%) ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มควบคุมตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” น้อยที่สุด ได้แก่

“การคัดแยกขยะครัวเรือนไม่จำเป็นสำหรับท่าน” “ท่านไม่ต้องการให้มีการคัดแยกขยะในครัวเรือนของท่าน” และ “ท่านยินดีที่จะลดขยะเปียกในชุมชนโดยการนำขยะเปียกในบ้านมาทำปุ๋ยหมัก” จำนวน 2 คน (5.0%)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มทดลองพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ข้อคำถามที่กลุ่มทดลองตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ “ท่านคิดว่าเศษอาหารที่เหลือจากการบริโภคภายในภาชนะไม่ควรล้างไปกับท่อทิ้งน้ำ” จำนวน 9 คน (22.5%) “การแก้ปัญหาขยะเป็นหน้าที่ของหน่วยงานราชการเพียงอย่างเดียว” จำนวน 8 คน (20.0%) และ “ท่านไม่ต้องการให้มีการคัดแยกขยะในครัวเรือนของท่าน” ท่านคิดว่าการนำขยะมารีไซเคิลเป็นการลดมลพิษช่วยให้ชุมชนสะอาดมากขึ้น” และ “ท่านคิดว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีหากมีโครงการ/กิจกรรมการคัดแยกขยะในชุมชน” จำนวน 5 คน (12.5%)

สำหรับข้อคำถามที่กลุ่มควบคุมตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ “ท่านคิดว่าเศษอาหารที่เหลือจากการบริโภคภายในภาชนะไม่ควรล้างไปกับท่อน้ำทิ้ง” จำนวน 15 คน (35.5%) “การแก้ปัญหาขยะเป็นหน้าที่ของหน่วยงานราชการเพียงอย่างเดียว” และ “ท่านคิดว่าไม่จำเป็นต้องทิ้งขยะลงถังขยะตามชนิดของถังที่เจ้าหน้าที่จัดเตรียมไว้ให้” จำนวน 12 คน (30.0%) และ “หากท่านมีภาชนะพลาสติกที่ไม่ใช้งานแล้วท่านคิดว่าจะนำไปแยกไว้ขายกับผู้รับซื้อของเก่า” และ “การรณรงค์เกี่ยวกับการคัดแยกขยะก่อนทิ้งของหน่วยงานราชกาลต่างๆท่านคิดว่าเป็นเรื่องที่ดีและช่วยให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชนของท่าน” จำนวน 9 คน (22.5%)

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย 1.95 คะแนน คะแนนสูงสุด 2 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน โดยส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับปานกลาง จำนวน 38 คน (95.0%) รองลงมา มีทัศนคติไม่ดี จำนวน 2 คน (5.0%) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย 2.80 คะแนน คะแนนสูงสุด 3 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน โดยมีทัศนคติในระดับดี จำนวน 32 คน (80.0%) รองลงมามีทัศนคติระดับปานกลาง จำนวน 8 คน (20.0%) สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนร่วมกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย 2.05 คะแนน คะแนนสูงสุด 3 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 2 คะแนน โดยมีทัศนคติในระดับปานกลาง จำนวน 38 คน (95.0%) รองลงมามีทัศนคติในระดับดี จำนวน 2 คน (5.0%) หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย 2.05 คะแนน คะแนนสูงสุด 3 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 2 คะแนน ส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับปานกลาง จำนวน 38 คน (95.0%) รองลงมา มีทัศนคติระดับดี จำนวน 2 คน (5.0 %) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย ในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=80)

ทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย ในตำบลวังน้อย จังหวัด พระนครศรีอยุธยา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
ดี	0	32 (80.0)	2 (5.00)	2 (5.00)
ปานกลาง	38 (95.0)	8 (20.0)	38 (95.0)	38 (95.0)
ไม่ดี	2 (5.0)	0	0	0
Mean	1.95	2.80	2.05	2.05
SD	0.35	0.64	0.35	0.35

ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย 4.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.049 (p-value=0.73) ไม่แตกต่างกัน และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 7.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.884 (t=7.631, p-value=<0.001) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 5.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.528 (p-value= 0.309) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ย 5.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน1.210 (t=0.001, p-value=<0.001) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าทัศนคติก่อนเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย 44.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.705 (p-value=0.004) แตกต่างกันกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 64.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.640 (t=-9.809, p-value=<0.001) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% กลุ่มควบคุม พบว่าทัศนคติก่อนเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 46.95ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.139 (p-value=0.503) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ย 47.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน15.875 (t= 0.676, p-value=<0.001) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยภายในของกลุ่มทดลองและภายในของกลุ่มควบคุม ในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n=80)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	$\overline{X}$	SD	t	p-value	$\overline{X}$	SD	t	p-value
1. ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	4.43	2.049	7.631	0.73	5.35	1.528	0.001	0.309
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	7.25	1.884		<0.001	5.35	1.210		<0.001
2. ทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย	44.00	0.705	-	0.004	46.95	5.193	-	0.503
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	64.73	1.640	9.809	<0.001	47.55	5.875	0.676	<0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม								

ความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.049 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 5.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.528 ความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 7.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.864 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 5.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.210 ความรู้ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (t= 2.288, p-value=<0.001)

ทัศนคติก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 44.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.460 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 46.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.193 ทัศนคติหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 64.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.373 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 47.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.875 ทัศนคติภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (t= 2.171, p-value=<0.001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n=80)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		*t*	p-value
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD		
ความรู้การจัดการขยะมูลฝอย						
กลุ่มทดลอง	4.35	2.049	7.25	1.864		
กลุ่มควบคุม	5.35	1.528	5.35	1.210	2.288	<0.001
ทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย						
กลุ่มทดลอง	44.60	4.460	64.73	10.373		
กลุ่มควบคุม	46.95	5.193	47.55	5.875	2.171	<0.001

อภิปรายผลการวิจัย

ด้านความรู้ต่อการจัดการขยะมูลฝอย

พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยของประชากรในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่า (p-value=<0.001) และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่า (t=2.288, p-value=<0.001) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จึงสามารถอธิบายได้ว่าการจัดโปรแกรมการให้ความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย ในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในส่วนของกิจกรรมการให้ความรู้บรรยายเกี่ยวกับความสำคัญ ประโยชน์ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และส่งเสริมการจัดการขยะมูลฝอยให้ถูกต้องและถูกวิธีโดยใช้คำบรรยายที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน โดยใช้แบบจำลองความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (Knowledge, attitude & practice–KAP) เป็นแบบจำลองที่ใช้อธิบาย ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับความรู้จะทำให้เกิดความรู้เพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิริยะภูมิ จันทร์สุภา[12] ศึกษาผลของโปรแกรมอบรม “Cleaners Safety” ต่อความรู้และพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในพนักงานทำความสะอาด โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 46 คน พบว่าการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานทำความสะอาดก่อนและหลังการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” พบว่าหลังการอบรมพนักงานทำความสะอาดมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อหลังจากการอบรมเพิ่มขึ้นมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม พบว่ามีคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อหลังจากการอบรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ

งานวิจัยของ ธีรวรรณ บุญโทแสง[7] เรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของหมู่บ้านนางแล ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จากประชากรในพื้นที่หมู่บ้านนางแล หมู่ที่ 7 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 1,862 คน โดยเปรียบเทียบชาวบ้านสองกลุ่ม คือกลุ่มชาวบ้านที่อาศัยในพื้นราบ และกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยในพื้นที่สูง ผลการศึกษาพบว่าในการสำรวจความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะของชาวบ้านพบว่าชาวบ้านในพื้นที่มีความรู้ประเภทขยะและโทษของขยะมากกว่าชาวบ้านที่เป็นชาติพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ด้านทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย

พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมประชากรในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่า (p-value=<0.001) และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่า (t=2.171, p-value=<0.001) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จึงสามารถอธิบายได้ว่าการจัดโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอย ต่อความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยของประชากรในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในกิจกรรมเสริมสร้างทัศนคติในเชิงบวก โดยใช้สื่อเป็นการสอน หลังจากที่ให้ความรู้การจัดการขยะมูลฝอยจะให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเล่นเกมส์ตอบคำถามเป็นการสร้างทัศนคติให้ดีขึ้นโดยการให้กลุ่มตัวอย่างเล่นเกมส์และยกธงสี ให้ตรงกับชนิดของสีถังขยะ พร้อมบอกว่าขยะชนิดใดควรทิ้งลงถังขยะสีใด โดยใช้โดยใช้แบบจำลองความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (Knowledge, attitude & practice–KAP) เป็นแบบจำลองที่ใช้อธิบาย ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับความรู้จะทำให้เกิดความรู้เพิ่มขึ้นมีผลทำให้เกิดทัศนคติที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของประยูร วงศ์จันทรา[8] ศึกษาการฝึกอบรมเรื่องการจัดการขยะรีไซเคิล สำหรับนิสิตระดับปริญญาตรี สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตระดับปริญญาตรี สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่าดัชนีประสิทธิผลมีค่าเท่ากับ 0.6989 ก่อนการฝึกอบรมนิสิตมีคะแนนความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับดี หลังการฝึกอบรม มีคะแนนความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลัง พบว่า หลังการฝึกอบรมนิสิตมีความรู้มากกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีทัศนคติก่อนการฝึกอบรมอยู่ในระดับเห็นด้วยหลังการฝึกอบรมอยู่ในระดับเห็นด้วย เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติก่อนและหลังการฝึกอบรม พบว่านิสิตมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จอมจันทร์ นทีวัฒนา[12] เรื่องความรู้และทัศนคติที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการลดขยะชุมชนแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เก็บตัวอย่างจากกลุ่มตัวอย่าง 18 หมู่บ้าน จำนวน 486 คน วิเคราะห์โดย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F-Test และ Pearson’s correlation ผลการศึกษาสหสัมพันธ์เพียร์สันกับพฤติกรรมการลดขยะ พบว่าพฤติกรรมการลดขยะมีสหสัมพันธ์เชิงบวก

อย่างมีนัยสำคัญกับลักษณะส่วนตัว ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อ พฤติกรรมการลดขยะมีสหสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับอายุ สถานภาพ หนังสือพิมพ์ ขยะติดเชื้อและถ่านไฟฉายที่เกิดในครัวเรือน พฤติกรรมการลดขยะมีสหสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับความรู้เรื่องการลดการใช้ การซ่อมแซมและการปฏิเสธไม่ใช้ และมีสหสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับความรู้เรื่องการลดขยะเรื่องการใช้ซ้ำ พฤติกรรมการลดขยะมีสหสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับทัศนคติ คือการลดขยะจากครัวเรือน การลดการซื้อของที่ไม่จำเป็น การลดขยะตามหลัก 5R การลดการใช้ การใช้ซ้ำ การนำกลับมาใช้ใหม่ การซ่อมแซม และการปฏิเสธไม่ใช้ และพฤติกรรมการลดขยะไม่มีสหสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับทัศนคติ

สรุปผลการวิจัย

ระดับความรู้ต่อการจัดการขยะมูลฝอยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีจำนวนมากที่สุด คือ ความรู้ระดับปานกลางจำนวน 19 (ร้อยละ 47.5) ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายในกลุ่มทดลอง (t=-7.631, p=<0.001) และกลุ่มควบคุม (t=0.001, p=<0.001) ทดสอบด้วยสถิติ Independent samples t-test เพื่อทดลองหาค่าเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (t=2.228, p=<0.001) พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีจำนวนมากสุด คือ มีทัศนคติปานกลางจำนวน 38 ราย (ร้อยละ 95.0) และภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีจำนวนมากสุด คือ มีทัศนคติดี จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 80.0) ทดสอบด้วยสถิติ Paired sample t-test เพื่อหาค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติภายในกลุ่มทดลอง (t=-9.809, p=<0.001) และกลุ่มควบคุม (t=0.676, p=<0.001) ทดสอบด้วยสถิติ Independent samples t-test เพื่อทดลองหาค่าเฉลี่ยทัศนคติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (t=2.171, p=<0.001) พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการวิจัยผลของโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยต่อความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยของประชากรในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีการศึกษาผลของพฤติกรรมและมีการติดตามประเมินผลในระยะยาวและควรการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีส่วนร่วมโดยการนำสื่อการให้ความรู้และในการทำกิจกรรมผู้วิจัยสามารถมีส่วนร่วมกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ง่ายยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. คู่การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพกรณีการจัดการขยะมูลฝอย. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2553.
2. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ; 2560.
3. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. การจัดการขยะมูลฝอยในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2562.
4. ยุวัฒน์ วุฒิเมธี, ศุภวรณ ภิรมย์ทอง. การจัดการปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชนเทศบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ. 2558; 8(2):7-29.
5. ศุภกร ลิ้มคุณธรรมโม, เกรียงไกร ด่านชัยวิจิตร, อดิศัย วรรธนะภูติ, วิทยา นามเสาร์, ดำรงค์ศักดิ์ หัตถศาสตร์, พิทักษ์ ศิริวงศ์. แนวทางในการเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของพระนครศรีอยุธยา กรณีศึกษา “การบูรณาการการบริหารศูนย์บริการท่องเที่ยวครบวงจร”. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา. 2559; 10(2):22-35.
6. องค์การบริหารส่วนตำบลข้าวงาม. รายงานข้อมูลขยะมูลฝอยปี 2562. พระนครศรีอยุธยา: องค์การบริหารส่วนตำบลข้าวงาม; 2562.
7. ธีรวรรณ บุญโทแสง, สุรัสวดี นางแล, ธัญวรัชญ์ บุตรสาร, นิติมา พรหมมารัตน์, ธนายุทธ ช่างเรือนงาม. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะของหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารการวิจัยกาสะลองคำ. 2560; 11(3): 369-78.
8. ประยูร วงศ์จันทรา. การจัดการขยะรีไซเคิล สำหรับนิสิตระดับปริญญาตรี สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. กาฬสินธุ์: มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์; 2559.
9. จอมจันทร์ นทีพัฒนา, วิชัย เทียนถาวร. ความรู้และทัศนคติที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการลดขยะชุมชน แม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560. 25(2): 316-30.
10. Bloom, Benjamin SJ, Hastings T, Madaus GF. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York, McGraw-Hill; 1975.
11. Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
12. วิริยะภูมิ จันทร์สุภาเสน. ผลของโปรแกรมอบรม “Cleaners Safety” ต่อความรู้และพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ ในพนักงานทำความสะอาด โรงพยาบาลพะเยา. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 2560;18(1):113-22.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี

สุขุมาล คิดสงวน*[a]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยรูปแบบการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขัง และการพัฒนาข้อเสนอแนะและกำหนดแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ ผู้อำนวยการของทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี จำนวน 3 คน นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแบบสอบถามเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณกับผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี จำนวน 300 คน โดยผู้มีอำนาจสูงสุดของทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีได้ให้ความอนุเคราะห์และมอบหมายผู้มีคุณสมบัติและเจาะจงกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เพื่อการพัฒนาและการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี

การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยการจัดสวัสดิการผู้ต้องขังและปัจจัยมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังที่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้ต้องขังหญิง โดยวิธี Multiple regression analysis พบว่า ปัจจัยด้านการจัดสวัสดิการผู้ต้องขังด้านการจัดอาคารสถานที่ และด้านการจัดกิจกรรมภายในส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี และพบว่าปัจจัยด้านมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังด้านความต้องการพื้นฐาน, ด้านการได้รับอิสรภาพก่อนกำหนด และด้านการได้รับความปลอดภัยในชีวิต ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี เมื่อหาความสัมพันธ์โดยใช้วิธีวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ พบว่าตัวแปรต้นคือ ปัจจัยด้านการจัดสวัสดิการผู้ต้องขัง ปัจจัยด้านมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง มีค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ เมื่อปรับค่าแล้ว (Adjusted R-square) เท่ากับร้อยละ 65

ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยทำบทสรุปสำหรับผู้บริหารในการส่งเสริมสร้างสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีโดยได้รับการตรวจสอบจากผู้อำนวยการของทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี พบว่า แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบดูแลผู้ต้องขัง 2) การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง 3) การดูแลสุขภาพจิตเชิงลึกและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ต้องขัง 4) การพัฒนาระบบการดูแล ติดตาม และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ต้องขังหลังพ้นโทษ 5) การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวัดผล ประเมินผลการดำเนินงาน

คำสำคัญ : สุขภาพจิต; ผู้ต้องขังหญิง; ทัณฑสถานหญิง

---

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี

[a] Corresponding author : สุขุมาล คิดสงวน Email : k.sukumarn@gmail.com

รับบทความ: 29 พ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 13 ธ.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 13 ธ.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 26 ม.ค. 66

Factors Affecting Mental Health among Females Prisoners in Chonburi Women's Correctional Institution

Sukumarn Khidsanguan[*a]

Abstract

The objectives of this research and development study were to examine factors affecting mental health and to give recommendations for mental health promotion program for female prisoners in Chonburi women's correctional institution. The research used a mixed method methodology. For a qualitative part, persons provided information in the in-depth interviews were three administrators from Chonburi women's correctional institution. For quantitative part, information was obtained through questionnaires interviewed with 300 female prisoners selected using a purposive sampling method recommended by the chief-executive officer of Chonburi women's correctional Institution. Information was used to improve mental health promotion program for female prisoners in Chonburi women's correctional institution

Multiple regression analysis was used to analyze prisoner's welfare, prisoner's quality of life and prisoner's mental health. The results showed that prison environments, intra-institute activities, fundamental needs, prisoner's promotion parole, and life safety affected prisoner's mental health with all independent variables between prisoner's welfare and prisoner's quality of life had adjusted R-square of 65 percent.

Findings and recommendations from this study were presented to the institute administrators. Five key factors for improving prisoner's mental health were 1) improved service system, 2) improved prisoner's quality of life, 3) in-depth mental health care and rehabilitation, 4) after acquittal supporting program, and 5) Effective evaluating tools.

Keywords: Mental health; Female prisoners; Women's correctional institution

[*] Medical Physician, Senior Professional Level, Department of Social Medicine, Chonburi Hospital

[a] Corresponding author : Sukumarn Khidsanguan Email : k.sukumarn@gmail.com

Received: Nov. 29, 22; Revised: Dec. 13, 22; Accepted: Dec. 13, 22; Published Online: Jan. 26, 23

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) ที่ประเทศไทยได้กำหนดวิสัยทัศน์ในการพัฒนาเพื่อให้ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ โดยยุทธศาสตร์ ที่ 2 การสร้างความปลอดภัยและความสงบสุขในสังคมมุ่งเน้นที่การแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิดและการสร้างความเชื่อมั่นต่อสังคมในการดูแลผู้กระทำความผิด แม้ว่าทุกหน่วยงานในกระทรวงยุติธรรมได้ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติเพื่อมุ่งแก้ไขฟื้นฟูและพัฒนาผู้กระทำผิดเพื่อป้องกันไม่ให้กลับมากระทำผิดซ้ำ[1]

จากแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ได้มีการอนุมัติงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไปยังโรงพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ[2] ตามมติคณะรัฐมนตรีและได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ได้กำหนดระเบียบกรมราชทัณฑ์ว่าด้วยการดำเนินการเกี่ยวกับการอนามัยและการสุขาภิบาลของผู้ต้องขัง พ.ศ. 2561[3] ที่กำหนดกรอบการดำเนินงานในการเข้าถึงการบริการของผู้ต้องขังทั้งการดูแล การตรวจรักษา การป้องกันและสร้างเสริมเพื่อให้เกิดภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในเรือนจำด้วยดี อีกทั้งกรอบการดำเนินงานในการสุขาภิบาลในการควบคุมปัจจัยทางกายภาพทั้งหมดของเรือนจำที่อาจเป็นอันตรายหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อการเจริญเติบโตต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้ต้องขังโดยกำหนดให้เรือนจำทุกแห่งจัดให้มีสถานพยาบาล และจัดให้มีแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าพนักงานเรือนจำที่ผ่านการอบรมด้านการพยาบาลของแต่ละเรือนจำ เพื่อปฏิบัติหน้าที่ด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ต้องขังที่เจ็บป่วย รวมทั้งการประเมินผล การตรวจรักษา การดูแลสุขอนามัย และการดูแลสุขาภิบาลต่างๆ ในเรือนจำ หากกลุ่มผู้ต้องขังที่ถือเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณะที่จำเป็น การได้รับการคุ้มครองและหลักประกันทางสังคมในด้านต่างๆ อาจนำไปสู่ความเปราะบางและเกิดผลเชิงลบต่อปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของผู้ต้องขัง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพ ฉะนั้น การส่งเสริมการเข้าถึงบริการของผู้ต้องขัง จึงเป็นส่วนหนึ่งของงานด้านสาธารณสุข เพื่อส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ต้องขังให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ต้องขังและรองรับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องของการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ[4]

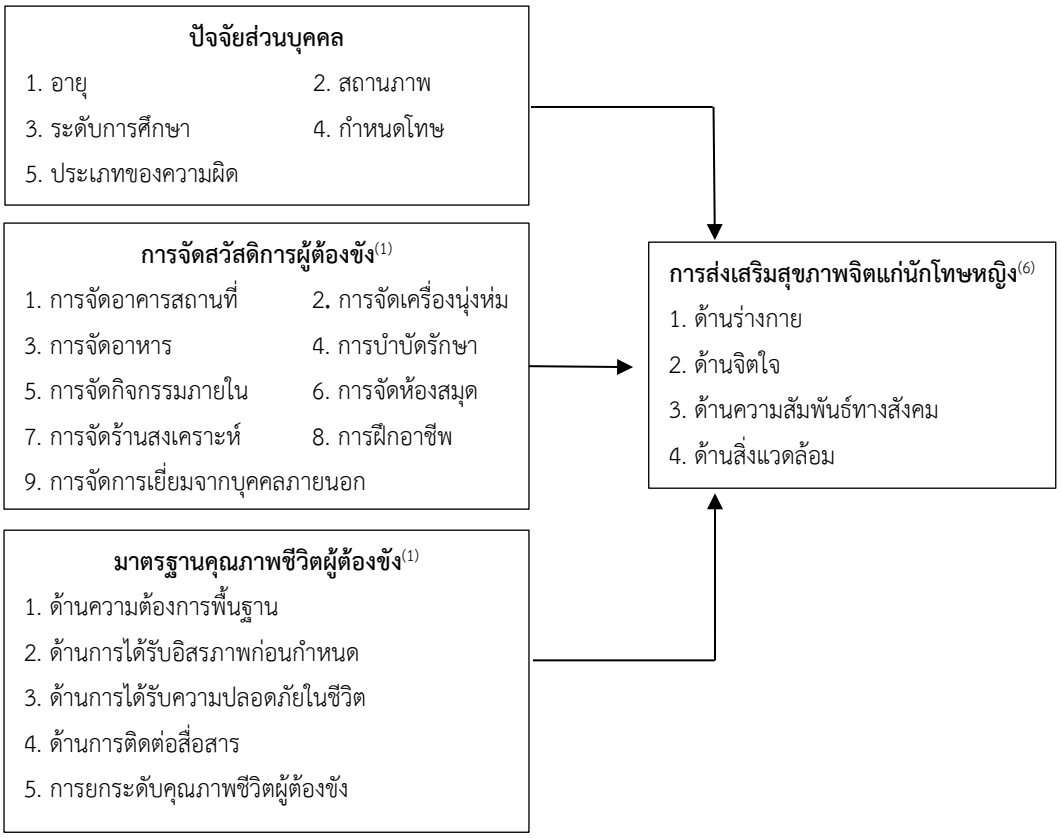
ทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีเปิดดำเนินการเมื่อ วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2529 ตั้งอยู่เลขที่ 135/5 ถนนพระยาสัจจา ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีหน้าที่ควบคุม ดูแล อบรม แก้ไขพฤตินิสัยผู้ต้องขังหญิงที่กระทำความผิดในเขตจังหวัดชลบุรีและจังหวัดอื่นๆ ในภาคตะวันออกและเขตใกล้เคียง ความจุผู้ต้องขัง 1,200 คน ปัจจุบันมีผู้ต้องขังในความรับผิดชอบเต็มอัตราความจุ และมีเป้าประสงค์ในการดำเนินการ คือ การคืนคนดีสู่สังคม ลดภาระและเสริมเศรษฐกิจภาครัฐ การเอาชนะยาเสพติดอย่างยั่งยืนและสร้างแบบอย่างที่ดีในการบริหารทัณฑสถานให้มีประสิทธิภาพ[5]

จากสาเหตุที่กล่าวมานั้น ผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษาและมุ่งเน้นถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาในด้านนี้จะเป็นประโยชน์

ต่อองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่งเสริมการเข้าถึงบริการของผู้ต้องขัง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการรักษาพยาบาล การส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ต้องขังให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ต้องขังและรองรับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องของการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการดูแลสุขภาพจิตให้แก่นักโทษได้อย่างมีประสิทธิภาพและยังสามารถเป็นแนวทางให้กับผู้ที่สนใจในเรื่องนี้นำไปใช้ประโยชน์ได้ตามต้องการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิง ซึ่งสามารถกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล, การจัดสวัสดิการผู้ต้องขัง[1] และมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง[3] ตัวแปรตาม คือ การส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้ต้องขังหญิง[6]



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะและการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี

คำถามการวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีมีอะไรบ้าง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี ครั้งนี้ เป็นการวิจัยรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative) จากการเก็บข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และจัดทำบทสรุปสำหรับผู้บริหารจากข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี โดยวิธีการตรวจสอบโดยบุคคลผู้เกี่ยวข้อง (Member checks) เพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญและเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง การปรับปรุงแก้ไขตามตามข้อเสนอแนะของผู้อำนวยการทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีเพื่อกำหนดแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี

ขอบเขตของการวิจัย

1. ด้านเนื้อหา ครอบคลุมองค์ประกอบของการส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังและการจัดสวัสดิการผู้ต้องขังที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี

2. ด้านระยะเวลา ตั้งแต่ เดือนมีนาคม ถึง เดือนตุลาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี โดยมีจำนวนทั้งหมด 1,200 คน โดยผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรจากการกำหนดขนาดโดยใช้วิธีของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ความคลาดเคลื่อน ± 5%[7]

$$\mathbf{n} = \frac{1{,}200}{1+ (1{,}200)\,(0.05)^2}$$

โดยที่ n หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N หมายถึง ขนาดของประชากร มีจำนวน 1,200 คน

E หมายถึง ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ±5% หรือ 0.05

n = 300

จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีที่ใช้ในการวิจัย 300 คน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลตามความสะดวก (Convenient sampling) โดยเก็บข้อมูลตามความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้หมายถึง ผู้วิจัยไม่มีอำนาจหน้าที่ในเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง หรือใช้การสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีอื่นๆ ได้ เพราะเป็นกลุ่มพิเศษ การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ไปยังผู้ที่มีอำนาจสูงสุดของในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี ซึ่งจะเป็นผู้อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าดำเนินการเก็บข้อมูลและเป็นผู้มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจมอบหมายบุคลากรภายในและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ โดยการตัดสินใจของผู้มีอำนาจสูงสุดถือเป็นข้อสิ้นสุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยพัฒนาจาก ตำรา เอกสาร บทความ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดขอบเขตของการวิจัยและสร้างเครื่องมือการวิจัยให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัยและผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับผู้อำนวยการทัณฑสถานหญิงชลบุรี จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการฝ่ายปกครอง ผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร และผู้อำนวยการฝ่ายสถานพยาบาล เพื่อให้ทราบถึงบริบทในการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีเพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการร่างแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ร่างได้ ทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน จนได้แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 50 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามรูปแบบของ Likert’s scale โดยผลการ Try-out แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้กับกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ที่ 0.954 ซึ่งมากกว่า 0.7 ถือว่าแบบสอบถามอยู่ในระดับดีมากและสามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ผลของตัวแปรเชิงกลุ่ม 2 ตัว โดยใช้ สถิติ Multiple regression ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำผลที่ได้มาสรุปสมมติฐานของการวิจัยและทำการสรุปผลร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณและสรุปผลตัวชี้วัดตามหลักวิธี Method triangulation การเปรียบเทียบการบูรณาการงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณร่วมกันของปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี จากนั้นผู้วิจัยได้จัดทำบทสรุปสำหรับผู้บริหาร โดยการสรุปข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัย จัดผลการดำเนินงานวิจัยและอภิปรายผลการวิจัยในด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี เพื่อนำเสนอต่อผู้บริหารทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี ตามแนวทางการดำเนินงานวิจัยโดยวิธีการตรวจสอบโดยบุคคลผู้เกี่ยวข้อง (Member checks) เพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญและเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและปรับปรุงแก้ไขตามแนวทางและข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 42.70 มีสถานภาพโสด จำนวน 219 คน คิดเป็นร้อยละ 73.00 มีระดับการศึกษาในระดับมัธยม จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 55.66 มีกำหนดโทษจำคุก ระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 52.33 และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นความผิดต่อ พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ มากที่สุด จำนวน 277 คน คิดเป็นร้อยละ 92.33

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดสวัสดิการผู้ต้องขังที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี พบว่ามีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก 3.52 โดย การฝึกอาชีพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3.82 การจัดการเยี่ยมเยียนจากบุคคลภายนอก มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3.81 การจัดหาเครื่องนุ่งห่ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3.70 การจัดอาคารสถานที่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3.67 การจัดกิจกรรมภายในต่างๆ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3.61 การจัดให้มีร้านสงเคราะห์ภายใน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3.47 การจัดห้องสมุด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 3.34 การจัดหาอาหาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 3.09 และการบำบัดรักษา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 3.24

3. ผลการการวิเคราะห์ข้อมูลมาตรฐานคุณภาพชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี พบว่ามีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก 3.86 โดยด้านการได้รับอิสรภาพก่อนกำหนด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด 4.25 ด้านการได้รับความปลอดภัยในชีวิต มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 4.11 ด้านการติดต่อสื่อสารมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3.84 การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3.72 และด้านความต้องการพื้นฐาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 3.38

4. ผลการการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักโทษหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี พบว่ามีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก 3.76 โดยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 4.04 ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3.69 ด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3.67 และด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3.64

5. ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่าปัจจัยด้านการจัดอาคารสถานที่, ด้านการจัดกิจกรรมภายใน ด้านความต้องการพื้นฐาน ด้านการได้รับอิสรภาพก่อนกำหนด และด้านการได้รับความปลอดภัยในชีวิต ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีที่ระดับนัยยะสำคัญ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยวิธี Multiple regression analysis

Model	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients	t	p-value
	B	SE	Beta		
ค่าคงที่	0.082	0.184		0.449	0.045
ด้านการจัดอาคารสถานที่	0.130	0.046	0.133	2.833	0.005*
ด้านการจัดเครื่องนุ่งห่ม	0.002	0.044	0.002	0.040	0.968
ด้านการจัดอาหาร	0.039	0.056	0.056	1.092	0.276
ด้านการบำบัดรักษา	-0.023	0.046	-0.029	-0.506	0.613
ด้านการจัดกิจกรรมภายใน	0.229	0.043	0.272	5.367	0.031*
ด้านการจัดห้องสมุด	-0.091	0.033	-0.131	-2.781	0.066
ด้านการจัดให้มีร้านสงเคราะห์	-0.008	0.043	-0.009	-0.175	0.861
ด้านการฝึกอาชีพ	0.033	0.031	0.049	1.065	0.288
ด้านการจัดการเยี่ยมจากบุคคลภายนอก	0.028	0.040	0.037	0.714	0.476
ด้านความต้องการพื้นฐาน	0.097	0.047	0.113	2.064	0.040*
ด้านการได้รับอิสรภาพก่อนกำหนด	0.284	0.049	0.274	5.891	0.005*
ด้านการได้รับความปลอดภัยในชีวิต	0.235	0.046	0.271	5.084	0.011*
ด้านการติดต่อสื่อสาร	0.027	0.038	0.040	0.725	0.469
ด้านการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง	0.015	0.048	-0.010	-0.204	0.839

หมายเหตุ : ค่า R 0.815 , R Square 0.664 , Adjust R Square 0.647 , Durbin-Watson 1.665

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อค้นพบจากการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านการจัดสวัสดิการผู้ต้องขัง” และ “ปัจจัยด้านมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง” อย่างน้อย 1 ตัว ที่สามารถทำนายผลการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม คือ “สุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี” โดยปัจจัยด้านการจัดสวัสดิการผู้ต้องขังด้านการจัดอาคารสถานที่ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้ต้องขังให้ความสำคัญกับสถานที่มีเพียงพอต่อการรองรับผู้ต้องขังมากที่สุด รองลงมาคือ เรือนนอน ห้องน้ำ มีสภาพที่ดี และในลำดับสุดท้ายคือ มีสภาพแวดล้อมที่ดี สะอาด ร่มรื่น โดยข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากผู้อำนวยการทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีซึ่งได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการผู้ต้องขังด้านการจัดอาคารสถานที่ว่าทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ต้องขังเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในเรือนจำได้อย่างมีความสุข ผลการวิจัยดังกล่าวมีความสอดคล้องกับ งานวิจัยของรัฐศาสตร์ อำมาตย์ไทย[8]

ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การปฏิบัติงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังในเรือนจำ กรณีศึกษาเรือนจำกลางสมุทรปราการ” ซึ่งผลการวิจัยพบว่าการปฏิบัติงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังในเรือนจำกลางสมุทรปราการ มีการปฏิบัติงานในด้านต่างๆ อย่างเหมาะสม ทั้งการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังด้านสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐาน ได้แก่ อาหารและเครื่องนุ่งห่ม ด้านที่อยู่อาศัย ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการศึกษาและฝึกวิชาชีพ ด้านกีฬาและนันทนาการ ซึ่งเป็นภารกิจที่ช่วยเสริมให้การควบคุมผู้ต้องขังมีคุณภาพ ผู้ต้องขังได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาพฤตินิสัยของผู้ต้องขังให้สามารถกลับตนเป็นพลเมืองดีภายหลังพ้นโทษแล้ว ทั้งนี้ผลการวิจัยดังกล่าวนั้นไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญญา อึ้งเจริญวงศ์[9] ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “คุณภาพชีวิตภายใต้การได้รับสวัสดิการของผู้ต้องขัง กรณีศึกษาเรือนจำกลางเพชรบุรี” โดยผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการได้รับสวัสดิการของผู้ต้องขังและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขัง ภายใต้การได้รับสวัสดิการของผู้ต้องขัง อยู่ในระดับปานกลาง การได้รับสวัสดิการของผู้ต้องขังอยู่ในระดับปานกลาง การได้รับสวัสดิการของผู้ต้องขังมีความสอดคล้องและสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังให้ดีขึ้นตามสมควรและคุณภาพชีวิตภายใต้การได้รับสวัสดิการของผู้ต้องขัง ควรปรับปรุงและแก้ไขการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกๆ ด้าน ที่ยังเป็นจุดด้อยเพื่อส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังนั้นดีขึ้น

ปัจจัยด้านการจัดสวัสดิการผู้ต้องขังด้านการจัดกิจกรรมภายในที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้ต้องขังให้ความสำคัญกับ การจัดกิจกรรมต่างๆ ที่มีประโยชน์ต่อผู้ต้องขังมากที่สุด รองลงมาคือการจัดกิจกรรมทางศาสนาให้แก่ผู้ต้องขังอย่างเหมาะสมและในลำดับสุดท้ายคือการจัดกิจกรรมที่หลากหลายให้แก่ผู้ต้องขัง โดยข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากผู้อำนวยการทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีซึ่งได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการผู้ต้องขังด้านการจัดกิจกรรมภายในว่าทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย ให้แก่ผู้ต้องขังโดยมีโครงการออกกำลังกาย อาทิ แอโรบิค โยคะ โดยได้รับการสนับสนุนจากเทศบาลเมืองบ้านสวน ซึ่งได้จัดให้มีการอบรมโยคะให้แก่ผู้ต้องขัง อีกทั้งยังมีการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ทั้งไข้หวัดใหญ่ และโรคโควิด-19 ให้แก่ผู้ต้องขัง เป็นต้น ผลการวิจัยดังกล่าวมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ อาภากร งามปลอด[10] ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การปฏิบัติตามมาตรฐานด้านคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดสุราษฎร์ธานี” โดยผลการวิจัยพบว่า ในแต่ละวันผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำจะทำอะไรที่ซ้ำซากจนทำให้เกิดความเบื่อหน่าย และอาจเกิดความเครียดขึ้นมาได้ การที่ทางกรมราชทัณฑ์กำหนดให้มีกิจกรรมนันทนาการต่างๆเพื่อให้ผู้ต้องขังเข้าร่วมกิจกรรมนั้น จึงถือเป็นทางออกที่ดีเพราะผู้ต้องขังนอกจากจะได้ออกกำลังกายทำให้ร่างกายแข็งแรงแล้ว ยังทำให้สุขภาพจิตของผู้ต้องขังดีขึ้น เป็นการลดความเครียดไปในตัวด้วย

ส่วนการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจให้แก่ผู้ต้องขัง โดยมีโครงการที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมสันทนาการต่างๆ ให้แก่ผู้ต้องขัง อีกทั้งยังมีการจัดโครงการธรรมะ การนั่งสมาธิ มีพระมาเทศนา สำหรับศาสนาอื่นๆ มีการเชิญเจ้าหน้าที่ของศาสนานั้นๆ มาทำกิจกรรม รวมถึงการจัดพื้นที่ให้

ทำละหมาดในศาสนาอิสลามให้แก่ผู้ต้องขัง อีกทั้ง ทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีมีการอบรมแก้ไขฟื้นฟูจิตใจผู้ต้องขังให้กลับตัวเป็นพลเมืองดีโดยใช้วิธีการอบรมธรรมะและการทำสมาธิให้แก่ผู้ต้องขัง รวมทั้งการจัดกิจกรรมตามศาสนาต่างๆ ให้แก่ผู้ต้องได้เข้าถึงศาสนาตามที่ตนเองนับถืออย่างเท่าเทียมโดยมีองค์กรเอกชนคอยช่วยเหลือและสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมทางศาสนาร่วมด้วย ทั้งนี้ผลการวิจัยดังกล่าวนั้นไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัยวัฒน์ รัตนวงค์[11] ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “รูปแบบการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์เพื่อเสริมสร้างชีวิตผู้ต้องขังสูงอายุ กรณีศึกษาเรือนจำจังหวัดอุตรดิตถ์” จากผลการศึกษาพบว่า เรือนจำจังหวัดอุตรดิตถ์ มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังสูงอายุตามคู่มือการจัดการสวัสดิการและการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ กรมราชทัณฑ์ ผู้ต้องขังสูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดว่าตนเองมีปัญหาคุณภาพชีวิตมากที่สุดในด้านชีวิตจิตใจโดยอยู่ในระดับปานกลาง และผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังสูงอายุก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง มีความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตได้แก่ การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การปฏิบัติธรรม การเยี่ยมญาติใกล้ชิด อาคาร สถานที่สะอาด และมีพื้นที่หรือแดนที่เป็นสัดส่วนสำหรับผู้ต้องขังสูงอายุโดยเฉพาะ

ปัจจัยด้านมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังด้านความต้องการพื้นฐานที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี พบว่าผู้ต้องขังให้ความสำคัญกับการได้รับโอกาสการสอบเลื่อนชั้นมากที่สุด รองลงมาคือ การมีเสื้อผ้า สบู่ ยาสีฟัน ชุดชั้นในและของใช้ส่วนตัวต่างๆ เพียงพอ และในลำดับสุดท้ายคือ อาหารที่ได้รับมีปริมาณเพียงพอโดยข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากผู้อำนวยการทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีซึ่งได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง ด้านความต้องการพื้นฐาน ว่า ทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี มีทางการดำเนินงานในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานตามสิทธิพึงมีของผู้ต้องขังอย่างครบถ้วน อาทิ ได้อาหาร เครื่องนุ่งห่ม สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น ยาสระผม สบู่ ยาสีฟัน ชุดชั้นใน ผ้าอนามัย เป็นต้น อีกทั้งมีการจัดรักษาพยาบาลและการสงเคราะห์ด้านต่างๆ ที่จำเป็นให้แก่ผู้ต้องทุกคนอย่างเท่าเทียมและมีการจัดสวัสดิการตามงบ เพื่อช่วยเหลือผู้ต้องขังโดยจะพิจารณาให้แก่ผู้ต้องขังที่ยากไร้อีกด้วย

โดยการจัดเครื่องนุ่งห่ม อาหารให้แก่ผู้ต้องขังโดยมีการจัดอาหารให้แก่ผู้ต้องขังวันละ 3 มื้อ และมีการจัดเครื่องนุ่งห่ม เสื้อผ้า 2 ชุด ฟูก ผ้าห่ม 3 ผืน ผ้าเช็ดตัว อีกทั้ง ในกรณีที่เป็นผู้ต้องขังไร้ญาติทางทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีจะมีการสงเคราะห์ของใช้ส่วนตัวให้แก่ผู้ต้องขังด้วย ในการดูแลรักษาพยาบาลและการรักษาบำบัดให้แก่ผู้ต้องขัง ทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีมีสถานพยาบาลในเรือนจำและมีพยาบาลประจำคอยดูแลผู้ต้องขัง อีกทั้ง ยังมีการจัดตรวจเยี่ยมจากทีมแพทย์ของโรงพยาบาลชลบุรีให้แก่ผู้ต้องขังทุกสัปดาห์ ทั้งนี้ผลการวิจัยดังกล่าวนั้นไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกียรติศักดิ์ บัวมาศ[12] ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การได้รับปฏิบัติในเชิงสิทธิมนุษยชนผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดเลย” จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลยได้รับการปฏิบัติในเชิงสิทธิมนุษยชนของผู้ต้องขังในระดับน้อย เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรผู้ที่มีความรู้ความสามารถมีประสบการณ์และความชำนาญหลากหลาย เช่น จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา อนุศาสนาจารย์ ปัญหาที่พบคือ

เรือนจำจังหวัดเลยนั้นไม่มีบุคลากรในสาขาเหล่านี้ ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยผู้ต้องขัง ที่อยู่หลับนอน เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค สถานพยาบาล อย่างเพียงพอ ส่วนด้านการจัดให้มีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์นั้นได้รับการปฏิบัติที่น้อยเนื่องจากเรือนจำไม่มีบุคลากรด้านการแพทย์ในการดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง ในทางปฏิบัติเรือนจำได้รับความร่วมมือจากสาธารณสุขจังหวัดในการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังในเรือนจำ ในด้านการป้องกันและควบคุมโรค ตรวจและแนะนำสุขาภิบาล ส่งเสริมสุขภาพอนามัย การฟื้นฟูและการส่งตัวผู้ต้องขังไปรักษาที่โรงพยาบาลข้างนอก มีปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานขั้นต่ำได้ คือ ปัญหาด้านงบประมาณ ปัญหาด้านบุคลากรทางการแพทย์ และปัญหาอาคารสถานที่

ปัจจัยด้านมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังด้านการได้รับอิสรภาพก่อนกำหนดที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้ต้องขังให้ความสำคัญกับการพัฒนาและปรับปรุงตนเองเพื่อได้รับอิสรภาพก่อนกำหนดมากที่สุด รองลงมาคือ การได้รับการพักโทษ ลดโทษ และอภัยโทษด้วยความเป็นธรรมและเท่าเทียม โดยข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากผู้อำนวยการทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีที่ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังด้านการได้รับอิสรภาพก่อนกำหนดว่า ทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีมีการอบรมแก้ไขฟื้นฟูจิตใจผู้ต้องขังให้กลับตัวเป็นพลเมืองดีและปรับปรุงตนเองเพื่อได้รับอิสรภาพก่อนกำหนดโดยใช้วิธีการอบรมธรรมะและการทำสมาธิให้แก่ผู้ต้องขัง อีกทั้งทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีมีกองทะเบียนเป็นฝ่ายดูแลเรื่องการดำเนินการพักโทษ ลดโทษ อภัยโทษ ให้แก่ผู้ต้องขัง โดยการพักโทษ ลดโทษ อภัยโทษ แบ่งตามชั้นของผู้ต้องขัง และจะมีการสอบเลื่อนชั้นผู้ต้องขัง ซึ่งมีการแบ่งระดับเป็น ดี ดีมาก และดีเยี่ยม ชั้นดี จะได้พักโทษ เดือนละ 3 วัน ดีมาก ได้พักโทษเดือนละ 4 วัน ดีเยี่ยม ได้พักโทษเดือนละ 5 วัน นอกจากนี้ ทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีมีการจัดอบรมฝึกวิชาชีพแก่ผู้ต้องขังและใช้การแรงงานโดยมีการการจัดฝึกอบรมวิชาชีพตามความถนัดให้แก่ผู้ต้องขัง โดยมีลักษณะเป็นการฝึกอาชีพ เช่น การฝึกงานฝีมือสำหรับผู้หญิง เช่น การเย็บผ้า การตัดเสื้อ การทำกระเป๋า เสริมสวย เป็นต้น โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ต้องขังสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอาชีพในทัณฑสถานไปใช้หาเลี้ยงชีพได้เมื่อพ้นโทษได้อีกด้วย มีความสอดคล้องกับ บทความทางวิชาการของ กระทรวงยุติธรรม[13] ได้จัดทำ “โครงการคืนคนดีสู่สังคม” โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อจ้างงานผู้ต้องหาตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ผู้ต้องขัง ผู้ถูกคุมความประพฤติ และเยาวชนที่พ้นโทษเข้าทำงานในหน่วยงานของรัฐในสังกัดกระทรวงยุติธรรมและหน่วยงานภาคเอกชน โดยมีแนวทางในการพัฒนาโครงการคืนคนดีสู่สังคมในเรือนจำ โดยหนึ่งในนั้นคือ การพัฒนาการจัดทำแผนการต้องโทษ (Sentence plan) ภายใต้หลักการที่ว่า “ผู้กระทำผิดสามารถแก้ไขได้” ซึ่งทำให้ทราบถึงตัวตนที่แท้จริงของผู้ต้องขัง รวมถึงการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังให้เหมาะสมกับตัวตนที่แท้จริงของผู้ต้องขังตลอดระยะเวลาการต้องโทษ ทั้งนี้ต้องสอดคล้องกับผลการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิด เป้าหมายสุดท้ายของการทำแผนการต้องโทษ คือ ลดความเสี่ยงในการกระทำความผิดซ้ำ สนับสนุนให้เกิดการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการปล่อยตัว แต่ผลการวิจัยดังกล่าวนั้นไม่มีความสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ อิสเบลล่า ทาอิก[14] การศึกษาวิจัยเรื่อง “คุณภาพชีวิตและ

ความสัมพันธ์ของผู้ที่คุมขังในเรือนจำ" โดย ผลการวิจัยนั้นสามารถสรุปและเสนอแนะได้ว่า แนวทางในการคุมขังนั้นควรให้ความสนใจกับบุคคลที่เป็นภาวะซึมเศร้าและควรมีการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพราะเป็นความสัมพันธ์เชิงลบที่มีค่ามากที่สุดในหลักแนวคิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ต้องขัง ควรมีการกำหนดโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพจิตในทั้งในสถานที่คุมขังและหลังจากพ้นการจองจำอีกด้วย

ปัจจัยด้านมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังด้านการได้รับความปลอดภัยในชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้ต้องขังให้ความสำคัญกับการมีระบบความรักษาความปลอดภัยที่แน่นหนามากที่สุด รองลงมาคือการมีเจ้าหน้าที่เวรยามคอยดูแลอย่างทั่วถึง และในลำดับสุดท้ายคือความรู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ในเรือนจำ โดยข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากผู้อำนวยการทัณสถานหญิงจังหวัดชลบุรีที่ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังด้านการได้รับความปลอดภัยในชีวิต ว่าทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีมีการจัดระบบรักษาความปลอดภัยภายในโดยมีการจัดให้เจ้าหน้าที่อยู่เวรนอกเวลาราชการ ทั้งนี้อัตรากำลังพลเจ้าหน้าของทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีมีจำนวนน้อย จึงได้มีการแก้ไขปัญหาโดยการจัดกลุ่มผู้ต้องขังให้พักอยู่ในที่เดียวกัน เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่เวรในการดูแล และได้มีการติดตั้งกล้องวงจรปิดมาช่วยในการดูแลผู้ต้องขังร่วมด้วย

จากกระบวนการดังกล่าวนำมาสู่ข้อมูลสำคัญในการดำเนินงานวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการรายงานผลการวิจัยเบื้องต้น ให้แก่ผู้อำนวยการทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีได้ทราบและให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะ และการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย

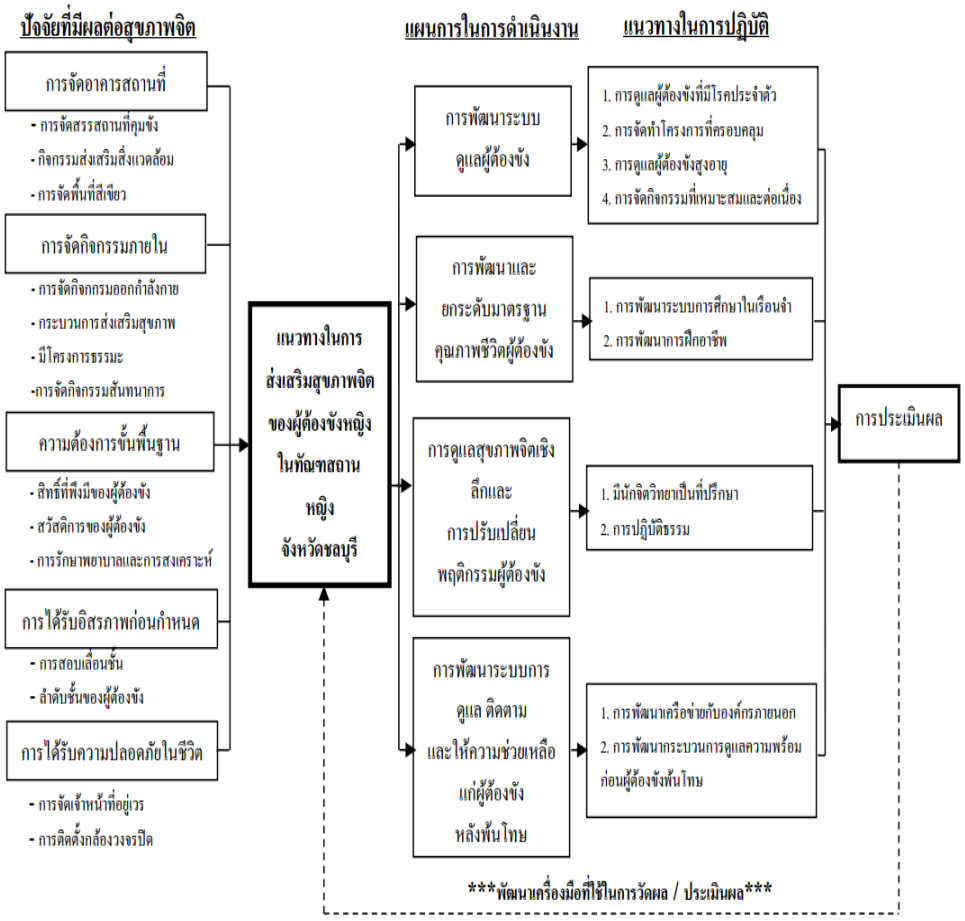
1. **การพัฒนาระบบดูแลผู้ต้องขัง** ในด้านการจัดสวัสดิการที่ครอบคลุมให้แก่ผู้ต้องขังนั้น ทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีควรมีการให้ความสำคัญกับผู้ต้องขังกลุ่มป่วย ผู้ต้องขังที่มีโรคประจำตัวและกลุ่มสูงวัยมากขึ้น โดยมุ่งเน้นที่การจัดกิจกรรมที่เหมาะสมและต่อเนื่อง และควรมีโครงการดูแลแม่และเด็ก ที่ครอบคลุมให้แก่ผู้ต้องขัง รวมถึงการดูแลแก่ผู้ต้องขังที่ไม่มีญาติ หรือกลุ่มพิเศษเช่น ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว ตั้งครรภ์ มีบุตรติด ผู้พิการ

2. **การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง** การพัฒนาสุขภาพจิตให้แก่ผู้ต้องขังในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี ควรมีการกำหนดแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน อาทิ การให้การศึกษาแก่ผู้ต้องขังควบคู่กับการพัฒนาอาชีพให้แก่ผู้ต้องขัง และควรมีการกำหนดแนวทางในการยกระดับมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีโดย การพัฒนาระบบการศึกษาในเรือนจำ เพื่อให้ผู้ต้องขังได้รับการศึกษาที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ต้องขังจำนวนมากที่ต้องคดีเพราะไม่ได้เรียนหนังสือถูกหลอก ไม่มีอาชีพ ฉะนั้นการพัฒนาระบบการศึกษาในเรือนจำจะช่วยให้ผู้ต้องขังได้พัฒนาตนเองกลับสู่สังคมได้และมีความรู้ติดตัว อีกทั้ง ควรมีโครงการฝึกวิชาชีพต่าง ๆ ตามความถนัดให้แก่ผู้ต้องขัง

3. **การดูแลสุขภาพจิตเชิงลึกและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ต้องขัง** โดยมีข้อมูลสำคัญดังนี้ การดูแลสุขภาพจิตเชิงลึกให้แก่ผู้ต้องขังโดยการใช้นักจิตวิทยาเป็นที่ปรึกษาในโครงการต่างๆ เพื่อปรับพฤติกรรมผู้ต้องขังและการนำธรรมะเข้ามาปฏิบัติจะช่วยให้ผู้ต้องขังได้พัฒนาตนเองกลับสู่สังคมได้

4. การพัฒนาระบบการดูแล ติดตาม และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ต้องขังหลังพ้นโทษ โดยมีข้อมูลสำคัญดังนี้ การพัฒนากระบวนการดูแลความพร้อมก่อนผู้ต้องขังพ้นโทษมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยกระบวนการดังกล่าวนั้นมีไว้เพื่อให้ผู้ต้องขังที่พ้นโทษและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข อีกทั้ง ควรมีการพัฒนาเครือข่ายในการการติดต่อประสานงานกับองค์กรภายนอกเพื่อติดตามผู้ต้องขังหลังพ้นโทษแล้วและการให้ความช่วยเหลือผู้ต้องขังตามสมควร

5. การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวัดผล ประเมินผลการดำเนินงาน การกำหนดแนวทางเชิงปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมต่อผู้ต้องขังในการพัฒนาสุขภาพจิต ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญในการวัดผลการประเมินผล เพื่อพัฒนาปรับปรุงแนวทางในการการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 2 : แบบจำลองแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการควบคุม ป้องกัน รักษาความปลอดภัยและระงับเหตุร้ายภายในเรือนจำ เพราะอัตราจำนวนเจ้าพนักงานและผู้ปฏิบัติหน้าที่มีจำนวนน้อย ฉะนั้นควรมีการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้สนับสนุนการดำเนินงานในด้านต่างๆ ให้มากขึ้น

2. ควรมีการพัฒนาระบบการดูแล ติดตาม และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ต้องขังหลังพ้นโทษ อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเป็นระเบียบแบบแผนในการดำเนินงาน การจัดสวัสดิการและการสงเคราะห์ แก่ผู้ต้องขังหลังพ้นโทษ ด้วยความเป็นธรรม เท่าเทียมและทั่วถึง

3. ควรมีการพัฒนาระบบควบคุมผู้ต้องขังตามหลักมาตรฐานสากลอย่างเป็นรูปธรรม โดยนำกฎกระทรวง ระเบียบ ข้อบังคับ รวมทั้งข้อกำหนดขององค์การสหประชาชาติ อาทิ กฎมาตรฐานขั้นต่ำขององค์การสหประชาชาติในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังตามหลักสากลมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นผลการวิจัยที่มาจากแหล่งข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงโดยมีขอบเขตเฉพาะในทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรีเท่านั้น หากต้องการทราบถึงสุขภาพจิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานอื่นๆ ควรมีการเก็บข้อมูลและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลและการประเมินผลอย่างเฉพาะเจาะจง

2. ผู้ศึกษาสามารถใช้แนวคิดทฤษฎีในด้านอื่นๆ เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังในด้านอื่นๆ ได้ เช่น ข้อกำหนดขององค์การสหประชาชาติ หลักมนุษยธรรมและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นต้น ซึ่งควรพิจารณาให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมราชทัณฑ์. พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: กรมราชทัณฑ์; 2560.
2. พรเพชร ปัญจปิยะกุล. นโยบายการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ [อินเตอร์เน็ต]. ปทุมธานี สำนักบริหารการสาธารณสุข 2560; [เข้าถึงเมื่อ 27 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.correct.go.th/popsako
3. กรมราชทัณฑ์. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงยุติธรรม พ.ศ. 2558–2561 “โครงการคืนคนดีสู่สังคม” [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักปลัดกระทรวงยุติธรรม 2558; [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธ.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก: https://www.moj.go.th/view/7701
4. กรมราชทัณฑ์. ระเบียบกรมราชทัณฑ์ [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักปลัดกระทรวงมหาดไทย 2561; [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธ.ค. 27]. เข้าถึงได้จาก http://lad.correct.go.th/main/?page_id=807
5. กรมราชทัณฑ์. ข้อมูลทัณฑสถานหญิงชลบุรี [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงยุติธรรม 2563; [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.พ.8]. เข้าถึงได้จาก: http://www.correct.go.th/fdcchon/Vision.htm

6. กรมสุขภาพจิต. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561–2580) [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำกระทรวงสาธารณสุข 2560; [เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files
7. Yamane T. Statistics: An introductory analysis. New York: Harper and Row; 1976.
8. รัฐศาสตร์ อำมาตย์ไทย. การปฏิบัติงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังในเรือนจำ กรณีศึกษาเรือนจำกลางสมุทรปราการ [การค้นคว้าอิสระ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคาแหง; 2562.
9. กัญญา อึ้งเจริญวงศ์. คุณภาพชีวิตภายใต้การได้รับสวัสดิการของผู้ต้องขัง: กรณีศึกษาเรือนจำกลางเพชรบุรี [วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2555.
10. อาภากร งามปลอด. การปฏิบัติตามมาตรฐานด้านคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังเรือนจำกลางสุราษฎร์ธานี [วิทยานิพนธ์ รัฐศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
11. ชัยวัฒน์ รัตนวงศ์. รูปแบบการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังสูงอายุ: กรณีศึกษาเรือนจำจังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. ฉบับพิเศษ;2555:95-102.
12. เกียรติศักดิ์ บัวมาศ. การได้รับการปฏิบัติในเชิงมนุษยชนของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดเลย [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. เลย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย; 2547.
13. กระทรวงยุติธรรม. แผนยุทธศาสตร์กระทรวง ยุติธรรม พ.ศ. 2558-2561 “โครงการคืนคนดีสู่สังคม” [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงยุติธรรม; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธ.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก www.probation.go.th/contentdl.pdf
14. Isabella T, editor. Manual on Human Rights Training for Prison Officials. New York and Geneva: United Nation; 2005.

การดูแลสุขภาพช่องปากในงานปฐมภูมิของกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตตำบลลำนารายณ์อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

พนิตานันท์ โพธิ์พงศ์*[a]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ในเขตตำบลลำนารายณ์ ในเขตอำเภอชัยบาดาล 2) พัฒนารูปแบบการบริการทันตกรรมกับกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ในเขตตำบลลำนารายณ์อย่างเป็นระบบ และ 3) เพื่อประเมินผลการดำเนินการให้บริการทันตกรรมในกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ในเขตตำบลลำนารายณ์ กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมองในเขตตำบลลำนารายณ์ ช่วงอายุ 41-80 ปี จำนวน 29 คน สังกัดศูนย์แพทย์ชุมชน เทศบาลตำบลลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ในเขตตำบลลำนารายณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมานใช้ Independent sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ p=0.01

ผลการศึกษา 1) จากการสำรวจกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ช่วงอายุ 41-80 ปี ในเขตตำบลลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล พบว่า มีผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 55.17 มีความสับสนในการสื่อสาร กลืนลำบาก ร้อยละ 44.82 และต้องช่วยแปรงฟันบ้าง ร้อยละ 34.48 2) ได้รับบริการทันตกรรมจากทันตแพทย์ประจำตัวผู้ป่วย โดยดำเนินการตามข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือ Oral Health Assessment Tool ร้อยละ 100 3) หลังการวางระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง จำนวนผู้ป่วยที่ได้เข้ารับบริการทันตกรรม จำนวนเฉลี่ย 29 คน จากก่อนการวางระบบการเยี่ยมบ้าน จำนวนเฉลี่ย 9 คน เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพช่องปาก; งานปฐมภูมิ; คนไข้หลอดเลือดสมอง

* ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

[a] Corresponding author : พนิตานันท์ โพธิ์พงศ์ Email : olive9238@gmail.com

รับบทความ: 3 พ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 22 ธ.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 22 ธ.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 26 ม.ค. 66

Oral Health Care In Primary Care For Patients With Stroke In Lam Narai Subdistrict, Chai Badan District, Lopburi Province

Panitanan Popong[*a]

Abstract

The objectives of this action research were to 1) assess the oral health status of stroke patients, 2) develop a dental service model for stroke patients, and 3) evaluate the dental service model for stroke patients The target group was consisted of 29 stroke patients aged 41-80 years old currently registered with a community medical center in Lam Narai subdistrict, Chai Badan district, Lopburi province. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics using independent sample t-test with significant level set at p=0.01.

The results showed that 1) according to the survey of stroke patients aged 41-80 years old residing in Lam Narai sub-district, Chai Badan district, Lopburi province most patients were unable to help themselves (55.17 percent), 44.82 percent had confusions in communication and difficulties in swallowing and 34.48 percent needed assistances brushing their teeth; 2) all patients (100 percent) received dental services based on information obtained from the Oral Health Assessment Tool; and 3) after setting up the home visit system for stroke patients, number of patients receiving dental services significantly improved from an average of 9 patients to an average of 29 patients at p-value = 0.01.

Keywords: Oral health care; Primary health care; Stroke patients

[*] Dentist, Senior Professional Level, Chaibadan Hospital, Lopburi Province

[a] Corresponding author : Panitanan Popong Email : olive9238@gmail.com

Received: Nov. 3, 22; Revised: Dec. 22, 22; Accepted: Dec. 22, 22; Published Online: Jan. 26, 23

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease–Stroke) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยทุกๆ 4 นาที[1] จากการสำรวจปี พ.ศ. 2560 ในประเทศไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจาก โรคมะเร็งและโรคปอดอักเสบ โดยในปี พ.ศ. 2563 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันทั่วประเทศเฉลี่ยร้อยละ 3.82 โดยสถิติการเสียชีวิตสูงสุดในเขตบริการสุขภาพที่ 4 อยู่ที่ร้อยละ 6.48[2]

กลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือ ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพช่องปากมากกว่าปกติ โดยกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง จะมีภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ต่ำอยู่แล้ว หากทำความสะอาดช่องปากได้ไม่ดี อาจเป็นเหตุให้มีเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราสะสมในช่องปาก เมื่อผู้ป่วยมีการสูดหรือสำลัก ทำให้มีโอกาสปอดติดเชื้อเป็นอันตรายได้ เนื่องจากผู้ป่วยหลอดเลือดสมองร้อยละ 45.06 จะเกิดการสำลักอาหารและน้ำ เข้าทางหลอดลมและปอดได้ง่ายกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ ถึง 10 เท่า[3] จากความบกพร่องในการควบคุมการกลืน ดังนั้นการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง จึงมีความสำคัญไม่ต่างจากการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี จะช่วยป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก ป้องกันการสูดสำลัก ลดจำนวนของเชื้อโรคในช่องปากที่เป็นสาเหตุของการเกิดปอดอักเสบ โดยจำเป็นต้องมีผู้ดูแล (Caregiver) อย่างใกล้ชิดอยู่ด้วยเสมอ [4-6] เนื่องจากผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมทุกอย่างให้และดูแลต่อเนื่องตลอดเวลา โดยผู้ดูแลหลักได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งการดูแล รักษา การเยียวยา การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง มีสุขภาพแข็งแรงตามสมควร และยังช่วยประสานในการแก้ปัญหาสุขภาพ หรือเสริมพลัง ให้คนในครอบครัวดูแลสุขภาพตนเอง การเยี่ยมบ้านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อครอบครัวที่มีกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ครอบครัว ดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยครอบครัวผู้ป่วยจะรู้สึกอุ่นใจที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปดูแลที่บ้าน ญาติพี่น้องมีเข้าใจภาวะความเจ็บป่วย ให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้ฟื้นตัว และหายเร็วขึ้น การรักษาได้ผลดีส่งผลให้กลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้การให้บริการการดูแลกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ต้องมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องระหว่างสถานพยาบาลในระดับต่างๆ อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ซึ่งการบริการที่ผ่านมา มีลักษณะแบ่งแยกส่วน ขาดระบบการเชื่อมโยงระหว่างการดูแลคนไข้หลอดเลือดสมอง ที่โรงพยาบาลกับที่บ้าน[7]

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ทันตแพทย์จากฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลชัยบาดาล ได้เข้าไปให้บริการทันตกรรมที่ศูนย์แพทย์ชุมชน เทศบาลตำบลลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล ทุกวันในเวลาราชการ แต่ยังไม่มีการดำเนินงานร่วมกับภารกิจปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน ในการออกไปเยี่ยมบ้าน ให้บริการทันตกรรมกับกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง แต่มีการร่วมเป็นวิทยากรในการอบรมให้ความรู้กับผู้ดูแล ในการดูแลสุขภาพช่องปากและการให้คำปรึกษา กรณีที่พบผู้ป่วยมีความผิดปกติในช่องปาก

จากกิจกรรมการดำเนินงานที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ให้มีการขยายการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ไปให้ครอบคลุมทั่วทั้งตำบลลำนารายณ์ เขตอำเภอชัยบาดาล เพิ่มการเข้าถึงการบริการทันตกรรม และจัดให้มีการบริการทันตกรรมอย่างเป็นระบบของกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง โดยทันตแพทย์ทุกคนจะมีความรู้ ความเข้าใจปัญหาสุขภาพช่องปากและมีการนำเครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัว มาใช้ในการทำงานคลินิกหมอครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ในเขตตำบลลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการทันตกรรม กับกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ในเขตตำบลลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล เป็นระบบ
3. เพื่อประเมินผลการดำเนินการให้บริการทันตกรรม ในกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ในเขตตำบลลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่ ตุลาคม 2564–กันยายน 2565 มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ช่วงอายุ 41-80 ปี มีจำนวน 29 คน สังกัดศูนย์แพทย์ชุมชน ตำบลลำนารายณ์ ในเขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี จำนวน 29 คน (ตั้งแต่ธันวาคม 2563–มกราคม 2564)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาแนวทางระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้านเตียง ตามวิธีการดำเนินงานการดูแลกลุ่มกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง (กุมภาพันธ์ 2564–กรกฎาคม 2565)

ก่อนการพัฒนาแนวทางระบบการเยี่ยมบ้านกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง นั้นจะมีลำดับการให้บริการการรักษาทางทันตกรรม ดังนี้

1. คนไข้หลอดเลือดสมองรายใหม่ เมื่อได้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชัยบาดาล ทางทีมทันตแพทย์จากฝ่ายทันตกรรม เข้าไปตรวจช่องปากครั้งแรกและให้คำแนะนำที่หอผู้ป่วย ในการดูแลอนามัยช่องปาก
2. เมื่อกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ถูกส่งตัวกลับบ้าน จะมีทีมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร เข้าไปเยี่ยมบ้าน โดยทางทีมทันตแพทย์ไม่ได้อยู่ในทีมเยี่ยมบ้านด้วย ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลด้านทันตสุขภาพในกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง จนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการในช่องปากหรือมีความต้องการที่จะเข้ามารักษาในโรงพยาบาล จึงจะได้พบกับทันตแพทย์ในโรงพยาบาลเท่านั้น

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการให้บริการทันตกรรมกับกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมองขึ้นมาใหม่ โดยทันตแพทย์ที่รับผิดชอบในส่วนของงานทันตกรรม ของทีมปฐมภูมิ (Patient care unit: PCU) โรงพยาบาลชัยบาดาล รับผิดชอบกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ในเขตตำบลลำนารายณ์ โดยแบ่งความรับผิดชอบของทันตแพทย์ กับกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง แต่ละคน ตามจำนวนหมู่บ้าน ที่อยู่ในเขตตำบลลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล และเข้าวางแผนเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมปฐมภูมิ เพื่อเข้าไปให้การดูแล ให้คำแนะนำและฝึกทักษะในการดูแลอนามัยช่องปาก ให้การบริการทันตกรรมป้องกันและทันตกรรมการรักษากับกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง เป็นรายบุคคล

ทันตแพทย์ ทบทวนโรคทางระบบต่างๆของผู้ป่วยและประเมินสุขภาพช่องปากผู้ป่วย โดยใช้การประเมินสภาวะของผู้ป่วยและแบบประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (Oral Health Assessment Tool–OHAT)[8,9] เพื่อประเมินข้อมูลพื้นฐานและจัดเก็บข้อมูล การเยี่ยมบ้านของกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมองนี้ จะได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเคสละ 1 ครั้ง/ปี และได้รับการประเมินติดตามการดูแลโดยผู้ดูแลทุก 3 เดือน

ระยะที่ 3 ระยะติดตามและสังเกตผล เก็บรวบรวมข้อมูล และสรุปผลการดำเนินงาน (สิงหาคม 2565)

ระยะที่ 4 ระยะสะท้อนกลับผลการดำเนินงาน และปรับปรุงระบบการเยี่ยมบ้านกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ให้มีผลลัพธ์ดีขึ้น (กันยายน 2565)

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ช่วงอายุ 41-80 ปี สังกัดศูนย์แพทย์ชุมชน เขตตำบลลำนารายณ์ ในเขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ปี 2564 จำนวน 29 คน

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ช่วงอายุ 41-80 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ในความรับผิดชอบของ ศูนย์แพทย์ชุมชน เทศบาลตำบลลำนารายณ์ ในเขตอำเภอชัยบาดาล
2. กลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง อายุ 41-80 ปี ได้แก่ สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิ์ประกันสังคม และสิทธิ์จ่ายตรงข้าราชการ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวางระบบการเยี่ยมบ้านกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

1. แบบประเมินสภาวะของผู้ป่วยและแบบประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง–Oral Health Assessment Tool (OHAT)[8,9]
2. แบบบันทึกกิจกรรมการให้บริการทันตกรรมการรักษา
   2.1 กรณีมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา
   2.2 กรณีไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา
3. แบบบันทึกการเข้ารับบริการก่อนและหลังการวางระบบการเยี่ยมบ้านกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สำรวจกลุ่มเป้าหมายกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ช่วงอายุ 41–80 ปี สังกัดศูนย์แพทย์ชุมชน เทศบาลตำบลลำนารายณ์ ในเขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ตั้งแต่ ตุลาคม 2564–กันยายน 2565
2. เก็บข้อมูลผลการดำเนินการวางระบบการเยี่ยมบ้านกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ในศูนย์แพทย์ชุมชน เทศบาลตำบลลำนารายณ์ ในเขตอำเภอชัยบาดาลจังหวัดลพบุรี
3. นำข้อมูลมาวิเคราะห์ สรุปผลการดำเนินการวางระบบการเยี่ยมบ้านกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง
4. สะท้อนกลับผลการดำเนินงาน โดย

4.1 แจ้งให้กลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมองและผู้ดูแลรับทราบในกิจกรรมบริการทันตกรรม ซึ่งให้บริการทั้งงานทันตกรรมป้องกัน และบริการทันตกรรมการรักษา ในพื้นที่ศูนย์แพทย์ชุมชน เทศบาลตำบลลำนารายณ์ที่อาศัยอยู่

4.2 ชี้แจงผลการดำเนินงานการให้บริการทันตกรรมกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ในที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสุขภาพอำเภอ (คปสอ.) ชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี (จัดประชุมทุก 1 เดือน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และการเข้ารับบริการทันตกรรม และวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงอนุมาน Independent sample t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง การเข้ารับบริการก่อนและหลังการดำเนินการวางระบบการเยี่ยมบ้านกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง กิจกรรมการให้บริการทันตกรรม

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี เลขที่ KNH 23/2565 ผู้วิจัยขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ป่วย โดยชี้แจงข้อมูลขออนุญาตตรวจสุขภาพช่องปากและปกปิดข้อมูลส่วนตัว

ในการศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา อธิบายข้อมูลของแบบบันทึกและแบบสอบถาม วิธีการศึกษาประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาและการพิทักษ์ตัวอย่าง โดยปกปิดข้อมูลเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อ ที่อยู่ในแบบบันทึกและแบบสอบถาม และใช้ประโยชน์เฉพาะสำหรับการศึกษาเท่านั้น ผู้ตอบแบบบันทึกมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ และหากร่วมการศึกษาแล้วสามารถยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ เมื่อผู้ตอบให้แบบบันทึกยินดีให้ความร่วมมือ ผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการศึกษาต่อไป

ผลการวิจัย

1. จากการสำรวจ พบว่ามี กลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ช่วงอายุ 41-80 ปี (อายุเฉลี่ย 65.76 ปี) สังกัดศูนย์แพทย์ชุมชน ต.ลำนารายณ์ ในเขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี จำนวน 29 คน

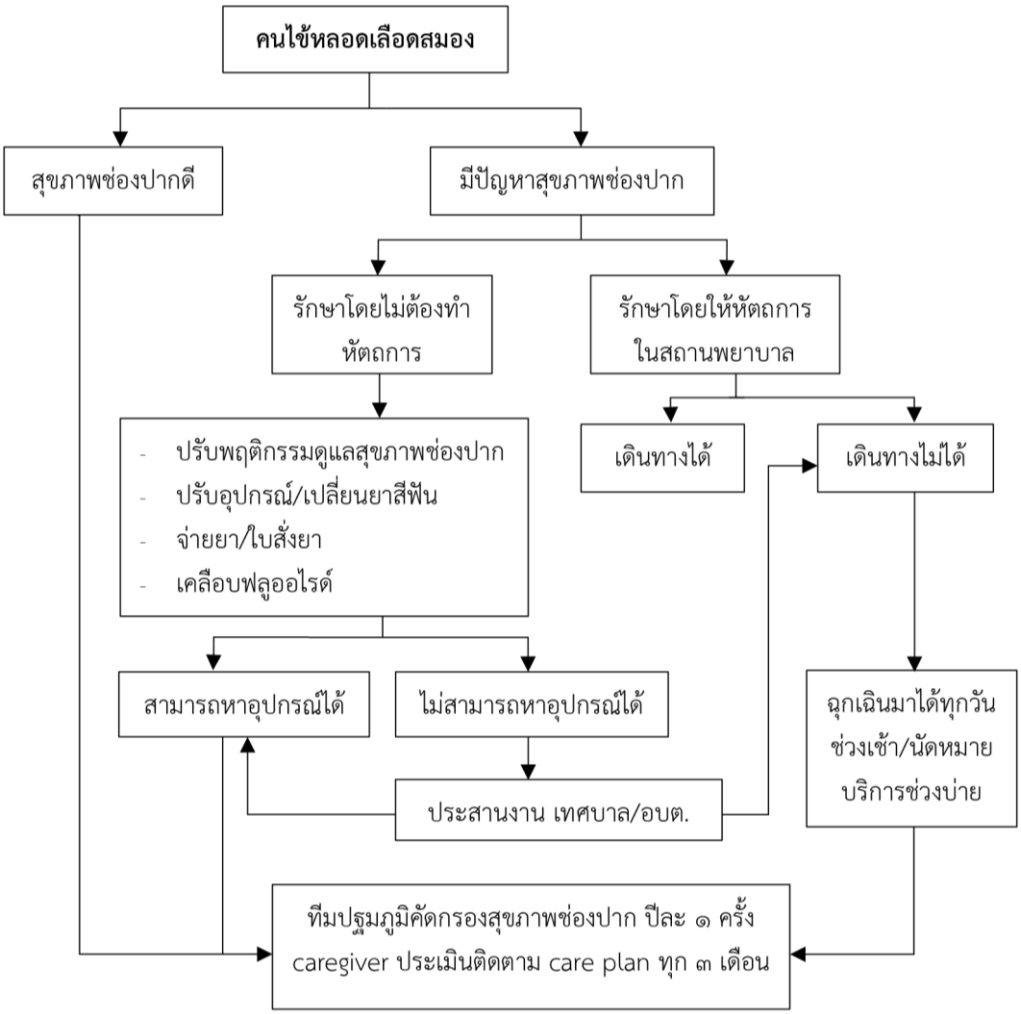
2. จากข้อมูลบันทึกกิจกรรมการให้บริการทันตกรรมการรักษา กลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ในเขตตำบลลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เพิ่มการเข้าถึงทันตแพทย์ทุกคน และจากข้อมูลของกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ในเขตตำบลลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล ในการตรวจระดับภาวะพึ่งพิง สภาวะสุขภาพ และระดับความต้องการการช่วยเหลือดูแลอนามัยช่องปาก แสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ในเขตตำบลลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี (n=29)

ข้อมูล		คน	ร้อยละ
ระดับภาวะพึ่งพิง	ผู้สูงอายุที่พึ่งตัวเองได้ (ADL>12 คะแนน)	5	17.24
	ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหว/ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (ADL 5-11 คะแนน)	8	27.58
	ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหว/ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พิการ ทุพพลภาพ (ADL<4 คะแนน)	16	55.17
สภาวะสุขภาพ	รู้สึกตัวดี กินเองได้ ดื่มน้ำได้	7	24.13
	สับสนในการสื่อสาร กลืนลำบาก ต้องการโภชนาการเสริม เช่น ต้องช่วยป้อนอาหาร	13	44.82
	ไม่รู้สึกตัว ไม่ร่วมมือ ไม่ทานอาหารทางปาก	9	31.03
ระดับความต้องการการช่วยเหลือดูแลอนามัยช่องปาก	แปรงฟันได้เอง	7	24.13
	ต้องช่วยแปรงฟันบ้าง	12	41.37
	แปรงฟันเองไม่ได้ อาจต้องการผู้ช่วยเหลือ 2 คน	10	34.48

จากตารางที่ 1 พบว่า ในเขตอำเภอชัยบาดาล มีคนไข้หลอดเลือดสมอง ในเขตตำบลลำนารายณ์ ที่เคลื่อนไหว/ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พิการ ทุพพลภาพ มีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 55.17 โดยส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพ คือสับสนในการสื่อสาร กลืนลำบาก ต้องการโภชนาการเสริม เช่น ต้องช่วยป้อนอาหาร ร้อยละ 44.82 และส่วนใหญ่ต้องช่วยแปรงฟันบ้าง ร้อยละ 44.18 รองลงมาต้องมีผู้ช่วยเหลือในการแปรงฟันเนื่องจากแปรงฟันเองไม่ได้ ร้อยละ 34.48

3. กลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ได้รับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในช่องปาก จากการให้บริการการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 การให้บริการกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอชัยบาดาล

จากภาพที่ 1 การให้บริการทันตกรรมกับกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมองในรูปแบบใหม่ เป็นการร่วมมือกันของทีมทันตแพทย์กับทีมปฐมภูมิ โดยเริ่มจากการคัดกรองกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง โดยทันตแพทย์ในทีมปฐมภูมิ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีสุขภาพช่องปากดี กับกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ในทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินติดตามการดูแลโดยผู้ดูแลทุก 3 เดือน

กรณีผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพช่องปากจะแบ่งผู้ป่วยตามการรักษา คือ

1) การรักษาโดยไม่ต้องทำหัตถการ มีกิจกรรมการบริการทันตกรรมป้องกันในทุกกลุ่ม ดังต่อไปนี้

- ฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล/ญาติ
- ประเมินการใช้ฟลูออไรด์/เคลือบฟลูออไรด์
- ประเมินความต้องการอุปกรณ์เพิ่มเติมในการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น อุปกรณ์ช่วยอ้าปาก น้ำลายเทียม

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหาอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากได้ ทางทีมทันตแพทย์จะประสานกับทางเทศบาลตำบลลำนารายณ์ที่รับผิดชอบ เพื่อจัดหากองทุนอุปกรณ์ในการดูแลกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมองให้เหมาะสมต่อไป

2) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา แบ่งเป็น 2 กรณี คือ

- กรณีที่ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายได้

ทันตแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วย จะนัดเข้ารับบริการการรักษาที่ หน่วยปฐมภูมิใกล้บ้าน (ศูนย์แพทย์ชุมชน) โดยประสานกับทางเทศบาลตำบลลำนารายณ์ เพื่อจัดหารถรับ-ส่งผู้ป่วยเข้ามาทำการรักษา กรณีฉุกเฉินสามารถมารับบริการได้ตั้งแต่ช่วงเช้า กรณีนัดหมายมารักษาตาม Oral care plan จะนัดเวลาเป็นช่วงบ่าย

- กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้

ทันตแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วย จะเข้าไปให้บริการการรักษาทางทันตกรรม ที่บ้านของผู้ป่วย โดยออกไปทำหัตถการพร้อมกับการออกไปเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมปฐมภูมิ และให้การรักษาตาม Oral care plan ที่วางไว้

4. ทันตแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วย ให้คำปรึกษาและให้บริการทันตกรรมกับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผลจากการประเมิน (Oral health outcomes) 3 ครั้ง โดยห่างกันครั้งละ 3 เดือน แสดงรายละเอียดใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ช่วงอายุ 41-80 ปี

ข้อมูล	ลักษณะที่พบ (ร้อยละ)								
	ปกติ			เริ่มมีปัญหาต้องการได้รับการดูแล			เริ่มมีปัญหาต้องการได้รับการดูแลโดยเร็ว		
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
1. ริมฝีปาก	76.54	81.16	82.81	23.46	18.84	17.19	0	0	0
2. ลิ้น	76.54	79.69	85.51	23.46	20.31	14.49	0	0	0
3. เหงือกและเนื้อเยื่อช่องปาก	82.72	87.50	92.75	17.28	12.50	7.25	0	0	0
4. น้ำลาย	79.01	82.81	86.96	19.75	15.63	11.59	1.56	1.45	1.23

ตารางที่ 2 (ต่อ) การประเมินสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ช่วงอายุ 41-80 ปี

ข้อมูล	ลักษณะที่พบ (ร้อยละ)								
	ปกติ			เริ่มมีปัญหาต้องการได้รับการดูแล			เริ่มมีปัญหาต้องการได้รับการดูแลโดยเร็ว		
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
5. ฟันธรรมชาติ	33.33	33.33	60.94	23.46	20.31	15.94	12.50	8.70	6.17
6. ฟันเทียม	0	0	1.56	0	0	0	0	0	0
7. ความสะอาดภายในช่องปาก	71.88	75.31	76.81	28.13	23.46	23.19	1.23	0	0
8.อาการเจ็บปวด	91.36	95.31	95.65	4.35	4.69	8.64	0	0	0

จากตารางที่ 2 จากผลการประเมินสุขภาพช่องปาก(ครั้งที่ 1) ได้มีการดำเนินงานตาม Oral care plan และการประเมินสุขภาพช่องปาก (ครั้งที่ 2 และ 3) พบว่า สภาวะในช่องปากมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ได้แก่

ลักษณะของริมฝีปากของกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง มีลักษณะปกติ (มีความชุ่มชื่น เรียบ สีชมพู) จำนวนเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 81.16, ร้อยละ 82.81) และพบว่า อาการของริมฝีปากที่แตก แห้ง หรือมีสีแดงที่มุมปากมีจำนวนลดลง (ร้อยละ 18.84, ร้อยละ 17.19)

ลักษณะของลิ้นของกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง มีลักษณะปกติ (ชุ่มชื้น ผิวหยาบหรือไม่เรียบ มีสีชมพู) จำนวนเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 79.69, ร้อยละ 85.51) และพบว่า อาการของลิ้นที่มีรอยสีแดงและ/หรือมีรอยสีขาว เป็นแผลบวมมีจำนวนลดลง (ร้อยละ 20.31 ร้อยละ 14.49)

ลักษณะของเหงือกและเนื้อเยื่อช่องปากของกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง มีลักษณะปกติ (มีความชุ่มชื้น เรียบ มีสีชมพู ไม่มีเลือดออก) จำนวนเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 87.50, ร้อยละ 92.75) และพบว่า อาการของเหงือกและเนื้อเยื่อช่องปากที่แห้ง เป็นเงา ขรุขระ แดง บวม มีแผล รอยแดง หรือระคายเคืองจากฟันเทียมกดทับ 1 ตำแหน่งมีจำนวนลดลง (ร้อยละ 12.50 ร้อยละ 7.25)

ลักษณะของน้ำลายของกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง มีลักษณะปกติ (เนื้อเยื่ออ่อนชุ่มชื้น น้ำลายไม่ข้น ไหลลื่น) จำนวนเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 82.81,ร้อยละ 86.95) และพบว่าการมีเนื้อเยื่ออ่อนแห้ง น้ำลายเหนียว น้ำลายน้อย หรือผู้ป่วยรู้สึกปากแห้งมีจำนวนลดลง (ร้อยละ 15.63 ร้อยละ 11.59) แต่พบว่าเนื้อเยื่ออ่อนแห้งแดง มีน้ำลายน้อยมาก หรือข้นมาก หรือไม่มีน้ำลายเลย และผู้ป่วยบ่นว่าปากแห้ง ยังคงเท่าเดิม (ร้อยละ 1.45 ร้อยละ 1.23) เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาและการดูแลอย่างเป็นพิเศษเพื่อไม่ให้มีอาการเพิ่มขึ้น

ลักษณะของฟันธรรมชาติของกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง มีลักษณะปกติ (ไม่มีตัวฟันผุหรือแตก ไม่มีเศษรากฟัน) จำนวนเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 33.33, ร้อยละ 60.94) และพบว่า ฟันธรรมชาติ มีตัวฟันสึกมาก มีตัวฟันผุหรือฟันแตก หรือเศษรากฟัน 1-3 ซี่มีจำนวนลดลง (ร้อยละ 20.31 ร้อยละ 15.94) และฟันสึกมาก มีฟันผุ หรือฟันแตก หรือเศษรากฟันตั้งแต่ 4 ซี่ ขึ้นไป หรือมีฟันเหลือน้อยกว่า 4 ซี่ ยังคงมีค่าใกล้เคียงกัน (ร้อย

ละ 8.70 ร้อยละ 6.17) เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องเพื่อให้มีฟันธรรมชาติใช้งานได้ปกติ ไม่มีอาการเจ็บปวด

ลักษณะของฟันปลอมของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ได้รับการใส่ฟันเทียม จำนวน 2 คน

ลักษณะของความสะอาดภายในช่องปากของกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง มีลักษณะปกติ (สะอาดและไม่มีเศษอาหารหรือหินปูนติดที่ฟันหรือฟันเทียม) จำนวนเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 75.31, ร้อยละ 76.81) และพบเศษอาหารหรือคราบจุลินทรีย์ หรือหินปูน 1-2 ตำแหน่ง ในช่องปาก หรือบางตำแหน่งของฟันเทียม หรือมีกลิ่นปากจำนวนลดลง (ร้อยละ 23.46 ร้อยละ 23.19) และพบเศษอาหารหรือคราบจุลินทรีย์ หรือหินปูน เกือบทั่วไปในช่องปากแทบทุกส่วน หรือมีกลิ่นปากรุนแรง ลดลงจากการตรวจครั้งแรก (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 1.23 แต่ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ร้อยละ 0) เนื่องจากผู้ดูแล/ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ได้ทำตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด จึงทำให้อาการเหล่านี้ลดลงอย่างเห็นได้ชัด

ลักษณะของอาการเจ็บปวดของกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง มีลักษณะปกติ ไม่บ่นว่าเจ็บหรือปวด ไม่มีพฤติกรรมแสดงอาการเจ็บปวด หรือแสดงอาการในช่องปาก) จำนวนเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 82.81, ร้อยละ 86.95) และพบว่าผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง บ่นว่าเจ็บปวดและ/หรือมีพฤติกรรมแสดงอาการเจ็บปวด เช่น กัดริมฝีปาก ไม่รับประทานอาหาร อารมณ์ไม่ดี ก้าวร้าว เอามือดึงบริเวณใบหน้ามีจำนวนลดลง (ร้อยละ 15.63 ร้อยละ 11.59) เนื่องจากได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพและได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของทันตบุคลากร ส่งผลให้อาการเจ็บปวดของผู้ป่วยลดลงตามลำดับ

4. การเข้ารับบริการก่อนและหลังการวางระบบการเยี่ยมบ้านกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ในการเข้ารับบริการทันตกรรม

ตารางที่ 3 ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการทันตกรรม (n=29)

ข้อมูล	ปี 2564	ปี 2565
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)
ร้อยละผู้ป่วย ได้รับการตรวจช่องปาก	31.03 (9)	100 (29)

จากตารางที่ 3 การดำเนินการวางระบบการเยี่ยมบ้านกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง มีการพัฒนาแนวทางการให้บริการทันตกรรมเชิงรุก ในกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ช่วงอายุ 41-80 ปี สังกัด ศูนย์แพทย์ชุมชน เทศบาลตำบลลำนารายณ์ เขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ส่งผลให้ได้รับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 สูงขึ้นกว่าปี 2564 ที่มีผู้เข้ารับบริการเพียง ร้อยละ 31.03

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย จำนวนกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง เข้ารับบริการทันตกรรม จำนวน 2 รายการ (การตรวจประเมินสุขภาพช่องปากและการให้บริการทันตกรรม)

คนไข้หลอดเลือดสมอง ได้รับการตรวจช่องปาก	**n**	$\overline{X}$	***S***	**t-test**	**p-value**
ปี 2564	2	8.94	0.98	23.05**	0.00
ปี 2565	2	28.56	0.43		

**ระดับนัยสำคัญที่ 0.01

จากตารางที่ 4 พบว่า การเข้ารับบริการก่อนและหลังการวางระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในการเข้ารับบริการทันตกรรม ทุกกิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นั่นคือ หลังการวางระบบการเยี่ยมบ้าน การให้บริการการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง จำนวนกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง เข้ารับบริการทันตกรรม จำนวนเฉลี่ย 28.56 คน จากก่อนการวางระบบการเยี่ยมบ้าน จำนวนเฉลี่ย 8.94 คน เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผลการวิจัย

1. การดำเนินการวางระบบการเยี่ยมบ้านคนไข้หลอดเลือดสมอง กิจกรรมการให้บริการทันตกรรมเข้ามาใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการทันตกรรม ส่งผลให้กลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมอง ในเขตตำบลลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ได้รับบริการทันตกรรม สูงขึ้นกว่าปี 2564 น่าจะมีผลมาจากผู้วิจัยได้วางกรอบการวิจัย โดยอาศัยปัจจัยด้านนำเข้า ได้แก่ ทีมเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ในชุมชนและปัจจัยด้านกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการไปเยี่ยมบ้าน ที่สอดคล้องกับการศึกษาของ สายใจ จารุจิตร และคณะ[10] ที่มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลจึงส่งผลให้การเข้าถึงบริการและการรับบริการทันตกรรมในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองสูงขึ้น

2. คนไข้หลอดเลือดสมอง ได้รับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการติดเชื้อในช่องปากและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้สภาวะของโรคลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยชิสา ตัณฑะกูล[8] ในเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนบ้านดอนแสลบ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน มีการทำความสะอาดช่องปากเพิ่มขึ้น และทำความสะอาดช่องปากด้วยตนเองได้เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมการบริการทันตกรรมเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง มีการออกไปเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านของทีมปฐมภูมิ มีรูปแบบของการประเมินสุขภาพช่องปาก มีการดำเนินงานตาม Oral care plan และมีการประเมินซ้ำห่างกันทุก 3 เดือน ซึ่งเป็นการบริการทันตกรรมป้องกัน และการบริการทันตกรรมรักษา ที่อยู่ในกรอบการประเมินสภาวะของผู้ป่วย ตามแบบประเมินสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง - Oral

Health Assessment Tool (OHAT)[6,7] ตามระยะเวลาของการออกเยี่ยมบ้านและการตรวจตามระยะเวลาที่กำหนด การพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านคนไข้หลอดเลือดสมอง ให้ครอบคลุมทั่วทั้งเขตตำบลลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี จะส่งผลให้ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

3. การให้บริการทันตกรรมเชิงรุกร่วมกับทีมปฐมภูมิ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร คำหว่าง[9] ที่นอกจากผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และบางรายได้รับบริการทันตกรรม (ถอนฟัน) เชิงรุกที่บ้านแล้ว ยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดการสูญเสียรายได้จากการลางานของผู้ดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้าน การที่ทันตบุคลากรสามารถช่วยเหลือได้ ตรงกับความต้องการ เป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากการเข้าใจวิถีชีวิตของผู้ป่วย และสามารถช่วยเหลือได้ตรงจุดมากขึ้น

4. การที่ได้ประสานงานกับหน่วยงาน เทศบาล และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทำให้เกิดการทำงานอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ได้รับทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การบริการการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของอติญาณ์ ศรเกษตรินและคณะ[10] ในเรื่อง ถอดบทเรียนการดำเนินงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: แนวปฏิบัติที่ดีเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านบริการ พบว่าการบริหารจัดการ การจัดระบบสนับสนุนของเครือข่ายในสาธารณสุขต่างๆ ในชุมชน ควรนำ 3 หลัก การบริหารจัดการ การจัดระบบ สนับสนุนของเครือข่าย การควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล ไปใช้ในการทำงานกับประชากรกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ร่วมกับการรับรู้ความต้องการและเข้าใจความคาดหวัง ความต้องการทางสุขภาพของผู้มีส่วนได้สวนเสีย นอกจากนี้ การสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยอมรับและพึงพอใจต่อผู้ใหบริการทางสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มเป้าหมาย คนไข้หลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับบริการทันตกรรมในเขตตำบลลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเปรียบเทียบคนไข้หลอดเลือดสมอง ในเขตตำบลอื่นๆ ของอำเภอชัยบาดาล เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปาก

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากคนไข้หลอดเลือดสมองรูปแบบใหม่ๆ เพื่อกระตุ้นการเข้ารับบริการทันตกรรมป้องกัน และการบริการทันตกรรมรักษา

3. ปัญหาและอุปสรรคในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน คือข้อมูลที่ได้ไปเยี่ยมบ้านคนไข้หลอดเลือดสมองนั้นต้องเป็นผู้ป่วยที่มีการยินยอม เนื่องจากบางบ้านกลัวการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 หรือเป็นเคสที่มีปัญหาในการดูแล ต้องการคำแนะนำอย่างเร่งด่วนเท่านั้น ดังนั้นจึงควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นการพัฒนาระบบบริการการเยี่ยมบ้าน ในสถานการณ์ของโรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่ เพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการอย่างมีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation. 2020;141(9):e139-e596. doi:10.1161/CIR.0000000000000757
2. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ก.พ. 17]. เข้าถึงได้จาก: http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpilist/view/?id=1430
3. Prendergast V, Hinkle JL. Oral Care Assessment Tools and Interventions After Stroke. Stroke. 2018;49(4):e153-e156. doi:10.1161/STROKEAHA.117.017045
4. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง:คู่มือสำหรับครอบครัวและผู้ดูแล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2559.
5. สิรินทร ฉันศิริกาญจน, ศิริพันธ์ สาสัตย์, สันติ ลาภเบจกุล, อัญญพร สุทัศน์วรวุฒิ, ศุภลักษณ์ เข็มทอง, สมคิด เพื่อนรัมย์. คู่มือการดูแลระยะยาว (Long Term Care) สำหรับทีมหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ: ไซเบอร์พริ้นท์ กรุ๊ป; 2559.
6. นักศึกษาสาขาทันตกรรมผู้สูงอายุ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รุ่นที่ 1. การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย 24]. เข้าถึงได้จาก: https://dt.mahidol.ac.th/การดูแลผู้ป่วยติดเตียง/
7. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง:กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. วารสารสภาการพยาบาล. 2557; 29(4):22-31.
8. Chalmers JM, King PL, Spencer AJ, Wright FA, Carter KD. The oral health assessment tool--validity and reliability. Aust Dent J. 2005;50(3):191-199. doi:10.1111/j.1834-7819.2005.tb00360.x
9. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข ปี 2564. นนทบุรี: กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
10. สายใจ จารุจิตร, ราตรี อร่ามศิลปะ, วรรณศิริ ประจันโน. รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2562; 30(1):54-68.
11. ชิสา ตัณฑะกูล, จันทร์พิมพ์ หินเทาว์, วรรธนะ พิธพรชัยกุล. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในชุมชนบ้านดอนแสลบ จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2565;16(3):193-206.
12. ประภาพร คำหว่าง. การพัฒนารูปแบบการให้บริการทันตกรรมเชิงรุกแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. น่าน: โรงพยาบาลเวียงสา; 2562.
13. อติญาณ์ ศรเกษตริน, จินตนา ทองเพชร, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, วารุณี เกตุอินทร์, จุรีรัตน์ กิจสมพร, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ. ถอดบทเรียนการดำเนินงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: แนวปฏิบัติที่ดีเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศดานบริการ. วารสารนานาชาติมหาวิทยาลัยขอนแก่น สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2564;11(2):25-52.

การเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายระหว่างสตรีวัยหลังหมดระดู ที่กลัวและไม่กลัวการล้ม

พัชรินทร์ พรหมเผ่า[*a]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายระหว่างสตรีวัยหลังหมดระดูที่กลัวและไม่กลัวการล้ม ที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ที่หมดระดูมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 104 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินการกลัวการล้มด้วยแบบประเมิน Fall Efficacy Scale-International (FES-I) ฉบับภาษาไทย เพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่กลัวการล้ม (คะแนน FES-I มากกว่า 23 คะแนน) จำนวน 52 คน และกลุ่มที่ไม่กลัวการล้ม (คะแนน FES-I น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน) จำนวน 52 คน อาสาสมัครทุกรายได้รับการทดสอบสมรรถภาพทางกาย 3 การทดสอบ ได้แก่ การทดสอบแรงบีบมือ (Handgrip Strength Test-HST) เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือ การทดสอบการเดินและกลับตัว 3 เมตร (Timed Up and Go Test-TUGT) เพื่อประเมินความสามารถในการทรงตัว และการทดสอบลุกนั่งห้าครั้ง (Five Times Sit to Stand Test-FTSST) เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ผลการศึกษาพบว่า สตรีวัยหลังหมดระดูที่กลัวการล้ม มีสมรรถภาพทางกายต่ำกว่าสตรีวัยหลังหมดระดูที่ไม่กลัวการล้ม โดยพบความแตกต่างของแรงในการบีบมือ ระยะเวลาเดินและกลับตัว 3 เมตร และระยะเวลาลุกนั่งห้าครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สรุปได้ว่า สตรีวัยหลังหมดระดูที่ไม่กลัวการล้มมีสมรรถภาพทางกายดีกว่าสตรีวัยหลังหมดระดูที่กลัวการล้ม ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ควรตระหนักถึงการกลัวการล้ม และส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อลดการกลัวการล้มและความเสี่ยงในการล้มของสตรีวัยหลังหมดระดูต่อไป

คำสำคัญ : สตรีวัยหลังหมดระดู; การกลัวการล้ม; สมรรถภาพทางกาย

[*] นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ สาขาวิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

[a] Corresponding author : พัชรินทร์ พรหมเผ่า Email : patcharin.ph@up.ac.th

รับบทความ: 7 ธ.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 26 ธ.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 26 ธ.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 26 ม.ค. 66

A Comparison of Physical Performance in Postmenopausal Women with and without Fear of Falling

Patcharin Phrompao[*a]

Abstract

This study aimed to compared physical performance in postmenopausal women with and without fear of fall. The study was conducted with 104 postmenopausal women, aged between 40 and 59 years old who had been in post menopause for at least 1 year. The participants were divided into 2 groups using Falls Efficacy Scale-International (FES-I), including those who had fear of falling (n=52) and those who did not have fear of falling group (n=52). The Handgrip Strength Test (HST) was applied to measure the maximum isometric strength of the hand and forearm muscles, Timed Up and Go Test (TUGT) was used to assess balance ability, and Five Times Sit to Stand Test (FTSST) was used to assess functional lower extremity strength. The results of this study demonstrated that postmenopausal women with fear of falling showed significantly lower physical performance determined by standard measures as compared to the postmenopausal women without fear of falling ($p<0.05$). In conclusion, the postmenopausal women without fear of falling had more physical performance than participants who had fear of falling. Therefore, health care professionals should be aware for the fear of falling and improve physical performance to reduce fear of falling and to reduce risks of falling in menopausal women.

Keywords : Postmenopausal; Fear of falling; Physical performance

[*] Physiotherapist, Practitioner Level, Department of Physical Therapy, School of Allied Health Sciences, University of Phayao

[a] Corresponding author : Patcharin Phrompao Email : patcharin.ph@up.ac.th

Received: Dec. 7, 22; Revised: Dec. 26, 22; Accepted: Dec. 26, 22; Published Online: Jan. 26, 23

บทนำ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี พ.ศ. 2565 และในปี พ.ศ. 2583 จะมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด[1] จากรายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2564 พบว่าประชากรที่มีอายุ 40-59 ปี ซึ่งอยู่ในระยะวัยทองที่จะก้าวไปสู่การเป็นประชากรผู้สูงอายุในอนาคต คิดเป็นร้อยละ 30.2 ของประชากรทั้งหมด[2] ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยทำให้ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยยาวนานขึ้น อยู่ที่ประมาณ 72 ปี[3] ดังนั้นประชากรวัยนี้จึงมีความจำเป็นในการเตรียมตัวให้พร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ เพศหญิงเข้าสู่วัยทองเร็วกว่าเพศชาย เป็นผลมาจากการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนจากรังไข่ลดลงจนกระทั่งหยุดสร้างในที่สุด ทำให้สิ้นสุดการมีประจำเดือนอย่างถาวรร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามมา จึงเรียกสตรีวัยนี้ว่า สตรีวัยทอง หรือสตรีวัยหมดระดู (Menopause) ซึ่งมีช่วงอายุ 40–59 ปี แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนหมดระดู (Perimenopause) ระยะหมดระดู (Menopause) และระยะหลังหมดระดู (Post-menopause) จากการศึกษาพบว่าสตรีวัยทองระยะหลังหมดระดูจะมีอาการอ่อนเพลีย หงุดหงิดง่าย ขาดความมั่นใจ และเป็นระยะที่มีการเสื่อมถอยของของร่างกาย ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายลดลง ส่งผลให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น มีอาการปวดตามข้อ ข้อเสื่อม กล้ามเนื้ออ่อนแรง กระดูกเปราะบางและหักง่าย โดยเฉพาะกระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ และกระดูกสันหลัง[4,5] ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทรงตัว ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้สตรีวัยหลังหมดระดูอาจเสี่ยงต่อการล้ม เกิดความกลัวการล้ม ทำให้ไม่มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมและมีการเคลื่อนไหวน้อยลงตามมา

การกลัวการล้ม (Fear of falling) หมายถึง การขาดความมั่นใจในการรักษาการทรงท่าทางขณะทำกิจวัตรประจำวัน[6] การศึกษาที่ผ่านมามีรายงานพบอุบัติการณ์การกลัวการล้มในผู้สูงอายุที่มีประวัติการล้มอยู่ในชวง ร้อยละ 21 ถึงร้อยละ 85 และในผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติการล้มอยู่ในช่วงร้อยละ 33 ถึงร้อยละ 46 ซึ่งอุบัติการณ์การล้มในผู้สูงอายุนี้จะเพิ่มมากขึ้นในเพศหญิง ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน[7] จากการศึกษาของ Chamberlin และคณะ พบว่าการกลัวการล้มจะทำให้ความเร็วในการก้าวเดินลดลง มีการก้าวช้าและสั้นลง ซึ่งส่งผลให้ความมั่นคงของศีรษะลดลง ลำตัวโอนเอนสูญเสียการทรงตัวและเกิดการล้มได้ง่าย[8] Yardley และคณะ พบว่าผู้สูงอายุที่กลัวการล้มจะมีระดับการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง ส่งผลให้สมรรถภาพทางร่างกายลดลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา[9] จากการศึกษาของ Silveira และคณะ พบว่าในผู้สูงอายุที่กลัวการล้มมีความสัมพันธ์กับแรงบีบมือ (Handgrip strength) และความเร็วในการเดิน (Gait speed) ที่ลดลง[10] มีรายงานว่า การกลัวการล้มสัมพันธ์กับความสามารถทางกายจากการทดสอบ Time Up and Go Test (TUGT: r=0.33; p<0.001) และสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีประวัติการล้ม และผู้ที่มีปัญหาด้านการควบคุมการทรงตัว[11] จิราภรณ์ วรรณปะเข และคณะทำการศึกษาเปรียบเทียบความสามารถทางกายระหว่างผู้สูงอายุที่กลัวและไม่กลัวการล้ม พบว่า ผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ไม่กลัวการล้มมีความสามารถดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่กลัวการล้ม โดยเฉพาะความสามารถในการเดิน ยกเว้นกำลังกล้ามเนื้อของขา พบว่าผู้สูงอายุที่กลัวการล้ม ใช้เวลาในการทดสอบ Five Times Sit to Stand Test (FTSST) น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่กลัวการล้ม[12] จะเห็นได้ว่าคนที่กลัวการล้มมีสมรรถภาพทางกายที่ลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่กลัวการล้ม ดั้งนั้นคนที่กลัวการล้มควรได้รับการส่งเสริมและป้องการการล้ม เพื่อลดหรือป้องกันการหกล้มที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าการกลัวการล้มส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในการเคลื่อนไหวทำให้การทำกิจวัตรประจำลดลง ส่งผลให้สมรรถภาพทางร่างกายลดลง อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาประเทศไทยมุ่งเน้นศึกษาเกี่ยวกับการล้มและการกลัวการล้มในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังมีข้อมูลรายงานจำกัดในสตรีวัยหลังหมดระดูที่จะก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในอนาคต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายระหว่างสตรีวัยหลังหมดระดูที่กลัวและไม่กลัวการล้ม เพื่อนำข้อมูลเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองและป้องกันการล้มในสตรีวัยหลังหมดระดูต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายระหว่างสตรีวัยหลังหมดระดูที่กลัวและไม่กลัวการล้ม

สมมติฐานการวิจัย

สตรีวัยหลังหมดระดูที่ไม่กลัวการล้มมีสมรรถภาพทางกายดีกว่าสตรีวัยหลังหมดระดูที่กลัวการล้ม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง เป็นการศึกษาเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายในสตรีวัยหลังหมดระดู ที่กลัวการล้มและไม่กลัวการล้ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จะดำเนินการศึกษาในสตรีวัยหลังหมดระดู อายุ 40-59 ปี ที่หมดระดูมาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพะเยา โดยการศึกษานี้ใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจาก Moreira BDS และคณะ[13] รายงานค่า TUGT ในกลุ่มกลัวการล้มเท่ากับ 11.8±3.7 วินาที และกลุ่มไม่กลัวการล้มเท่ากับ 10.2±1.7 วินาที คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1 กำหนดค่า Power เท่ากับ 0.80 ความต่างของผล (Effect size) เท่ากับ 0.56 และค่า Alpha level เท่ากับ 0.05 ดังนั้นใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คนต่อกลุ่ม รวมอาสาสมัครทั้งหมด 104 คน อาสาสมัครในการศึกษานี้มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ สตรีวัยหลังหมดระดู อายุ 40-59 ปี ที่หมดระดูมาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี ไม่มีโรคประตัวร้ายแรงที่ควบคุมไม่ได้หรือหลงเหลือพยาธิสภาพที่ส่งผลต่อการทดสอบสมรรถภาพทางกาย ไม่มีปัญหาทางการสื่อสาร การได้ยิน และการมองเห็น ไม่มีความผิดปกติหรือพยาธิสภาพจากระบบเวสติบูลาร์ มีไข้ ปวดกล้ามเนื้อและข้อในขระทำการทดสอบ ค่าคะแนนความปวดมากกว่า 5 จากคะแนนเต็ม 10 รวมถึงอาสาสมัครที่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเป็นประจำ จะถูกคัดออกจากการศึกษานี้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2565 เลขที่โครงการวิจัย UP-HEC 1.1/046/64 ก่อนเริ่มการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ระหว่างเข้าร่วมงานวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ขั้นตอนการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วจะถูกสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว การออกกำลังกาย และการกลัวการล้ม โดยใช้แบบประเมิน Fall Efficacy Scale-International (FES-I) ฉบับภาษาไทย ซึ่งใช้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่กลัวการล้ม (คะแนน FES-I มากกว่า 23 คะแนน) และกลุ่มที่ไม่กลัวการล้ม (คะแนน FES-I น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน)[14] หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะถูกสุ่มเลือกลำดับการทดสอบสมรรถภาพทางกาย โดยใช้วิธีการสุ่มแบบ Factorial experiment เพื่อลดผลกระทบจากภาวะล้าจากการทดสอบ ซึ่งการทดสอบสมรรถภาพทางกาย ประกอบด้วย 3 การทดสอบ คือ การทดสอบแรงบีบมือ (Handgrip Strength Test-HST) เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือ การทดสอบการเดินและกลับตัว 3 เมตร (Timed Up and Go Test-TUGT) เพื่อประเมินความสามารถในการทรงตัว และการทดสอบลุกนั่งห้าครั้ง (Five Times Sit to Stand Test-FTSST) เพื่อประเมินความแข็งแรงกล้ามเนื้อขา โดยมีช่วงพักระหว่างการทดสอบ 2 นาที หรือจนกลัวกลุ่มตัวอย่างจะหายเหนื่อย โดยประเมินจากการสอบถามและการวัดสัญญาณชีพ รายละเอียดการทดสอบมีดังนี้

1. การทดสอบแรงบีบมือ (Handgrip Strength Test-HST)

การทดสอบแรงบีบมือ ถูกนำมาใช้ในการสะท้อนความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย รวมไปถึงภาวะทางสุขภาพ ความพิการและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ[15,16] ซึ่งปัจจุบัน Asian Working Group for Sarcopenia ได้รายงานค่าปกติของผู้สูงอายุ เอเชีย เพศหญิง เท่ากับ 18 กิโลกรัม ซึ่งบ่งชี้ถึงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง โดยมีรายละเอียดการทดสอบ ดังนี้

1) ผู้วิจัยตรวจสอบหน้าปัดเครื่องวัด handgrip dynamometer ให้อยู่ตำแหน่งศูนย์

2) กลุ่มตัวอย่างกางขาความกว้างเท่ากับไหล่ พร้อมกางไหล่เล็กน้อย จับเครื่องเครื่องมือให้อยู่ในท่าที่เหมาะสมให้เป็นเส้นตรงกับแขนท่อนล่าง

3) ผู้วิจัยอธิบายวิธีการทดสอบและฝึกซ้อม 1 รอบ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำการทดสอบจริง

4) กลุ่มตัวอย่างออกแรงบีบกำมือให้แรงที่สุด โดยห้ามกลั้นหายใจ (ป้องกัน Valsalva maneuver) ค้างไว้ได้ไม่เกิน 3-5 วินาที

5) ผู้วิจัยบันทึกค่าการทดสอบมือข้างถนัด 2 ครั้ง โดยแต่ละครั้งมีระยะพัก 2 นาที และนำค่าเฉลี่ยมาวิเคราะห์ข้อมูล[17]

2. การทดสอบการเดินและกลับตัว 3 เมตร (Timed Up and Go Test-TUGT)

การทดสอบ TUGT เป็นการทดสอบความสามารถในการทรงท่าแบบเคลื่อนที่ (Dynamic balance ability) ซึ่งเป็นการทดสอบที่ได้มาตรฐานที่มีลักษณะของการทดสอบ เป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน และถูกนำมาประยุกต์ใช้ทำนายความเสี่ยงต่อการล้มและยังพบความสัมพันธ์ในระดับสูงกับระดับความสามารถทางกายและการทำงานในผู้สูงอายุ[18,19] โดยพบว่ามีการเสนอแนะค่าตัดแบ่งสำหรับการทำนายความเสี่ยงต่อการล้มในผู้สูงอายุไว้ที่ 12.47 วินาที (ความไวและความจำเพาะ=ร้อยละ 73.7 และ 65.8 ตามลำดับ)[18] โดยมีรายละเอียดการทดสอบ ดังนี้

1) ผู้วิจัยแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างยืดกล้ามเนื้อเหยียดข้อเข่าทั้งสองข้างก่อนเริ่มการทดสอบ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างนั่งบนเก้าอี้ทดสอบ วางส้นเท้าอยู่หลังต่อข้อเข่าประมาณ 10 เซนติเมตรแล้ว ข้อสะโพกอยู่ในลักษณะงอประมาณ 90 องศา วางแขนไว้ข้างลำตัว

2) ผู้วิจัยให้คำสั่งเพื่อเริ่มการเคลื่อนไหวโดยให้กลุ่มตัวอย่างลุกขึ้นยืนและนั่งลงให้เร็วที่สุดและอย่างปลอดภัยที่สุดต่อเนื่องกัน 5 ครั้ง โดยการลุกขึ้นยืนจากนั่งในแต่ละรอบกลุ่มตัวอย่างจะต้องลุกขึ้นยืนให้ข้อสะโพกและข้อเข่าเหยียดจนสุดก่อนที่จะย่อตัวลงนั่ง และเมื่อลงนั่งต้องนั่งให้ก้นสัมผัสพื้นเก้าอี้เต็มที่พร้อมทั้งหลังตั้งตรงในแนวตั้งฉากกับพื้นก่อนจึงจะลุกขึ้นยืนในรอบถัดไป

3) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับอนุญาตให้ลองทดสอบก่อนการทดสอบจริง 1 รอบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง ทำความคุ้นชินกับการทดสอบ

4) ผู้วิจัยเริ่มจับเวลาพร้อมกับพูดคำว่า “เริ่ม” และสิ้นสุดการจับเวลาเมื่อกลุ่มตัวอย่างนั่งลงจนก้นสัมผัสพื้นเก้าอี้เต็มที่พร้อมทั้งหลังตั้งตรงในแนวตั้งฉากกับพื้น

5) ผู้วิจัยบันทึกค่าการทดสอบทั้งหมด 3 รอบ โดยแต่ละรอบมีระยะพัก 2 นาที และนำค่าเฉลี่ยมาวิเคราะห์ข้อมูล[20]

3. การทดสอบลุกนั่งห้าครั้ง (Five Times Sit to Stand Test-FTSST)

การทดสอบ FTSST เป็นการทดสอบที่นิยมนำมาประเมินความสามารถทางกายในผู้สูงอายุเพื่อนำมาประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การล้ม และความสามารถในการทรงท่า[21] มีรายงานพบว่าหากผู้สูงอายุใช้เวลาในการทดสอบตั้งแต่ 15 วินาที บ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงต่อการล้ม (Sensitivity 55%, Specificity 65%)[22] มีรายละเอียดการทดสอบ ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างใส่รองเท้าคู่ที่ใส่ประจำเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการวัดหรือล้มขณะทดสอบ

2) กลุ่มตัวอย่างนั่งบนเก้าอี้หลังพิงพนักและเท้าทั้งสองข้างวางราบกับพื้น

3) ผู้วิจัยจับเวลาหลังจากบอกเริ่มและสังเกตุเห็นการขยับตัว เช่น ยกหลังออกจากพนักพิงเลื่อนตัวไปข้างหน้าเพื่อลุกขึ้นยืนและเดินในระยะ 3 เมตร

4) กลุ่มตัวอย่างเดินด้วยความแร็วที่สุดที่สามารถทำได้และปลอดภัยไปตามระยะทางบนพื้นเลี้ยวหมุนรอบกรวยเดินตรงกลับไปที่เก้าอี้ตัวเดิม และผู้วิจัยหยุดเวลาเมื่ออาสาสมัครกลับมานั่งหลังพิงพนักเก้าอี้ตัวเดิม

5) ผู้วิจัยเดินตามกลุ่มตัวอย่างตลอดการทดสอบแต่อยู่ในระยะที่ไม่ขัดขวางการเคลื่อนไหว พร้อมที่จะช่วยเหลือได้ทันที

6) ผู้วิจัยบันทึกค่าการทดสอบทั้งหมด 3 รอบ โดยแต่ละรอบมีระยะพัก 2 นาที และนำค่าเฉลี่ยมาวิเคราะหขอมูล[23]

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะอาสาสมัครและผลการศึกษา รายงานด้วยค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean±SD) ใช้สถิติ Independent sample T-test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลสมรรถภาพทางกายระหว่างกลุ่มที่กลัวการล้มและไม่กลัวการล้ม เมื่อข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และใช้สถิติ Man-Whitney U test ในกรณีที่ข้อมูลแจกแจงแบบไม่ปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

ผลการศึกษา

ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 104 คน พบว่าในกลุ่มที่กลัวการล้มมีอายุเฉลี่ย 55.42±3.38 ปี มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 42.30 และไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 57.70 และกลุ่มที่ไม่กลัวการล้ม มีอายุเฉลี่ย 54.77±3.21 ปี มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 50.00 และไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 50.00 เมื่อทำการเปรียบเทียบอายุ ส่วนสูง พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) และเมื่อทำการเปรียบเทียบน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย คะแนน FES-I พบว่าทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มกลัวการล้ม (n=52)	กลุ่มไม่กลัวการล้ม (n=52)	p-value
อายุ (ปี)	55.42±3.38	54.77±3.21	0.225[a]
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	57.94±8.36	54.13±8.57	0.024*[b]
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	153.79±6.24	153.08±4.69	0.171[a]
ดัชนีมวลกาย (BMI)	24.50±3.27	23.04±3.04	0.021*[b]
คะแนน FES-I	28.90±6.13	19.60±2.29	0.001*[a]

ตารางที่ 1 (ต่อ) ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มกลัวการล้ม (n=52)	กลุ่มไม่กลัวการล้ม (n=52)	p-value
โรคประจำตัว [จำนวน(ร้อยละ)]			
ไม่มี	30 (57.70)	26 (50.00)	
ความดันโลหิตสูง	4 (7.69)	7 (13.46)	
เบาหวาน	3 (5.77)	2 (3.85)	
ไขมันในเลือดสูง	1 (1.92)	1 (1.92)	
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	1 (1.92)	1 (1.92)	
เบาหวานและไขมันในเลือดสูง	1 (1.92)	2 (3.85)	
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	6 (11.54)	10 (19.23)	
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง	1 (1.92)	1 (1.92)	
อื่นๆ (ไทรอยด์ ไต เกาต์)	5 (9.62)	2 (3.85)	
ความถี่การออกกำลังกาย [จำนวน(ร้อยละ)]			
≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	16 (30.77)	15 (28.85)	
< 3 ครั้ง/สัปดาห์	36 (69.23)	37 (71.15)	

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05; [a] ใช้สถิติ Man-Whitney U test; [b] ใช้สถิติ Independent T-test

การทดสอบสมรรถภาพทางกาย

จากการทดสอบสมรรถภาพสามารถทางกาย ซึ่งประกอบด้วย การทดสอบ Handgrip Strength Test (HST) การทดสอบ Five-Times-Sit-to-Test-Stand Test (FTSST) และการทดสอบ Timed up and go test (TUGT) พบว่ากลุ่มที่ไม่กลัวการล้มมีผลการทดสอบที่ดีกว่ากลุ่มที่กลัวการล้ม ทั้ง 3 การทดสอบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การทดสอบสรรถภาพทางกายของกลุ่มที่กลัวการล้มและกลุ่มที่ไม่กลัวการล้ม

ตัวแปร	กลุ่มกลัวการล้ม (n=52)	กลุ่มไม่กลัวการล้ม (n=52)	p-value
Handgrip Strength Test (กิโลกรัม)	21.11±3.61	24.44±3.02	0.001*[b]
Five-Times-Sit-to-Test-Stand Test (วินาที)	9.77±1.37	8.78±0.98	0.001*[a]
Timed up and go test (วินาที)	11.45±1.87	8.10±0.96	0.001*[a]

หมายเหตุ *p<0.05; [a] ใช้สถิติ Man-Whitney U test; [b] ใช้สถิติ Independent t-test

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายระหว่างสตรีวัยหลังหมดระดูที่กลัวและไม่กลัวการล้ม ดังนั้นจึงอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้ ภาวะการกลัวการหกล้ม (Fear of falling) เป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นได้โดยทั่วไปในผู้สูงอายุ เป็นอาการที่กระทบทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่มั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว ปัจจุบันนิยมใช้แบบประเมิน Falls Efficacy Scale-International (FES-I) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่น่าสนใจประเมินอาการกลัวการล้ม มีความสอดคล้องภายในและความตรงเชิงโครงสร้างที่ดีและยอมรับได้โดยประเมินกิจกรรมทางกายและทางสังคมตั้งแต่ระดับง่ายไปสู่ยาก[14] ผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มร้อยละ 50-83 พยายามหลีกเลี่ยงหรือจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นการป้องกันการหกล้ม ส่งผลให้ผู้สูงอายุกล้ามเนื้อฝ่อลีบ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและมีผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น การลดบทบาทในสังคม หรือลดกิจกรรมยามว่าง และนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากขึ้น และเป็นภาระของผู้ดูแล ดังนั้นการคัดกรองหรือตรวจประเมินการกลัวการล้มและสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุรวมทั้งผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งการศึกษานี้ทำการทดสอบแรงบีบมือ (HST) สะท้อนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนมือ ทดสอบลุกนั่งห้าครั้ง (FTSST) สะท้อนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนขา โดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเหยียดสะโพกและเข่า และทดสอบการเดินและกลับตัว 3 เมตร (TUGT) สะท้อนการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวและยังนิยมนำไปทำนายความเสี่ยงต่อการล้ม พบว่าสตรีวัยหลังหมดระดูที่กลัวการล้มมีสมรรถภาพทางกายต่ำกว่าผู้ที่ไม่กลัวการล้ม สามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่กลัวการหกล้มมีความเร็วในการเดินลดลง เนื่องจากต้องระมัดระวังและพยายามรักษาการทรงตัวขณะเดิน และยังพบว่าการทรงตัวบกพร่องและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อบีบมือลดลงซึ่งเป็นตัวบ่งชี้หนึ่งถึงภาวะความอ่อนแอของร่างกายที่อาจนำไปสู่การการกลัวการล้มและการล้มได้[24] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบความสามารถทางกายระหว่างผู้สูงอายุที่กลัวและไม่กลัวการล้ม พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่กลัวการล้ม มีความสามารถทางกายที่ดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่กลัวการล้ม คือ ความสามารถในการเดินทั้งความเร็วปกติ และความเร็วสูงสุดดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่กลัวการล้ม แต่ผลการศึกษานี้ยังไม่สามารถระบุความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างผู้สูงอายุที่กลัวและไม่กลัวการล้มเกี่ยวกับด้านความสามารถในการทรงตัวจากการทดสอบ 10 Meter Walk Test (10MWT) และด้านกำลังกล้ามเนื้อของขา จากการทดสอบ Five-Times-Sit-to-Stand Test (FTSST)[25] อย่างไรนั้นการศึกษานี้ช่วยยืนยันให้ชัดเจนได้ว่าผู้ที่กลัวและไม่กลัวการล้มมีความแข็งแรงมือและความสามารถในการทรงตัวที่แตกต่างกัน

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแรกที่มีการศึกษาเกี่ยวกับการกลัวการล้มในสตรีวัยหลังหมดระดู ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถทางกายในประชากรกลุ่มนี้ ซึ่งพบว่าการกลัวการหกล้มเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ทั้งในผู้สูงอายุและวัยหลังหมดระดูผู้ซึ่งกำลังจะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลจากการวิจัยนี้ไปใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพในการดูแล ป้องกัน และส่งเสริมเพื่อกำหนดแนวทางหรือนโยบายในการลดปัจจัยเสี่ยงที่

เกี่ยวข้องกับการกลัวการล้มและการล้ม เพื่อลดอุบัติการณ์และภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ต่อไป อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ จากผลการศึกษาพบว่าน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการที่มีน้ำหนักตัวมาก อาจส่งผลกระทบต่อผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายในกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้วิจัยใช้การประเมินความกลัวการหกล้ม เป็นตัวคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงอาจไม่สามารถควบคุมให้คุณลักษณะส่วนบุคคลเหมือนกัน (หรือไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ) ได้ทุกประการ

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สตรีวัยหลังหมดระดูที่กลัวการล้มมีสมรรถภาพทางกายต่ำกว่าผู้ที่ไม่กลัวการล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรตระหนักถึงความกลัวการล้มในสตรีวัยหลังหมดระดูและหาแนวทางลดความกลัวการล้ม และความเสี่ยงในการล้มในสตรีวัยหลังหมดระดู เพื่อเป็นหาแนวทางในการดูแลและป้องกันการล้มในสตรีวัยหลังหมดระดู เช่น การจัดสภาพแวดลอมที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหว จัดกิจกรรมส่งเสริมกิจกรรมสันทนาการหรือการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกาย

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ. จำนวนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตาม อายุ เพศ และจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 2564 มี.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก: http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
4. โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต. ผู้หญิงวัยทอง หรือ วัยหมดประจำเดือน (Menopause) [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 2564 มี.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก: https://www.phukethospital.com/th/news-events/menopause/
5. มลฤดี ประสิทธิ์, ชวนชม สกนธวัฒน์, เกสร เหล่าอรรคะ, สุกรี สุนทราภา, ศรีนารี แก้วฤดี, วรลักษณ์ สมบูรณ์พร, และคณะ. อาการของสตรีวัยหมดประจำเดือน ที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2550; 22(3): 267-74.
6. Jefferis BJ, Iliffe S, Kendrick D, et al. How are falls and fear of falling associated with objectively measured physical activity in a cohort of community-dwelling older men?. BMC Geriatr. 2014;14:114. Published 2014 Oct 27. doi:10.1186/1471-2318-14-114

7. del-Río-Valeiras M, Gayoso-Diz P, Santos-Pérez S, et al. Is there a relationship between short FES-I test scores and objective assessment of balance in the older people with age-induced instability?. Arch Gerontol Geriatr. 2016;62:90-96. doi:10.1016/j.archger.2015.09.005
8. Chamberlin ME, Fulwider BD, Sanders SL, Medeiros JM. Does fear of falling influence spatial and temporal gait parameters in elderly persons beyond changes associated with normal aging?. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2005;60(9):1163-1167. doi:10.1093/gerona/60.9.1163
9. Yardley L, Beyer N, Hauer K, Kempen G, Piot-Ziegler C, Todd C. Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). Age Ageing. 2005;34(6):614-619. doi:10.1093/ageing/afi196
10. Silveira T, Pegorari MS, Castro SS, Ruas G, Novais-Shimano SG, Patrizzi LJ. Association of falls, fear of falling, handgrip strength and gait speed with frailty levels in the community elderly. Medicina (Ribeirão Preto) 2015; 48(6): 549-56.
11. Park JH, Cho H, Shin JH, et al. Relationship among fear of falling, physical performance, and physical characteristics of the rural elderly. Am J Phys Med Rehabil. 2014;93(5):379-386. doi:10.1097/PHM.0000000000000009
12. จิราภรณ์ วรรณปะเข, ปฏิเวธ คงไพจิตรวงศ์, สิริพร ลอมสมบูรณ์, อภิญญา ทองประสาท. การเปรียบเทียบความสามารถทางกายระหว่างผู้สูงอายุที่กลัวและไม่กลัวการล้ม. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. 2561; 30(1): 70-80.
13. Moreira Bde S, Dos Anjos DM, Pereira DS, et al. The geriatric depression scale and the timed up and go test predict fear of falling in community-dwelling elderly women with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. BMC Geriatr. 2016;16:56. Published 2016 Mar 3. doi:10.1186/s12877-016-0234-1
14. ลัดดา เถียมวงศ์. การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2554; 29(6): 277-87.
15. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-M156. doi:10.1093/gerona/56.3.m146
16. Bohannon RW. Hand-grip dynamometry predicts future outcomes in aging adults. J Geriatr Phys Ther. 2008;31(1):3-10. doi:10.1519/00139143-200831010-00002

17. Ramírez-Vélez R, Rodrigues-Bezerra D, Correa-Bautista JE, Izquierdo M, Lobelo F. Reliability of Health-Related Physical Fitness Tests among Colombian Children and Adolescents: The FUPRECOL Study. PLoS One. 2015;10(10):e0140875. Published 2015 Oct 16. doi:10.1371/journal.pone.0140875
18. Alexandre TS, Meira DM, Rico NC, Mizuta SK. Accuracy of Timed Up and Go Test for screening risk of falls among community-dwelling elderly. Rev Bras Fisioter. 2012;16(5):381-388. doi:10.1590/s1413-35552012005000041
19. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991;39(2):142-148. doi:10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x
20. Cheng YY, Wei SH, Chen PY, et al. Can sit-to-stand lower limb muscle power predict fall status?. Gait Posture. 2014;40(3):403-407. doi:10.1016/j.gaitpost.2014.05.064
21. Bohannon RW. Reference values for the five-repetition sit-to-stand test: a descriptive meta-analysis of data from elders. Percept Mot Skills. 2006;103(1):215-222. doi:10.2466/pms.103.1.215-222
22. Buatois S, Miljkovic D, Manckoundia P, et al. Five times sit to stand test is a predictor of recurrent falls in healthy community-living subjects aged 65 and older. J Am Geriatr Soc. 2008;56(8):1575-1577. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01777.x
23. Lin MR, Hwang HF, Hu MH, Wu HD, Wang YW, Huang FC. Psychometric comparisons of the timed up and go, one-leg stand, functional reach, and Tinetti balance measures in community-dwelling older people. J Am Geriatr Soc. 2004;52(8):1343-1348. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52366.x
24. จิรพัฒน์ นาวารัตน์, มูรณีย์ ดารามัน, วันวิสาข์ สุตระ, จุฬาลักษณ์ จิตรสว่าง, อรพรรณ มีเงิน. ค่าจุดตัดความเร็วในการเดินสำหรับทำนายการกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ. 2561; 21(3): 317-24.

ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ของมารดาหลังคลอด ตำบลยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

จิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์[*a], เปรมวดี เปลรินทร์[**], จินตหรา สาลาสุตา[**], ชไมพร นารถชัยภูมิ[**], ฐิติรัตน์ พันธ์เปี่ยม[**], ธันยมัย มูลบัวภา[**], พิชญาทร สีหานารถ[**] , ธิติรัตน์ เหล่าคมพฤฒาจารย์[***], พรภัทรา แสนเหลา[*]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยาย ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ 1) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือมารดาหลังคลอด ในพื้นที่ตำบลยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 59 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบวัดความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและมีค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้จากสูตร KR-20 เท่ากับ 0.74 และแบบสอบถามด้านพฤติกรรม ซึ่งมีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา t-test, ANOVA และ Pearson's correlation

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก (16-20 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 78 และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นในระดับมาก ($\overline{X}$=4.35, SD=0.42) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุและระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และพบว่าความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.436

ข้อเสนอแนะ การส่งเสริมด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอดที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กันและเป็นการอนุรักษ์สืบสานประเพณีวัฒนธรรมอันดีงามของไทยให้คงอยู่ต่อไป

คำสำคัญ : ความรู้; พฤติกรรมการดูแลตนเอง; มารดาหลังคลอด; ภูมิปัญญาท้องถิ่น

---

[*] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

[**] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

[***] อาจารย์ คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

[a] Corresponding author : จิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์ Email : jungera2520@gmail.com

รับบทความ: 7 ธ.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 26 ธ.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 26 ธ.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 27 ม.ค. 66

Knowledge and Self-care Behavior using Local Wisdom among Postpartum Mother, Yang Wai Sub-district, Khon Sawan District, Chaiyaphum Province

Jiratchaya Laokhompruttajarn[*a], Pramwadee Perin[**], Jintara Salasuta[**], Chamaiporn Nadchaiyaphom[**], Thitirat Phunpiam[**], Thanyamai Munbuapha[**], Phitchayathon Sihanat[**], Thitirat Laokhompruttajan[***], Pornphattra Saenloa[*]

Abstract

The objectives of this descriptive research were to 1) study knowledge and self-care behaviors using local wisdom, 2) compare the self-care behaviors using local wisdom among demographic groups, and 3) explore relationships between knowledge and self-care behaviors using local wisdom among postpartum mothers. The samples were consisted of 59 postpartum mothers in the area of Yang Wai subdistrict, Khon Sawan district, Chaiyaphum province. The data were collected using a knowledge measurement form and a self-care behavior with local wisdom questionnaire which were checked for content validity. The reliability of the knowledge measurement form using KR-20 was 0.74 while the reliability for the self-care behavior with local wisdom questionnaire using the Cronbach's alpha coefficient was 0.89. The data were analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA and Pearson's correlations.

The results showed that the majority of the samples had a high level of knowledge (16-20 points; 78%) and a high level of self-care behaviors with local wisdom of the postpartum women ($\overline{X}$ =4.35, SD=0.42) . When classified by demographic data, postpartum self-care behavior with local wisdom differed by age and education at a statistical level of 0.05. There was a significant positive correlation between knowledge and postpartum self-care behavior with local wisdom ($p<0.05$, $r=0.436$).

[*] Instructor, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

[**] Bachelor of Nursing Science Candidate, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

[***] Lecturer, Faculty of Political Science Chaiyaphum Rajabhat University

[a] Corresponding author : Jiratchaya Laokhompruttajarn Email : jungera2520@gmail.com

Received: Dec. 7, 22; Revised: Dec. 26, 22; Accepted: Dec. 26, 22; Published Online: Jan. 27, 23

It is recommended to promote knowledge and self-care behaviors with local wisdom of the postpartum mothers suitable with contexts of each communities to conserve and promote good cultural traditions of Thailand.

Keywords: Knowledge; Self-care behaviors; Postpartum mothers; Local wisdom

บทนำ

ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือภูมิปัญญาชาวบ้าน (Local wisdom) เป็นแนวคิดวิถีไทยที่มีมาตั้งแต่สมัยโบราณ ได้รับการสั่งสมและสืบทอดมาจากบรรพบุรุษจากรุ่นสู่รุ่น โดยการผสมผสานหรือประยุกต์ด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและสอดคล้องตามวิถีการดำเนินชีวิตในแต่ละภูมิภาค[1] เพื่อส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ การแก้ไขปัญหาและการปรับตัวสู่ภาวะสมดุล จนกลายเป็นความเชื่อที่ผสมผสานรวมเป็นวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ที่สืบต่อกันมาจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะในด้านการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจะขึ้นได้จากการรู้เท่าไม่ถึงการณ์หรือการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง[2] ดังนั้นภูมิปัญญาท้องถิ่นจึงถือเป็นมรดกอันล้ำค่าที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาและใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาวิถีชีวิตของคนไทยได้อย่างเหมาะสม

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดมาตรฐานการผดุงครรภ์ด้านการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อ “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” และกำหนดบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ให้สามารถดูแลทารกและมารดาหลังคลอดได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงวัฒนธรรมและประเพณีของสังคมนั้นๆ[3] ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การแพทย์ดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลก ค.ศ.2014–2023 (พ.ศ. 2557–2566) ที่มีนโยบายให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้ตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของการใช้และการเข้าถึงภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิมและผลิตภัณฑ์สมุนไพรสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิผล ปลอดภัย มีมาตรฐานและใช้อย่างสมเหตุสมผล[4] เพื่อฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอดให้สามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้โดยเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ[2]

การดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะในชุมชนชนบท พบว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญและมีส่วนร่วมในการดูแลและให้คำแนะนำแก่มารดาหลังคลอดเป็นอย่างมาก โดยมีการประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ[5] ซึ่งอาศัยทั้งจากความรู้และประสบการณ์เดิม เช่น การดูแลด้านอาหารในท้องถิ่นที่ส่งเสริมสุขภาพ การใช้สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายและเพิ่มการไหลของน้ำนม รวมถึงการอยู่ไฟเพื่อปรับสมดุลและส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงและกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็วในระยะหลังคลอด[6] สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในต่างประเทศหลายแห่งที่ได้มีการนำสมุนไพรแบบดั้งเดิมและนำรูปแบบการดูแลมารดาหลังคลอดตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่

เพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพและกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ทำให้มารดาหลังคลอดมีสุขภาพที่แข็งแรง ปราศจากภาวะแทรกซ้อนและสามารถเลี้ยงดูทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ[7-9]

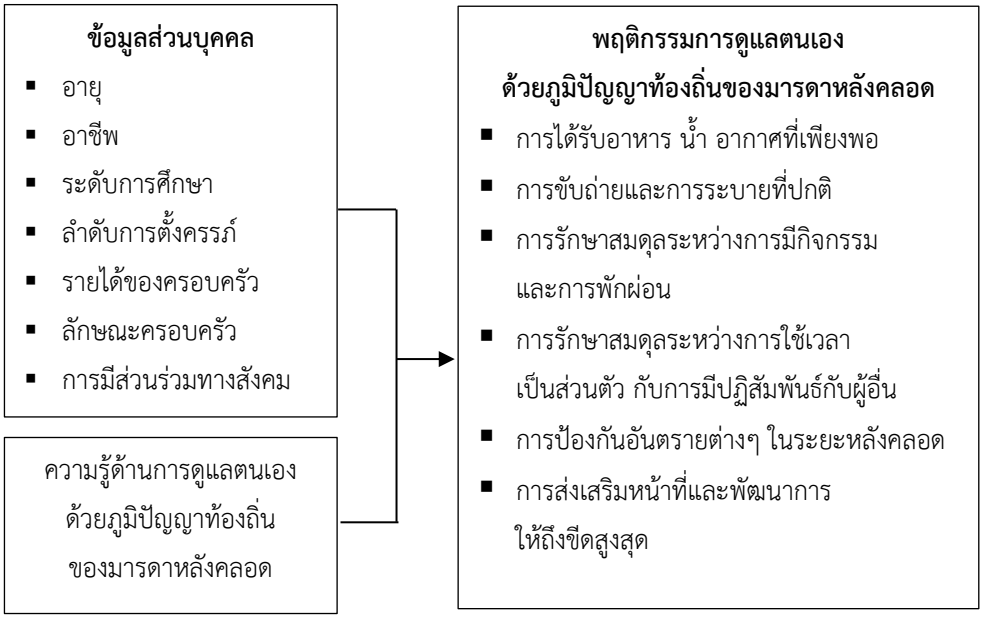
จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับมารดาหลังคลอดที่อาศัยในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีการดูแลตนเองภายหลังคลอดที่แสดงถึงการผสมผสานองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ อาทิ การรับประทานอาหารที่กระตุ้นการไหลของน้ำนมและส่งเสริมสุขภาพ การไม่รับประทานของแสลง การดื่มน้ำสมุนไพร การอยู่ไฟ การอบสมุนไพร และการนวดบำบัดสมุนไพร เป็นต้น[10] จะเห็นได้ว่ามารดาหลังคลอดยังคงได้รับการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตสังคม ซึ่งถือเป็นประเด็นที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อบุคลากรด้านสุขภาพที่มีส่วนในการส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดให้สามารถกลับสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วและแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด โดยนำแนวคิดการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น[11] ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Dorothea Orem)[12] มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและเป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นในการดูแลมารดาหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งส่งผลที่ดีต่อภาวะสุขภาพ อีกทั้งยังได้ร่วมสืบสานและอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น ประเพณีและวัฒนธรรมอันดีงามให้กับอยู่คู่กับสังคมไทยสืบไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด ตำบลยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอดจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ลำดับการตั้งครรภ์ รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว และการมีส่วนร่วมทางสังคม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น[11] ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[12] (Orem's Self-care Theory) ซึ่งเน้นเรื่องการดูแลตนเองระดับบุคคล และอธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า "การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี" และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลและใช้เป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัยทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาหลังคลอดที่ผ่านการคลอดทางช่องคลอดทั้งคลอดปกติและใช้เครื่องมือช่วยคลอด พร้อมการเกิดมีชีพของบุตรคนแรก อยู่ในระยะหลังคลอด 4–10 สัปดาห์ ที่พาบุตรมารับวัคซีนที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 69 คน[13]

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาหลังคลอด อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีเกณฑ์คุณสมบัติตามประชากร และมารับบริการฯ ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน–30 กันยายน 2565 โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และคลอด 2) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอด เช่น ภาวะตกเลือด ติดเชื้อ เป็นต้น 2) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 59 คน

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของ Dharwiyanto Putro B et al.[14] และ จิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์ และคณะ[15] แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ลำดับการตั้งครรภ์ รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว และการมีส่วนร่วมกับสังคม เป็นลักษณะแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบใช่-ไม่ใช่ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 14 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 7 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเชิงบวก ตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ตอบถูก ให้ 0 คะแนนและตอบผิดให้ 1 คะแนน การวิเคราะห์และแปลผลในภาพรวมของความรู้ พิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[16] มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม (16-20 คะแนน) ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-79.99 ของคะแนนเต็ม (12-15 คะแนน) และระดับน้อย ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม (0-11 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด แบ่งเป็น 6 ด้าน จำนวน 35 ข้อ ได้แก่ 1) การได้รับอาหาร น้ำ และอากาศ ที่เพียงพอ 10 ข้อ 2) การรักษาไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายที่ปกติ 5 ข้อ 3) การรักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน 5 ข้อ 4) การรักษาสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 5 ข้อ 5) การป้องกันอันตรายต่างๆ ในระยะหลังคลอด 5 ข้อ และ 6) การส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด 5 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวก 30 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ กรณีข้อความเชิงบวก ปฏิบัติมากที่สุดถึงไม่เคยปฏิบัติ (มีคะแนนระหว่าง 5–1) กรณีข้อความเชิงลบ ปฏิบัติมากที่สุดถึงไม่เคยปฏิบัติ (มีคะแนนระหว่าง 1–5) มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ของ Likert R[17] การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอดรายข้อ รายด้านและโดยรวม ใช้การจัดอันตรภาคชั้นของคะแนนเฉลี่ยที่มีตั้งแต่ 1.00–5.00 โดยใช้เกณฑ์แบ่ง ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ดี คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง พอใช้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ต้องปรับปรุง[18]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยคณะผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบวัดความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด ที่พัฒนาขึ้นนำไปเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และทำการปรับแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะและ

นำไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าความสอดคล้องระหว่าง 0.60–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) สำหรับแบบวัดความรู้ ได้ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ 0.74 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ถึงนายกองค์การบริหารตำบลยางหวาย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ
2. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำหนังสือชี้แจงวิธีและขั้นตอนการทำวิจัย โดยขึ้นอยู่กับความสมัครใจและสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ภายหลังชี้แจงแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent)
3. ผู้วิจัยดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด มี 4 ส่วน สอบถามข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด โดยการหาค่าความถี่และร้อยละ
3. การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอดโดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ลำดับการตั้งครรภ์ ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัว และการมีส่วนร่วมทางสังคม ใช้สถิติ ทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)
5. การหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s correlation)

การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของการเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิก ไม่

เข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ และข้อมูลจากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และการศึกษาครั้งได้รับการรับรองการพิจารณา การทำวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE65-1-018

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง** พบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 58 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 61 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34 เป็นการตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 61 มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 63 มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 56 และมีการเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม ร้อยละ 66

2. **ความรู้ด้านการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด**

ผลการศึกษาระดับความรู้ด้านการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด ตำบลยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ฯ อยู่ในระดับมาก (16-20 คะแนน) จำนวน 46 คน (ร้อยละ 78) ระดับปานกลาง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 20) และระดับน้อย จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น (n=59)

ความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (16-20 คะแนน)	46	78
ระดับปานกลาง (10-15 คะแนน)	12	20
ระดับน้อย (0-9 คะแนน)	1	2
รวม	**59**	**100**

3. **พฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด**

ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด ตำบลยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ระดับพฤติกรรมฯ โดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=4.35, SD=0.42) โดยมีรายละเอียดรายด้าน ดังนี้ 1) การได้รับอาหาร น้ำและอากาศที่เพียงพอ ($\overline{X}$=4.40, SD=0.40) 2) การรักษาไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายที่ปกติ ($\overline{X}$=4.37, SD=0.46) 3) การรักษาไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการพักผ่อนและการมีกิจกรรม ($\overline{X}$=4.34, SD=0.53) 4) การรักษาสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ($\overline{X}$=4.35, SD=0.51) 5) การป้องกันอันตรายต่างๆ ในระยะหลังคลอด ($\overline{X}$=4.33, SD=0.51) และการส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ($\overline{X}$=4.33, SD=0.44) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น (n=59)

พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น	$\overline{X}$	SD	ระดับ
- การได้รับอาหาร น้ำ และอากาศที่เพียงพอ	4.40	0.40	มาก
- การรักษาไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายที่ปกติ	4.37	0.46	มาก
- การรักษาไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการพักผ่อนและการมีกิจกรรม	4.34	0.53	มาก
- การรักษาสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	4.35	0.51	มาก
- การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ในระยะหลังคลอด	4.33	0.51	มาก
- การส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด	4.33	0.44	มาก
รวม	**4.35**	**0.42**	**มาก**

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด ตำบลยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นเมื่อจำแนกตามข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุและระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรด้านอาชีพ ลำดับการตั้งครรภ์ ลักษณะครอบครัว รายได้และการมีส่วนร่วมทางสังคม พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด ตำบลยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=59)

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value
อายุ					
Between Groups	1.670	2	0.835	5.331	0.008*
Within Groups	8.769	56	0.157		
Total	10.438	58			
ระดับการศึกษา					
Between Groups	1.563	3	0.521	3.228	0.029*
Within Groups	8.875	55	0.161		
Total	10.438	58			

ตารางที่ 3 (ต่อ) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด ตำบลยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=59)

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value
อาชีพ					
Between Groups	1.348	4	0.337	2.001	0.107
Within Groups	9.090	54	1.680		
Total	10.438	58			
ลำดับการตั้งครรภ์					
Between Groups	0.468	1	0.458	2.614	0.111
Within Groups	4.480	57	0.175		
Total	10.438	58			
ลักษณะครอบครัว					
Between Groups	0.618	1	0.614	3.560	0.064
Within Groups	9.824	57	0.172		
Total	10.438	58			
รายได้					
Between Groups	0.127	2	0.064	0.345	0.710
Within Groups	10.311	56	0.184		
Total	10.438	58			
การมีส่วนร่วมทางสังคม					
Between Groups	0.443	1	0.443	2.527	0.117
Within Groups	4.995	57	0.175		
Total	10.438	58			
รวม	**72.452**	**406**			

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด

ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s correlation) พบว่า ความรู้ฯมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p<0.05$ ค่าสหสัมพันธ์ 0.436 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด

		ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น	ค่าสหสัมพันธ์	0.436*
	p-value	0.005
	ระดับความสัมพันธ์	ต่ำ

*ระดับนัยสำคัญ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด ส่วนใหญ่ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ประสบการณ์และทักษะต่างๆ มาจากบรรพบุรุษ ซึ่งมีหลากหลายวิธี อาทิเช่น การอยู่ไฟ การอาบน้ำสมุนไพร การเข้ากระโจมสมุนไพร การประคบสมุนไพร การนาบหม้อเกลือ การนวดบำบัด การรับประทานอาหารสมุนไพรและการดื่มน้ำสมุนไพร เป็นต้น จึงส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ในระดับสูง สอดคล้องกับแนวคิด การดูแลสตรีหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น[11] ที่กล่าวว่า การนำองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอด ได้แก่ การอยู่ไฟ การเข้ากระโจม การทับหม้อเกลือและการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพจะช่วยให้มารดาหลังคลอดมีสุขภาพที่แข็งแรงได้เร็วขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ พาโน และยงยุทธ วัชรดุล[19] ที่ศึกษากลุ่มมารดาหลังคลอดในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยภาพรวม อยู่ในระดับมากและการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง จะช่วยในการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับสู่สภาวะปกติได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mediastari AA[20] ที่ศึกษากลุ่มมารดาหลังคลอด ในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า กลุ่มมารดาหลังคลอดของเมืองเดนปาซาร์ บาหลี ประเทศอินโดนีเซีย ได้นำองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและยาแผนโบราณตามความเชื่อทางวัฒนธรรมและศาสนา มาใช้ในการดูแลสุขภาพสตรีหลังคลอด อาทิ การบำบัดด้วยสมุนไพร โภชนาการ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านยาแผนโบราณ การสะกดจิต การทำสมาธิ โยคะ การฝังเข็ม เป็นต้น ซึ่งมีผลดีต่อสุขภาพของสตรีหลังคลอดช่วยให้ฟื้นฟูสภาพร่างกายและเลี้ยงดูทารกได้อย่างมีคุณภาพ

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีอายุและระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีอายุ มากกว่า 30 ปีขึ้นไป มีระดับการศึกษาปริญญาตรีและมีความรู้ด้านการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นระดับมาก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ทั้งนี้

อาจเป็นเพราะมารดาหลังคลอดที่มีอายุมากกว่า 30 ปี รวมถึงระดับการศึกษาที่ดี ย่อมมีวุฒิภาวะและสามารถแสวงหาความรู้มาใช้ในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ดีและมีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม[12] ที่กล่าวว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ สังคมขนบธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม สภาพที่อยู่อาศัย และแหล่งประโยชน์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณวดี ณภัค[6] ที่ศึกษากลุ่มมารดาหลังคลอด ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีอายุและประสบการณ์ที่ต่างกันมีพฤติกรรมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพแตกต่างกันไป โดยมีเหตุผลเพื่อต้องการให้ร่างกายฟื้นตัวจากการคลอดบุตรโดยเร็ว มดลูกเข้าอู่ กระตุ้นการหลั่งน้ำนมและขับน้ำคาวปลา เป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang Q et al.[21] ที่ศึกษากลุ่มมารดาหลังคลอดในประเทศจีน พบว่า ความเชื่อและการปฏิบัติตนหลังคลอดตามประเพณีได้รับอิทธิพลจากสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปตามอายุและประสบการณ์ กิจกรรมการดูแลตนเองที่นำมาประยุกต์ใช้ อาทิเช่น อาหารสุขอนามัย สร้างสมดุลหยินหยาง ป้องกันปัจจัยก่อโรคเข้าสู่ร่างกาย และเพิ่มการผลิตน้ำนม โดยการใช้สมุนไพรและการดูแลสุขภาพตามศาสตร์โบราณของชนพื้นเมืองประเทศจีน เพื่อให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและดูแลทารกได้อย่างมีคุณภาพ

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด พบว่า ความรู้ฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.005 โดยเป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (ค่าสัมประสิทธิ์เพียร์สัน มีค่า 0.436) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการมีความรู้ของมารดาหลังคลอดนำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีและเหมาะสมตามไปด้วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวดี ชุ่มจิต[18] ที่ศึกษากลุ่มมารดาหลังคลอดในจังหวัดราชบุรี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.398 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Siregar M et.al[22] ที่ศึกษากลุ่มมารดาหลังคลอด ในประเทศอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะปฏิบัติตนด้านการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอด โดยกิจกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญและควรส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การดูแลสุขอนามัย การเลี้ยงลูกด้วยนมและดูแลทารกและการปรับเปลี่ยนอาหารด้านสุขภาพ เพื่อให้สตรีหลังคลอดมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์และเป็นไปตามบริบทของท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด เพื่อให้มีความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามบริบทของชุมชน

2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในการประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของสตรีตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดโดยการใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติ เพื่อให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวิจัยและการลงมือฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริง

เอกสารอ้างอิง

1. พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ชุติมา มาลัย, นิตติยา น้อยสีภูมิ, มนัสวี จำปาเทศ. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562;20(3):44-53.
2. จันทรมาศ เสาวรส. สืบสานภูมิปัญญาไทยสู่คนรุ่นใหม่: การบูรณาการภูมิปัญญาไทยในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2562;36(3): 251-7.
3. นันทศักดิ์ โชติชนะเดชาวงศ์, สมบูรณ์ ศิริสรรหรรษา. การเข้าถึงและแบ่งปันผลประโยชน์จากภูมิปัญญาไทยและทรัพยากรพันธุกรรมอย่างเท่าเทียมและยุติธรรม. วารสารการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก. 2560; 15:70-86.
4. World Health Organization. Postnatal care of the mother and newborn. Geneva; 2020.
5. ยุคคล จิตสำรวย. 99 สมุนไพรไทย : Thai Herb. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : นานาการพิมพ์, 2557.
6. วรรณวดี ณภัค. การดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาที่มารับบริการที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมาและโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก. [รายงานการวิจัย]. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2563.
7. Sibeko L, Johns T, Cordeiro LS. Traditional plant use during lactation and postpartum recovery: Infant development and maternal health roles. J Ethnopharmacol. 2021;279:114377. doi:10.1016/j.jep.2021.114377
8. Sibeko L, Johns T. Global survey of medicinal plants during lactation and postpartum recovery: Evolutionary perspectives and contemporary health implications. J Ethnopharmacol. 2021;270:113812. doi:10.1016/j.jep.2021.113812
9. Bazzano AN, Stolow JA, Duggal R, Oberhelman RA, Var C. Warming the postpartum body as a form of postnatal care: An ethnographic study of medical injections and traditional health practices in Cambodia. PLoS One. 2020;15(2):e0228529. Published 2020 Feb 6. doi:10.1371/journal.pone.0228529
10. องค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย. รายงานประจำปีองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิ: องค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย; 2564.

11. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. รวมพลังแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้าน ณ วัดพนัญเชิง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
12. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
13. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางหวาย. สถิติมารดาหลังคลอด พ.ศ. 2565. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ; 2565.
14. Dharwiyanto Putro B, Murniasih A. Study of Local Wisdom on the Role of Culture in Maternal and Child Health in Ruteng Subdistrict, Manggarai District, NTT Province. Udayana Journal Of Social Sciences And Humanities. 2019;3(1):46-51. doi:10.24843/UJoSSH.2019.v03.i01.p08
15. จิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์, ธิติรัตน์ เหล่าคมพฤฒาจารย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ในเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2065; 15(2): 240-53.
16. Bloom B. Mastery learning. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1971.
17. Likert R. New Patterns of Management. New York: McGraw-Hill; 1987.
18. ศิริวดี ชุ่มจิต. พฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. [รายงานการวิจัย]. ราชบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุร; 2564.
19. พรทิพย์ พาโน, ยงยุทธ วัชรดุลย์ . ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพสตรีหลังคลอดของชาวไทยทรงดำ ตำบลหนองปรง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร. 2062;39(5): 86-95.
20. Mediastari AAPA. Local wisdom traditional medicine for the health and beauty of postpartum mother in Denpasar City, Bali Province, Indonesia. International Journal of Health and Medical Sciences. 2020;3(1): 65-71. doi.org/10.31295/ijhms.v3n1.149
21. Wang Q, Fongkaew W, Petrini M, Kantaruksa K, Chaloumsuk N, Wang S. An Ethnographic study of traditional postpartum beliefs and practices among Chinese women. Pacific Rim Int J Nurs Res 2019; 23(2): 142-55.
22. Siregar M , Marasi S,A, Simbolon J,L, Panggabean H,W, Silalahi R,H. Traditional practices in post-partum care among Indonesian and Filipino mothers: a comparative study. Bionatura. 2021; 6:2257-64. 10.21931/RB/2021.06.04.19.

การเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่น

โสมศิริ เดชารัตน์, ปร.ด. (เวชศาสตร์เขตร้อน)*[a]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินการ ระดับความรู้ความเข้าใจ และระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อก่อน-หลังการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่น สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 138 แห่งในจังหวัดพัทลุง เก็บข้อมูลในบุคลากรครูของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ปกครองของเด็กเล็ก จำนวนทั้งหมด 222 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2021 ถึงตุลาคม 2022 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา รวมถึงความถี่ เปอร์เซ็นต์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ขั้นแสวงหาความรู้: ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่มีกระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อการรวบรวมข้อมูล ไม่มีการวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงข้อมูลที่สำคัญต่อการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในชุมชน ขั้นการสะท้อนคิด: กลุ่มผู้มีส่วนร่วมต้องการพัฒนาศักยภาพด้วยกระบวนการการฝึกอบรมอย่างมีส่วนร่วม ภายหลังการพัฒนาศักยภาพพบว่า ระดับความรู้เฉลี่ยก่อนการพัฒนาศักยภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=65.23, SD=4.51) และระดับความรู้เฉลี่ยหลังการพัฒนาศักยภาพอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$=85.79, SD=5.21) มีความเหมาะสมเพิ่มมากขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p=0.053 ขั้นการนำไปปฏิบัติจริง และติดตามประเมินผล: พบว่าผลการดำเนินการ ระดับความรู้ความเข้าใจ และระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p=0.05

คำสำคัญ : การเฝ้าระวัง; การติดตาม; แผนเผชิญเหตุเพื่อรองรับเหตุการณ์; การแพร่ระบาดโรคติดต่อ; ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

---

* รองศาสตราจารย์, อาจารย์ประจำสาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

[a] Corresponding author : โสมศิริ เดชารัตน์ Email : somsiri@tsu.ac.th

รับบทความ: 15 ธ.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 26 ธ.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 26 ธ.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 1 ก.พ. 66

Surveillance, Monitoring and Incident Response Plans to Respond to the Spread of Communicable Diseases in Child Development Centers through Community Involvement Under Local Internal Management Mechanisms

Somsiri Decharat, Ph.D. (Tropical Medicine)*[a]

Abstract

This mixed-method research study aimed at comparing operation results and knowledge and participation levels in surveillance monitoring and a response plan to respond to the spread of communicable diseases before and after participatory practical research in child development centers under local management mechanisms. The study recruited samples through purposive sampling, which included 138 child development centers in Phatthalung province. The data were collected between March 2021 and October 2022 with teachers from the participating child development centers, personnel from local government organizations, and parents, totaling 222 persons providing information. The data were analyzed using descriptive statistics: frequencies, percentages, means, and standard deviations. The results showed that, at the knowledge-seeking stage: child development centers did not have a process for collecting and analyzing data that determines health. There was no assigned person responsible for the collection of information. There was no analysis, review and update information critical to surveillance, monitoring, and response plans for the spread of communicable diseases in the community. At the reflection stage: a group of participants wanted to develop their potential through an engaging training process. After the training, it was found that knowledge levels of the participants significantly improved from a moderate level ($\overline{X}$=65.23, SD=4.51), to a high level ($\overline{X}$=85.79, SD=5.21) at p=0.053. In implementation and evaluation stages: performance and knowledge and engagement levels were found to improve significantly at p=0.05.

Keywords: Surveillance; Monitoring; Incidence response plan; Spread of communicable diseases; Child development centers

---

* Associate Professor, Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Campus

[a] Corresponding author : Somsiri Decharat Email : somsiri@tsu.ac.th

Received: Dec. 15, 22; Revised: Dec. 26, 22; Accepted: Dec. 26, 22; Published Online: Feb. 1, 23

บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันการระบาดของโรคโควิด 19 มีการเปลี่ยนแปลงจากการระบาดเป็นกลุ่มก้อนมาเป็นการติดเชื้อจากบุคคลภายในครัวเรือนหรือผู้สัมผัสใกล้ชิด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ ดังนั้น รูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคจะต้องมีความรวดเร็ว สามารถควบคุมการแพร่เชื้อแบบกลุ่มก้อน หรือในฝูงชนแออัด มีมาตรการที่จะสามารถตรวจจับการแพร่ระบาดในกลุ่มก้อนใหม่ รวมถึงมีความเข้มข้นของมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมเพื่อจำกัดการแพร่ระบาดให้อยู่ในวงเล็กที่สุด [(1)] ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หมายถึง สถานศึกษาที่ให้การอบรมเลี้ยงดู จัดประสบการณ์ และส่งเสริมพัฒนาการการเรียนรู้ให้เด็กเล็กมีความพร้อม ด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคมและสติปัญญา สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งในฐานะหน่วยงานซึ่งมีภารกิจหน้าที่รับผิดชอบงานด้านการพัฒนาเด็กตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญและกฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจจึงมีบทบาทที่สำคัญในการบริหารจัดการเกี่ยวกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งสิ้นซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานการดำเนินงาน 4 ด้าน[(2)] จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อโควิด 19 พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับผลกระทบเช่นเดียวกับหน่วยงานสถานศึกษาระดับอื่นๆ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นสถานศึกษาที่ให้การอบรมเลี้ยงดู จัดประสบการณ์และส่งเสริมพัฒนาการ การเรียนรู้ให้เด็กเล็กที่มีอายุตั้งแต่ 2 – 5 ปี ดังนั้นการนำข้อปฏิบัติหรือคำแนะนำการป้องกันตนเองและการปฏิบัติด้านสุขอนามัยลงสู่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงเป็นสิ่งจำเป็นแม้ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ที่ผ่านมา พบเด็กที่ติดเชื้อโรค COVID-19 ประมาณร้อยละ 13 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการเลย องค์การอนามัยโลก (WHO) และศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) ได้ให้คำแนะนำแนวทางสำหรับครอบครัวที่มีลูกเล็กในการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ที่ก่อโรค COVID-19 จากเด็กที่ติดเชื้อไปสู่บุคคลอื่นคือการดูแลและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ การเว้นระยะห่าง การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อภายในบ้าน การสวมใส่หน้ากากอนามัย การเตรียมตัวและผลข้างเคียงกรณีรับวัคซีนโควิด-19[(3)] ขณะเดียวกัน สถานศึกษาจะต้องมีแนวทาง วิธีการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเมื่อมีการระบาดของโรค COVID-19 ตั้งแต่ชั้นอนุบาลจนถึงมัธยมศึกษา[(4)] ดังนั้นการเปิดสถานศึกษาโดยมีมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่เหมาะสมจึงควรเป็นความปกติใหม่ของการอยู่ร่วมกับโรคระบาด ไม่ใช่การปิดโรงเรียนในวงกว้างและการเรียนออนไลน์[(5)] กลไกการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจึงเป็นกลไกที่จะสนับสนุนการศึกษาเพื่อให้เด็กๆ ของเราอยู่ร่วมกับโรคระบาดอย่างปลอดภัยและต่อสู้กับการเรียนรู้ที่ถดถอยไปพร้อมๆ กัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่นเพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนจัดการและเป็นแนวปฏิบัติในการรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประเมินการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่น
2. เพื่อประเมินความเหมาะสมและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่น
3. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินการ ระดับความรู้ความเข้าใจ และระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อก่อน-หลังการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่น

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยผสมผสานเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง รวมจำนวนทั้งหมด 213 แห่ง โดยคิดคำนวณตามขนาดของประชากรตามตารางเครซี่มอร์แกน[6] โดยกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% จะได้กลุ่มตัวอย่างของสถานศึกษา จำนวน 138 แห่ง โดยสถานศึกษาที่เข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติ คือ 1) เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดพัทลุง 2) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลในการประเมินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่น โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อรับการสัมภาษณ์ดังนี้คือ

1. ผู้ให้ข้อมูลต้องทำงานประจำ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/ครู จำนวน 1 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 138 คน 2) ยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ
2. บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแกนนำชุมชนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตั้งอยู่ในพื้นที่นั้นๆ ผู้วิจัยมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ถูกคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างตั้งอยู่ รวมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 21 แห่ง

2.1) ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ที่มีหน้าที่สนับสนุนการควบคุมดูแลการระบาดของโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/พื้นที่รับผิดชอบ/ตัวแทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน รวมจำนวน 42 คน

2.2) แกนนำชุมชนมีหน้าที่สนับสนุนการควบคุมดูแลการระบาดของโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/พื้นที่ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) เป็นต้น จำนวน 1 คน รวมจำนวน 21 คน

2.3) ตัวแทนผู้ปกครองนักเรียน จำนวน 21 คน

2.4) ยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ รวมทั้งหมด 222 คน

การดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การเตรียมชุมชน มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

กระบวนการชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยแก่ชุมชน ทำความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้ข้อมูล

ระยะที่ 2 กระบวนการการปฏิบัติการวิจัย

ในส่วนของการศึกษาเชิงคุณภาพผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เป็นกระบวนการวิจัยที่เป็นวงจร ของการสะท้อนคิด และการปฏิบัติ ตามแนวทางของมาแชล และโรสแมน[7] โดยกำหนดผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ ครู ผู้ปกครอง–ผู้บริหาร และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

1) กระบวนการแสวงหาความรู้โดยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยและนักวิจัย (Agency inquiry process) ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังกิจกรรมโครงการ ด้วยการศึกษาบริบทการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2) การสะท้อนคิด (Reflective/ reflexive practice) ซึ่งทำร่วมกันทั้งผู้มีส่วนร่วมและนักวิจัยทั้งในการประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มใหญ่ และการสะท้อนคิด ในขณะที่นักวิจัยร่วมสะท้อนคิด ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่กลุ่มตัวอย่างทำงานประจำหรือรับบริการ ด้วยการจัดประชุมสนทนา การประชุมนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างการรับรู้ เป้าหมายการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง และแนวทางการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทีมวิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเกี่ยวกับการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อรายด้านในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่น ใช้เวลาในการพัฒนาศักยภาพด้วยกระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจำนวน 3 วัน และร่วมนำเสนอแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3) การนำผลการรับรู้จากการแสวงหาความรู้ และการสะท้อนคิดไปปฏิบัติจริง (Emancipatory action) ในหน้าที่และงานประจำของกลุ่มตัวอย่าง และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ระยะที่ 3 กระบวนการร่วมเรียนรู้อย่างเป็นระบบ

กระบวนการร่วมเรียนรู้อย่างเป็นระบบ จากกระบวนการการจัดการ การตรวจสอบ การแบ่งปันความรู้ใหม่ เขียนสรุปรายงาน และหาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อสรุป และให้ทุกภาคส่วนที่สนใจร่วมกันวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้ผลการศึกษามีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบสอบถามที่มีข้อคำถามสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. แบบสอบถามมีข้อคำถามสอบถามเกี่ยวกับประเด็นต่อไปนี้

2.1) ข้อมูลสถานการณ์ของการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับ

การแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่น คำตอบ มี หรือ ไม่มี หากมีการดำเนินการ มีการจัดการที่เหมาะสมระดับใด รายงานผลเป็นความถี่และร้อยละ

2.2) ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ จำนวน 20 ข้อ ให้คะแนนผลการตอบโดย ข้อที่ตอบถูกได้คะแนน 1ข้อที่ตอบผิดได้คะแนน 0 การแปลผลระดับความรู้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ[8] เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ในระดับสูงคือ ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00 ของจำนวน 20 คะแนน ความรู้ในระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50.00 ถึงร้อยละ 79.99 ของจำนวน 20 คะแนนความรู้ในระดับต่ำ คือ ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 49.99 ของจำนวน 20 คะแนน

2.3) ข้อมูลด้านความเหมาะสมและการมีส่วนร่วม จะใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) สำหรับเกณฑ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ของลิเกิร์ต (Likert type scale) โดยแบ่งคะแนนแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยมาก=4 คะแนน ค่อนข้างเห็นด้วย=3 คะแนน เห็นด้วย=2 คะแนน ค่อนข้างไม่เห็นด้วย=1 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง=0 คะแนน โดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับทัศนคติของตนเองมากที่สุด การให้ค่าคะแนน พิจารณาภาพรวม มีระดับการวัดเป็นช่วงเสกล (Interval scale) โดยได้แบ่งระดับชั้นคะแนนแบบอิงเกณฑ์[8] แปรผลเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ

3. เปรียบเทียบการดำเนินการ ระดับความรู้ความเข้าใจ และระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อก่อน-หลังการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่น ด้วยสถิติเปรียบเทียบ t-test

ผลการศึกษา

1. ขั้นแสวงหาความรู้ : ผลการประเมินสถานการณ์และการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (n=138 แห่ง) ประกอบด้วยประเด็นต่อไปนี้

ด้านยุทธศาสตร์ นโยบาย แผนงานการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มี 8 ข้อย่อย พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการจัดทำแผนปฏิบัติการ และจัดทำแผนภาพ (Flowchart) กระบวนการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ (ร้อยละ 77.60) สำหรับข้อบกพร่องที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่ได้ดำเนินการ 3 อันดับแรก คือ 1) ไม่มีกระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ มาใช้ประกอบการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ (ร้อยละ 100) 2) ไม่มีการติดตามและประเมินผลการรับรู้และเข้าใจทิศทางและการสื่อสาร เกี่ยวกับวิสัยทัศน์ ค่านิยม เป้าประสงค์ หรือผลการดำเนินการที่คาดหวังขององค์กรด้านการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ (ร้อยละ 84.10) และ 3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่สำคัญเพื่อใช้ในการวางแผนการประเมินผลกระทบจากกิจกรรม เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ (ร้อยละ 81.16) ตามลำดับ

ด้านความพร้อมของทรัพยากรในการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า ทุกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการกำหนดกลุ่มกิจกรรม/กิจการ ที่จะดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ (ไม่น้อยกว่า 1 กิจกรรม) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่งมีข้อมูลและช่องทางการติดต่อกับสถานศึกษาอื่นๆ/ประชาชนในพื้นที่ และมีกิจกรรมการสร้างความสัมพันธ์กับสถานศึกษา/ประชาชนในพื้นที่ (ร้อยละ 100.00) สำหรับข้อบกพร่องที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่ได้ดำเนินการ คือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อการรวบรวม จัดเก็บและจัดการข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็น/คำชมเชย กิจกรรมการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ ไม่มีมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และวางแผนเพื่อปรับปรุงคุณภาพงาน ไม่มีการรายงาน/ประเมินผลเพื่อยกระดับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการเฝ้าระวังการแพร่ของโรคติดต่อให้สูงขึ้น ไม่มีรายงานผลการวัดความพึงพอใจของประชาชนในพื้นที่ และไม่มีการนำผลการวัดความพึงพอใจที่ได้รับมาวางแผนและปรับปรุงคุณภาพการทำงาน (ร้อยละ 100)

ด้านการเข้าถึงโอกาสเพื่อพัฒนาการดำเนินงานด้านการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีบริการสืบค้นข้อมูลและความรู้ ด้านการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อชุมชน ผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ร้อยละ 82.60) สำหรับข้อบกพร่องที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่ได้ดำเนินการคือ ไม่มีการวิเคราะห์ ทบทวนและปรับปรุงข้อมูลที่สำคัญต่อการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในชุมชน หรือจากกิจกรรม/กิจการต่างๆ ไม่มีการประเมินผลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและนำไปปรับปรุงการบริการให้ครบถ้วน ไม่มีแผนการจัดการความรู้ด้านการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในชุมชน จากกิจกรรม/กิจการต่างๆ ในพื้นที่ อย่างน้อย 1 แผน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่มีการติดตามผลและวิเคราะห์หาจุดที่ควรปรับปรุง หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อชุมชน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ประเมินสถานการณ์และการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่บกพร่อง 3 อันดับแรกของแต่ละด้านและไม่มีการดำเนินการ (n=138 แห่ง)

ประเด็นพิจารณา	จำนวน (ร้อยละ)	
	มี	ไม่มี
ด้านยุทธศาสตร์ นโยบาย แผนงานการดำเนินงานการดำเนินการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุฯ		
มีการติดตามและประเมินผลการรับรู้และการสื่อสารการเฝ้าระวังฯ ใน ศพด.	22 (15.90)	116 (84.10)
มีการกำหนดตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่สำคัญ	26 (18.84)	112 (81.16)
มีกระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยกำหนดสุขภาพ	0	138 (100.00)

ตารางที่ 1 (ต่อ) ประเมินสถานการณ์และการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่บกพร่อง 3 อันดับแรกของแต่ละด้านและไม่มีการดำเนินการ (n=138 แห่ง)

ประเด็นพิจารณา	จำนวน (ร้อยละ)	
	มี	ไม่มี
ด้านความพร้อมของทรัพยากรในการดำเนินงานด้านการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุฯ		
มีช่องทางการรับฟังและเรียนรู้ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	54 (39.10)	84 (60.90)
มีการกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อการรวบรวม จัดเก็บ และจัดการข้อร้องเรียน	0	138 (100.00)
มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และวางแผนเพื่อปรับปรุงคุณภาพงาน	0	138 (100.00)
มีวิธีการ/กลไก/ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วม	49 (35.50)	89 (64.50)
มีการรายงาน/ประเมินผล	0	138 (100.00)
มีรายงานผลการวัดความพึงพอใจของประชาชนในพื้นที่	0	138 (100.00)
มีการนำผลการวัดความพึงพอใจที่ได้รับมาวางแผนและปรับปรุงคุณภาพการทำงาน	0	138 (100.00)
ด้านการเข้าถึงโอกาสเพื่อพัฒนาการดำเนินงานด้านการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ		
มีการวิเคราะห์ ทบทวนและปรับปรุงข้อมูลที่สำคัญ	0	138 (100.00)
มีระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุฯ	68 (49.20)	70 (50.80)
มีการประเมินผลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและนำไปปรับปรุงการบริการ	0	138 (100.00)
มีระบบการติดตาม เฝ้าระวัง เตือนภัยผ่านกิจกรรม/กิจการต่างๆ	68 (49.20)	70 (50.80)
มีรายงานสารสนเทศให้ผู้บริหารได้ใช้ในการกำหนดนโยบายการจัดการเฝ้าระวังฯ	68 (49.20)	70 (50.80)
มีแผนการจัดการความรู้ด้านการเฝ้าระวังติดตามฯ อย่างน้อย 1 แผน	0	138 (100.00)
มีการติดตามผลและวิเคราะห์หาจุดที่ควรปรับปรุง หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้	0	138 (100.00)

2. ขั้นการสะท้อนคิด กลุ่มตัวอย่างและนักวิจัยมีการสะท้อนคิด และแผนการพัฒนาศักยภาพด้านการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ ดังนี้ ผลการศึกษาจากขั้นตอนการแสวงหาข้อมูล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ประเมินสถานการณ์และการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผลที่ได้จากการประเมินทำให้ทราบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของตนเองได้มีการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อหรือไม่ ในขั้นของการสะท้อนคิดจึงมีผลการสะท้อนคิดใน 2 ประเด็น คือ 1) ควรมีกิจกรรมการส่งเสริมการเข้าร่วมฝึกอบรมขั้นตอน/กระบวนการ การดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและนำไปสู่

การดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อที่เหมาะสม และ 2) ควรมีกิจกรรมการส่งเสริมและการจัดให้มีการสื่อสารกลุ่มเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปรากฏผลทั้ง 2 ประเด็น ดังนี้

1) การเข้าร่วมการฝึกอบรมการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่ออย่างมีส่วนร่วม ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการการฝึกอบรมอย่างมีส่วนร่วมเป็นกลวิธีของการมีส่วนร่วมมาพัฒนาศักยภาพของผู้เข้าอบรม โดยการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้ตามความสนใจของผู้เข้าอบรมในกรอบของหลักการการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อและทักษะต่างๆ ที่ใช้ในการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในการฝึกอบรม ผู้วิจัยจะกำหนดบทบาทของทุกคนเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และส่งเสริมให้มีเป็นการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนของกระบวนการหรือกิจกรรมการเฝ้าระวังฯ ในแต่ละขั้นตอนผู้เข้าร่วมอบรมซึ่งจัดให้นั่งเป็นกลุ่มตามอัธยาศัยจะมีส่วนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันในกลุ่มเล็ก หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มใหญ่ตลอดทุกขั้นตอน ผลการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้แก่บุคลากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อโดยกระบวนการมีส่วนร่วม พบว่าระดับคะแนนความรู้ มีความเหมาะสมเพิ่มมากขึ้นทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการฝึกอบรม = 65.23 คะแนน (SD=4.51) แปลผลในระดับปานกลาง; คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการฝึกอบรม = 85.79 คะแนน (SD=5.21) แปลผลในระดับสูง)

2) การจัดให้มีการสื่อสารกลุ่มเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง จากการประชุมกลุ่มในระหว่างฝึกอบรม มีผู้ให้ข้อมูลตรงกันว่า การสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคติดต่อลำดับแรกผู้รับผิดชอบในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะรายงานให้แก่นักวิชาการการศึกษาทราบ และจะรายงานแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทราบ โดยขั้นตอนดังกล่าวจะเกิดขึ้นตามผังแผนปฏิบัติการ และจัดทำแผนภาพ (Flowchart) กระบวนการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อที่ทุกศูนย์มีการรับทราบเหมือนกัน อย่างไรก็ตามการดำเนินการจะเป็นไปในรูปแบบการปฏิบัติตามคำสั่งซึ่งก็จะเป็นการดำเนินการเสร็จภารกิจ ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่าการสื่อสารระหว่างบุคลากรจะเกิดขึ้นเมื่อแต่ละคนได้มาประชุมร่วมกันบ้าง และการสื่อสารเกี่ยวกับการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดของโรคติดต่อมักทำกันเฉพาะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดียวกัน ดังนั้นหากได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มขึ้นในกลุ่มที่กว้างขวางขึ้นเช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่จังหวัดอื่นๆ หรือการแลกเปลี่ยนกันในสถานศึกษาระดับต่างๆ ก็จะเกิดประโยชน์เพิ่มมากขึ้น เช่น ข้อสัมภาษณ์จากครูผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ *“ครูจะทำตาม อสม. หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ ตามขั้นตอนที่แสดงในผัง หรือ ตามประกาศที่ อปท กำหนดไว้” “เมื่อดำเนินการกับเด็กที่เป็นโรคเสร็จเรียบร้อยก็ถือว่าเสร็จสิ้น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะปิดหรือไม่ขึ้นอยู่กับโรคที่เป็น จะทำความสะอาดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือปิด ขึ้นอยู่กับ*

คำสั่งของ อปท.” ส่วนผู้ปกครองยังไม่เห็นความสำคัญของการร่วมกลุ่มสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มใหญ่ทั้งจังหวัด ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์จากผู้ปกครอง *“ก็รับฟังข่าวสารจากครูเวลาไปรับลูกค่ะ แต่ว่าฉันดีกว่าเพื่อนตรงที่เป็น อสม.ได้คุยกับหมอกับเจ้าหน้าที่มั่ง แต่ลูกก็ไม่มีความเสี่ยงความผิดปกติอะไร จึงไม่ได้สนใจเรื่องนี้มากนัก” “ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเปิดทำการก็พามา ปิดก็ให้อยู่บ้าน ฟังประกาศจากเพื่อนผู้ปกครอง หรือไลน์กลุ่ม แต่บางทีก็ไม่ทราบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปิดทำไมหรือบางครั้งก็ไม่ทราบว่าเด็กเล็กคนไหนไม่สบายเพราะโรคอะไร”* จากการสัมภาษณ์พบว่า การสื่อสารระหว่างกลุ่มเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ปกครองและครูประจำศูนย์เพื่อการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อจึงเกิดขึ้น ใน 2 ช่องทางหลัก คือ 1) กลุ่มครู เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ผู้บริหาร และนักวิจัย ใช้ช่องทาง ไลน์กลุ่ม (Line group) ในชื่อ “กลุ่มไลน์ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก” และ 2) กลุ่มครู เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ผู้บริหาร ผู้ปกครอง และนักวิจัย ใช้การพบซึ่งหน้า

3. ขั้นการนำผลการรับรู้จากขั้นการแสวงหาความรู้ การสะท้อนคิดไปปฏิบัติจริง และติดตามประเมินผล

กลุ่มผู้มีส่วนร่วมและนักวิจัยมีกระบวนการพัฒนาความสามารถของกลุ่มเพื่อการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ โดยการผลการสะท้อนคิดไปปฏิบัติจริงในการปฏิบัติงานประจำวัน ปรากฏกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่เกิดขึ้นแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน ที่หมุนวนเป็นวงจรการทำงานอย่างต่อเนื่องในวิถีปฏิบัติการบริการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน ประกอบด้วย 1) ขั้นการบรรจุแผนงาน 2) ขั้นการประเมินผลการดำเนินงานการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ 3) ขั้นแจ้งผลการประเมินแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย 4) ขั้นการร่วมติดตามประเมินและส่งเสริมการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ 5) ขั้นการบันทึกสรุปผล 6) ขั้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันผ่านช่องทางที่ตกลงร่วม และ 7) ขั้นการประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อจัดการปรับแผนการดำเนินงานในวงจรต่อไป

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มีส่วนร่วมและให้ข้อมูล จำนวน 222 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/หรือตัวแทน จำนวน 138 คน (ร้อยละ 62.17) กลุ่มบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 42 คน (ร้อยละ 18.92) แกนนำชุมชนจำนวน 21 คน (ร้อยละ 9.46) และผู้ปกครองจำนวน 21 คน (ร้อยละ 9.46) กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 197 คน (ร้อยละ 88.74) ส่วนใหญ่มีอายุช่วง 35-45 ปี จำนวน 148 คน (ร้อยละ 66.67) ตามลำดับ

ผลการประเมินความเหมาะสมก่อน-หลังการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อรายด้านในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่น ภายหลังจากกลุ่มผู้เข้าร่วมร่วมประเมินความเหมาะสมก่อน-หลังการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่าการดำเนินงาน ได้แก่ 1) ด้านบริบทหรือสภาพแวดล้อม (ก่อน=2.03 (SD=0.16) แปลผล-ปานกลาง; หลัง=2.51 (SD=0.17) แปลผล-สูง) 2) ด้านปัจจัยนำเข้า (ก่อน=2.15 (SD=0.16) แปลผล-ปานกลาง; หลัง=2.48 (SD=0.17) แปลผล-สูง) 3) ด้านกระบวนการ (ก่อน=2.21 (SD=0.13) แปลผล-ปานกลาง;

หลัง=2.29 (SD=0.15) แปลผล-ปานกลาง) และ 4) ด้านผลผลิต (ก่อน=1.84 (SD=0.12) แปลผล-ปานกลาง; หลัง=2.18 (SD=0.16) แปลผล-สูง) มีความเหมาะสมเพิ่มมากขึ้นทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ประเมินความเหมาะสมก่อน-หลังการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อรายด้านในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่น ได้แก่ ด้านบริบทหรือสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต (n=222)

ประเด็นพิจารณา	ความเหมาะสมก่อนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม		ความเหมาะสมหลังการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม		p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	$\overline{X}$ (SD) การแปลผล	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (SD) การแปลผล	
บริบทหรือสภาพแวดล้อม					
ด้านสภาพแวดล้อมของกิจกรรม/โครงการการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ					
สูง (คะแนน 2.36-3.00)	84 (37.84)	2.37 (0.21)	158 (71.18)	2.68 (0.18)	
ปานกลาง (คะแนน1.68-2.35)	114 (51.36)	2.21 (0.18)	64 (28.82)	2.33 (0.15)	
น้อย (คะแนน1.00-1.67)	24 (10.80)	1.52 (0.09)	0	0	
ภาพรวมค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบน		2.03 (0.16) ปานกลาง		2.51 (0.17) สูง	<0.001
ด้านปัจจัยนำเข้า					
ด้านความพอเพียงของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ					
สูง (คะแนน 2.36-3.00)	81 (36.49)	2.78 (0.20)	164 (73.88)	2.65 (0.17)	
ปานกลาง (คะแนน1.68-2.35)	129 (58.11)	2.25 (0.17)	58 (26.12)	2.30 (0.16)	
น้อย (คะแนน1.00-1.67)	12 (5.40)	1.41 (0.11)	0	0	
ภาพรวมค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบน		2.15 (0.16) ปานกลาง		2.48 (0.17) สูง	<0.001
ด้านกระบวนการ					
ด้านความเหมาะสมของกระบวนการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ					
สูง (คะแนน 2.36-3.00)	47 (21.18)	2.89 (0.18)	96 (43.25)	2.90 (0.17)	
ปานกลาง (คะแนน1.68-2.35)	142 (63.97)	2.22 (0.12)	114 (51.36)	2.34 (0.18)	
น้อย (คะแนน1.00-1.67)	33 (14.85)	1.51 (0.08)	12 (5.39)	1.62 (0.09)	
ภาพรวมค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบน		2.21 (0.13) ปานกลาง		2.29 (0.15) ปานกลาง	<0.02

ตารางที่ 2 (ต่อ) ประเมินความเหมาะสมก่อน-หลังการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อรายด้านในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่น ได้แก่ ด้านบริบทหรือสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต (n=222)

ประเด็นพิจารณา	ความเหมาะสมก่อนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม		ความเหมาะสมหลังการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม		p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	$\overline{X}$ (SD) การแปลผล	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (SD) การแปลผล	
ด้านผลผลิต					
ด้านความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ					
สูง (คะแนน 2.36-3.00)	58 (26.13)	2.45 (0.14)	128 (57.66)	2.65 (0.17)	
ปานกลาง (คะแนน 1.68-2.35)	132 (59.46)	1.69 (0.13)	84 (37.84)	2.29 (0.19)	
น้อย (คะแนน 1.00-1.67)	32 (14041)	1.39 (0.08)	10 (4.50)	1.59 (0.11)	
ภาพรวมค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบน:		1.84 (0.12)		2.18 (0.16)	<0.001
ระดับความเหมาะสมปานกลาง		ปานกลาง		สูง	

*ยอมรับที่นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการประเมินการมีส่วนร่วมก่อน-หลังการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อรายด้านในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่น ภายหลังจากกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยฯ ร่วมประเมินความเหมาะสมก่อน-หลังการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยรายงานภาพรวมค่าเฉลี่ย (SD), แปลผล มีผลดังนี้ 1) ด้านการคิด และเสนอแนวทางจัดทำแผนการเฝ้าระวังติดตามการแพร่ระบาดโรคติดต่อ (ก่อน=2.22 (SD=0.17) แปลผล-ปานกลาง; หลัง=2.61 (SD=0.16) แปลผล-สูง) 2) ด้านการคิดและเสนอแนวทางจัดทำแผนเผชิญเหตุเพื่อรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ (ก่อน=2.22 (SD=0.16) แปลผล-ปานกลาง; หลัง=2.55 (SD=0.12) แปลผล-สูง) 3) ด้านร่วมดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ (ก่อน=2.29 (SD=0.18) แปลผล-ปานกลาง; หลัง=2.66 (SD=0.19) แปลผล-สูง) พบว่า การดำเนินงานมีความเหมาะสมเพิ่มมากขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p=0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ประเมินระดับการมีส่วนร่วมก่อน-หลังการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อด้านบริบทหรือสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต (n=222)

ประเด็นพิจารณา	การมีส่วนร่วมก่อนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม		การมีส่วนร่วมหลังการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม		p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (SD)	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (SD)	
ด้านการคิด และเสนอแนวทางจัดทำแผนการเฝ้าระวังติดตามการแพร่ระบาดโรคติดต่อ					
สูง (คะแนน 2.36-3.00)	24	2.88 (0.19)	98	2.89 (0.17)	
ปานกลาง (คะแนน1.68-2.35)	95	2.27 (0.18)	124	2.34 (0.15)	
น้อย (คะแนน1.00-1.67)	103	1.51 (0.14)	0	0	
ภาพรวมค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบน		2.22 (0.17) ปานกลาง		2.61 (0.16) สูง	<0.001
ด้านการคิด และเสนอแนวทางจัดทำแผนเผชิญเหตุเพื่อรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ					
สูง (คะแนน 2.36-3.00)	22	2.91 (0.20)	87	2.78 (0.18)	
ปานกลาง (คะแนน1.68-2.35)	95	2.34 (0.17)	123	2.32 (0.17)	
น้อย (คะแนน1.00-1.67)	105	1.42 (0.12)	12	0	
ภาพรวมค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบน		2.22 (0.16) ปานกลาง		2.55 (0.12) สูง	<0.001
ด้านร่วมดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ					
สูง (คะแนน 2.36-3.00)	121	2.93 (0.21)	187	2.98 (0.20)	
ปานกลาง (คะแนน1.68-2.35)	89	2.30 (0.18)	35	2.34 (0.18)	
น้อย (คะแนน1.00-1.67)	12	1.65 (0.15)	0	0	
ภาพรวมค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบน		2.29 (0.18) ปานกลาง		2.66 (0.19) สูง	<0.001

*ยอมรับที่นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. **ขั้นการสรุปผล** ผลการศึกษาภายหลังวิจัยเชิงปฏิบัติการฯ สามารถเพิ่มศักยภาพของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในด้านความรู้ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาเมื่อเข้าสู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการฯ **ขั้นแสวงหาความรู้** ที่พบว่าการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีข้อบกพร่อง

และนำไปสู่**ขั้นการสะท้อนคิด**ของกลุ่มตัวอย่างและนักวิจัยมีการสะท้อนคิด นำไปสู่การทำแผนการพัฒนาศักยภาพด้านการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ พบว่าศักยภาพของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. ผลการดำเนินการพัฒนาศักยภาพฯ พบว่าความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น

2. ผลการดำเนินการพัฒนาศักยภาพฯ พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อหลังการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น จากการสังเกตและสอบถามของผู้วิจัยพบว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมฯ ได้บอกพูดคุยด้วยวิธีการบอกปากต่อปากและชักชวนบุคลากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นๆ ในการดำเนินการการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อ มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับรูปแบบการเฝ้าระวังฯ ผ่านกลุ่มไลน์ครู ผู้ปกครอง และชุมชน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อุษา คำประสิทธิ์[9] ที่พบว่าการสื่อสารความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ให้บุคลากรทราบผ่านระบบ Line กลุ่มโควิด-19 รวมทั้งมีการสาธิตและฝึกทักษะในการสวมใส่อุปกรณ์การป้องกันร่างกายส่วนบุคคลโดยพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ICN) และมีการซ้อมแผนการดูแลก่อนการระบาดและมีการประเมินการเตรียมความพร้อมจากทีมควบคุมโรค ส่งผลให้ระดับความรู้ทักษะและเทคนิคของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น ผลการศึกษา พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพิ่มมากขึ้น เช่น กลุ่มผู้ปกครอง ผู้บริหาร/บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ประเด็นที่พบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น เช่น กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมเสนอแนวทางจัดทำแผนการเฝ้าระวังฯ ระดับพื้นที่ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของตนเอง เช่น แนวทางการคัดกรองเด็กเล็กระดับครอบครัว (ผู้ปกครองวัดอุณหภูมิด้วยตนเองที่บ้าน) และระดับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตอนเช้าเมื่อผู้ปกครองมาส่งที่โรงเรียน (ครูวัดอุณหภูมิ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนเข้าเรียน) แนวทางการปฏิบัติเมื่อพบนักเรียนติดโรคโควิด-19[1,10] แนวทางการจัดการเมื่อพบว่าผู้ปกครอง/ผู้ใกล้ชิดของเด็กเล็กเป็นโรคโควิด-19 แล้วคุณครูมีแนวทางเฝ้าระวังตัวเด็กเล็กอย่างไร (กักตัว/แยกกับผู้ปกครอง แต่อาจเฝ้าระวังอาการที่บ้านโดยหยุดเรียน และตรวจซ้ำ เป็นต้น) การร่วมหาแนวทางในการลดกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรค และความร่วมมือและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของประชาชนในการเฝ้าระวัง[11] สอดคล้องกับการศึกษาของ วลีรัตน์ อภัยบัณฑิตกุล[12] ได้ศึกษาระบบ และกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานีมีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี/ความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก

3. ผลการประเมินการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุฯ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้กลไกการจัดการภายในท้องถิ่นมีความเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ว่ามาจากปัจจัยต่อไปนี้

1) รูปแบบการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานโดยขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีลักษณะให้ผู้มีส่วนร่วมได้ร่วมในเชิงปฏิบัติการเพื่อสืบหาข้อเท็จจริง ร่วมเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพ และเป็นการประยุกต์หาวิธีการแก้ไขปัญหาไปพร้อมๆ กัน[13] ส่งเสริมให้ผู้มีส่วนร่วมได้มีการแสวงหาแนวความคิดและแนวทางในการแก้ไขปัญหาและทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับบริบทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ตนรับผิดชอบ

2) การพัฒนาศักยภาพด้วยกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้มีส่วนร่วมได้รับความรู้ด้านการเฝ้าระวังฯ มีตามแผนการสอนที่ได้วางแผนเตรียมการไว้เป็นการล่วงหน้าอย่างสมบูรณ์[6] อีกทั้งได้ร่วมการฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะความสามารถในการปฏิบัติการเฝ้าระวังฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเห็นผลจริง รวมทั้งมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในทุกประเด็น

3) การส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นในท้องที่ ทำให้เกิดความเข้มแข็งในการดำเนินการเฝ้าระวังฯ เพราะปัญหาสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมคือขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในกระบวนการวิจัย ดังนั้นความสำเร็จที่เกิดขึ้นในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากคณะผู้วิจัยได้สร้างความรู้ความเข้าใจอันดีต่อกระบวนการ เห็นความสำคัญ มีจิตสำนึกตระหนักเห็นความสำคัญและมีความต้องการที่จะเข้ามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง มองเห็นผลประโยชน์ของการทำวิจัยที่มีต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อรายด้านในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยเน้นให้มีการกระตุ้นเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเพื่อนำความรู้มาพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม หรือประเด็นอื่นๆ ที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กเล็ก หรือช่วงวัยอื่น
3. ควรขยายกลุ่มการทำงานร่วมกันเพื่อสร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดโรคติดต่อรายด้านในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ บุคลากรของหน่วยงาน ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนชุมชนทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล และให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตอบแบบสอบถามและร่วมกิจกรรมประชุมเชิงการเป็นอย่างดียิ่ง ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี งานวิจัยนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณสำหรับการสนับสนุนให้โครงการวิจัยบรรลุผลสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. รวมแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. นนทบุรี: กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค; 2564.
2. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อาสารักษาดินแดน; 2564.
3. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr. 15]. Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการเฝ้าระวังติดตามและแผนเผชิญเหตุรองรับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในสถานศึกษา [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 15]. เข้าถึงได้จาก https://www.rism.ac.th/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Guidebook-TH1.pdf.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Schools and Childcare Programs. [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr. 15]. Available from: https://www. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/index.html.
6. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3):607–10.
7. Marshall C, Rossman G. Designing Qualitative Research. (6th ed.) Thousand Oaks, CA: Sage; 2016.
8. Bloom B. Mastery learning. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1971.
9. อุษา คำประสิทธิ์. การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(1):30-44.
10. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ต.ค. 15]. เข้าถึงได้จาก: http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/GENERAL/DATA0002/00002647.PDF.
11. ระนอง เกตุดาว, อัมพร เที่ยงตรงดี, ภาสินี โทอินทร์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี – Udon Model COVID-19. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 30(1):53-61.
12. วลีรัตน์ อภัยบัณฑิตกุล. การพัฒนาระบบ และกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาด ของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565;3(2):55-71.
13. จิรัชยา เจียวก๊ก, วันชัย ธรรมสัจการ. ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสานวิธี. วารสารหาดใหญ่วิชาการ 2556;11(1):39-46.

การพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการจัดการระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จังหวัดตรัง

วรารัตน์ ทิพย์รัตน์[*a], กนกพรรณ พรหมทอง[*], มนตรี รักภักดี[**], กัญญภา มุสิกะชะนะ[***]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลในขั้นประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ จำนวน 114 คน (ร้อยละ 88.37) ของกลุ่มเป้าหมาย ผู้สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ จำนวน 43 คู่ รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับรู้จักและไม่แตกฉานทางสุขภาพ ร้อยละ 65.79 อยู่ในระดับรู้แจ้งและแตกฉานสูงเพียงร้อยละ 12.28 ผลการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในระยะเวลา 4 เดือน พบว่า 1) กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับรู้แจ้งและแตกฉานสูงเพิ่มขึ้น จำนวน 26 คน (ร้อยละ 60.47) 2) คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาฯ ($\overline{X}$=115.67, SD=8.82 และ $\overline{X}$=103.90, SD=10.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) 3) ค่าความดันโลหิตลดลง ร้อยละ 100 และอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ตามเกณฑ์ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 60.47) และ 4) ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ต่ำกว่าก่อนการพัฒนาฯ ($\overline{X}$=141.13, SD=5.04; $\overline{X}$=85.01, SD=3.85 และ $\overline{X}$=154.94, SD=3.69; $\overline{X}$=92.51, SD=3.01 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

คำสำคัญ : ความรอบรู้ทางสุขภาพ; การมีส่วนร่วมของครอบครัว; ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

---

[*] อาจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[**] เจ้าพนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตรุด อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

[***] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตรุด อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

Corresponding author : วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ Email : wararatt@bcnt.ac.th

รับบทความ: 12 ธ.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 30 ธ.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 30 ธ.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 2 ก.พ. 66

Development of Promoting Health Literacy and Family Participation for the Management of Blood Pressure Levels in Uncontrolled Hypertensive Patients in Trang Province

Wararat Tiparat[*a], Kanokpan Promthong[*], Montree Rakpagdee[**], Kanyapa Musikachana[***]

Abstract

This action research aimed to analyze situations and to develop guidelines to enhance health literacy with family participations in managing blood pressure level among uncontrolled hypertensive patients. Purposive sampling was used to recruit 114 samples (88.37% of the target patients) in the process of health literacy assessment. There were 43 participants involved in activities for enhancing health literacy. Qualitative data were collected using interviews, focus group interviews, and participatory observation methods. Quantitative data were collected using health literacy for hypertensive patient questionnaires with reliability yielding Cronbach's alpha coefficient of 0.91. The data were analyzed using percentages, means and standard deviations. The results showed that health literacy levels among the samples were predominantly at a low level (65.79%), followed by a high level (12.28%). After attending activities to enhancing health literacy, it was found that: 1) the participants' high health literacy level improved to 26 persons (60.47%), 2) average health literacy score was significantly higher ($\overline{X}$=115.67, SD=8.82) than before receiving the program ($\overline{X}$=103.90, SD=10.04) (p<.001), 3) blood pressures of all participants (100%) decreased while blood pressures of 26 persons (60.47%) were at a normal and controlled level, and 4) average systolic and diastolic blood pressures after the program were significantly lower ($\overline{X}$=141.13, SD=5.04; $\overline{X}$=85.01, SD=3.85, respectively) than before receiving the program ($\overline{X}$=154.94, SD=3.69; $\overline{X}$=92.51, SD=3.01, respectively) at p<0.001.

Keywords: Health literacy; Family participation; Uncontrolled hypertensive patients

---

[*] Instructor, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[**] Public Health Officer, NongTrud Sub-district Health Promoting Hospital, Trang Province

[***] Registered Nurse, Professional Level, NongTrud Sub-district Health Promoting Hospital, Trang Province

[a] Corresponding author : Wararat Tiparat Email : wararatt@bcnt.ac.th

Received: Dec. 12, 22; Revised: Dec. 30, 22; Accepted: Dec. 30, 22; Published Online: Feb. 2, 23

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโลก ทั้งนี้ความชุกของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วโลกมีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 78[1] ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน โดยร้อยละ 45 ไม่ได้รับการวินิจฉัยและไม่ทราบว่าตนเองป่วย มีเพียงร้อยละ 30 ที่มีอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์[2] ผลกระทบที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่า[3] และถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นเวลานาน จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ ตัน หรือแตก เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเป็นโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ทำให้เกิดไตวายได้อาจรุนแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิต[4] ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัวรวมทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันการรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีเป้าหมายเพื่อลดระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และป้องกันการเกิดโรคหัวใจ โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในอัตราที่สูง เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรค ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงตามเกณฑ์ปกติได้[2] กระทรวงสาธารณสุขจึงมีเป้าหมายการดำเนินงานขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ และความสามารถด้านสุขภาพในการกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะสามารถลดและควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ผ่านผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นใน 4 มิติ ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย และผลลัพธ์ต่อสุขภาพในด้านอื่นๆ [5] ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ส่งผลต่อการลดและควบคุมความดันโลหิต โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพระดับสูงและมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองด้านการรักษาและการติดตามการนัดหมาย[6] ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลให้ขาดความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมมีความจำเป็น ซึ่งทักษะความรอบรู้หนังสือ ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและการจำกัดโซเดียม และการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจำกัดโซเดียมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง[7]

นอกจากนี้การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว ในการช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านให้คำปรึกษา จะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ[8] และเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนให้มีการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวจะรวมถึง

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในครอบครัว จะช่วยให้ทุกคนในครอบครัวเกิดความเข้าใจในความต้องการการดูแลที่แท้จริงของผู้ป่วย และจะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่เหมาะสมตามมา[9] จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้มากที่สุด[10]

ตำบลหนองตรุดเป็นพื้นที่หนึ่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรังที่พบปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดตรัง ปี พ.ศ. 2561-2564 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ตัวชี้วัดที่ 39 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ เป้าหมายปี พ.ศ. 2564 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่จากข้อมูลผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2563 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลหนองตรุด จำนวน 207 คน ควบคุมได้ดี 78 คน (ร้อยละ 37.68) ซึ่งเป็นปัญหาในระดับพื้นที่ที่ต้องเร่งดำเนินการ ดังนั้นจึงเกิดความร่วมมือระหว่างวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรัง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตรุดในการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดรูปแบบการพัฒนาแนวทางในการจัดการระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วนในชุมชนทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัว และผู้ป่วย เพื่อจัดการระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความเสี่ยง และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการในการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

3.1 ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ

3.2 ระดับความดันโลหิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการวิจัย (Pre-research phase) วิเคราะห์สถานการณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การจัดการระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อนำมาออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ และระยะดำเนินการวิจัย (Research phase) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีลักษณะเป็นเกลียวปฏิสัมพันธ์ (Interacting spiral)[11] 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นมอง (Look) เริ่มจากการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างพินิจพิเคราะห์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ปัญหาความรอบรู้ทางสุขภาพ รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และครอบครัว 2) ขั้นคิดวิเคราะห์วิธี แนวทางแก้ไข วางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพัฒนา (Think) และ 3) ลงมือปฏิบัติ (Act) ตามแผนด้วยกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผลภายใต้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สังเกตผลจากการปฏิบัติ และวางแผนซ้ำอย่างต่อเนื่องเพื่อการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการระดับความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมาย โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในตัวเพื่อให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพ 5 ระดับ ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้[12] ออกแบบกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ตามแนวคิดการสื่อสารสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์ รวมทั้งการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว[13] ซึ่งเชื่อว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่จำเป็น ประกอบด้วยแนวคิดหลัก 3 ประการคือ 1) การสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลและความต้องการ 2) การตัดสินใจและจัดการกับปัญหา และ 3) การกระทำร่วมกัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความเห็นอกเห็นใจ การรับฟัง และการเป็นหุ้นส่วนในการจัดการกับปัญหามาใช้ในการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการตามวงจรปฏิบัติการที่มีลักษณะเป็นเกลียวปฏิสัมพันธ์ (Interacting spiral)[11]

พื้นที่วิจัย ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นพื้นที่ที่มีการลงนามบันทึกความร่วมมือในการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง (MOU) กับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรัง ได้แก่ พื้นที่ตำบลหนองตรุด อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ ต่ำกว่าเกณฑ์

กลุ่มเป้าหมายของการวิจัย คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และตัวแทนสมาชิกครอบครัวในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตรุด จำนวน 129 คน โดยกำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 2) ความดันโลหิต 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 2 ครั้งติดต่อกัน โดยทั้งสองครั้งห่างกัน 3 เดือน 3) ผลการประเมินความรอบรู้ในการจัดการระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับรู้จักและไม่แตกฉานทางสุขภาพ (คะแนน<75 % ของคะแนนเต็ม) 4) ตัวแทนสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกับผู้ป่วย 5) ผู้ป่วยและตัวแทนสมาชิกครอบครัวสามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทย โดยประเมินจากการพูดคุย 6) ผู้ป่วยและตัวแทนสมาชิกครอบครัวมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาอย่างน้อย ร้อยละ 80 ของกิจกรรมทั้งหมด กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการรักษานอนพักที่โรงพยาบาล เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่าง/ อาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการวิจัย (Discontinuation criteria) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ปฏิเสธการร่วมมือ หรือขอถอนตัวระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

1.1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและตัวแทนสมาชิกครอบครัว เป็นลักษณะการตอบแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended) สำหรับผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้สึกต่อสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพ ระยะเวลาที่เป็นโรค ค่าความดันโลหิต การประเมินระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ประวัติการรับประทานยา และโรคประจำตัวอื่นที่พบร่วม เป็นต้น ข้อมูลตัวแทนสมาชิกครอบครัว จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 4 ข้อ และแบบสัมภาษณ์ตัวแทนสมาชิกครอบครัว จำนวน 2 ข้อ โดยการถอดข้อมูล ตีความจากข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวม กำหนดรหัสข้อมูล วิเคราะห์ข้อความคำต่อคำ อ่านวิเคราะห์ ทำความเข้าใจและจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ในแต่ละประเด็นที่ศึกษา ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะ

1.3 แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง[14] ประกอบด้วย 8 ตอน จำนวน 84 ข้อ การแปลผลตามเกณฑ์ระดับการเรียนรู้ คือ ระดับรู้แจ้ง (คะแนน≥75% ของคะแนนเต็ม) ระดับรู้จัก (คะแนน<75% ของคะแนนเต็ม) ซึ่งผู้ช่วยวิจัยช่วยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 4 ท่าน ตามคุณสมบัติ คือ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตรุด 2) ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) สามารถอ่านออกเขียนได้ 4) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงขั้นตอนต่างๆ ในการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด สาธิตการเก็บข้อมูลวิจัยและให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับเพื่อตรวจสอบความสามารถในการเก็บข้อมูลของผู้ช่วยวิจัย

โดยข้อคำถามทั้งหมดผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพเท่ากับ 0.87 และนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความเข้าใจ ใช้ KR-20 และด้านอื่นๆ อีก 4 ด้าน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และ 0.97 ตามลำดับ โดยรวมทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการพัฒนา ได้แก่

2.1 แนวทางการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย ใช้แนวคำถามตามแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยเจาะลึกในข้อที่มีผล การประเมินต่ำ

ในระดับรู้จักถึงสาเหตุและข้อมูลเชิงลึกด้วยการเยี่ยมบ้าน สัมภาษณ์รายครอบครัว รวมทั้งรวบรวมประเด็นปัญหา อุปสรรค ความต้องการด้านความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อใช้ประกอบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

2.2 กิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลายซึ่งพัฒนาตามผลการสำรวจ เช่น ฝึกทักษะ อภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้บุคคลต้นแบบ และแจกเอกสาร/คู่มือ เป็นต้น ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะคือ

1. ระยะเตรียมการวิจัย (Pre-research phase) ดำเนินการโดย 1) ทบทวนองค์ความรู้ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 2) สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์กับผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตรุด แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมจำนวน 10 ท่าน และผู้ช่วยวิจัย จำนวน 4 ท่าน 3) ศึกษาบริบท ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่วิจัย และกลุ่มเป้าหมายวิจัย
2. ระยะดำเนินการวิจัย (Research phase) ดำเนินการตามวงจรปฏิบัติการ[11]

2.1 ขั้นมอง (Look) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรคการจัดการความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ดำเนินการโดย 1) ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และผู้ประสานงานในพื้นที่ทำความเข้าใจขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลร่วมกัน 2) ดำเนินการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และตัวแทนสมาชิกครอบครัว ณ คลินิกเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตรุด 3) ประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพโดยผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มเป้าหมายทั้ง 4 หมู่บ้าน ณ บ้านของผู้ป่วย ใช้ระยะเวลา 4 วัน 4) ผู้วิจัยสังเกตสภาพแวดล้อมในชุมชน การดำเนินชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งศึกษาเอกสารข้อมูลด้านสุขภาพ (Family folder) 5) นำข้อมูลมาวิเคราะห์และแบ่งระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเป็น 4 กลุ่มโดยใช้เกณฑ์ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี คือ กลุ่มที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับรู้แจ้งและแตกฉานสูง (สีเขียว) ระดับรู้แจ้งแต่ไม่แตกฉาน (สีเหลือง) ระดับรู้จักแต่แตกฉาน (สีเหลือง) และระดับรู้จักและไม่แตกฉาน (สีแดง)

2.2 ขั้นคิด (Think) ดำเนินการวิเคราะห์สภาพปัญหาและแนวทางดำเนินการ โดยประชุมร่วมกันระหว่างผู้วิจัย บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตรุด แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ และตัวแทนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเสนอผลการประเมินระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการระดับความดันโลหิต และวิเคราะห์ร่วมกันโดยใช้คำถาม 4W1H คือ What (ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการระดับความดันโลหิตมีกี่ระดับอะไรบ้าง) Who (ใครที่จะเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการระดับความดันโลหิต) How (ลักษณะหรือรูปแบบกิจกรรมที่ดำเนินการควรเป็นอย่างไร) Where (สถานที่สำหรับจัดกิจกรรมควรเป็นที่ใด) และ When (ควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพเมื่อไร) สรุปผลการคิดร่วมกัน ดังนี้ 1) ประเด็นการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมาย กำหนดให้ดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนตามแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ[12] ซึ่ง

เข้าใจง่าย ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก โดยกำหนดเนื้อหาตามประเด็นผลการสำรวจ และมีการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพหลังการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งพร้อมเฉลย, 2) จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม สรุปให้เร่งดำเนินการในกลุ่มที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับรู้จักและไม่รู้แจ้ง (กลุ่มสีแดง) ซึ่งมีจำนวน 75 คน ซึ่งกลุ่มนี้มีความจำเป็นที่ต้องเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นกลุ่มแรกเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตและให้ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง โดยมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้ประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายในเขตที่รับผิดชอบเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยร้อยละ 60, 3) รูปแบบกิจกรรม เน้นการจัดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ คือจัดให้มีความหลากหลายสอดคล้องกับปัญหาและความสนใจ เป็นกิจกรรมที่มีความสนุกสนานสอดแทรกไปพร้อมกับการเรียนรู้ที่ไม่ยากเกินไปสำหรับกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับวิถีชีวิต เน้นสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับชีวิตจริง มีความเป็นรูปธรรมเข้าใจง่าย เพื่อสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติและแนะนำผู้อื่นได้ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมกับอาสาสมัครสาธารณสุขตามเขตความรับผิดชอบ, 4) สถานที่สำหรับจัดกิจกรรมคัดเลือกเป็นห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตรุด, 5) การจัดกิจกรรมกำหนดนัดวันเดียวกับที่มีคลินิกเรื้อรัง เพราะต้องมาพบแพทย์ และเข้าร่วมกิจกรรมครั้งละ 1 ชั่วโมงครึ่ง–2 ชั่วโมง มีมติให้จัดเดือนละครั้งทุกวันอังคารสัปดาห์ที่ 1 ของเดือน แบ่งเป็นกลุ่มเช้า (ผู้ป่วยที่แพทย์นัด) และกลุ่มบ่าย (ผู้ป่วยที่ไม่ได้นัด) เป็นระยะเวลา 4 เดือน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานในระยะแรก

2.3 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Act) เพื่อแก้ไขปัญหาและเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมายและประเมินผล ดำเนินการโดย 1) กำหนดวัตถุประสงค์และวางแผนจัดกิจกรรมตามประเด็นปัญหาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการระดับความดันโลหิตจากผลการวิเคราะห์ในขั้นคิด โดยคัดเลือกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มีการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพและระดับความดันโลหิต ระดับรู้จักแต่ไม่แตกฉานเป็นกลุ่มตัวอย่าง (สีแดง), 2) จัดเตรียมสื่อ อุปกรณ์ และกลุ่มเป้าหมายผู้ร่วมกิจกรรม, 3) นัดหมายการดำเนินกิจกรรม วัน เวลา สถานที่ดำเนินการ, 4) ดำเนินงานตามแผน, 5) ประเมินผลการดำเนินงานแต่ละครั้งตามวงจรปฏิบัติการ[11] เพื่อตรวจสอบแผนการดำเนินงาน (Review the plan) ประเมินผลการจัดกิจกรรม (Assess the effect of activities) ปรับปรุงแผนการดำเนินงานตามความจำเป็น (Revise the plan, if needed) และจัดลำดับประเด็นที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข (Prioritize unresolved issues)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการระดับความดันโลหิต และค่าความดันโลหิต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพและค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติ Paired t-test หลังจากทดสอบการแจกแจงข้อมูล พบว่าข้อมูลกระจายแบบปกติ

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้และตัวแทนสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตสูง โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เลขที่ 4/2564 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 โดยผู้วิจัยทำเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบทุกประเด็น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ เพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มเป้าหมาย โดยกลุ่มเป้าหมายสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา และเอกสารจะถูกทำลายเมื่อได้มีการตีพิมพ์เผยแพร่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายวิจัย

กลุ่มเป้าหมายการวิจัยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.59 มีอายุเฉลี่ย 65.49 ปี (SD=8.66) อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 44.09 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.76 ประกอบอาชีพทำสวน/กรีดยาง ร้อยละ 49.61 ความรู้สึกต่อสุขภาพอยู่ในระดับร่างกายแข็งแรง ร้อยละ 54.33 ส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพแบบกลุ่มที่รพ.สต. ร้อยละ 48.03 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 11-15 ปี ร้อยละ 76.38 รับการรักษาโดยการรับประทานยา 2 ชนิด ร้อยละ 65.36 และมีโรคร่วมเป็นไขมันในเลือดสูงมากที่สุด ร้อยละ 35.43

จากการสังเกตและการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างพบประเด็นจากผู้ป่วย คือ 1) ท่านรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของท่านอย่างไร *“ส่วนใหญ่จะรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่มีอาการแสดงใดๆ มีบางคนบอกว่าจะรู้ว่าความดันโลหิตเริ่มสูงคือจะมีอาการปวดมึนๆ บริเวณท้ายทอย และรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากกรรมพันธุ์เพราะพ่อแม่เป็นอยู่แล้ว ”* 2) ท่านกำหนดเป้าหมายของการควบคุมระดับความดันโลหิตของตัวท่านอย่างไร *“จะรับประทานยาให้ตรงตามที่แพทย์แนะนำ ไม่ค่อยลืม เพราะไม่อยากให้เกิดโรคอื่นตามมา กลัวที่จะเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต ถ้าดูแลตัวเองไม่ดี จะพยายามควบคุมตนเองไม่ให้ความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอาหารก็จะไม่รับประทานหวานเกิน มันหรือเค็มเกิน แต่ถ้าไปงานแต่งงานหรืองานศพในพื้นที่ ก็จะหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะเกรงใจเจ้าภาพด้วย ก็เลือกกินไม่ได้ อาหารส่วนใหญ่ก็มันและเค็ม รู้ว่าไม่ดีต่อสุขภาพ ก็พยายามตั้งใจไม่ให้ความดันสูงกว่าเดิม ถ้าลดลงกว่านี้จะดีมาก ”*3) ท่านมีความพึงพอใจกับระดับความดันโลหิตของท่านหรือไม่ เพราะเหตุใด *“ไม่ค่อยพอใจกับระดับความดันโลหิตของตนเอง ต้องการให้ลดลงกว่านี้ เพราะเวลามาพบแพทย์ตามนัด แพทย์จะบอกว่ายังสูงอยู่ อยากให้ลดลงมากกว่านี้ ”* 4) การปฏิบัติตัวในการควบคุมความดันโลหิตที่ผ่านมา ตามหลัก 3อ. 2ส. ท่านคิดว่ากิจกรรมใดท่านปฏิบัติได้ดีและกิจกรรมใดที่ต้องการปรับปรุงแก้ไขให้มีการปฏิบัติเพิ่มขึ้น *“สิ่งที่ทำได้ดีคือ เรื่องอาหาร เพราะจะหลีกเลี่ยง*

การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม จะงดหรือไม่รับประทานเลย และจะปรุงอาหารรับประทานเองเป็นส่วนใหญ่ ซื้อรับประทานจากนอกบ้านน้อย ส่วนที่ยังทำไม่ได้คือ การออกกำลังกายแบบต่อเนื่องและถูกต้อง เพราะยังรู้สึกว่าถ้าเป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่ไม่ใช่การทำงาน จะไม่ค่อยได้ทำ มีเดินรอบบ้านบ้างเล็กน้อยเป็นบางวัน ไม่ได้ทำเป็นประจำ" 5) ท่านต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการควบคุมความดันโลหิตของท่านอย่างไร *"ต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม เพราะอยู่บ้านเดียวกัน ถ้าไม่เข้าใจกัน ก็จะปฏิบัติตัวได้ยาก เช่น ต้องรู้ว่าลดการปรุงอาหารรสเค็ม รสหวาน ถ้าครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยก็จะรับประทานยาการถามไถ่อาการ ก็จะเป็นกำลังใจในการปฏิบัติเหมือนกัน"*

ตัวแทนสมาชิกครอบครัวกลุ่มเป้าหมายเป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.46 มีอายุเฉลี่ย 43.77 ปี (SD=4.11) มากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 40- 49 ปี ร้อยละ 73.24 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 41.73 ประกอบอาชีพทำสวน/กรีดยาง ร้อยละ 68.50 รายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาท/เดือน ร้อยละ 62.20 จำนวนสมาชิก (1-5 คน) ร้อยละ 83.46 และมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 58.27

จากการสังเกตและการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างพบประเด็นจากครอบครัว คือ 1) ท่านมีส่วนร่วมในการควบคุมความดันโลหิตของสมาชิกในครอบครัวอย่างไรบ้าง *"ส่วนใหญ่จะบอกว่ามีการเตือนเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยา ว่ารับประทานหรือยัง เพื่อเตือนไม่ให้ลืมรับประทานยา และดูแลเรื่องปรุงอาหาร ไม่ให้เค็มมาก พยายามทำอาหารรับประทานเอง ซื้ออาหารนอกบ้านน้อย"* 2) ท่านมีความคาดหวังในการควบคุมความดันโลหิตของสมาชิกในครอบครัวท่านอย่างไร *"มีความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะสามารถควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูงมาก เพราะกลัวจะเกิดอันตราย เส้นเลือดในสมองแตกเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต"*

2. ผลการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการระดับความดันโลหิต

จากการประเมินระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายวิจัยคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่ามีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับรู้แจ้งและแตกฉานสูง (สีเขียว) ร้อยละ 12.28 ระดับรู้จักแต่แตกฉาน (สีเหลือง) ร้อยละ 8.77 ระดับรู้แจ้งแต่ไม่แตกฉาน (สีเหลือง) ร้อยละ 13.16 และระดับรู้จักและไม่แตกฉานทางสุขภาพ (สีแดง) ร้อยละ 65.79 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (n=114)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับแตกฉาน		ระดับไม่แตกฉาน		รวม	
	การปฏิบัติ>3 ครั้ง/สัปดาห์		การปฏิบัติ<3 ครั้ง/สัปดาห์			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับรู้แจ้ง (คะแนน≥75%)	14	12.28	15	13.16	29	25.44
ระดับรู้จัก (คะแนน<75%)	10	8.77	75	65.79	85	74.56
รวม	**24**	**21.05**	**90**	**78.95**	**114**	**100**

หมายเหตุ สีเขียว คือความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับรู้แจ้งและแตกฉานสูง, สีเหลืองคือ ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับรู้จักแต่แตกฉานและระดับรู้แจ้งแต่ไม่แตกฉาน, สีแดง คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับรู้จักและไม่แตกฉานทางสุขภาพ

3. ผลลัพธ์จากการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการค่าความดันโลหิต

การเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับรู้จักและไม่แตกฉาน (สีแดง) ดำเนินตามวงจรปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน[11] โดยดำเนินการในขั้นการปฏิบัติ (Act) 4 ครั้ง เดือนละ 1 ครั้ง สรุปผลได้ดังนี้

ขั้นปฏิบัติ ดำเนินงานตามแผน ประกอบด้วยกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการจัดการระดับความดันโลหิตในขั้นพื้นฐานตามองค์ประกอบ[12] เข้าถึง เข้าใจ ขั้นปฏิสัมพันธ์ในด้านการไต่ถาม และทักษะขั้นการมีวิจารณญาณ ในด้านการตัดสินใจและการนำไปใช้ในการจัดการระดับความดันโลหิต โดยใช้ผลจากการประเมินเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมประเมินพฤติกรรม เสริมสร้างทักษะความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ. 2ส. โดยใช้สื่อรูปภาพ Key message การแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่ม ฝึกทักษะการสืบค้นข้อมูล การเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ฝึกทักษะการไต่ถามข้อมูล โดยใช้เทคนิค Asks me 3 และเทคนิค Teach back การสะท้อนคิด กำหนดแนวทางในการจัดการระดับความดันโลหิต ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล วัดความดันโลหิต ให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเล่าประสบการณ์การปฏิบัติตัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัว วิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งในการปฏิบัติ ประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ (Post-test) ทั้ง 4 ครั้ง พร้อมวัดความดันโลหิตผู้ป่วยทุกครั้ง เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลัง กล่าวชื่นชม ให้กำลังใจและเน้นย้ำการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานพบว่ามีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 43 คู่ อย่างต่อเนื่องโดยแบ่งเป็นภาคเช้า-บ่าย ซึ่งมากกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการพัฒนาฯ มีค่าความดันโลหิตลดลงร้อยละ 100 และลดลงอยู่ในระดับตามเกณฑ์ที่ควบคุมได้ จำนวน 26 คนในระยะเวลา 4 เดือน ร้อยละ 60.47 และอีก 17 คนค่าความดันโลหิตลดลง แต่ยังอยู่ในระดับเดิมคือควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยให้กำลังใจและแปลผลค่าความดันโลหิตเป็นกราฟเส้นเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเห็นแนวโน้มค่าความดันโลหิตของตนเองที่เป็นกราฟลดลงจากเดิม พร้อมเน้นย้ำการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ และผลการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่าสอดคล้องกับค่าความดันโลหิตที่ลดลง โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไปจะมีค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ตามเกณฑ์ (สีเขียว) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ค่าความดันโลหิตลดลงแต่ยังไม่ได้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ตามเกณฑ์ (สีเหลือง) ส่วนคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 100 แสดงถึงการเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยจากการได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการระดับความดันโลหิตสูง

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมตามแผน นำผลการประเมินและข้อมูลจากการสังเกตและพูดคุยมาวิเคราะห์ร่วมกัน พบว่า ทีมวิจัย บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เสนอให้มีการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการ

ระดับความดันโลหิตโดยครอบครัวมีส่วนร่วมและมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สำหรับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ คือกลุ่มที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับรู้แจ้งแต่ไม่แตกฉานและระดับรู้จักแต่แตกฉาน (กลุ่มสีเหลือง) ควรมีการจัดกิจกรรมตามรายไตรมาสคือทุก 3 เดือนและมีการติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง เพราะมีประโยชน์ในการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติและเกิดแรงจูงใจในการจัดการระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย จึงได้ข้อสรุปที่ตรงกันคือ การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมาพบแพทย์ตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตรุด อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ในกลุ่มสีเขียว และกลุ่มสีเหลือง ให้ครอบครัวมาพบพร้อมผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี ทุกรอบ 6 เดือน ส่วนกลุ่มสีแดงควรคงการปฏิบัติในการให้ครอบครัวมาพร้อมผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ครั้งต่อปีและติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้ทราบข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกัน และได้วางแผนในการปรับพฤติกรรมหรือติดตามเพื่อให้ความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับรู้แจ้งแตกฉานสูง (กลุ่มสีเขียว) ในการมาตรวจตามนัดแต่ละครั้งเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างต่อเนื่อง กลุ่มนี้ก็จะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

3.1 คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ หลังดำเนินการพัฒนาการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการระดับความดันโลหิต พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการพัฒนาจำนวน 43 คน (กลุ่มสีแดงทั้งหมด 75 คนสมัครใจเข้าร่วม 43 คน) มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับรู้แจ้งและแตกฉานสูง (กลุ่มสีเขียว) เพิ่มขึ้น จำนวน 26 คน ร้อยละ 60.47 ของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วม ดังตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพหลังการพัฒนาฯ มีค่าสูงกว่าก่อนการพัฒนาฯ ($\overline{X}$=115.67, SD=8.82; $\overline{X}$=103.90, SD=10.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายการวิจัยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในกลุ่มรู้จักและไม่แตกฉานทางสุขภาพก่อน-หลังดำเนินการ (n=43)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนดำเนินการ				หลังดำเนินการ			
	ระดับแตกฉาน		ระดับไม่แตกฉาน		ระดับแตกฉาน		ระดับไม่แตกฉาน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับรู้แจ้ง (คะแนน≥75%)	0	0	0	0	26	60.47	0	0
ระดับรู้จัก (คะแนน<75%)	0	0	43	100	0	0	17	39.53

หมายเหตุ สีเขียว คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับรู้แจ้งและแตกฉานสูง, สีเหลืองคือ ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับรู้จักแต่แตกฉานและระดับรู้แจ้งแต่ไม่แตกฉาน, สีแดง คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับรู้จักและไม่แตกฉานทางสุขภาพ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายการวิจัยก่อนและหลังการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการระดับความดันโลหิตฯ (n=43)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	$\overline{X}$	SD	df	t	p-value
ก่อนได้รับการพัฒนา	103.90	10.04	42	17.162	0.000*
หลังได้รับการพัฒนา	115.67	8.82			

*p<0.001

3.2 ระดับความดันโลหิต

จากการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิต ก่อนดำเนินการพัฒนาการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการระดับความดันโลหิตสูงของกลุ่มเป้าหมาย พบว่าควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ จำนวน 78 คน ร้อยละ 37.68 ควบคุมไม่ได้ จำนวน 129 คน ร้อยละ 62.32 หลังดำเนินการพัฒนาการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วม (จำนวน 43 คน) มีค่าความดันโลหิตลดลง จำนวน 26 คนอยู่ในกลุ่มที่ควบคุมได้ ร้อยละ 60.47 ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็น 104 คน ร้อยละ 50.24 ดังตารางที่ 4

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน (Systolic) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) มีค่าต่ำกว่าก่อนการพัฒนาฯ ($\overline{X}$=141.13, SD=5.04; $\overline{X}$=85.01, SD=3.85 และ $\overline{X}$=154.94, SD=3.69; $\overline{X}$=92.51, SD=3.01 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายการวิจัยก่อนและหลังดำเนินการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการระดับความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิต	Systolic/Diastolic (mmHg)	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ควบคุมได้	<140 / < 90	78	37.68	104	50.24
ควบคุมไม่ได้	≥140-159 / 90-99	129	62.32	103	49.76

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายการวิจัยก่อนและหลังการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการระดับความดันโลหิตฯ (n=43)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD		
ความดันโลหิต Systolic	154.94	3.69	141.13	5.04	24.69	0.000*
ความดันโลหิต Diastolic	92.51	3.01	85.01	3.85	19.27	0.000*

*p<0.001

การอภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการระดับความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายการวิจัยในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับรู้จักและไม่แตกฉาน มากที่สุด ร้อยละ 65.79 เป็นผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 65.49 ปี (SD=8.66) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.76 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุจะมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่น และระดับการศึกษาหรือความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ เป็นตัวแปรสำคัญที่จะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาตามวงจรปฏิบัติการที่มีลักษณะเป็นเกลียวปฏิสัมพันธ์[11] ซึ่งประกอบด้วยการรวบรวมข้อมูล (Look) การคิดวิเคราะห์ (Think) และการดำเนินงาน (Act) มีการจัดกิจกรรมหลายรอบ และมีการปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน ซึ่งพบว่ากระบวนการดำเนินงานดังกล่าวสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่และได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีข้อตกลงด้านความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาอย่างต่อเนื่องจึงมีความคุ้นเคยกับการจัดกิจกรรมต่างๆ ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการระดับความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายและการมีส่วนร่วมของครอบครัวตลอดระยะเวลา 4 เดือนเป็นไปตามแผน ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะมีการประเมินระดับความรอบรู้ทางสุขภาพก่อน-หลัง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้ทราบข้อมูลระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตสูงของตนเอง และมีความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ[12] ทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับขั้นพื้นฐาน เน้นการให้ข้อมูลทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถในการอ่านเขียนเบื้องต้น โดยจัดกิจกรรมการฝึกทักษะในการสืบค้นและแสวงหาข้อมูลร่วมกับครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ได้ดีที่สุด[10] ดังนั้นจึงให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ทุกครั้ง ผู้วิจัยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการระดับความโลหิตที่ใช้สื่อที่เข้าใจง่าย เป็น Key message ฝึกทักษะการไต่ถามหรือสื่อสารทางสุขภาพร่วมกับครอบครัว เพื่อนำไปสู่ความสามารถในการแลกเปลี่ยนข้อมูล

กับผู้อื่น เกิดการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ ทำให้เกิดความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้น และความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับวิจารณญาณ สามารถตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการระดับความดันโลหิตของตนเอง เพื่อส่งผลให้เกิดผลลัพธ์คือความดันโลหิตลดลงตามเกณฑ์

ผลการพัฒนาพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับรู้แจ้งและแตกฉานด้านสุขภาพร้อยละ 60.47 และคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวก ซึ่งความรู้ที่มากขึ้นจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยทำให้บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และสามารถใช้ทักษะคิด วิเคราะห์เพื่อนำความรู้มาใช้ในบริบทของตนเอง[15] ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค เป็นความสัมพันธ์แบบปฏิสัมพันธ์เสริมซึ่งกันและกัน และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้เป็นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้นด้วย[16] ซึ่งผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะมีทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ อาทิเช่น ความสามารถในการระบุชนิดของยาที่รับประทานได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา จนสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้[17] จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายการวิจัยมีค่าลดลงร้อยละ 100 และมีการเปลี่ยนระดับความรุนแรงของโรคจากระดับที่ควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์เป็นระดับที่ควบคุมได้ จำนวน 26 คน ร้อยละ 60.47 โดยก่อนดำเนินการพัฒนาฯ กลุ่มเป้าหมายการวิจัยมีการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ. 2ส. ในระดับแตกฉานทางสุขภาพ ร้อยละ 18.90 แสดงถึงพฤติกรรมการปฏิบัติน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์และไม่ต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถจัดการระดับความดันโลหิตได้ หลังได้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาฯ อย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนการปฏิบัติในระดับแตกฉานทางสุขภาพเพิ่มขึ้นคือ มีการปฏิบัติตัวในการควบคุมความดันโลหิตตามหลัก 3อ. 2ส. มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ก็จะส่งผลต่อค่าความดันโลหิตลดลง ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ[18] และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการจัดการระดับความดันโลหิต จะส่งผลให้ความดันเลือดแดงเฉลี่ยลดลง[19]

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาแนวทางในการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการใช้กระบวนการพัฒนาตามวงจรปฏิบัติการที่มีลักษณะเป็นเกลียวปฏิสัมพันธ์[11] และการดำเนินกิจกรรมโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ[12] จำเป็นต้องทำตลอดกระบวนการโดยเริ่มจากระดับพื้นฐาน คือ ทักษะการเข้าถึงหรือแสวงข้อมูล ทักษะด้านความรู้ความเข้าใจ ระดับปฏิสัมพันธ์คือ ทักษะการไต่ถามหรือการสื่อสารข้อมูล และระดับวิจารณญาณ คือการตัดสินใจ และการนำไปใช้ ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับประชาชนในการตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ หากประชาชน

สามารถแสวงหาและเพิ่มพูนความรู้ที่ถูกต้อง และนำความรู้นั้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องแล้ว จะก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่มสามารถต้านทานหรือจัดการควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้าที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนอาศัยอยู่ได้[20] การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการควบคุมความดันโลหิตในระดับที่ดีขึ้น ทำให้มีการลดความดันโลหิตตามเป้าหมาย (Target blood pressure, BP) อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการระดับความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายการวิจัยคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับรู้จักและไม่แตกฉานทางสุขภาพ ร้อยละ 65.79 หลังการพัฒนาตามวงจรปฏิบัติการ[11] ทำให้กลุ่มเป้าหมายการวิจัยมีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับรู้แจ้งและแตกฉานทางสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35.08 ซึ่งยังอยู่ในระดับน้อย ดังนั้นควรนำกระบวนการพัฒนาดังกล่าวมาใช้ในกลุ่มที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับรู้จักแต่แตกฉานทางสุขภาพ และกลุ่มที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพระดับรู้แจ้งแต่ไม่แตกฉานทางสุขภาพ (กลุ่มสีเหลือง) เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตนในการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เกิดชุมชนต้นแบบในการดูแลสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการจัดการระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับรู้จักแต่แตกฉานทางสุขภาพกับระดับรู้แจ้งแต่ไม่แตกฉานทางสุขภาพ และมีการติดตามผลลัพธ์การปฏิบัติ ทุก 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อติดตามการคงอยู่ของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Salem H, Hasan DM, Eameash A, El-Mageed HA, Hasan S, Ali R. Worldwide prevalence of hypertension: A pooled meta-analysis of 1670 studies in 71 countries with 29.5 million participants. Journal American College of Cardiology 2018;71(11):A1819.
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. รายงานการประชุมวิชาการประจำปี 2563 ครั้งที่ 18 “Heart & Mind in Hypertension Management; 2563.
3. Health System Development Group. Highlights information campaign in world hypertension day 2017. Bangkok: Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. [serial online]. 2017 [cited 2021 Jan 10];1-6 Available from: http://www.whleague.org/images/2017-WHD-Member-Reports.pdf
4. ณัฐธิวรรณ พันธุ์มุง, อลิสรา อยู่เลิศลบ, สราญรัตน์ ลัทธิ. ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562. [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2564 พ.ย. 17]: [หน้า 1-3]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaincd.com/document/hot%20news_62.pdf

5. Du S, Zhou Y, Fu C, Wang Y, Du X, Xie R. Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. Int J Nurs Sci. 2018;5(3):301-309. Published 2018 Jun 9. doi:10.1016/j.ijnss.2018.06.001
6. อามานี แดมะยุ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสภาการพยาบาล. 2563;35(3):87-107.
7. Suon M, Ruaisungnoen W. Health literacy on sodium restriction and associated factors among patients with hypertension in Phnom Penh, Cambodia. Nursing Science Journal of Thailand [serial online]. 2019[cited 2021 November 15];37(4):[32-41]. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/208720
8. วรรณศิริ นิลเนตร, ศรัณยา เฮงประพรหม, ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย. ระดับความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย. Journal Health Research. 2016;30(5):315-21.
9. ปิยะดา ยุ้ยฉิม, มยุรี นิรัตธราดร, พนิดา ศิริอำพันธ์กุล, ณัฐพัชร์ บัวบุญ. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2561;48(1):44-56.
10. วริศรา ปั่นทองหลาง, ปานจิต นามพลกรัง, วินัฐ ดวงแสนจันทร์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561;38(4):152-65.
11. Stringer ET. Action Research. 4th ed. Los Angeles: Sage; 2013.
12. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจารณญาณ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด; 2562.
13. Sebern M. Shared care, elder and family member skills used to manage burden. J Adv Nurs. 2005;52(2):170-179. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03580.x
14. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, นรีมาลย์ นีละไพจิตร. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
15. กรรณิการ์ การีสรรพ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, นุชนาฏ สุทธิ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2562;25(3):280-95.
16. กานต์ณิพิชญ์ ปัญญธนชัยกุล, สุทธีพร มูลศาสตร์, วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี. ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 2563;21(1):41-54.

17. Lenahan JL, McCarthy DM, Davis TC, Curtis LM, Serper M, Wolf MS. A drug by any other name: patients' ability to identify medication regimens and its association with adherence and health outcomes. J Health Commun. 2013;18 Suppl 1(Suppl 1):31-39. doi:10.1080/10810730.2013.825671
18. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Educ Res. 2008;23(5):840-847. doi:10.1093/her/cym069
19. Shi D, Li J, Wang Y, et al. Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study. Intern Emerg Med. 2017;12(6):765-776. doi:10.1007/s11739-017-1651-7
20. ชาตรี แมตสี่, ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2560;9(2):96-111.

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์

มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์*[a], ณฐิฌา แก้วอำไพ, วิไลพร คลีกร*****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุและประเมินผล ดำเนินการตุลาคม 2563–กันยายน 2565 แบ่ง 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1–วิเคราะห์ปัญหาของรูปแบบการจัดบริการตาม Six Building Blocks ขั้นตอนที่ 2–ดำเนินการตาม Deming cycle แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) วางแผนและออกแบบ 2) นำรูปแบบไปใช้ 3) ประเมินผล และ 4) ปรับปรุงรูปแบบ และ ขั้นตอนที่ 3–ประเมินผลลัพธ์และปัจจัยสำเร็จและอุปสรรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ รวม 58 คน ใช้แบบสอบถามเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากระบบรายงาน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย รูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้น เรียกว่า “Buriram Elderly Seamless Care Model” ในผู้สูงอายุ 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ เพิ่มจุดบริการคัดกรองสุขภาพในชุมชน เน้นการสร้างความรอบรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ 2) กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี เพิ่มการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชมรมผู้สูงอายุ 3) กลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วย เพิ่มการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เชื่อมโยงกับระบบฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง และ 4) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มความร่วมมือกับท้องถิ่นในการจัดบริการดูแลระยะยาว และการส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมในพื้นที่ ผลลัพธ์ ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ทั้งการคัดกรองสุขภาพที่สำคัญ (ร้อยละ 83.84) คัดกรองพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (ร้อยละ 65.52) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (6,019 ราย) มีกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุม 207 จากทั้งหมด 208 อปท. (ร้อยละ 99.5) มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ 5 แห่ง ปัจจัยสำเร็จได้แก่ เครือข่ายท้องถิ่นที่เข้มแข็ง และระบบกำกับติดตามเป็นระยะ อุปสรรค พบว่าขาดระบบส่งต่อระหว่างคลินิกผู้สูงอายุ ดังนั้น การจัดบริการควรเริ่มตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุ มีระบบส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ และขยายคลินิกผู้สูงอายุให้ครอบคลุมพื้นที่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; การจัดบริการสุขภาพ; ผู้สูงอายุ

---

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

*** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

[a] Corresponding author : มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ Email : kunaeh@hotmail.com

รับบทความ: 4 ม.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 14 ม.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 14 ม.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์ 7 ก.พ. 66

Development of a Healthcare Service Model for the Elderly, Buriram Province

Monthichar Chenphanitsub[*a], Nathichar Kaewampai[**], Wiliporn Kleekorn[***]

Abstract

The aims of this research and development study were to develop a model of healthcare service for the elderly and to evaluate the results. The study was conducted between October 2020 and September 2022 with the following three steps: 1) studying and analyzing the problems based on Six Building Blocks concept, 2) implementation based on the Deming cycle which was divided into four steps: a) planning and design, b) implementation, c) evaluation, and d) improvement, and 3) evaluation of results, success factors, and obstacles in the development of this model. Samples were 58 persons in charge of elderly health in local settings. Data were obtained from qualitative questionnaires and secondary data from health records. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results of this study included the development of "Buriram Elderly Seamless Care Model" in four groups. In pre-aging group, there were increase in number of screening points in communities with emphasis on health literacy. In healthy elderly group, there were wellness plans that focus on health promotion and disease prevention in elderly clubs. In ill elderly, elderly clinics with connection to intermediate care system were established. In dependent elderly, There were improvements in collaborations with local government organizations in providing long-term care systems to promote the potential of caregivers in communities. The results showed the increase in number of elderly receiving services such as screening (83.84%), desirable behavior screening (65.52%), caring for dependent elderly (6,019 cases), local government participation in LTC fund (207 from 208 organizations, 99.5%), and five quality aging clinics was established. Success factors in this process included strong local network in the community and continuation of a monitoring system, while the obstacle factors included lacking of referral system between aging clinics. It is recommended that the elderly service

[*] Registered Nursing, Professional Level, Buriram Provincial Public Health Office

[**] Public Health Technical Officer, Professional Level, Buriram Provincial Public Health Office

[***] Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Buriram Provincial Public Health Office

[a] Corresponding author : Monthichar Chenphanitsub Email : kunaeh@hotmail.com

Received: Jan. 4, 23; Revised: Jan. 14, 23; Accepted: Jan. 14, 23; Published Online: Feb. 7, 23

arrangement should start before persons entering elderly by providing seamless care system, and expanding the aging clinic to increase coverage in the community to develop quality services in the future.

Keywords : Model development; Healthcare services; Elderly

บทนำ

หนึ่งในเรื่องที่ระบบสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันกำลังเผชิญกับสถานการณ์ท้าทายรอบด้าน คือการเป็นสังคมสูงวัยที่คาดว่าจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์อย่างรวดเร็ว ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาสังคมแห่งชาติ ได้คาดประมาณประชากรของประเทศไทยไว้ว่าจะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 หรือกว่า 15 ล้านคนในปี 2564 และจะกลายเป็นประชากรกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มใหญ่ของประเทศในที่สุด[1] ภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของประชากรที่เกิดขึ้นในสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์สำคัญด้านผู้สูงอายุประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกิน 60 ปี ถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดของประเทศในปี 2567-2568 และจะเกินร้อยละ 25 ในปี 2578 คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข จึงกำหนดให้มีการสร้างระบบสุขภาพใหม่เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุเป็น 1 ใน 3 ประเด็นเร่งด่วนที่ต้องการการปฏิรูปวางแผนขับเคลื่อนและบูรณาการงานดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน โดยผลิตนักบริบาลผู้สูงอายุเพิ่ม 70,000 คน ภายในปี 2565 ดังนั้น ภายใน 2 ปี จะต้องสามารถวางระบบเพื่อจัดการภาวะคุกคามด้านสาธารณสุขของไทยและของโลก ใน 3 ประเด็นก่อน คือ โรคระบาดและโรคอุบัติใหม่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสังคมผู้สูงอายุ[2] การที่มีประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้นทำให้พบภาวะผิดปกติด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มอาการจำเพาะในผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric syndromes)[3] มากขึ้น ซึ่งเกิดจากภาวะถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และความเสื่อมเนื่องมาจากความชราที่เพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างของประชากรและด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในอนาคต การทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้นานที่สุดจึงเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าการที่มีอายุยืนยาวขึ้น การรองรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทางการแพทย์สาธารณสุขจึงเป็นเรื่องสำคัญ รัฐจึงมีความพยายามในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุคือ ต้องบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุมีแนวคิดและความสามารถในการดูแลตนเอง “Self-care & Self wisdom”[4]

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจะต้องทราบและเข้าใจถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และอาจต้องอาศัยการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team approach) ที่เป็นการร่วมมือประสานและเสริมกันในหลายสาขาวิชา เพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุพร้อมๆ กัน เป็นหัวใจสำคัญของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการบริการที่รวดเร็ว ทันการ มีประสิทธิภาพเกิดประสิทธิผลในการดูแล ตลอดจนการประสานความเข้าใจกับผู้ดูแล ญาติและครอบครัว มีการศึกษาที่ผ่านมา วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ[5] ศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา พบว่าการใช้ชุมชนเป็นฐานโดยมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข สำหรับการศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน[6-7] พบว่ามีระบบกลไกในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ยังมีผลการศึกษาการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุตามประกาศกระทรวงกลาโหม พ.ศ. 2554[8] พบว่า โรงพยาบาลสังกัดกองทัพบกสามารถจัดช่องทางเฉพาะในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกได้ ปัญหาและอุปสรรคของการจัดบริการ ได้แก่ ขาดแคลนเจ้าหน้าที่ในการให้บริการเฉพาะแก่ผู้สูงอายุ และอาคารสถานที่ยังไม่สะดวกและยากต่อการจัดคลินิกแยกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการจัดการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องประสานความร่วมมือกับหน่วยงานราชการอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงภาคประชาชนควรมีการกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกัน เพื่อแสวงหาความร่วมมือจากภาคีต่างๆ ในพื้นที่จะทำได้ง่ายและมีรูปแบบที่ชัดเจนยิ่งขึ้น[9]

จังหวัดบุรีรัมย์ แบ่งการปกครองออกเป็น 23 อำเภอ 189 ตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 208 แห่ง แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2561–2563 คิดเป็นร้อยละ 18.86, 19.87 และ 20.48 ตามลำดับ[10] จังหวัดบุรีรัมย์เริ่มเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completely aged society) สำหรับสถานะสุขภาพผู้สูงอายุจากการคัดกรองผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 216,122 คน ได้รับการคัดกรอง/ประเมินภาวะสุขภาพ Geriatric syndromes และประเมิน ADL จำนวน 201,924 คิดเป็นร้อยละ 93.43 จำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 98.17 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 1.48 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.36 ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ร้อยละ 2.77 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 5.07 ภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 1.60 โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน พบกลุ่มเสี่ยงและเสี่ยงสูง ร้อยละ 9.80 และร้อยละ 9.44 ตามลำดับ ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองพบอยู่ในระดับสูงถึงสูงอันตราย ร้อยละ 47.78 มีสุขภาพช่องปากปกติ ร้อยละ 96.56 จากข้อมูลดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องสุขภาพเกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกายของผู้สูงอายุ จึงควรได้รับการดูแลรักษาฟื้นฟูที่แตกต่างจากวัยอื่นๆ และเป็นการดูแลรักษาที่เป็นเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะได้รับการดูแลเฝ้าระวังส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น หลังการคัดกรองสุขภาพหากพบความผิดปกติไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่มีการจัดคลินิกแยกเฉพาะผู้สูงอายุ การเชื่อมโยงบริการหรือส่งต่อรักษาผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม และการเข้าถึงบริการสุขภาพต่างๆ จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์ ขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งต่อ และดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเหมาะสม มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนอย่างมีสุขภาวะที่ดี ให้เกิดรูปแบบบริการที่ครอบคลุม และเชื่อมโยงในบริการส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์

คำถามในการวิจัย

1. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นอย่างไร
2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นอย่างไร

วิธีศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563–กันยายน 2565 ผู้วิจัยขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์ ใบรับรองเลขที่ BRO 2020-033 ภายหลังผ่านการรับรอง ดำเนินการขออนุญาตหน่วยงานและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัย ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตามเกณฑ์ที่กำหนด มีจำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มบุคลากรรับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ระดับจังหวัด จำนวน 2 คน
2. กลุ่มบุคลากรรับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ในระดับอำเภอ ทั้งบุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาล แห่งละ 1 คน และสาธารณสุขอำเภอ แห่งละ 1 คน ทั้ง 23 อำเภอ รวม 46 คน
3. กลุ่มตัวแทน แพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพ ที่รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุ จากโรงพยาบาลระดับ A (โรงพยาบาลศูนย์บุรีรัมย์) จำนวน 2 คน โรงพยาบาลระดับ S (โรงพยาบาลนางรอง) จำนวน 2 คน และ โรงพยาบาลระดับ M2 (โรงพยาบาลลำปลายมาศ โรงพยาบาลสตึก และโรงพยาบาลประโคนชัย) จำนวน 3 แห่งๆ ละ 2 คน จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิด ดังนี้

1. แบบสอบถามเชิงคุณภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดและทฤษฎี โดยผ่านการตรวจสอบเชิงโครงสร้างและเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และรูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก[11] ได้แก่ ระบบบริการ (Service delivery) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information system) การจัดการระบบเวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์

(Medicines, medical products, technology, intervention) การจัดการงบประมาณ (Financing) และผู้นำและการอภิบาลระบบ (Leadership and governance) มาประยุกต์ในการหาแนวทางในจัดระบบบริการใหม่ และวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของระบบที่ดำเนินการผ่านมา

1.2 แบบสอบถามในการออกแบบระบบและพัฒนารูปแบบบริการ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดตามกรอบ Flow of Elderly Seamless Care และ MOPH Seamless Aging Care ของกระทรวงสาธารณสุข[12]

1.3 แบบสอบถามในการปรับปรุงรูปแบบ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดตามรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น และผลการจัดเก็บตัวชี้วัด

1.4 แบบสอบถามในการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรค ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด

2. ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข[13] สำหรับรายงานดังต่อไปนี้
   - ข้อมูลรายงานการคัดกรองสุขภาพกลุ่มอายุ 45-59 ปี ค่าดัชนีมวลกาย และ BMI
   - ข้อมูลรายงานการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 10 ประเด็น
3. ฐานข้อมูล LTC (Long term care) กรมอนามัย[14]
   - ข้อมูลรายงานผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan
4. ฐานข้อมูล Bluebook application กรมอนามัย [15]
   - ข้อมูลรายงานพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย ตามกรอบแนวคิด (ภาพที่ 1) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ และปัญหาการดำเนินงานในปัจจุบัน โดยใช้การระดมสมองจากผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการช่วงเดือนตุลาคม 2563

ขั้นที่ 2 การดำเนินการตามกรอบ Deming Cycle[16] (PDCA) แบ่งเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ (Plan) เป็นการออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการนำแนวคิดเรื่อง Flow of elderly seamless care และ MOPH seamless aging care ของกระทรวงสาธารณสุข[12] มาปรับใช้ในการออกแบบรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านการประชุมระดมสมอง ดำเนินการช่วงเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงเดือนธันวาคม 2563

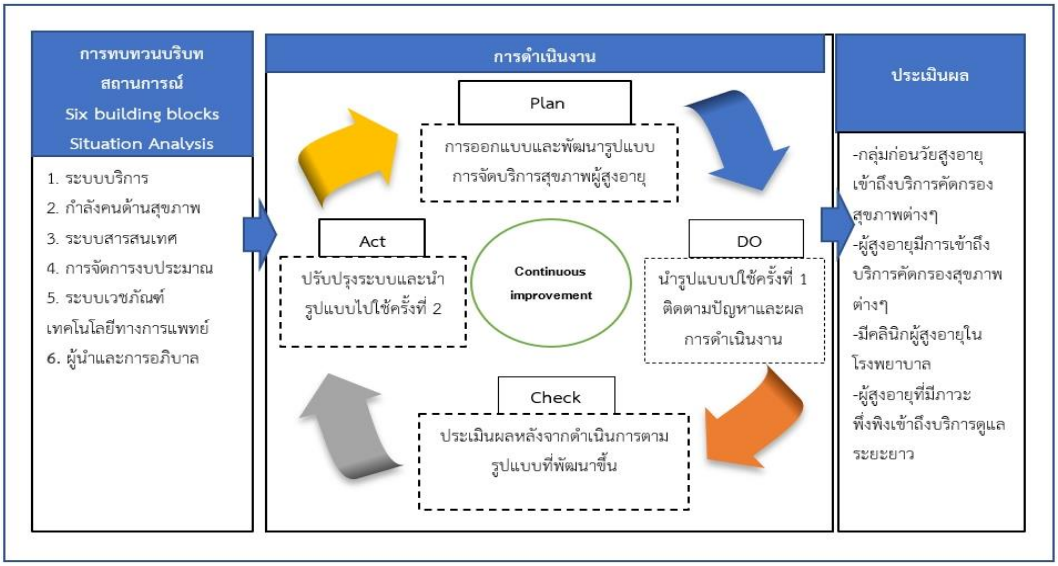
ระยะที่ 2 นำรูปแบบไปใช้ครั้งที่ 1 (Do) เริ่มดำเนินการตามรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น ใช้ระยะเวลา 4 เดือน ติดตามปัญหาและผลการดำเนินงาน ดำเนินการช่วงเดือนมกราคม 2564 ถึงเดือนเมษายน 2564

ระยะที่ 3 ประเมินผล (Check) ประเมินผลหลังจากดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยติดตามประเมินผลและปัญหาการดำเนินงาน ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม 2564

ระยะที่ 4 ปรับปรุงระบบ (Act) และนำรูปแบบไปใช้ครั้งที่ 2 หลังจากดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประเมินผลและนำข้อปัญหาที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้การสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 60 นาที ดำเนินการช่วงเดือนพฤษภาคม 2564 และนำรูปแบบไปใช้ครั้งที่ 2 เป็นระยะเวลาอีก 4 เดือน ดำเนินการช่วงเดือนมิถุนายน 2564-เดือนกันยายน 2564 แล้วจึงนำรูปแบบไปใช้จริง

ขั้นที่ 3 การประเมินผล หลังนำรูปแบบไปใช้จริง ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และ วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ใช้เวลาดำเนินการทั้งหมด 12 เดือน โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ หลังดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2565, 2) สรุปและวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรค หลังพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์ ในช่วงเดือนสิงหาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผลการศึกษา

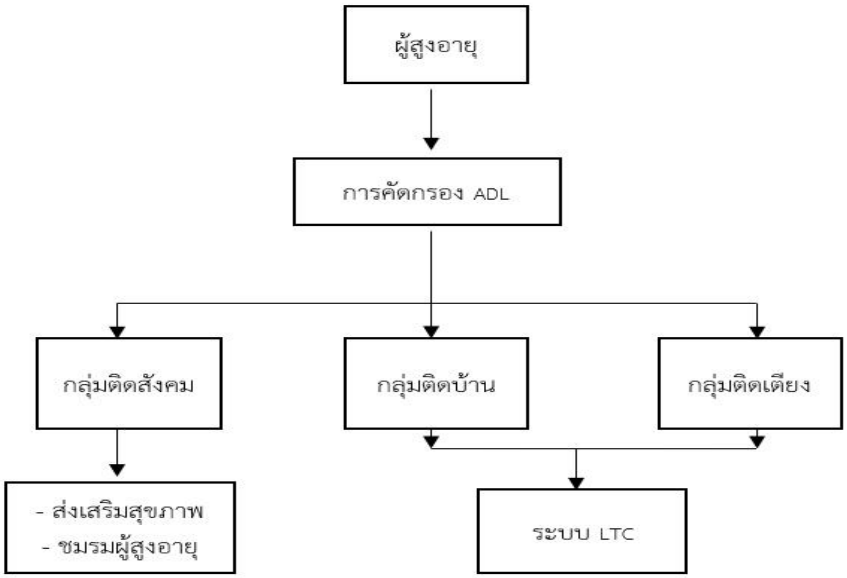
ผลการวิจัยในครั้งนี้ นำเสนอตามขั้นตอนการศึกษา 3 ขั้นตอน ดังนี้

ผลการศึกษาขั้นตอนที่ 1 จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงาน โดยใช้กรอบแนวคิด Six building blocks ขององค์การอนามัยโลก ผ่านการระดมสมองจากผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ทั้งสิ้น 46 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 89.13) อายุระหว่าง 30-39 ปี (ร้อยละ 50.00) สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดำเนินงานในปัจจุบัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตามกรอบแนวคิด Six building blocks ขององค์การอนามัยโลก [11]

Six building blocks	ผลการวิเคราะห์
1. ระบบบริการ (Service delivery)	- ไม่มีรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจน แต่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงชัดเจน (กลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง) - มีการคัดกรองสุขภาพในชุมชน จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามการประเมิน ADL เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม (ADL≥12 คะแนน) กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) - มีการส่งต่อโรงพยาบาลพบแพทย์ตามปัญหาที่เจอ - โรงพยาบาลใช้คลินิกตรวจโรคทั่วไป ไม่มีคลินิกผู้สูงอายุโดยเฉพาะ - มีระบบ 70 ปี ไม่มีคิว - ไม่มีคู่มือ/ Clinical practice guideline ในการส่งต่อ
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	- มีผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ - ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager: CM) ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ - ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) มีจำนวนไม่เพียงพอ - ไม่มีแพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ (Geriatrics medicine) - เจ้าหน้าที่ขาดความชำนาญและแม่นยำในการประเมินคัดกรองโรคสมองเสื่อม
3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information system)	- ระบบคัดกรองสุขภาพบันทึกในโปรแกรม Hos XP ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขในการเชื่อมโยงข้อมูล - ระบบ Long term care (LTC) ใช้ฐานข้อมูล กรมอนามัย และ สปสช. - สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (เล่มสีฟ้า)
4. การจัดการระบบเวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medicines, medical products, technology, intervention)	- รวมกับการให้บริการอื่นๆ ไม่มีแยกให้เฉพาะผู้สูงอายุ - มีการจัดหาเวชภัณฑ์ให้สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้งบประมาณ LTC
5. การจัดการงบประมาณ (Financing)	- ไม่มีงบประมาณบริการจัดการโดยเฉพาะในการรักษา - มีเฉพาะงบประมาณกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ ไม่มีงบประมาณเฉพาะ
6. ผู้นำและการอภิบาลระบบ (Leadership and governance)	- ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามนโยบายในขณะนั้น

จะเห็นได้ว่ารูปแบบเดิมในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเน้นการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุในการดูแลตามการประเมิน ADL (ภาพที่ 2) ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 ทำให้เมื่อคัดกรองสุขภาพผู้สุงอายุในประเด็นอื่นๆ เช่น การคัดกรองโรคสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น หากพบผลการคัดกรองที่ผิดปกติ จะเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพโดยทั่วไปตามลำดับ ไม่ได้รับบริการแยกเฉพาะเรื่องผู้สูงอายุ ซึ่งจากการวิเคราะห์ดังกล่าว นำไปสู่การวางแผน ออกแบบรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบใหม่ โดยการนำแนวคิดเรื่อง Flow of elderly seamless care และ MOPH seamless aging care ของกระทรวงสาธารณสุข มาปรับใช้เป็นต้นแบบในการออกแบบรูปแบบบริการ



ภาพที่ 2 รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ (เดิม)

ผลการศึกษาขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการตามกรอบ Deming Cycle (PDCA) ตั้งแต่การวางแผนและออกแบบรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ (Plan) นำรูปแบบไปใช้ (DO) ประเมินผลรูปแบบ (Check) และนำมาปรับปรุงรูปแบบ (Act) จนนำรูปแบบไปใช้จริง ผลการศึกษาพบ ดังนี้

รูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้น เรียกว่า “Buriram Elderly Seamless Care” ในผู้สูงอายุ 4 กลุ่ม (ภาพที่ 3) คือ

1. กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ เป็นการจัดบริการในกลุ่มอายุ 45-59 ปี ซึ่งในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย จะเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ สามารถเข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ตรวจคัดกรองสุขภาพตามมาตรฐาน เช่น การคัดกรองเบาหวาน

ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย และรอบเอว เป็นต้น เน้นการสร้างความรอบรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

2. กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี เป็นกลุ่มที่ต้องส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ เน้นการคัดกรองสุขภาพที่สำคัญ 10 เรื่อง ได้แก่ การคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคสมองเสื่อม พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อม ภาวะซึมเศร้า BMI สุขภาพช่องปาก และ ADL หากพบผลการคัดกรองผิดปกติสามารถส่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล หากผลปกติสามารถส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

3. กลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วย เป็นการดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยในระยะวิกฤติ หรือเฉียบพลัน เพิ่มการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) และโรงพยาบาลแม่ข่าย (ระดับ M2) โดยดำเนินการจัดตั้งตามมาตรฐานกรมการแพทย์ แบ่งเป็นคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ และระดับพื้นฐาน โดยในกลุ่มนี้ทำการเชื่อมโยงกับระบบฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

4. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเดิมมีระบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จังหวัดบุรีรัมย์ เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2558 มีพื้นที่ 2 ตำบลนำร่อง ต่อมาในปีงบประมาณ 2559 มีพื้นที่สมัครเข้าร่วมกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จำนวน 51 แห่ง[17] ในช่วงแรกของการดำเนินงานพบปัญหาและอุปสรรค เช่น ปัญหาเรื่องการขาดแคลน CM และ CG ผู้รับผิดชอบงานของ อปท. ไม่เข้าใจระบบ ขาดการประสานงานผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับการประเมิน ตกหล่นจากบัญชี ทำให้พื้นที่อื่นๆ เกิดความลังเล ไม่สนใจเข้าร่วมกองทุน LTC เป็นต้น จึงมีการปรับรูปแบบการดำเนินงานโดยใช้ 1) กลไกขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพิ่มความร่วมมือกับท้องถิ่นในการสนับสนุนจัดบริการดูแลระยะยาว 2) พัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง CM และ CG มีความมั่นใจในการดูแล 3) มีระบบพี่เลี้ยงในการปรึกษาในขั้นตอนการดำเนิน LTC และ4) การติดตามเยี่ยมพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือภาคีเครือข่าย มีบทบาทร่วมสนับสนุนการปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านและชุมชน สนับสนุนการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly city) รวมถึงการจ้างอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเข้ามาช่วยดูแลผู้สูงอายุ

หลังทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น พบปัญหา และดำเนินการปรับปรุงรูปแบบ ปัญหาที่พบคือ 1) กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ (45-59 ปี) ยังอยู่ในวัยทำงาน หรือยังไม่เกษียณจากการทำงาน บางส่วนเข้าไม่ถึงบริการการคัดกรอง หรือไม่อยู่บ้านในช่วงที่เจ้าหน้าที่ออกทำการคัดกรองสุขภาพ ทำให้ไม่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 60.58 ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 68.52 และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี ยังขาดรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน

การปรับปรุงรูปแบบ โดยทางทีมผู้สูงอายุได้นำเอาปัญหาต่างๆ ประชุมทีม/สนทนากลุ่มในการปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการ คือ 1) ในขณะนั้นจังหวัดบุรีรัมย์ ได้มีนโยบายในเรื่องของการตั้งสถานี

สุขภาพ (Health station) ในชุมชน เพื่อให้บริการประชาชน ตรวจเช็คสุขภาพได้ด้วยตนเอง หรือผ่านบริการจาก อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถเข้าถึงบริการได้ทุกเวลา ซึ่งที่ Health station นี้ จะมีบริการเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว และเครื่องวัดออกซิเจนแบบพกพา ดังนั้นทางทีมผู้สูงอายุจึงประชุมทีมได้วางแผนนำเอาเรื่อง Health station เข้ามาช่วยในการคัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน มี Health station สามารถตรวจคัดกรองสุขภาพตนเองเบื้องต้นในชุมชน ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างง่าย ทั้งในกลุ่มก่อนวัยสูงอายุและกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี 2) เพิ่มการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) ชะลอชรา ชีวายืนยาว ของกรมอนามัย เข้ามาช่วยส่งเสริมกิจกรรม และประเมินในกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี เน้นการจัดทำแผนและประเมินผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจประเมินคัดกรองภาวะเสี่ยงสม่ำเสมอ ร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง พัฒนาศักยภาพตนเอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีกิจกรรมจิตอาสา ช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกและสังคม เป็นการเสริมคุณค่าชีวิตและเสริมสร้างสุขภาวะ

หลังทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น และปรับปรุงระบบ พบผลการดำเนินงาน ดังนี้

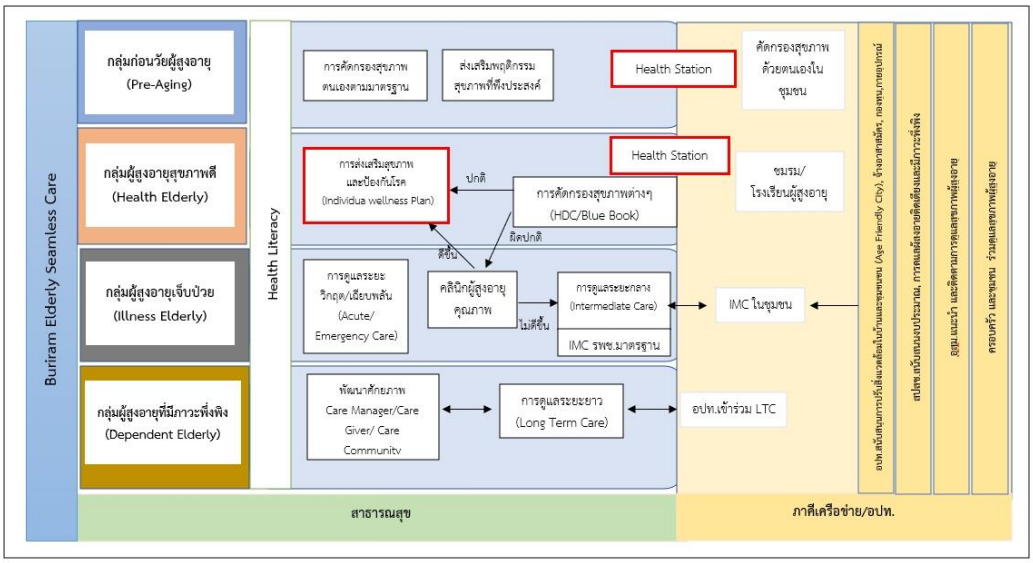
1. กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการคัดกรองสุขภาพต่างๆ ดังนี้ กลุ่มก่อนวัยสูงอายุได้รับการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 87.27 ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 87.25 ได้รับการคัดกรอง BMI ปกติ (Body mass index) ร้อยละ 56.26 และรอบเอวปกติ ร้อยละ 59.83 และการประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการบริโภค ควรรับประทานผัก วันละ 5 ทัพพีอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ 2) พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย ไม่น้อยกว่า 150 นาที/สัปดาห์ 3) นอนวันละ 7-9 ชั่วโมง ไม่น้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์ 4) แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน นานอย่างน้อย 2 นาที พบว่ากลุ่มก่อนวัยสูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ทั้ง 4 ด้าน ร้อยละ 41.16

2. กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี การเข้าถึงบริการคัดกรองสุขภาพต่างๆ ดังนี้ กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 10 ประเด็น โดยรวมร้อยละ 81.23 มีการประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในกลุ่มผู้สูงอายุ 8 ด้าน ได้แก่ 1) มีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 30 นาที หรือมีกิจกรรมทางกายสะสม 150 นาที/สัปดาห์ 2) รับประทานผัก ผลไม้สด เป็นประจำทุกวัน 3) ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4) ไม่สูบบุหรี่/ไม่สูบยาเส้น 5) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาดองเหล้า 6) ได้รับตรวจสุขภาพประจำปี 7) นอนหลับอย่างเพียงพอ และ 8) มีการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่ากลุ่มสูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ทั้ง 8 ด้าน ร้อยละ 15.42 (เป้าหมายร้อยละ 50)

3. กลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วย จังหวัดบุรีรัมย์ดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ตามาตรฐานกรมการแพทย์ ดังนี้

- โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) จำนวน 1 แห่ง ผ่านการประเมินคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ
- โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) จำนวน 1 แห่ง ผ่านการประเมินคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ
- โรงพยาบาลแม่ข่าย (Node M2) จำนวน 3 แห่ง ผ่านการประเมินคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน จำนวน 3 แห่ง

4. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จำนวน 5,210 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 98.00 (5,103/5,210 คน) มีตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์ 188 ตำบล จาก 189 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 99.47 บุคลากรสำหรับการดูแลระยะยาว จำนวน CM : CG=1 : 14.3 (มาตรฐาน 1 : 10) จำนวน CM : ผู้สูงอายุ=1 : 46.80 (มาตรฐาน 1 : 35-40) จำนวน CG : ผู้สูงอายุ=1 : 3.28 (มาตรฐาน 1 : 5)



ภาพที่ 3 Buriram Elderly Seamless Care นำไปใช้จริง ปรับมาจาก Flow of Elderly Seamless Care และ MOPH Seamless Aging Care ของกระทรวงสาธารณสุข [12]

ผลการศึกษาขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล ผลลัพธ์หลังนำรูปแบบไปใช้จริง (เพิ่มเติมในกรอบสีแดง ดังภาพที่ 3) ได้แก่ การเพิ่ม Health station คัดกรองสุขภาพในชุมชน สำหรับกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี และเพิ่มการดำเนินการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (WP) ดำเนินการทั้งหมด 12 เดือน ดังนี้ ผลการดำเนินงาน พบว่า

1. กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการคัดกรองสุขภาพต่างๆ ดังนี้ สำหรับผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ได้แก่ กลุ่มก่อนวัยสูงอายุได้รับการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 88.61 ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 89.15 และการประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 4 ด้าน ร้อยละ 41.16 มีจำนวน Health station ให้บริการในชุมชน เพิ่มจากเดิม 1,124 แห่ง เป็นจำนวน 2,572 แห่ง มีประชาชนกลุ่มวัยก่อนสูงอายุใช้บริการทั้งหมด 31,419 คน ในจำนวนนี้พบประชาชนมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ BMI เกิน

ร้อยละ 13.25, 5.74 และ 50.88 ตามลำดับ ส่วนผลการดำเนินงานที่ไม่แตกต่างจากเดิม ได้แก่ เรื่องกลุ่มก่อนวัยสูงอายุได้รับการคัดกรอง BMI ปกติ ร้อยละ 55.57 และรอบเอวปกติ ร้อยละ 59.82

2. กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี การเข้าถึงบริการคัดกรองสุขภาพต่างๆ ดังนี้ กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 10 ประเด็น โดยรวมร้อยละ 83.84 มีการประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในกลุ่มผู้สูงอายุ 8 ด้าน ร้อยละ 65.52 สำหรับการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ในชมรมผู้สูงอายุ ประเมินตามแบบประเมิน WP ทั้ง 6 องค์ประกอบ คัดเลือกผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาทักษะ กาย ใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพดี ทำการประเมินได้ 2,525 คน นอกจากนี้มีจำนวนผู้สูงอายุที่ใช้บริการ Health station 28,422 คน ในจำนวนนี้พบผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ BMI เกิน ร้อยละ 22.91 8.11 และ 39.43 ตามลำดับ

3. กลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วย พบว่า คลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) โรงพยาบาลแม่ข่าย (Node M2) รวมจำนวน 5แห่ง ผ่านการประเมินคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพทั้งหมด มีการจัดทำแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม พลัดตกหกล้ม และ สมองเสื่อม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เริ่มมีการส่งต่อผู้สูงอายุที่คัดกรองสมองเสื่อม และพลัดตกหกล้มผลผิดปกติ เข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษา 20 ราย ส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลรักษา 88 ราย การเชื่อมโยงกับ IMC มีการจัดตั้ง IMC Ward 4 แห่ง และ IMC Bed 17 แห่ง

4. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว เพิ่มขึ้นจากจำนวน 5,210 คน เป็น 6,019 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 96.36 (5,800/6,019 คน) บุคลากรสำหรับการดูแลระยะยาว จำนวน CM : CG = 1 : 8.62 (มาตรฐาน 1 : 10) จำนวน CM : ผู้สูงอายุ = 1 : 30.05 (มาตรฐาน 1 : 35-40) จำนวน CG : ผู้สูงอายุ = 1 : 3.48 (มาตรฐาน 1 : 5)

สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ 1) เครือข่ายท้องถิ่นที่เข้มแข็งให้การสนับสนุน การดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว มีอปท.เข้าร่วมกองทุน 207 แห่ง จาก 208 แห่ง การมีส่วนสนับสนุนให้เกิดจุดคัดกรองประชาชน Health station ในชุมชน 2) มีระบบกำกับติดตามเป็นระยะ

ส่วนปัจจัยอุปสรรค พบว่า 1) ขาดระบบการส่งต่อระหว่างคลินิกผู้สูงอายุ เนื่องจากยังขาดการเชื่อมโยงในโรงพยาบาลแต่ละระดับ 2) Care manager เปลี่ยนบ่อยทำให้การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุไม่ต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ทำให้เกิดรูปแบบการจัดบริการที่เรียกว่า “Buriram Elderly Seamless Care” ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีการจัดบริการสุขภาพในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ซึ่งในการที่จะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต ควรมีการเตรียมตัวก่อนตั้งแต่อยู่ในช่วงวัยทำงานตอนปลาย

(อายุ 45-59 ปี) เพื่อที่จะกลายไปเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ และสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ดลนภา ไชยสมบัติ และวชากร นพนรินทร์ [18,19] พบว่ากลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการเข้าสู่วัยสูงอายุ อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก แต่มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ อยู่ในระดับมาก และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ คือ อายุ ทัศนคติ และความรู้ นอกจากนี้ยังให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต และส่งเสริมการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุในด้านเศรษฐกิจ เพื่อการก้าวสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ส่วนการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ของเขตสุขภาพที่ 2 [20] พบว่า กลุ่มนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการจัดตั้ง Health station ในการตรวจเช็คสุขภาพได้ด้วยตนเองในชุมชน ให้ความสำคัญทั้งความครอบคลุมพื้นที่ในการจัดตั้ง และจำนวนประชาชนที่เข้าไปใช้บริการ โดยเฉพาะ กลุ่มวัยก่อนสูงอายุ และผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ โครงการพัฒนาระบบสถานีสุขภาพต้นแบบ ปีงบประมาณ 2564[21] เพื่อเตรียมรองรับประชากรไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยเขตสุขภาพที่ 9 เพื่อให้ประชากรในพื้นที่เข้าถึงระบบการคัดกรองได้เพิ่มขึ้น และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงวัยเพื่อให้ประชาชนรับรู้ความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ประชาชนมีสมุดสุขภาพประจำตัว (Personal health record) มีความพร้อมในการเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจ สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และก้าวเข้าสู่ผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ มีสุขภาวะที่ดี จะเห็นได้ว่าการได้รับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีการขยายเป็นสถานีสุขภาพดิจิทัลให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และประเมินความเสี่ยงของตนเอง ระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ที่ผ่านมา[22] ดังนั้นการจัดการสุขภาพจำเป็นต้องเกิดขึ้นตั้งแต่ระดับบุคคล และมีข้อมูลระดับชุมชนเพื่อการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรหรือกำหนดนโยบายที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี

ในกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี เพิ่มการส่งเสริมการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือกลุ่มติดสังคม เป็นเครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) แก่ผู้สูงอายุ[23] ซึ่งเชื่อว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ กลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจ เพื่อการนำข้อมูลไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร[24] ผ่านกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพโดยชมรมผู้สูงอายุ พบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ชมรมผู้สูงอายุจัดให้สมาชิก ทำกิจกรรมกับบุคคลอื่นเพื่อคงคุณค่า ทำให้สมาชิก รู้จักลองฝึกทำได้ต่อเนื่องจนดีต่อสุขภาพและบอกต่อสิ่งที่ทำได้ดี การศึกษาในจังหวัดลำพูน[25] เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล พบว่าผู้มีเครือข่ายทางสังคมในระดับสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีมากกว่าผู้มีเครือข่ายทางสังคมต่ำ (Adjusted OR 1.11, 95% CI=1.45-2.75) สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วย การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุตามแนวทางกรมการแพทย์ ปัญหาที่ยังคงต้องให้ความสำคัญคือ 1) บุคลากรประจำคลินิกทั้งแพทย์และพยาบาล ซึ่งกำหนดให้เป็นแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง เป็นแพทย์ Family medicine ผ่านการอบรมเหลักสูตร “Case Based Learning in Geriatric Ambulatory Care” ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง เป็นแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม 1 แห่ง 2) ความรู้ในการประเมิน Geriatric assessment ของผู้สูงอายุจากชุมชนของบุคลากร ยังไม่เป็นแนวทางหรือมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด 3) ขาดระบบการส่งต่อผู้สูงอายุจากคลินิกผู้สูงอายุระหว่างสถานพยาบาล

กลุ่มสุดท้ายเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีระบบการดูแลระยะยาว การประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดูแลผู้สูงที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว สอดคล้องกับหลายการศึกษา[5,7,26] ที่พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยมีอาสาสมัครเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผุ้สูงอายุ ระหว่างครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข ส่วนปัญหาในเรื่องการพัฒนาศักยภาพให้กับ CM, CG และ CC และมีจำนวนไม่เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความดูแล ยังมีข้อจำกัดและพบปัญหาในการเปลี่ยนงานของ CM หรือ การย้ายสถานที่ทำงานแล้วไม่ได้ปฏิบัติงาน CM ทำให้ต้องหา CM ใหม่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการพัฒนา ไปขยายการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ
2. การจัดตั้งจุดคัดกรองสุขภาพในชุมชน หรือ Health station สามารถปรับใช้กับส่วนราชการหรือภาคเอกชน ห้างร้านต่างๆ ในการตรวจเช็คสุขภาพเบื้องต้นให้กับประชาชนที่ไปใช้บริการได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ในการดูแล Geriatric syndrome
2. ควรมีการศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วันสูงอายุ และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ
3. ควรมีการศึกษาผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2563 [อินเตอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.ย. 19]. เข้าถึงได้จาก: https://thaitgri.org/?p=39387
2. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. แผนปฏิรูปสุขภาพใหม่. [อินเตอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.ย. 9]. เข้าถึงได้จาก: https://hrdo.org
3. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือ แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ [อินเตอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.ย. 9]. เข้าถึงได้จาก: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book_5.pdf

4. สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ. [อินเตอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.ย. 9]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2903/hs1670.pdf?sequence=3&isAllowed=y
5. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, พรทิพย์ มาลาธรรม, จิณณ์สิธา ณรงค์ศักดิ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. วารสารสภาการพยาบาล. 2557; 29(3):104-15.
6. ปะราลี โอภาสนันท์, วิยะดา รัตนสุวรรณ, สุนีย์ ปัญญาวงศ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560; 35 (2):177-87.
7. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, มาริสา สุวรรณราช และคณะ. การจัดระบบการดูแลผู้สุงอายุในชุมชน: บทบาทที่ท้าทายสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2563;14(3): 10-21.
8. วิชุดา ทัศแก้ว, ชนินทร์ เจริญกุล. การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ตามประกาศกระทรวงกลาโหม พ.ศ. 2554. วารสารราชพฤกษ์ 2560; 15(1):35-43.
9. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557.
10. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐานการคัดกรอง [อินเตอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.ย. 9]. เข้าถึงได้จาก: https://brm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6966%20b0664b89805%20a484d7ac96c6edc48
11. World Health Organization. Everybody's business -- strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. World Health Organization. (Online). 2007 [cited 2020 Oct 30]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918
12. สกานต์ บุนนาค. รูปแบบการจัดการดูแลระยะยาวทางสุขภาพในบริบทปัจจุบันและอนาคต. [อินเตอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 2564 มี.ค. 19]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4979/UHC-Sakarn.pdf?sequence=1
13. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐานงานโภชาการ [อินเตอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 2564 มี.ค. 19]. เข้าถึงได้จาก: https://brm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93cps://brm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6966%20b0664b89805a484d7ac96c6edc48
14. กรมอนามัย. โปรแกรม LTC [อินเตอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 2564 มี.ค. 19]. เข้าถึงได้จาก: http://202.139.202.209/repzone_hosp
15. กรมอนามัย. Blue book Application [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.พ. 19]. เข้าถึงได้จาก: https://bluebook.anamai.moph.go.th/login

16. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. PDCA หัวใจสำคัญของการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง. [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.พ. 19]. เข้าถึงได้จาก:https://www.ftpi.or.th/2015/2125
17. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. เอกสารประกอบการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2559. (เอกสารอัดสำเนา)
18. ดลนภา ไชยสมบัติ, บัวบาน ยะนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2562; 29(3):131-43.
19. วชากร นพนรินทร์.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
20. ศุภพิชญ์ ญาณโสภณ. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ของเขตสุขภาพที่ 2. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2564; 17(3):56-68.
21. กรมอนามัย.โครงการพัฒนาระบบสถานีสุขภาพต้นแบบ ปีงบประมาณ 2564 เพื่อเตรียมรองรับประชากรไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยเขตสุขภาพที่ 9 [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.พ. 19. เข้าถึงได้จาก: http://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=str-project/view&id=4910.
22. กรมควบคุมโรค. แนวทางการจัดบริการสถานีสุขภาพดิจิทัล ในชุมชน. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.
23. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว (Individual Wellness Plan). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2564.
24. กานดาวสี มาลีวงษ์, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, และคนอื่นๆ. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผ่านกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพโดยชมรมผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข 2563; 34(2):94-101.
25. วาสนา สิทธิกัน.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ่ง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2560.
26. ทิพยาภา ดาหาร, เจทสริยา ดาวราช. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตาบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2561; 2 (3): 42-54.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

อรุณโรจน์ รุ่งเรือง[*], พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์[a]**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสูงเนิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่เทศบาลตำบลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 211 คน เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์–เดือนสิงหาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม แบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการประเมินภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติค

ผลการวิจัยพบความชุกของภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ร้อยละ 9.0 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) คือปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการมองเห็น ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการตรวจสุขภาพ จากผลการศึกษา บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งการคัดกรอง การวางแผนกิจกรรมหรือจัดทำโครงการ เพื่อส่งเสริมด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเบื้องต้นเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ภาวะสมองเสื่อม; ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม; ผู้สูงอายุ

[*] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, สำนักงานเทศบาลตำบลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

[**] รองศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

[a] Corresponding author : พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ Email : bhuddhipong.s@nrru.ac.th

รับบทความ: 25 ธ.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 22 ม.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 22 ม.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์ 7 ก.พ. 66

Prevalence and Factors Associated with Risks for Dementia among Elderly in Sungnoen Subdistruct Municipality, Nakhon Ratchasima Province

Aroonrote Roongruang[*], Bhuddhipong Satayavongthip[a]**

Abstract

The purposes of this research were to examine prevalence and factors associated with risks for dementia in elderly, Sungnoen subdistrict municipality, Nakhon Ratchasima province. Sample were 211 elderly persons aged 60 years and over who lived in Sungnoen subdistrict municipality, Nakhon Ratchasima province. Data were collected between February and August of 2021. Research instrument was a questionnaire which was consisted of 6 parts including personal information, family relationships, participations in social activities, health status, health behaviors and the Mini-mental state examination: Thai version 2022. The data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis.

The results showed that prevalence of dementia among this group was 9.0 percent. Factors significantly associated with dementia (at $p<0.05$) were gender, age, education, occupation, finance, social activities, BMI, hearing impairment, visual problem, history of head injury, consuming of five food groups a day, exercise, stress management, smoking, drinking, and medical checkup. According to the results, health care personnel can apply in community for screenings, planning to promote the self-care of the elderly, health promotion and primary prevention to reduce the incidence of dementia among the elderly.

Keywords : Dementia; Risks to dementia; Elderly

[*] Registered Nurse, Professional Level, Sungnoen Subdistrict Municipality, Nakhon Ratchasima Province

[**] Associate Professor, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

[a] Corresponding author : Bhuddhipong Satayavongthip Email : bhuddhipong.s@nrru.ac.th

Received: Dec. 5, 22; Revised: Jan. 22, 23; Accepted: Jan. 22, 23; Published Online: Feb. 7, 23

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2016 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกจำนวน 47.5 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 7.7 ล้านคน โดยร้อยละ 60-70 เป็นภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ ภาวะสมองเสื่อมจะพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบ่งตามช่วงอายุได้ดังนี้ อายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 1.6-2.6 อายุ 70-79 ปี พบร้อยละ 4.2-6.9 อายุ 80-89 ปี พบร้อยละ 11.6-18.7 และในผู้ที่อายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไป พบได้ร้อยละ 35.4 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นสัดส่วน 2 ต่อ 1[1]

ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย ณ ปี พ.ศ.2563 พบมีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด คาดว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยอาจมีถึงกว่าล้านคน โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามลำดับ ร้อยละ 7.10 ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 14.70 ในช่วงอายุ 70-79 ปี และร้อยละ 32.50 เมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป[2]

ปัจจุบันการวินิจฉัยและรักษาภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้อง ยังเป็นปัญหาของการสาธารณสุขไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษา แพทย์ทั่วไปยังไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคหรือสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นซึ่งส่งผลกระทบอย่างมาก ทั้งทางกาย ทางจิตใจ และชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย รวมทั้งภาระในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว ความรู้ความเข้าใจในการวินิจฉัยและการดูแลรักษา จะมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สถานการณ์ผู้สูงอายุ ในเทศบาลตำบลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุ 1,693 คน คิดเป็นร้อยละ 16.98 ของประชากรทั้งหมดซึ่งเป็นการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยในพื้นที่เทศบาลตำบลสูงเนิน ยังไม่มีการตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมองด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่จัดทำขึ้นโดยแปลจากต้นฉบับเป็นที่รู้จักแพร่หลายทั่วโลก สามารถที่จะใช้คัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.2 เห็นว่ามีความละเอียดของเครื่องมือดีมากที่สุด[3]

ดังนั้น จากข้อมูลและสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยผลการศึกษาจะนำมาเป็นข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม, นำมาวางแผนดูแลและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, การจัดกิจกรรมชะลอภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุต่อไป

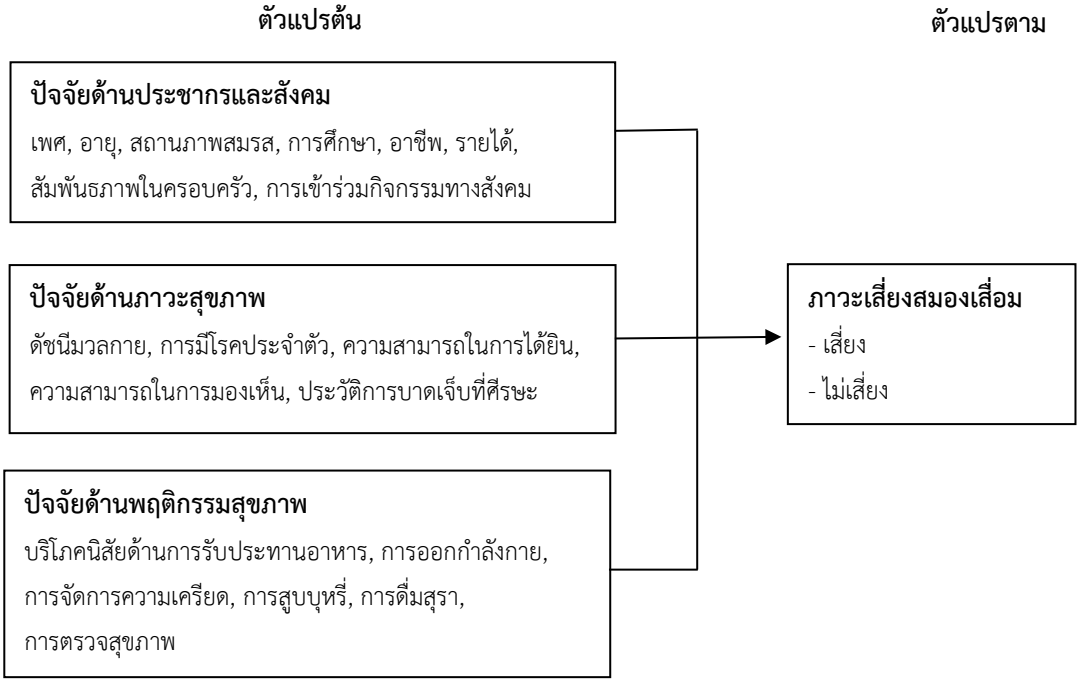
วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสูงเนินจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม
2. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัว ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการมองเห็น ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม
3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ บริโภคนิสัยด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์–สิงหาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เทศบาลตำบลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Logistic regression จึงใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ ของ Long[4] คือ N=10p โดย p คือจำนวนตัวแปรต้น ในการศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรต้น จำนวน 19 ตัว จึงต้องกำหนดขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 190 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจากการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 โดยใช้สูตรปรับขนาดตัวอย่างของ อรุณ จิรวัฒน์กุล[5]

$$n = \frac{n}{(1-R)} = \frac{190}{1-0.1} = 211.11$$

คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 211 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์อายุ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างของผู้สูงอายุตามสัดส่วนเกณฑ์อายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 อายุ 60–69 ปี กลุ่มที่ 2 อายุ 70–79 ปี กลุ่มที่ 3 อายุ 80 ปีขึ้นไป โดยจัดสรรตามสัดส่วนของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มอายุ การสุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุตามจำนวนที่คำนวณได้ของแต่ละชุมชน มีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) มีผู้ดูแลใกล้ชิดที่อยู่อาศัยร่วมกันไม่น้อยกว่า 5 ปี ที่สามารถให้ข้อมูลได้ 2) ไม่ใช้ยาที่มีผลต่อจิตประสาทอย่างน้อย 1 สัปดาห์ก่อนทำการศึกษาหรือระหว่างทำการศึกษา และ 3) สามารถตอบแบบสัมภาษณ์และทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบโดยสอบถามจากผู้สูงอายุ และผู้ดูแลใกล้ชิด ประกอบด้วยเนื้อหา 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากรและสังคม เป็น ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อวัดความสัมพันธภาพภายในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย โดยสอบถามน้ำหนักและส่วนสูงของผู้สูงอายุ การมีโรคประจำตัว จำนวน 1 ข้อ ความสามารถในการได้ยิน จำนวน 1 ข้อ ความสามารถในการมองเห็น จำนวน 1 ข้อ ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย บริโภคนิสัยในการรับประทานอาหาร จำนวน 1 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 1 ข้อ การจัดการความเครียด จำนวน 1 ข้อ การสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ การดื่มสุรา จำนวน 1 ข้อ การตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มีเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ดังนี้

6.1 กลุ่มผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนน ≤14 จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน

6.2 กลุ่มผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษา คะแนน ≤17 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

6.3 กลุ่มผู้สูงอายุปกติที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนน ≤22 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การตรวจสอบความถูกต้องตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ประสาทวิทยา และจิตเวชศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.98
2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่ไม่ใช่พื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน โดยแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวและแบบสัมภาษณ์การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.71 และ 0.74 ตามลำดับ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 92.0 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 92.6 และ Efficiency ร้อยละ 92.4 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ[3]

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ด้วยวิธี Bivariate analysis และ Multivariable analysis นำเสนอค่าสถิติ p-value, Crude OR, Adjusted OR และ 95%CI และการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson correlation), ค่า VIF และค่า Tolerance เพื่อทดสอบ Multicollinearity ในการศึกษานี้ ไม่พบปัญหา Multicollinearity ระหว่างตัวแปรต้น โดยพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันอยู่ระหว่าง 0.136-0.571 ค่า VIF (Variance inflation factor) อยู่ระหว่าง 1.082-1.820 และค่า Tolerance มีค่าอยู่ระหว่าง 0.549-0.839

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา รับรองเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2563 เลขที่รับรอง HE-168-2563 เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลและการเคารพในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถบอกเลิกจากการวิจัยได้ การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลจะถูกเก็บโดยผู้วิจัยและทำลายทิ้งหลังเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.3 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 44.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52.1 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ร้อยละ 54.5 มีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.6 มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.5 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 43.2 ค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ของประชากรเอเชียตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ≥23 กก./ม^2 ร้อยละ 55 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.7 มีความสามารถในการได้ยินชัดเจน ร้อยละ 68.2 มีความสามารถในการมองเห็นไม่ชัดเจนหรือพร่ามัว ร้อยละ 53.6 และไม่เคยได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ร้อยละ 73 รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เป็นบางวัน ร้อยละ 61.6 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 38.9 มีการจัดการความเครียด ร้อยละ 84.8 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 74.9 ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 56.5 และมีการตรวจสุขภาพ เป็นประจำทุกปี ร้อยละ 51.2

ความชุก

ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ร้อยละ 9.0 โดยคัดกรองภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จำนวน 211 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างกรณีไม่ได้เรียนหนังสือ มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 กรณีอ่านออกเขียนได้ระดับประถมศึกษา มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 และกรณีอ่านออกเขียนได้สูงกว่าระดับประถมศึกษา มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.3 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม จำแนกตามระดับการศึกษา

ผลการประเมินภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กรณีไม่ได้เรียนหนังสือ (n=15)		
ไม่เสี่ยง (15-21 คะแนน)	8	53.3
เสี่ยง (0-14 คะแนน)	7	46.7
กรณีอ่านออกเขียนได้ระดับประถมศึกษา (n=150)		
ไม่เสี่ยง (18-30 คะแนน)	140	93.3
เสี่ยง (3-17 คะแนน)	10	6.7
กรณีอ่านออกเขียนได้สูงกว่าระดับประถมศึกษา (n=46)		
ไม่เสี่ยง (23-29 คะแนน)	44	95.7
เสี่ยง (14-21 คะแนน)	2	4.3
รวมทั้ง 3 กรณี (n=211)		
ไม่เสี่ยง	192	91.0
เสี่ยง	19	9.0

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ ระหว่างตัวแปรปัจจัยทีละตัวกับการมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Crude analysis) โดยไม่คำนึงถึงตัวแปรต้นอื่นๆ (bivariate analysis) พบว่าปัจจัยที่ความสัมพันธ์

กับการมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) มีทั้งหมด 18 ตัวแปร รายละเอียดตามตารางที่ 2 จึงนำตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม จำนวน 18 ตัวแปร ทำการวิเคราะห์ Logistic regression ด้วยวิธี Enter ต่อไป

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ ระหว่างตัวแปรปัจจัยทีละตัวกับตัวแปรตาม (Crude analysis) (n=211)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	การมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม (%)	OR	95%CI	p-value
เพศ					
ชาย	90	3.33	1		
หญิง	121	13.22	4.21	2.58-16.99	0.023*
อายุ					
60-69 ปี	94	2.13	1		
70 ปีขึ้นไป	117	14.53	6.96	3.04-36.32	0.015*
สถานภาพสมรส					
การมีคู่	110	6.36	1		
การไม่มีคู่	101	11.88	1.88	0.20-18.39	0.207
การศึกษา					
เรียนหนังสือ	196	6.12	1		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	15	46.67	7.76	5.02-44.39	0.003*
การประกอบอาชีพ					
ยังประกอบอาชีพ	96	2.08	1		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	115	14.78	7.25	2.98-37.01	0.012*
รายได้					
รายได้ 1,001 บาทขึ้นไป	100	2	1		
รายได้ไม่เกิน 1,000 บาท	111	15.32	7.79	2.33-40.04	0.010*
สัมพันธภาพในครอบครัว					
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับมาก	172	7.56	1		
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับน้อยถึงปานกลาง	39	15.38	2.03	3.39-39.51	0.048*

ตารางที่ 2 (ต่อ) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ ระหว่างตัวแปรปัจจัยทีละตัวกับตัวแปรตาม (Crude analysis) (n=211)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	การมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม (%)	OR	95%CI	p-value
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม					
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับมาก	60	1.67	1		
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับน้อยถึงปานกลาง	151	11.92	7.28	2.21-26.12	0.042*
ดัชนีมวลกาย					
ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ	66	1.52	1		
ดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ	145	12.41	8.28	1.74-69.81	0.020*
การมีโรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	66	3.03	1		
มีโรคประจำตัว	145	11.72	4.12	2.54-38.95	0.038*
ความสามารถในการได้ยิน					
การได้ยินปกติ	144	3.47	1		
การได้ยินไม่ปกติ	67	20.90	6.18	3.16-22.70	0.014*
ความสามารถในการมองเห็น					
การมองเห็นปกติ	92	4.35	1		
การมองเห็นไม่ปกติ	119	12.61	2.9	2.30-14.53	0.023*
ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ					
ไม่เคยบาดเจ็บที่ศีรษะ	154	5.19	1		
เคยบาดเจ็บที่ศีรษะ	57	19.30	3.98	2.24-12.14	0.011*
การรับประทานอาหาร					
รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	153	3.27	1		
รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่	58	24.14	7.51	3.99-28.71	<0.001*
การออกกำลังกาย					
ออกกำลังกาย	129	3.10	1		
ไม่ออกกำลังกาย	82	18.29	6.06	3.12-23.23	<0.001*
การจัดการความเครียด					
มีการจัดการความเครียด	179	5.03	1		
ไม่มีการจัดการความเครียด	32	31.25	6.37	3.64-26.87	<0.001*

ตารางที่ 2 (ต่อ) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ ระหว่างตัวแปรปัจจัยทีละตัวกับตัวแปรตาม (Crude analysis) (n=211)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	การมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม (%)	OR	95%CI	p-value
การสูบบุหรี่					
สูบบุหรี่	158	3.16	1		
ไม่เคยสูบบุหรี่	53	26.42	8.47	4.32-33.60	<0.001*
การดื่มสุรา					
ดื่มสุรา	119	5.04	1		
ไม่เคยดื่มสุรา	92	14.13	2.80	3.53-10.50	0.031*
การตรวจสุขภาพประจำปี					
มีการตรวจสุขภาพประจำปี	145	6.21	1		
ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี	66	15.15	2.70	1.58-10.22	0.043*

*p<0.05

ผลการวิเคราะห์ Logistic regression ด้วยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate) ด้วยวิธี Enter พบว่า สมการสามารถอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 76.7 และมีร้อยละของการทำนายค่าถูกต้องเท่ากับร้อยละ 97.2 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีดังนี้ 1) เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 3.75 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย 2) อายุ 70 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 5.96 เท่าเมื่อเทียบกับอายุ 60-69 ปี 3) การไม่ได้เรียนหนังสือมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 5.79 เท่าเมื่อเทียบกับการได้เรียนหนังสือ 4) การไม่ได้ประกอบอาชีพมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 6.21 เท่าเมื่อเทียบกับการที่ยังประกอบอาชีพ 5) การมีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาทมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 6.59 เท่า เมื่อเทียบกับการมีรายได้ 1,001 บาทขึ้นไป 6) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมระดับน้อยถึงปานกลางมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 6.43 เท่าเมื่อเทียบกับการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมระดับมาก 7) การมีดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 7.23 เท่าเมื่อเทียบกับการมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 8) การได้ยินไม่ปกติมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 4.86 เท่าเมื่อเทียบกับการได้ยินปกติ 9) การมองเห็นไม่ปกติมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 2.63 เท่าเมื่อเทียบกับการมองเห็นปกติ 10) การบาดเจ็บที่ศีรษะมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 3.34 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่เคยบาดเจ็บที่ศีรษะ 11) การรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 5.47 เท่าเมื่อเทียบกับการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ 12) การไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 4.96 เท่าเมื่อเทียบกับการออกกำลังกาย 13) การไม่จัดการความเครียดมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 3.99 เท่าของมีการจัดการความเครียด 14) การสูบบุหรี่มีโอกาส

เกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 5.84 เท่าเมื่อเทียบกับไม่เคยสูบบุหรี่ 15) การดื่มสุรามีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 2.50 เท่าเมื่อเทียบกับไม่เคยดื่มสุรา และ16) การไม่ตรวจสุขภาพประจำปีมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 2.44 เท่าเมื่อเทียบกับการตรวจสุขภาพประจำปี รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ Logistic regression ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (n=211)

ปัจจัย	AOR	95%CI	p-value
เพศ			
ชาย	1		
หญิง	3.75	1.93-15.39	0.019*
อายุ			
60-69 ปี	1		
70 ปีขึ้นไป	5.96	2.48-35.28	0.004*
การศึกษา			
เรียนหนังสือ	1		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5.79	4.23-43.37	0.007*
การประกอบอาชีพ			
ยังประกอบอาชีพ	1		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6.21	2.44-35.01	0.042*
รายได้			
รายได้ 1,001 บาทขึ้นไป	1		
รายได้ไม่เกิน 1,000 บาท	6.59	1.69-38.12	0.013*
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม			
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับมาก	1		
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับน้อยถึงปานกลาง	6.43	1.88-25.18	0.032*
ดัชนีมวลกาย			
ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ	1		
ดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ	7.23	1.18-67.81	0.031*
ความสามารถในการได้ยิน			
การได้ยินปกติ	1		
การได้ยินไม่ปกติ	4.86	2.24-21.70	0.021*

ตารางที่ 3 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ Logistic regression ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (n=211)

ปัจจัย	AOR	95%CI	p-value
ความสามารถในการมองเห็น			
การมองเห็นปกติ	1		
การมองเห็นไม่ปกติ	2.63	1.42-10.53	0.043*
ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ			
ไม่เคยบาดเจ็บที่ศีรษะ	1		
เคยบาดเจ็บที่ศีรษะ	3.34	1.65-10.24	0.048*
การรับประทานอาหาร			
รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	1		
รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่	5.47	3.25-27.70	0.029*
การออกกำลังกาย			
ออกกำลังกาย	1		
ไม่ออกกำลังกาย	4.96	2.32-21.79	0.003*
การจัดการความเครียด			
มีการจัดการความเครียด	1		
ไม่มีการจัดการความเครียด	3.99	2.92-24.83	<0.001*
การสูบบุหรี่			
สูบบุหรี่	1		
ไม่เคยสูบบุหรี่	5.84	3.76-31.05	<0.001*
การดื่มสุรา			
ดื่มสุรา	1		
ไม่เคยดื่มสุรา	2.50	2.53-9.50	0.030*
การตรวจสุขภาพประจำปี			
มีการตรวจสุขภาพประจำปี	1		
ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี	2.44	1.06-9.82	0.032*

*p < 0.05, Chi-square=90.693, df=18, Sig.=0.00, Nagelkerke R^2=0.767, Overall percentage=97.2

การอภิปรายผล

ความชุกของภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม

ผลการศึกษาพบความชุกร้อยละ 9.0 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 (Mini-mental state examination-Thai version 2002) ในประเทศไทย พบว่าใกล้เคียงกับข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบความชุก ร้อยละ 8.1[6] และจากการคัดกรองการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เขตอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 7.14[7]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านประชากรและสังคม

เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 3.75 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าเพศหญิงมีสัดส่วนที่เกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 9.2 ในขณะที่เพศชายมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 6.8[6] และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุไรรัตน์ ดวงจันทร์[8] อายุ 70 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 5.96 เท่าเมื่อเทียบกับอายุ 60-69 ปี ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาที่ผ่านมา[8,9] ยืนยันว่าการเพิ่มขึ้นของอายุส่งผลให้มีโอกาสในการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น การไม่มีคู่ไม่มีผลต่อภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชุติมา ทองวชิระ และคณะ[10] และสายสุนีย์ เลิศกระโทก และคณะ[11] การไม่ได้เรียนหนังสือมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 5.79 เท่า เมื่อเทียบกับการได้เรียนหนังสือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ[12] พบว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีระดับการศึกษาต่ำมีแนวโน้มจะเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า การไม่ได้ประกอบอาชีพมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 6.21 เท่าเมื่อเทียบกับการที่ยังประกอบอาชีพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชุติมา ทองวชิระ และคณะ[10] พบว่าอาชีพหลังเกษียณอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อม ($p<0.01$) การมีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาท มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 6.59 เท่า เมื่อเทียบกับการมีรายได้ 1,001 บาทขึ้นไป สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชุติมา ทองวชิระ และคณะ[10] พบว่ารายได้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อาทิตยา สุวรรณ์ และคณะ[13] พบว่าการอาศัยอยู่กับคนในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมระดับน้อยถึงปานกลางมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 6.43 เท่า เมื่อเทียบกับการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทำให้ได้มีการเคลื่อนไหวทางร่างกาย และได้ทำกิจกรรม จะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมอง สามารถป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้[11]

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

การมีดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 7.23 เท่า เมื่อเทียบกับการมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อาทิตยา สุวรรณ์ และคณะ[13] การมีโรคประจำตัวไม่มีผลต่อภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชุติมา ทองวชิระ

และคณะ[10] และ รัตติยา ฤทธิช่วย และคณะ[14] พบว่าการเจ็บป่วยและโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การได้ยินไม่ปกติมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 4.86 เท่าเมื่อเทียบกับการได้ยินปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าผู้ที่ได้ยินไม่ชัดเจน มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (p-value=0.003) จากรายงานในที่ประชุมโรคอัลไซเมอร์นานาชาติ(Alzheimer's Association International Conference) ในกรุงลอนดอน ระบุว่าการสูญเสียการได้ยิน เป็น 1 ในปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความจำเสื่อม โดยมีผลต่อความเสี่ยงโรคสมองเสื่อมร้อยละ 9 ซึ่งการสูญเสียการได้ยินจะมีผลทำให้การรับรู้ลดลง และนำไปสู่การถูกโดดเดี่ยวจากสังคม รวมถึงภาวะซึมเศร้าได้[14] การมองเห็นไม่ปกติมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 2.63 เท่าเมื่อเทียบกับการมองเห็นปกติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัตติยา ฤทธิช่วย และคณะ[14] พบว่าผู้ที่มองไม่เห็น มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (p-value=0.022) การบาดเจ็บที่ศีรษะมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 3.34 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่เคยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Plassman[15] ศึกษาในทหารผ่านศึกชายจำนวน 1,776 คน (World War II Navy and Marine veterans) ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา ติดตาม 52 ปี พบว่ากลุ่มที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลางและรุนแรงจะมีความเสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์ 2.32 และ 4.51 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะตามลำดับ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

การรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 5.47 เท่าเมื่อเทียบกับการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิลาสินี สุราวรรณ์[16]พบว่าผู้สูงอายุที่รับประทานอาหาร 5 หมู่ไม่ครบใน 1 วัน มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงเป็น 14.89 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่รับประทานอาหาร 5 หมู่ ครบใน 1 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.002) การไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 4.96 เท่าเมื่อเทียบกับการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ อาทิตยา สุวรรณ์ และคณะ[13] และ วิลาสินี สุราวรรณ์[16] พบว่าการไม่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การไม่จัดการความเครียดมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 3.99 เท่าของมีการจัดการความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ[12] และการศึกษาของ อาทิตยา สุวรรณ์ และคณะ[13] พบว่าความเครียดส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุสามารถทำนายได้ร้อยละ 8.40 การสูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 5.84 เท่าเมื่อเทียบกับไม่เคยสูบบุหรี่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลลิดา พนาคร และคณะ[17] พบว่าผู้สูงอายุหญิงที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อม 7.63 เท่าของผู้สูงอายุหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ การดื่มสุรามีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 2.50 เท่าเมื่อเทียบกับไม่เคยดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนรากร สารีแหล้ และคณะ[18] พบว่าผู้ติดสุรามีขนาดของสมองส่วนฮิปโปแคมปัสเล็กลง ทำให้สูญเสียการสื่อสารด้วยวาจาและความจำ จนก่อให้เกิดกลุ่มอาการทางสมองที่ทำให้สมองมีการสูญเสียความทรงจำที่เรียกว่า Wernicke-Korsakoff Syndrome หากยังคงดื่มสุราต่อไปก็อาจเกิดโรคสมองเสื่อมจากสุราได้ การไม่ตรวจสุขภาพประจำปีมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 2.44 เท่าเมื่อเทียบกับการตรวจสุขภาพประจำปี เนื่องจากการตรวจนับเม็ดเลือด, อิเลคโตรลัยต์, น้ำตาลในเลือด, ครีเอตินิน, ยูเรีย, บิลิรูบิน, ซิฟิลิส, การทำ

หน้าที่ของต่อมไทรอยด์, วิตามินบี 12 และโฟเลทจะทำให้ทราบสาเหตุของการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม [19]

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมมาก เป็นการเข้าร่วมงานทางสังคมของคนในชุมชนและทางศาสนา ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมที่เน้นไปในการทำบุญร่วมกัน โดยจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมาร่วมทำกิจกรรมภายหลังการทำบุญตักบาตรและใช้สถานที่ของวัดเป็นที่จัดกิจกรรม

2. จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและไม่ได้ตรวจสุขภาพเป็นประจำ มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ดังนั้นจึงควรจัดบริการดูแลสุขภาพของบุคคลกลุ่มนี้เชิงรุก โดยจัดกิจกรรมทางสังคมที่อยู่ใกล้บ้านผู้สูงอายุ หรือจัดรถรับส่ง รวมทั้งส่งเสริมให้คนในครอบครัวของผู้สูงอายุพาผู้สูงอายุไปร่วมงานหรือกิจกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนให้มากขึ้น รวมถึงการพาไปตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านความสามารถในเชิงปฏิบัติเช่น ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และการคัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วมกับแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเพื่อให้การประเมินภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมมีความครอบคลุมในทุกมิติ

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรการใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยีการสื่อสาร เช่น การใช้ Smart phone การใช้แอพพลิเคชั่น Line ในผู้สูงอายุเพื่อศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมหรือไม่อย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1. ชัชวาล วงค์สารี, ศุภลักษณ์ พื้นทอง. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ:การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. วารสาร มฉก. วิชาการ. 2561; 22(3):166-79.
2. ชลิต เชาว์วิไลย, วินัย พูลศรี, ธีรนันท์ ตันพาณิชย์. แนวทางการป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะสมองเสื่อม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565; 8(3):8-15.
3. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. โครงการการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE–Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย. (Thai Mini – Mental State Examination;TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีจีทูล จำกัด; 2551.
4. Long JS. Regression Models for categorical and limited dependent variables. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.
5. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2558.
6. วิชัย เอกพลากร. บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.

7. ศิรินทิพย์ คำฟูม, กฤษณพนธ์ ชัยมงคล, ชันลิตา ไชยชมพู, เพ็ญพิชชา แก้วมณีวงศ์. การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและภาระในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ อ.แม่จัน จ.เชียงราย. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2557; 29(4):389-93.
8. จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, ดวงหทัย ยอดทอง, พิศสมร เดชดวง. ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า. 2563; 3(2):133-48.
9. ชวนนท์ อิ่มอาบ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางปัญญาในผู้สูงอายุ อำเภอวัดพลวง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 28(5):782-91.
10. ชุติมา ทองวชิระ, สุชาดา โทผล, เรณู ขวัญยืน, สมจิต นิปัทธหัตถพงศ์. ความชุกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ และการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้ กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต; 2559.
11. สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย, และศุภชัย ปิติกุลตัง. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลอรพิมพ์ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2556; 43(1):42-54.
12. อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในตำบลบางหญ้าแพรก อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2562; 8(2):59-74.
13. อาทิตยา สุวรรณ์, สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2559; 5(2):21-32.
14. รัตติยา ฤทธิช่วย, อนุสรณ์ จิตมนัส, หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์, อรอุมา รักษาชล, วลิษา อินทรภักดิ์, ณัฏฐิณีย์ คงนวล. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 2563; 13(1):56-64.
15. Plassman BL, Havlik RJ, Steffens DC, et al. Documented head injury in early adulthood and risk of Alzheimer's disease and other dementias. Neurology. 2000; 55:1158-66.
16. วิลาสินี สุราวรรณ์. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560; 10(2):58-69.
17. ลลิดา พนาคร, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตัง, โชคชัย หมื่นแสวงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมทรัพย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิง จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2558; 45(2):197-209.
18. นรากร สารีแหล้, เสรี ชัดแช้ม. ความจำในผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(2):15-21.
19. Molony SL, Waszynski CM, Lyder CH. (Eds.). Gerontological nursing : an advanced practice approach. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange; 1999.

ประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่บ้าน ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ผ่านระบบออนไลน์ เขตนครชัยบุรินทร์

นาตยานี เชียงหนู[*a], นันทิชา แปะกระโทก[*], สันธนี ชโลปถัมภ์[*], ปิยมาภรณ์ โล่ห์ทวีมงคล[**]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพบุคคลของกลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี) ระหว่างผู้ที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพออนไลน์รายสัปดาห์กับผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วม และเพื่อประเมินผลโครงการส่งเสริมการออกกำลังกายที่บ้านที่ดำเนินการผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ จำนวนผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมแพลตฟอร์มออนไลน์ ก้าวท้าใจ รวม 3,298 คน และยินดีเข้าร่วมโครงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพออนไลน์ประจำสัปดาห์ จำนวน 666 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของคณะทำงานที่จัดทำโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย โครงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพรายสัปดาห์ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม–กันยายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมออนไลน์รายสัปดาห์มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติดังต่อไปนี้อย่างมีนัยสำคัญ: การบริโภคผัก (χ^2=8.305; p=0.040) การเข้าถึงและค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ (χ^2=379.39; p=0.001) ทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (χ^2=161.951; p=0.001) ที่ p<0.05 โครงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพออนไลน์รายสัปดาห์ผ่าน Facebook ประกอบด้วย การวางแผนกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการพฤติกรรมสุขภาพ การทบทวนและตรวจสอบกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ให้จัดโปรแกรมดังกล่าวแก่กลุ่มอายุอื่น จัดให้มีกิจกรรมในห้องเรียนแบบผสมผสาน–BLC Model และให้ใช้มาตรวัดทางชีวภาพอื่นๆ เช่น มวลไขมัน มวลกระดูก ไขมันและน้ำตาลในเลือด ควรแนะนำโปรแกรมนี้กับองค์กรอื่นๆ เมื่อมีสถานการณ์การระบาดที่มีข้อจำกัดของการรวมคน เช่น COVID-19 เป็นต้น

คำสำคัญ : ประสิทธิผล; กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย; ระบบออนไลน์; การระบาดของโควิด-19

[*] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

[**] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

[a] Corresponding author : นาตยานี เชียงหนู Email : nattayanee05@hotmail.com

รับบทความ: 10 ม.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 22 ม.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 22 ม.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์ 7 ก.พ. 66

Effectiveness of Home Exercise Promotion Program Conducted Via Online Platform During the COVID-19 Epidemic in Health Region 9 (Nakhon Chai Burin)

Nattayanee Seingnoo[*a], Nanthicha Paekrathok[*], Suntanee Chalopatum[*], Piyamaporn Lothaveemongkol[**]

Abstract

The objectives of this research and development project were to compare health behaviors among persons in the working group (ages 15-59 years) between those who attended the weekly online health literacy promotion program and those who did not and to evaluate the home exercise promotion program conducted via online platform. The total number of persons who were enrolled in the "Kaw Tha Jai" or "the Challenging Steps" online platform were 3,298 persons while 666 persons were willing to participated the weekly online health literacy promotion program. Instruments used in this study were working group health behaviors assessment form developed by the Bureau of Health Promotion, Department of Health, weekly health literacy promotion program conducted via online platform, and a participants' satisfaction questionnaire. The data were collected during January to September 2020. Qualitative data were analyzed using content analysis while quantitative data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and chi-square test. The results showed that persons who participated the weekly online program had significantly better health behaviors than those who did not in the following: vegetable consumption (χ^2=8.305; p=0.040), accessing and searching health information (χ^2=379.39; p=0.001), understanding health information (χ^2=161.951; p=0.001) at $p<0.05$. The format of weekly online health literacy promotion program through Facebook was consisted of planning for health literacy building activities, health behavior management, revisiting and examining of activities to promote health behaviors. It is suggested from this study to provide such program to other

[*] Registered Nurse, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

[**] Public Health Technical Officer, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

[a] Corresponding author : Nattayanee Seingnoo Email : nattayanee05@hotmail.com

Received: Jan. 10, 23; Revised: Jan. 22, 23; Accepted: Jan. 22, 23; Published Online: Feb. 7, 23

age groups, provide activities in blended-learning classroom model–BLC Model, and to use other biological measures such as fat and bone mass blood sugar blood lipids The program should be recommended to other organizations. When epidermic with the limitation of crowds gathering such as COVID-19, etc.

Keywords : Effectiveness; Home exercise promotion program; Online platform;
COVID-19 epidemic

บทนำ

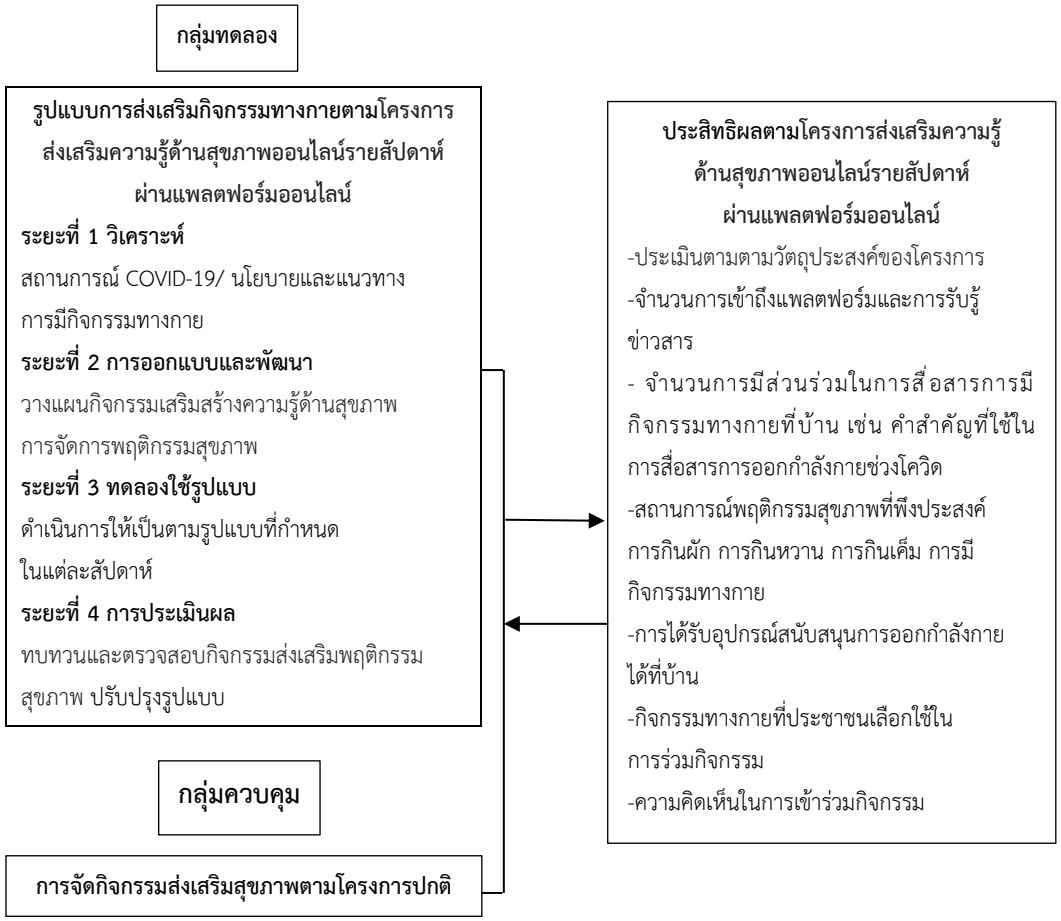
การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง เป็นนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้มีสุขภาพที่ดี และป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.0 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 72.0 ในปี 2559 เมื่อจำแนกตามเพศ ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าสาเหตุที่ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุด เกิดจากอุบัติเหตุทางถนน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ ในขณะที่เพศหญิงสาเหตุเกิดจากโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ตามลำดับ อัตราการตายมากที่สุดจากโรคเรื้อรัง คือ โรคมะเร็ง รองลงมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวาน ตามลำดับ ส่วนสาเหตุความเจ็บป่วยของประชากรไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญในปี 2560 คือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ[1] ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สู่เป้าหมายการมีอายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพที่ดีจนถึงอายุ 75 ปีและอายุคาดเฉลี่ย 85 ปี[2]

กิจกรรมทางกายสามารถทำได้หลายรูปแบบและแบ่งระดับหนัก-เบาแตกต่างกันไป เช่น ระดับเบา ได้แก่ การยืน การเดินระยะทางสั้นๆ ระดับปานกลาง คือ การเดินเร็ว ปั่นจักรยาน การทำงานบ้าน การวิ่ง การเดินขึ้นบันได การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา เป็นต้น[3] โดยหน่วยงานได้รับมอบนโยบายการจัดกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง ในปี 2561 มีการจัดโครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก โดยน้อมนำพระราชดำริด้านการส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งสามารถกระตุ้นให้คนไทยทั่วประเทศหันมาออกกำลังกายลดพฤติกรรมเนือยนิ่งเพื่อลด NCDs และกระตุ้นการดำเนินงานต่อด้วย กิจกรรมก้าวท้าใจ SEASON 1 เพื่อสะสม 60 วัน 60 กิโลเมตร โดยออกกำลังกายได้ทุกที่ทุกเวลาและสะสมพลังงาน[4]ในวันที่ 1 กุมภาพันธ์–31 มีนาคม 2563 แต่อุปสรรคในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องคือ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยและทั่วโลก ประชาชนเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก และระบาดอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ รัฐบาลประกาศมาตรการ อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ เพื่อการควบคุมสถานการณ์ เข้มข้นในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร ห้ามเดินทางข้ามจังหวัด กิจการหลายอย่างต้องหยุดไปชั่วคราว รวมทั้ง Fitness และสวนสาธารณะที่ใช้ในการออกกำลังกาย[5] ประชาชนมีความเครียดและกังวลกับสถานการณ์ เนื่องจากเป็นการระบาดครั้งแรก ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน การพัฒนาของโรครุนแรงและรวดเร็ว ส่งผลกระทบให้พฤติกรรมการดูแล

สุขอนามัยส่วนบุคคลถูกยกระดับสูงสุดทั้งการใส่หน้ากาก ล้างมือ การคัดกรองอุณหภูมิและความสะอาด แต่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีลดลง

แอพพลิเคชันก้าวท้าใจซึ่งเป็นนโยบายเพื่อการส่งเสริมการออกกำลังกายช่วงเวลานั้นปิดปรับปรุง ดังนั้นเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายและเพิ่มทางเลือกให้กับประชาชนในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อผ่อนคลายความเครียดและได้ออกกำลังกายต่อเนื่องช่วง Fitness และสวนสาธารณะปิดทำการ หน่วยงานจึงจัดกิจกรรมทางกายด้วยกิจกรรม Anamai9 Home Exercise เพื่อให้ประชาชนได้ออกกำลังกายที่บ้าน ช่วงสถานการณ์ COVID-19 (Anamai9 Home Exercise) โดยรูปแบบของกิจกรรมคือให้ประชาชนร่วมแสดงความคิดเห็นร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตามกฎกติกาและรูปแบบที่ได้ออกแบบไว้ตอบคำถามเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง ส่งเสริมความรู้การออกกำลังกายในแต่ละรูปแบบขณะอยู่บ้าน การออกกำลังกายและแสดงกิจกรรมที่ทำพร้อมอุปกรณ์การออกกำลังกายส่งมาร่วมกิจกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น คือกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามโครงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพออนไลน์รายสัปดาห์ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์และกลุ่มที่เข้ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามโครงการปกติ ประกอบด้วย **ระยะที่ 1 วิเคราะห์** (วิเคราะห์สถานการณ์ COVID-19 ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกาย และวิเคราะห์นโยบายและแนวทางการมีกิจกรรมทางกายที่ดำเนินการโดยศึกษาจากเอกสาร นโยบาย แนวทางในการสร้างรูปแบบเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการ **ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนา** วางแผนกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการพฤติกรรมสุขภาพ **ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ** โดยดำเนินการให้เป็นตามรูปแบบที่กำหนดในแต่ละสัปดาห์ **ระยะที่ 4 การประเมินผล** โดยการทบทวนและตรวจสอบกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ปรับปรุงรูปแบบ ตัวแปรตามคือ ประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์โครงการ (จำนวนการเข้าร่วมบนแพลตฟอร์มตามเป้าหมายที่กำหนด การสื่อสารกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การสร้างสื่อเพื่อจัดการพฤติกรรมสุขภาพ จำนวนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ พฤติกรรมสุขภาพครอบคลุม การรับประทานผัก การนอนหลับพักผ่อน กิจกรรมทางกาย และความคิดเห็นของประชาชนต่อรูปแบบกิจกรรม

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม Anamai9 Home Exercise
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่บ้านช่วงสถานการณ์ COVID-19 บน Platform เพจ Facebook ผ่านกิจกรรม Anamai9 Home Exercise

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงพัฒนา **ระยะที่ 1 วิเคราะห์** โดยศึกษาและวิเคราะห์เอกสาร แนวทางการจัดกิจกรรม และแนวทางในการสร้างรูปแบบเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรม Anamai9 home exercise สำรวจสภาพปัจจุบันและความต้องการ จากผู้บริหาร บุคลากรทั้งในและนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง **ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนา**สร้างรูปแบบจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 ได้รูปแบบการจัดกิจกรรม Anamai9 Home Exercise ประกอบด้วย หลักการ วัตถุประสงค์ และกระบวนการจัดกิจกรรม ตรวจสอบรูปแบบที่สร้างขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เพื่อตรวจสอบภาษาที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ และตรวจสอบยืนยันความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์และความถูกต้อง สร้างเครื่องมือ ได้แก่ แผนการดำเนินการส่งเสริมกิจกรรม แผนการประชาสัมพันธ์และเครื่องมือประเมินผลการใช้รูปแบบกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการสร้างความรอบรู้สุขภาพผ่าน Platform สื่อการออกกำลังกายเพื่อจัดส่งความรู้ถึงกลุ่มเป้าหมาย แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ใช้แบบสอบถามของสำนักส่งเสริม กรมอนามัย แบบประเมินความพึงพอใจกิจกรรม **ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ (Implementation)** โดยเตรียมการทดลองกำหนดแผนการวิจัย ระยะเวลา จัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินรูปแบบ ดำเนินการทดลอง โดยมีกระบวนการคือ ประชุมปรึกษาหารือทีมทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ/ปรับแผนประชาสัมพันธ์ **ระยะที่ 4 การประเมินผล** ประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยการประชุม

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ปรับปรุงรูปแบบ โดยการประมวลข้อมูลเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศชายและหญิง อายุ 15-59 ปี เขตนครชัยบุรินทร์ที่ลงทะเบียนเข้าร่วมแพลตฟอร์มออนไลน์ ก้าวท้าใจ รวม 3,298 คน และยินดีเข้าร่วมโครงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพออนไลน์ประจำสัปดาห์ จำนวน 666 คน โดยสมัครใจตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ปีงบประมาณ 2563 รวมจำนวน 3,298 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพออนไลน์ประจำสัปดาห์ (กิจกรรม Anamai9 Home Exercise) จำนวน 666 คน และผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วม จำนวน 2,632 คน

เครื่องมือในการวิจัย

ทีมวิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ดังนี้ แบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนและความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID-19) คำถามคุณลักษณะของประชากร 8 ข้อ คำถามด้านพฤติกรรมสุขภาพและและความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรน่า 2019 รวม 11 ข้อ แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม 8 ข้อ สื่อและลิงค์การออกกำลังกายเพื่อจัดส่งความรู้ถึงประชาชนส่งให้รายบุคคล รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถาม ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามใน Google form ส่วนของเนื้อหาเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงานของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ปี 2563 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามทุกชุด วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้ค่าความถี่และค่าร้อยละ และเปรียบเทียบผลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของทั้ง 2 กลุ่มคือกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้ค่าความถี่ และค่าร้อยละและไคว์สแควร์ วิเคราะห์แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดกิจกรรมสื่อการออกกำลังกาย โดยใช้ค่าความถี่และค่าร้อยละและคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยจะนำมาสรุปประเด็นโดยวิเคราะห์ เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเชิงบรรยายประกอบการอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ข้อมูลสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ความคิดเห็นและความพึงพอใจการจัดกิจกรรม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ความถี่ เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติไคว์สแควร์

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมรวม 666 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.4 อายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด คือวัยทำงานตอนกลาง 30-44 ปี ร้อยละ 49.25 รองลงมา คือวัยทำงานตอนปลาย (45-59) ปี ร้อยละ 29.73 คน ส่วนใหญ่มีอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างภาครัฐ ร้อยละ 54.50 รองลงมาคือบริษัทเอกชน ร้อยละ 17.92 และรับจ้าง ร้อยละ 8.96 ตามลำดับ

กลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 2,632 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.0 วัยทำงานตอนปลาย อายุ 45-59 ปี ร้อยละ 33.74 รองลงมา คือวัยทำงานตอนกลาง (30-44 ปี) ร้อยละ 33.43 และวัยทำงานตอนต้น ร้อยละ 32.82 ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40.7 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 20.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำแนกผลการประเมินดัชนีมวลกายตามช่วงอายุกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม Anamai9 Home Exercise

ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม (n=666)		กลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (n=2,632)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศชาย	124	18.6	1,290	49.0
เพศหญิง	542	81.4	1,342	51.0
ช่วงอายุ				
วัยทำงานตอนต้น 15-29 ปี	140	21.02	864	32.83
วัยทำงานตอนกลาง 30-44 ปี	328	49.25	880	33.43
วัยทำงานตอนปลาย 45-59 ปี	198	29.73	888	33.74
อาชีพ				
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างภาครัฐ	363	54.50	130	4.9
ข้าราชการบำนาญ	6	0.96	18	0.7
นักเรียน นักศึกษา	32	5.12	360	13.7
เกษตรกรรม	9	1.44	1070	40.7
บริษัทเอกชน	112	17.92	161	6.1
รับจ้าง	56.0	8.96	547	20.8
อาชีพส่วนตัว	25	4.00	160	6.1
แม่บ้าน	22	3.52	85	3.2

พิจารณาดัชนีมวลกายปกติของกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า อายุ 15-29 ปี มีดัชนีมวลกายปกติมากที่สุดเทียบอายุเดียวกันร้อยละ 50.0 รองลงมาคือท้วมและอ้วนระดับ 1, ผอม, อ้วนระดับ 2 เท่ากับร้อยละ 14.6, 14.6, 14.28 และ 9.2 ตามลำดับ กลุ่มอายุ 30-44 ปี มีดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 46.34 รองลงมาคืออ้วนระดับ 1, ท้วม, อ้วนระดับ 2 และ ผอม เท่ากับร้อยละ 23.48, 17.68, 7.32 และ 5.18 ตามลำดับ กลุ่มอายุ 45-59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 38.89 รองลงมาคืออ้วนระดับ 1, ท้วม, อ้วนระดับ 2, ผอม เท่ากับร้อยละ 25.76, 21.72, 12.12 และ 1.52 ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 ดัชนีมวลกายแยกตามกลุ่มอายุวัยทำงานตอนต้น ตอนกลาง ตอนปลาย ในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมจำแนกผลการประเมินดัชนีมวลกายตามช่วงอายุกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม Anamai9 Home Exercise

กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม		จัดกลุ่ม BMI					รวม
		ผอม BMI<18.5	ปกติ BMI 18.5-22.9	ท้วม BMI 23-24.9	อ้วนระดับ 1 BMI 25-29.9	อ้วนระดับ 2 BMI>29.9	
อายุ 15-29 ปี	n	20	70	19	19	12	**140**
	%	14.28%	50.0%	14.6%	14.6%	9.2%	**100.0%**
อายุ 30-44 ปี	n	17	152	58	77	24	**328**
	%	5.18%	46.34%	17.68%	23.48%	7.32%	**100.0%**
อายุ 45-59 ปี	n	3	77	43	51	24	**198**
	%	1.52%	38.89%	21.72%	25.76%	12.12%	**100.0%**
รวม	**n**	**40**	**298**	**121**	**147**	**60**	**666**
	%	**6.0%**	**44.7%**	**18.2%**	**22.1%**	**9.0%**	**100.0%**

พิจารณาดัชนีมวลกายปกติของกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า อายุ 15-29 ปี มีดัชนีมวลกายปกติมากที่สุดเทียบอายุเดียวกัน ร้อยละ 49.8 รองลงมาคือ ผอม, ท้วมและอ้วนระดับ 1, อ้วนระดับ 2 เท่ากับร้อยละ 20.6, 11.9, 11.3 และ 6.4 ตามลำดับ กลุ่มอายุ 30-44 ปี มีดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 39.8 รองลงมาคืออ้วนระดับ 1, ท้วม, อ้วนระดับ 2 และ ผอม เท่ากับร้อยละ 26.3, 18.9, 10.8 และ 4.2 ตามลำดับ กลุ่มอายุ 45-59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 34.2 รองลงมาคือ อ้วนระดับ 1, ท้วม, อ้วนระดับ 2 และ ผอม เท่ากับร้อยละ 31.9, 22.8, 7.9 และ 3.3 ตามลำดับ ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 ดัชนีมวลกายแยกตามกลุ่มอายุวัยทำงานตอนต้น ตอนกลาง ตอนปลาย ในกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม		จัดกลุ่ม BMI					รวม
		ผอม BMI<18.5	ปกติ BMI 18.5-22.9	ท้วม BMI 23-24.9	อ้วนระดับ 1 BMI 25-29.9	อ้วนระดับ 2 BMI>29.9	
อายุ 15-29 ปี	n	177	427	102	97	55	**858**
	%	20.6%	49.8%	11.9%	11.3%	6.4%	**100.0%**
อายุ 30-44 ปี	n	37	350	166	231	95	**879**
	%	4.2%	39.8%	18.9%	26.3%	10.8%	**100.0%**
อายุ 45-59 ปี	n	29	303	202	283	70	**887**
	%	3.3%	34.2%	22.8%	31.9%	7.9%	**100.0%**
รวม	**n**	**243**	**1080**	**470**	**611**	**220**	**2624**
	%	**9.3%**	**41.2%**	**17.9%**	**23.3%**	**8.4%**	**100.0%**

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

พิจารณากลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม พฤติกรรมการรับประทานผักวันละ 5 ทัพพี พบว่า รับประทานผักทุกวันร้อยละ 35.3 รองลงมา คือรับประทาน 4-6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 31.4 รับประทาน 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 22 และไม่รับประทานเลย ร้อยละ 1.1 การรับประทานเครื่องดื่มรสหวาน ส่วนใหญ่ดื่มมากกว่าไม่ดื่ม พบว่าส่วนใหญ่ดื่ม 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 61.1 รองลงมาคือ ดื่มประมาณ 4-5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 15.3 ดื่มทุกวันร้อยละ 11.9 ไม่ดื่มเลย ร้อยละ 11.7 พฤติกรรมการเติมเครื่องปรุงรสเค็มในอาหารที่กิน ส่วนใหญ่เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง ร้อยละ 64.9 รองลงมาคือไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเลย ร้อยละ 22.2 เติมเครื่องปรุงรสเค็มทุกครั้ง ร้อยละ 12.9 ออกกำลังกายหรือขยับร่างกายจนรู้สึกเหนื่อย (รวมการทำงาน เต้นรำ การเดินทาง ทำงานบ้าน) มากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ ร้อยละ 64.9 น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ร้อยละ 35.1 นั่งหรือเอนกายติดต่อกันนาน 2 ชั่วโมง (ไม่รวมการนอนหลับ) 0-2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 39.6 ประมาณ 6-7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 17.3

กลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม พฤติกรรมการรับประทานผักวันละ 5 ทัพพี พบว่ารับประทานผักทุกวัน ร้อยละ 41.2 รองลงมาคือ รับประทาน 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 29 รับประทาน 4-6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 28.6 และไม่รับประทานเลย ร้อยละ 1.3 การรับประทานเครื่องดื่มรสหวาน ส่วนใหญ่ดื่มมากกว่าไม่ดื่ม พบว่าส่วนใหญ่ดื่ม 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือ ดื่มประมาณ 4-5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 18.6 ดื่มทุกวัน ร้อยละ 10.8 ไม่ดื่มเลย ร้อยละ 14.2 พฤติกรรมการเติมเครื่องปรุงรสเค็มในอาหารที่กิน ส่วนใหญ่เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเลย ร้อยละ 19.5 เติมเครื่องปรุงรสเค็มทุกครั้ง ร้อยละ 13.8 ออกกำลังกาย หรือขยับร่างกายจนรู้สึกเหนื่อย (รวมการทำงาน เต้นรำ การเดินทาง ทำงานบ้าน) มากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ ร้อยละ 68.1 น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ ร้อยละ 31.9 นั่งหรือเอนกายติดต่อกันนาน 2 ชั่วโมง (ไม่รวมการนอนหลับ) 0-2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 43.1 ประมาณ 6-7 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 15.5

เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า พฤติกรรมการรับประทานผักวันละ 5 ทัพพี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (χ^2=8.305, p=0.040) พฤติกรรมการรับประทานหวานมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (χ^2=8.275, p=0.410) พฤติกรรมการรับประทานเค็ม มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (χ^2=2.555, p=0.279) พฤติกรรมการออกกำลังกายหรือขยับร่างกายจนรู้สึกเหนื่อย (รวมการทำงาน เต้นรำ การเดินทาง ทำงานบ้าน) มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (χ^2=2.510, p=0.113) พฤติกรรมนั่งหรือเอนกายติดต่อกันนาน 2 ชั่วโมง (ไม่รวมการนอนหลับ) มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (χ^2=2.941, p=0.230) ดังตาราง 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมพึงประสงค์กลุ่มที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ การออกกำลังกายที่บ้านช่วงสถานการณ์ COVID-19 (Anamai9 Home Exercise)

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	เข้าร่วมกิจกรรม n=666	ไม่เข้าร่วมกิจกรรม n=2,632	รวม N=3,298	χ^2 (p-value)
การรับประทานผักวันละ 5 ทัพพี				**8.305 (0.040)**
รับประทานผักทุกวัน	235 (35.3%)	1084 (41.2%)	1319 (40%)	
รับประทาน 4-6 วันต่อสัปดาห์	209 (31.4%)	752 (28.6%)	961 (29.1%)	
รับประทาน 1-3 วันต่อสัปดาห์	215 (22%)	762 (29%)	977 (29.6)	
ไม่รับประทานเลย	7 (1.1%)	34 (1.3%)	41 (1.2%)	
เติมเครื่องปรุงรสเค็มในอาหารที่กิน				**2.555 (0.279)**
เติมเครื่องปรุงรสเค็มทุกครั้ง	86 (12.9%)	363 (13.8%)	449 (13.6)	
เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง	432 (64.9%)	1,756 (66.7)	2,188 (66.3)	
ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเลย	148 (22.2%)	513 (19.5%)	661 (20%)	
การรับประทานเครื่องดื่มรสหวาน				**8.275 (0.410)**
ดื่มทุกวัน	79 (11.9%)	284 (10.8%)	363 (11.0%)	
ดื่มประมาณ 4-5 วันต่อสัปดาห์	182 (15.3%)	490 (18.6%)	592 (18%)	
ดื่มหวาน 1-3 วันต่อสัปดาห์	407 (61.1%)	1,484 (56.4%)	1,891 (57.5%)	
ไม่ดื่มเลย	78 (11.7%)	374 (14.2%)	452 (13.7%)	
ออกกำลังกาย หรือขยับร่างกายจนรู้สึกเหนื่อย (รวมการทำงาน เต้นรำ การเดินทาง ทำงานบ้าน)				**2.51 (0.113)**
มากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์	432 (64.9%)	1792 (68.1)	2224 (67.4)	
น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์	234 (35.1%)	840 (31.9%)	1,074 (32.6%)	
นั่งหรือเอนกายติดต่อกันนาน 2 ชั่วโมง (ไม่รวมการนอนหลับ)				**2.941 (0.230)**
ประมาณ 6-7 วันต่อสัปดาห์	115 (17.3%)	408 (15.5%)	523 (15.9%)	
ประมาณ 3-5 วันต่อสัปดาห์	287 (43.1%)	1,089 (41.4%)	1,376 (41.7%)	
ประมาณ 0-2 วันต่อสัปดาห์	264 (39.6%)	1,135 (43.1%)	1,399 (42.4%)	

พิจารณากลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่สามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพได้ทุกครั้งร้อยละ 74.2 ค้นหาได้ปานกลาง ร้อยละ 25.4 ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ ที่ได้จากสื่อ อินเตอร์เน็ต โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ส่วนใหญ่รู้เรื่องและเข้าใจทุกครั้ง ร้อยละ 59.9 รองลงมาคือรู้เรื่องและเข้าใจปานกลาง ร้อยละ 40.1 และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าสามารถค้นหาได้ปานกลาง ร้อยละ 60.4 ค้นหาข้อมูลสุขภาพได้ทุกครั้ง ร้อยละ 33.0 ค้นหาได้บ้างหรือพอได้ ร้อยละ 5.2 ค้นหาไม่ได้ ร้อยละ 1.4 8 ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ ที่ได้จากสื่อ อินเตอร์เน็ต โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ส่วนใหญ่รู้เรื่องและเข้าใจปานกลาง ร้อยละ 58.7 รู้เรื่องเข้าใจทุกครั้ง ร้อยละ 34.7 รู้เรื่องบ้าง/เข้าใจบ้าง ร้อยละ 5.3 ไม่รู้เรื่อง/ไม่เข้าใจ ร้อยละ 0.6 ดังตาราง 5

ตารางที่ 5 พฤติกรรมพึงประสงค์กลุ่มที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ การออกกำลังกายที่บ้านช่วงสถานการณ์ COVID-19 (Anamai9 Home Exercise) ด้านความรอบรู้สุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	เข้าร่วมกิจกรรม n=666	ไม่เข้าร่วมกิจกรรม n=2,632	รวม N=3298	χ^2 (p-value)
ค้นหาข้อมูลข่าวสารสุขภาพ				**379.39 (0.001)**
ค้นหาได้ทุกครั้ง	494 (74.2%)	869 (33.0%)	1,363 (41.35)	
ค้นหาได้ปานกลาง	169 (25.4%)	1,589 (60.4%)	1,758 (53.3%)	
ค้นหาได้บ้าง/พอทำได้	-	137 (5.2%)	137 (4.2%)	
ค้นหาข้อมูลไม่ได้	-	37 (1.4%)	40 (1.2%)	
ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ ที่ได้จากสื่อ อินเตอร์เน็ต โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์				**161.951 (0.001)**
รู้เรื่องและเข้าใจทุกครั้ง	399 (59.9%)	914 (34.7%)	1,313 (39.8%)	
รู้เรื่องและเข้าใจปานกลาง	267 (40.1%)	1,545 (58.7%)	1,812 (54.9%)	
รู้เรื่องบ้าง/เข้าใจบ้าง	-	139 (5.3%)	139 (4.2%)	
ไม่รู้เรื่อง/ไม่เข้าใจ	-	17 (0.6%)	17 (0.5%)	

ประสิทธิผลรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่บ้านช่วงสถานการณ์ COVID-19 ผ่านกิจกรรม Anamai9 Home Exercise

ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านออกกำลังกายช่วงสถานการณ์ COVID-19 ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ Facebook ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมในระบบออนไลน์ จำนวน 666 คน ประชาชนร่วมส่งภาพการออกกำลังกายของตนเองและแคปชั่นเพื่อการรณรงค์การออกกำลังกายช่วง COVID-19 รวม 666 คน โดยมียอดกด Like ประเภทบุคคล สูงสุด 508 Like ช่วงการจัดกิจกรรม มีการส่งภาพการออกกำลังกายอย่างง่ายประเภทบุคคล ในท่ามวยไทย สะพานโค้ง และแพลงก์ (Plank) ท่ายืดเหยียด ท่ายกเวท ส่วนใหญ่ภาพที่ได้รับการโหวตสูงสุด คือการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายช่วงสถานการณ์ COVID-19 ประกอบด้วย การวางแผนกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการพฤติกรรมสุขภาพ (การจัดการความรู้ เผยแพร่และแบ่งปัน กระบวนการสื่อสารประชาสัมพันธ์ การกระบวนการเข้าร่วมกิจกรรม)

การทบทวนและตรวจสอบกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า จำนวนรวมผู้ที่เข้าถึงเพจหน่วยงานเพิ่มขึ้นจากเดิมมียอดการเข้าถึงสูงสุด จาก 424 คน จำนวนกดติดตามเพจหน่วยงานเพิ่มขึ้น รวม 1,668 คน ยอดการลงทะเบียนก้าวท้าใจ Season 2 เพิ่มขึ้นจาก Season 1 (ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2563) ยอดสะสมเท่ากับ 88,627 ทะเบียน การสร้างการมีส่วนร่วมส่งแคปชั่น ต่างๆ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย โดยแคปชั่นส่วนใหญ่เป็นข้อความการออกกำลังกายที่บ้านอย่างปลอดภัย ช่วยให้ทราบถึงการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ แลกเปลี่ยนซักถามข้อมูลสุขภาพได้ใน Inbox ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมและสามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และเข้าถึงข้อมูลผ่าน QR code ที่ใส่ข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพ

ความคิดเห็นของประชาชนในการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าระดับความพึงพอใจแบ่งเป็น 5 ระดับ ผู้ตอบแบบประเมินตอบเพียง 3 ระดับ ส่วนใหญ่พึงพอใจมากที่สุด โดยกระบวนการที่พึงพอใจในเรื่องประโยชน์ที่ได้รับจากการจัดกิจกรรม ร้อยละ 78.06 รองลงมาคือของรางวัลเหมาะสมกับประเภทของการแข่งขัน ร้อยละ 71.87 รองลงมา คือความพึงพอใจในการใช้ชีวิตช่วงผ่อนปรนมาตรการ ร้อยละ 64.62 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.61, SD=0.59) มีข้อคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่น่าสนใจในช่วงสถานการณ์ COVID-19 ทำให้ประชาชนตื่นตัว คลายเครียด ให้ครอบครัวได้มีกิจกรรมร่วมกัน และอยากให้มีกิจกรรมต่อเนื่อง จัดให้ครอบคลุมและเหมาะสมตามกลุ่มอายุ เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มากยิ่งขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนวัยทำงานของกลุ่มที่เข้าร่วมการจัดกิจกรรม 09Anamai home exercise พบว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.4 อายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุดคือ วัยทำงานตอนกลาง (30-44 ปี) ร้อยละ 49.25 รองลงมา คือวัยทำงานตอนปลาย (45-59 ปี) ร้อยละ 29.73 และวัยทำงานตอนต้น (15-29 ปี) ร้อยละ 21.02 ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลผู้ใช้ Facebook พบว่า ร้อยละ 43.5 ของผู้ใช้ Facebook ทั่วโลกเป็นผู้หญิง ผู้ใช้งานช่วงอายุ 45-54 ปี และ 55-64 ปี มีจำนวนผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย[6] อายุที่ใช้มากที่สุด คืออายุระหว่าง 25-34 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่ใช้งาน Facebook มากที่สุด ภาคอีสานมีผู้ใช้งาน 7.55 ล้านบัญชี แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 3.67 ล้านบัญชี และเพศหญิงจำนวน 3.88 ล้านบัญชี[7] แต่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลจากผู้ใช้งานช่วงอายุ 18-24 ปี, 25-34 ปี และ 35-44 ปี มีจำนวนผู้ชายมากกว่าผู้หญิง อาชีพข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างภาครัฐ ร้อยละ 54.50 มีดัชนีมวลกายปกติมากที่สุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 50 สอดคล้องกับการเก็บข้อมูลจาก HDC[8] และเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์วัยทำงาน โดยข้อมูลพบว่า วัยทำงานตอนต้นมีดัชนีมวลกายปกติมากที่สุด และอายุที่มากขึ้นจะส่งผลต่อดัชนีมวลกายปกติที่ลดลง ผลการทดสอบสมมุติฐาน สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม Anamai9 Home Exercise คือพฤติกรรมการรับประทานผักวันละ 5 ทัพพี การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การค้นหาข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับสถานการณ์โรคโควิด-19 ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคโควิด-19 ที่ได้จากสื่อ อินเตอร์เน็ต โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ มีคำถามหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการป้องกันตนเอง จากโรคโควิด-19 ที่ได้รับจากสื่อต่างๆ สามารถหาคำตอบได้ทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับ พงศ์ปณต สมบูรณ์พงษ์กิจ[9] ที่พบว่าปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงานมีความสัมพันธ์ต่อดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05 ได้แก่ การกินผัก (Crude OR=1.398, 95% CI=1.043-1.872, p-value<0.05)

และสอดคล้องกับ สุนันทินี ศรีประจันทร์[10] ที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.169; p-value=0.017)

รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายช่วงสถานการณ์ COVID-19 คือการวางแผนกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการพฤติกรรมสุขภาพ (การจัดการความรู้ เผยแพร่และแบ่งปัน กระบวนการสื่อสารประชาสัมพันธ์ การกระบวนการเข้าร่วมกิจกรรม) การทบทวนและตรวจสอบกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยให้ประชาชนตื่นรู้ หาข้อมูล และทราบถึงความรอบรู้ของประชาชนในกระบวนการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ แลกเปลี่ยนได้ สามารถโต้ตอบซักถามกับ Admin ได้ ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมและสามารถบอกได้ว่า กิจกรรมมีประโยชน์อย่างไร นอกจากนี้ยังส่งมอบความรู้เชิงรุกถึงประชาชนได้รับพร้อมอุปกรณ์การออกกำลังกาย คือความรู้ในการออกกำลังกายในท่าโยคะ คีตะมวยไทยอนามัย30 และ Bodyweight พร้อม QR code ที่เข้าถึงแหล่งข้อมูลของหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ มนชาย ภูวรกิจ[11] ที่ศึกษารูปแบบการออกกำลังกายผ่านสื่อสังคมออนไลน์และความสามารถในการออกกำลังกายด้วยตนเองของผู้สูงอายุ รูปแบบการออกกำลังกายผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่ผู้สูงอายุนิยมเลือกใช้มากที่สุดคือการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความสามารถในการทรงตัว รองลงมาคือการออกกำลังกายเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดการสูญเสียมวลกระดูกและการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ตามลำดับ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ารูปแบบการร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายในท่ามวยไทย สะพายโค้ง และแพรงก์ ด้วยแขนข้างเดียว การออกกำลังกายในท่ายืดเหยียดที่แข็งแรงรวม 6 ท่าใน 1 ภาพ ท่ายกเวท 2 แขน และท่าแพรงก์ 2 แขน เป็นภาพที่ส่งเข้าร่วมกิจกรรมและเป็นภาพที่ได้รับยอดโหวตมากที่สุด สอดคล้องกับ อรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์[12] ที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่การได้รับการสนับสนุนข้อมูล สิ่งของและบริการ (r=0.52, p<0.01) และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง (r=0.22, p<0.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยทำงาน พบว่าการได้รับสนับสนุนข้อมูล สิ่งของและบริการ (β=0.491, p<0.01) และการรับรู้สุขภาวะของตนเอง (β=0.103, p<0.05) สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 27.6 (R^2=0.276, p<0.01) และ เอื้อจิต สุขพูล[13] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน พบว่าการฝึกประเมินและวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง การให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การฝึกบันทึกพฤติกรรม การใช้ตัวแบบ การทำสัญญาใจ และการเยี่ยมบ้าน เป็นโปรแกรมที่สามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องในเรื่องของการฝึกประเมินและวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง การให้ความรู้ การสาธิต แต่ยังขาดในเรื่องสาธิตย้อนกลับ การฝึกบันทึกพฤติกรรม การใช้ตัวแบบ การทำสัญญาใจ และการเยี่ยมบ้าน นับว่าเป็นข้อจำกัดในการทำกิจกรรมแบบออนไลน์

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ควรมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมความรอบรู้ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ เน้นส่งเสริมให้หน่วยงานองค์กรจัดกิจกรรมทางกาย ลดการเนือยนิ่งและใช้ Platform ที่เหมาะสม สามารถรองรับข้อมูลจำนวนมาก รวดเร็ว มีให้เกิดประโยชน์หรือรางวัลสำหรับคนที่ปฏิบัติพฤติกรรมดีได้อย่างต่อเนื่อง มีสิทธิประโยชน์ต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จ

ในวงกว้าง และเป็นนโยบายหลักให้หน่วยงานจัดกิจกรรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายและโภชนาการเพื่อการส่งเสริม สนับสนุนข้อมูล สิ่งของและบริการ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. การวางแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายควรทำอย่างต่อเนื่อง และเข้าร่วมได้ทั้งในระบบออนไลน์และระบบอื่นๆ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในระบบการส่งเสริมสุขภาพ
2. วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งเพื่อหาแนวทางในการทำงานตามความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น แนะนำกิจกรรมการออกกำลังกายที่ปลอดภัย ลดการบาดเจ็บ แนะนำการออกกำลังกายในกลุ่มอ้วนและกลุ่มคนสูงวัย หรือแพลตฟอร์มที่เฉพาะเจาะจงกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ
3. ค้นหาวิธีการสาธิตย้อนกลับ การฝึกบันทึกพฤติกรรม การใช้ตัวแบบ การทำสัญญาใจ และการเยี่ยมบ้านในรูปแบบออนไลน์ และติดตามเป็นระยะ โดยทำกิจกรรมในลักษณะ Blended-learning classroom model: BLC model วัดและประเมินผลโดยใช้เครื่องมือวัดทางชีวภาพเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น เช่น มวลไขมัน มวลกระดูก ไขมันและน้ำตาลในเลือด

ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรใช้ระยะเวลาการศึกษามากกว่านี้และ ติดตามกำกับอย่างต่อเนื่อง เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อวัดผลของกิจกรรมได้เป็นรูปธรรม โดยสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้การดำเนินงานเหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายตั้งแต่เริ่มต้น ควรเปรียบเทียบผลสถานะสุขภาพอย่างอื่นร่วมด้วยเช่น ค่าน้ำตาล ค่าความดันโลหิตสูง หรือ CVD Risk เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563–2565) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 30]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/1-plan3year2563-2565_ops-1.pdf
2. กลุ่มเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 30]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/know/15/926
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. ขยับเท่ากับสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 30]. เข้าถึงได้จาก: https://multimedia.anamai.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/07/HP-eBook_01_Mini02.pdf
4. กรมอนามัย. ถอดบทเรียนการจัดการความรู้ (KM) ครั้งที่ 1 เรื่อง “ดิจิตอล แพลตฟอร์ม ก้าวท้าใจ” [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 30]. เข้าถึงได้จาก: https://dopah.anamai.moph.go.th/web-upload/8x6b2a6a0c1fbe85a9c274e6419fdd6071/tinymce/256404/256420403.pdf

5. แถลงการณ์สำนักนายกรัฐมนตรี. ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พศ. 2548, ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 137 ตอนที่ 24 ก. ลงวันที่ 25 มีนาคม2563 [อินเทอร์เน็ต].2563 ; [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 30]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/A/024/T_0001.PDF
6. MATT AHLGREN.35 + สถิติ FACEBOOK & ข้อเท็จจริงสำหรับ 2022 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 30]. เข้าถึงได้จาก: https://www.websiterating.com/th/research/facebook-statistics/#chapter-3
7. Wittawin A. สรุปสถิติผู้ใช้ Facebook ในไทย โดย Customer Insight. [Infographic]. 2563; [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 30].เข้าถึงได้จาก: https://www.thumbsup.in.th/facebook-thailand-insight
8. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูล Health data center กลุ่มรายงานมาตรฐานส่งเสริมป้องกันโภชนาการ[อินเทอร์เน็ต].2565; [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 30]; เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c
9. พงศ์ปณต สมบูรณ์พงษ์กิจ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ วัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. 2565; [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 30]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc2service.anamai.moph.go.th/researchhpc2/file/184.pdf
10. สุนันทินี ศรีประจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 30]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResDetail.aspx?resCode=25620009
11. มนชาย ภูวรกิจ, ธนัญชัย เฉลิมสุข, ปรีชา ทับสมบัติ. รูปแบบการออกกำลังกายผ่านสื่อสังคมออนไลน์และความสามารถในการออกกำลังกายด้วยตนเองของผู้สูงอายุ. วารสารศิลปศาสตร์และวิทยาการจัดการ. 2565; 9(1):118-37.
12. อรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยทำงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 หัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. บูรพาเวชสาร. 2563; 7(2):65-76.
13. เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วัชรีวงค์ หวังมั่น. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563; 29(3):419-29.

การเปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างการใช้ไตรเฟอร์ดีนกับไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท โรงพยาบาลบึงกาฬ

สุชีวา ราชูโส, พ.บ.*[a]

บทคัดย่อ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ทั้งในระหว่างตั้งครรภ์ขณะคลอดและหลังคลอด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ระหว่างการใช้ไตรเฟอร์ดีน กับไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท ในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบึงกาฬ เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 41 คน เก็บข้อมูลส่วนบุคคล และผลการรักษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ และภาวะสุขภาพทารก ในช่วงเวลา 1 มกราคม 2553 ถึง 30 พฤศจิกายน 2565 ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบความต่างก่อนและหลังของค่าเฉลี่ยของ Hemoglobin ระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนอย่างเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท ผลการศึกษาพบว่าการเพิ่มขึ้นของ Hemoglobin ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท มากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และภาวะสุขภาพทารกในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรทมีน้ำหนักทารกแรกคลอด และ Apgar score มีแนวโน้มที่ดีกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนอย่างเดียว ดังนั้นจึงควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีฮีโมโกลบิน 8-10 g/dL ที่ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กควรได้รับเฟอร์รัสฟูมาเรทเสริมเพิ่มจากการได้ไตรเฟอร์ดีนจะทำให้สามารถแก้ไขภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ได้ดีขึ้น

คำสำคัญ : ภาวะโลหิตจาง; หญิงตั้งครรภ์; ไตรเฟอร์ดีน; เฟอร์รัสฟูมาเรท

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ, รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบึงกาฬ

[a] Corresponding author : สุชีวา ราชูโส Email : aorsucheewa@gmail.com

รับบทความ: 7 ม.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 23 ม.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 23 ม.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์ 8 ก.พ. 66

A Comparison of the Effectiveness of Anemia in Pregnancy Therapy with Triferdine and Triferdine plus Ferrous Fumarate, Bueng Kan Hospital

Sucheewa Rachuso, MD*[a]

Abstract

Anemia in pregnancy is a major public health problem due to the higher mortality rate in pregnancy both during the ante and intrapartum periods. Aim of this study was to compare anemia in pregnancy treatments between Triferdine alone and Triferdine plus Ferrous Fumarate among pregnant women in Bueng Kan Hospital. This retrospective study collected data from the hospital's medical record. The samples were divided into 2 groups of 41 patients in each group. The patient profiles, hemoglobin before and after the treatments, fetal weights, and Apgar scores were collected for analyses. The study period was between January 2010 and November 2022. The results showed that samples who received a combination of Triferdine and Ferrous Fumarate had a significantly higher hemoglobin difference than those who received Triferdine alone (p-value<0.05). The fetal outcome of combination drugs showed a higher trend of fetal weights and Apgar scores. This study can conclude that Triferdine and Ferrous Fumarate should be used in the anemic pregnancy (Hb 8-10 g/dL) for higher effectiveness in anemia treatment.

Keywords : Anemia; Pregnancy; Triferdine; Ferrous Fumarate

* Medical Physician, Senior Professional Level, Deputy Director of Buengkan Hospital

[a] Corresponding author : Sucheewa Rachuso Email : aorsucheewa@gmail.com

Received: Jan. 7, 23; Revised: Jan. 23, 23; Accepted: Jan. 23, 23; Published Online: Feb. 8, 23

บทนำ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ต้องให้ความสำคัญ ซึ่งเป็นความผิดปกติทางระบบเลือดที่พบได้บ่อยในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จากรายงานองค์การอนามัยโลกพบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกมีภาวะโรคโลหิตจาง ร้อยละ 40 ของการตั้งครรภ์ และในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาพบสูงถึงร้อยละ 55 ของการตั้งครรภ์[1] ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก โดยภาวะโลหิตจางจะเพิ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ทั้งในระหว่างตั้งครรภ์ ขณะคลอดและหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงจะมีความทนต่อการตกเลือดในระหว่างคลอดได้น้อย ติดเชื้อในระยะหลังคลอดง่าย เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยปริกำเนิด เสี่ยงต่อคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักต่ำเกณฑ์[2-4]

สถานการณ์ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ความชุกในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน ซึ่งมีรายงานพบว่าในประเทศแถบอเมริกาเหนือพบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์น้อยที่สุดประมาณ ร้อยละ 6.1 แต่ในแถบแอฟริกาพบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สูงที่สุดประมาณ ร้อยละ 55.8[5] มีรายงานการสำรวจภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ในบริติชโคลัมเบีย ประเทศแคนาดา พบความชุก ร้อยละ 12.8[4] ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ในออสเตรีย พบความชุก ร้อยละ 13.7[6] ส่วนในแถบเอเชียมีรายงานการสำรวจในประเทศจีนพบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสแรก ร้อยละ 21.6[7] และในประเทศอินโดนีเซียพบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 34.3[8] ในส่วนประเทศไทยในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 พบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 14.5 และ 15.6 ตามลำดับ[9] และในช่วงปีงบประมาณ 2563-2565 ยังพบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ ร้อยละ 15.4, 15.5 และ 16.3 ตามลำดับ[9] ซึ่งเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการศึกษาภาวะโลหิตจางในนักศึกษาแพทย์หญิงในประเทศไทย พบว่าร้อยละ 14.1 และเป็นโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กร้อยละ 7.8 [10] ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 55.3 ดังนั้นจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก็น่าจะมีจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ดังนั้นการเสริมธาตุเหล็กที่เหมาะสมน่าจะเป็นการแก้ปัญหาโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ได้เป็นอย่างดี

องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุเกณฑ์การจำแนกว่ามีภาวะโลหิตจางระหว่างการตั้งครรภ์ โดยกำหนดระดับ Hb ต่ำกว่า 11 g/dl ในไตรมาสแรก และ Hb ต่ำกว่า 10.5 g/dl ในไตรมาสที่สอง[1] ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายแนวทางการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์จะต้องได้รับกรดโฟลิก (Folic acid supplement) ขนาด 4 มิลลิกรัมต่อวัน ในช่วง 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ และ Triferdine ขนาด 150 มิลลิกรัม ที่มีธาตุเหล็กในปริมาณ 60.81 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด ตลอดการตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ และในกรณีการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยให้ยาเสริมธาตุเหล็ก 200 มิลลิกรัมต่อวัน โดยแบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง ทุกวัน และตรวจติดตาม จากนั้นลดขนาดลงเป็น 60 มิลลิกรัมต่อวัน[11] ไตรเฟอร์ดีนเป็นยาที่ได้มีการวัดประสิทธิผลในด้านโภชนาการไอโอดีนแต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาผลลัพธ์ด้านการรักษาโลหิตจาง[12] โรงพยาบาลบึงกาฬได้ให้บริการหญิงตั้งครรภ์ตามแนวทางกระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่ยังพบภาวะ

โลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ ร้อยละ 12.7, 9.75 และ 15.9 ตามลำดับ[9] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน เกิดคำถามว่า การรักษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์โดยการใช้ไตรเฟอร์ดีนเพียงพอหรือไม่ (Hb<10.5 g/dl ในไตรมาสที่สอง) หากไม่เพียงพออาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในอนาคต อย่างไรก็ตาม ยาเสริมธาตุเหล็กที่นิยมใช้อีกคือ เฟอร์รัสฟูมาเรท (Ferrous Fumarate) ขนาด 200 มิลลิกรัม จึงเกิดคำถามวิจัยว่า ผลการรักษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ระหว่างการใช้ไตรเฟอร์ดีน กับไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร เนื่องจากการประชากรหญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งเป็นโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก การให้ธาตุเหล็กเสริมด้วยไตรเฟอร์ดีนเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่สามารถแก้ไขภาวะโลหติจางในหญิงตั้งครรภ์ได้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ระหว่างการใช้ ไตรเฟอร์ดีน กับไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท ในโรงพยาบาลบึงกาฬ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการต่อไป

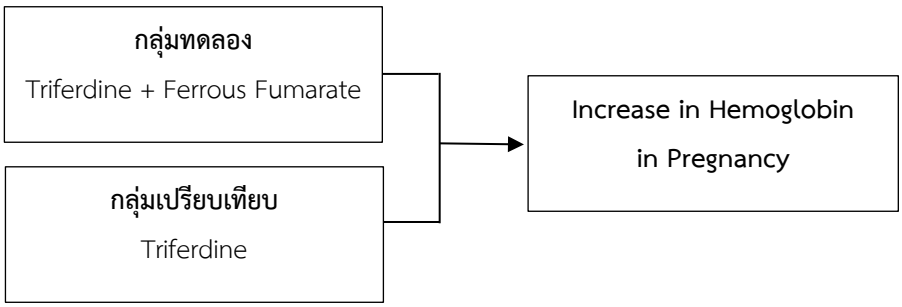
วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ระหว่างการรักษาด้วยไตรเฟอร์ดีน กับไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท

สมติฐานการวิจัย

การรักษาโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ด้วยไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรทมีประสิทธิผลในการเพิ่มระดับ Hemoglobin ในเลือด และ Apgar Score เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาไตรเฟอร์ดีนเพียงอย่างเดียว

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective cohort study) จากเวชระเบียนและข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบข้อมูลโรงพยาบาลของโรงพยาบาลบึงกาฬ เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ระหว่างการใช้ไตรเฟอร์ดีนกับไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท กลุ่มตัวอย่าง

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ใช้ไตรเฟอร์ดีน และกลุ่มที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท ตัวแปรต้น ได้แก่ การรักษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ระหว่าง การใช้ไตรเฟอร์ดีน กับไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท ตัวแปรตามได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของ Hemoglobin หลังได้รับการธาตุเหล็กเสริม

ประชากรที่ศึกษา ประชากรคือหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีน กับไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนโรงพยาบาลบึงกาฬ ในช่วงระหว่าง 1 มกราคม 2553 ถึง 30 พฤศจิกายน 2565 เกณฑ์คัดเข้า คือหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามารับบริการฝากครรภ์มี Hemoglobin lab1 ระหว่าง 8-10 g/dL ที่ได้รับไตรเฟอร์ดีนอย่างเดียว และที่ได้รับไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท เกณฑ์การคัดออกคือเวชระเบียนที่ข้อมูลไม่ครบถ้วน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา กำหนดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวนโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3 ใช้ข้อมูลจากการศึกษานำร่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลบึงกาฬจำนวน 30 กำหนดค่า Effect size โดยคำนวณจากผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Hemoglobin lab2 ของหญิงตั้งครรภ์ ได้ค่า Effect size เท่ากับ 0.8 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 อำนาจทดสอบเท่ากับ 0.8 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย จำนวน 50 คน โดยสามารถแบ่งกลุ่มอย่างน้อยกลุ่มละ 25 คน จากการเก็บข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังพบว่ามีจำนวนหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบึงกาฬ ที่มี Hemoglobin lab1 ระหว่าง 8-10 g/dL ที่ได้รับไตรเฟอร์ดีนอย่างเดียว และที่ได้รับไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 93 คน จึงได้แบ่งและใช้การสุ่มอย่างง่ายได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีน จำนวน 41 คน และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท จำนวน 41 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ จากโปรแกรม HOSXP version 3 ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 30 พฤศจิกายน 2565 แบบบันทึกข้อมูลที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิที่ได้ในรูปแบบของโปรแกรมสเปรดชีต โดยแบ่งเป็น 2 ตอน คือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกของผลการรักษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โดยเครื่องมือในการเก็บข้อมูลได้พัฒนาโดยผู้วิจัยและได้ผ่านตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจากศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยโรงพยาบาลบึงกาฬ และผู้บังคับบัญชาในหน่วยงานเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยชี้แจงเหตุผล วัตถุประสงค์รวมทั้งขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลบึงกาฬ บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสเปรดชีตในคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้รหัสแทนการใช้ชื่อ และเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการจัดเก็บมีการเข้ารหัสการเข้าใช้งาน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการตามขั้นตอนของการพิทักษ์สิทธิ์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบึงกาฬ เลขที่โครงการวิจัย BKHEC2023-01 โดยการวิจัยไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลส่วนบุคคลออกและการจัดเก็บข้อมูลให้มีความปลอดภัย รวมถึงการทำลายข้อมูลภายหลังการวิจัย โดยข้อมูลทุกอย่างที่ผู้วิจัยได้รับจะถือเป็นความลับ และผู้วิจัยจะขอนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล และ ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบการรักษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ระหว่างการใช้ไตรเฟอร์ดีน กับไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท ใช้สถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value>0.05) โดยหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีน (Triferdine) อย่างเดียว มีอายุเฉลี่ย 27.5 ปี ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 20.06 กิโลกรัมต่อตารางกิโลเมตร เมื่อจัดกลุ่มพบว่าส่วนมากมีดัชนีมวลกายสมส่วน ร้อยละ 48.8 ฝากครรภ์ <12 สัปดาห์ ร้อยละ 58.5 ได้รับคำปรึกษาแบบคู่โดยได้รับก่อนตรวจเลือด ร้อยละ 100.0 เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ 1 ครั้ง ร้อยละ 95.1 ส่วนใหญ่เข้ารับบริการฝากครรภ์ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 89.0 ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ Hemoglobin lab_1 เฉลี่ย 9.3 g/dL ส่วนหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีน (Triferdine) ร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท (Ferrous Fumarate) มีอายุเฉลี่ย 26.8 ปี ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 21.4 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เมื่อจัดกลุ่มพบว่าส่วนมากมีดัชนีมวลกายสมส่วน ร้อยละ 48.8 ฝากครรภ์ <12 สัปดาห์ ร้อยละ 70.7 ได้รับคำปรึกษาแบบคู่โดยได้รับก่อนตรวจเลือด ร้อยละ 100.0 เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ 1 ครั้ง ร้อยละ 95. ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ Hemoglobin lab_1 เฉลี่ย 9.3 g/dL เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน ทั้ง อายุ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ การได้รับคำปรึกษาแบบรายคู่ การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ และผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ Hemoglobin lab_1 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษาโลหิตจางระหว่าง 2 กลุ่ม ตามชนิดของยาที่ใช้รักษาจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	Triferdine		Triferdine + Ferrous Fumarate		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ	27.5 ± 7.8		26.8 ± 7.6		0.688
ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์	20.1 ± 2.9		21.4 ± 3.9		0.102
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	15	36.6	10	24.4	
สมส่วน	20	48.8	20	48.8	
น้ำหนักเกิน	3	7.3	5	12.2	
โรคอ้วน	3	7.3	5	12.2	
ฝากครรภ์					0.842
< 12 สัปดาห์	24	58.5	29	70.7	
> 12 สัปดาห์	17	41.5	12	29.3	
การได้รับคำปรึกษาแบบคู่					1.000
ได้รับก่อนตรวจเลือด	41	100.0	41	100.0	
การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่					1.000
เข้าร่วม 1 ครั้ง	39	95.1	39	95.1	
เข้าร่วม 2 ครั้งขึ้นไป	2	4.9	2	4.9	
ผล Hb_1 (g/dL)	9.3 ± 0.6		9.3 ± 0.5		0.319

ทดสอบสถิติ Independent t–test

เมื่อเปรียบเทียบความต่างของค่าเฉลี่ยของ Hemoglobin ระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนอย่างเดียวกับหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของ Hemoglobin มากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยของ Hemoglobin ระหว่างกลุ่ม

Hemoglobin	Triferdine	Triferdine + Ferrous Fumarate	p-value
Mean (SD) (mg/dL)	9.9 (0.7)	10.4 (0.9)	<0.05
Mean Difference (mg/dL)	0.6 (0.3)	1.1 (0.7)	<0.05

Independent t–test

ภาวะสุขภาพทารกพบว่า ทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนอย่างเดียว พบว่ามีน้ำหนักทารกแรกคลอดน้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 2,965.5 กรัม โดยจำแนกเป็นทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.3 และ 2,500 กรัม ขึ้นไป ร้อยละ 92.7 และ Apgar score ในนาทีแรก, 5, 10 มี Apgar score 8.5, 9.6 และ 9.7 ตามลำดับ ส่วนทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท พบว่า มีน้ำหนักทารกแรกคลอดน้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 3,026.5 กรัม โดยจำแนกเป็นทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.3 และ 2,500 กรัม ขึ้นไป ร้อยละ 92.7 และ Apgar score ในนาทีแรก, 5, 10 มี Apgar score 8.9, 9.9 และ 9.9 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ภาวะสุขภาพทารก วัดด้วย Apgar Score นาทีแรก นาทีที่ 5 และนาทีที่ 10 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับ Triferdine + Ferrous Fumarate (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับ Triferdine เพียงอย่างเดียว (กลุ่มควบคุม)

ภาวะสุขภาพทารก	Triferdine		Triferdine+ Ferrous Fumarate		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้ำหนักทารกแรกคลอด (กรัม)	2,965.5 ± 508.6		3,026.5 ± 458.7		0.556
น้อยกว่า 2500 กรัม	3	7.3	3	7.3	
2500 กรัม ขึ้นไป	38	92.7	38	92.7	
Apgar score					
นาทีแรก	8.5 ± 1.1		8.9 ± 0.4		0.033
นาทีที่ 5	9.6 ± 0.8		9.9 ± 0.3		0.018
นาทีที่ 10	9.7 ± 0.8		9.9 ± 0.6		0.129

Independent t–test

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบความต่างของค่าเฉลี่ยของ Hemoglobin ระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนอย่างเดียวกับหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท โดยผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ Hemoglobin lab2 พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรทมีค่าเฉลี่ย Hemoglobin lab2 มากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนอย่างเดียว สามารถอธิบายได้จากภาวะขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์มีการขาดธาตุเหล็กที่มากกว่าการเสริมธาตุเหล็กที่ได้รับไตรเฟอร์ดีน (Elemental Iron 60 mg/day) เมื่อได้รับเหล็กเสริมจากเฟอร์รัสฟูมาเรทจึงทำให้ฮีโมโกลบินมีค่าสูงขึ้นมากกว่าการได้รับไตรเฟอร์ดีนเพียงอย่างเดียว

จากการศึกษานี้ที่ได้ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีฮีโมโกลบิน 8-10 g/dL ซึ่งเสนอว่าการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ควรได้รับเฟอร์รัสฟูมาเรทเสริม เพิ่มจากการได้ไตรเฟอร์ดีนซึ่งจะทำให้สามารถแก้ไขภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ได้ดีขึ้น ซึ่งการแก้ไขภาวะโลหิตจางจะสามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อมารดาและทารก ได้แก่ ลดการคลอดก่อนกำหนด ลดการเสียชีวิตของมารดา ลดการเกิดคลอดน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ ลดการเสียชีวิตของทารก[13]

ทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่ใช้ไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท พบว่า มีน้ำหนักทารกแรกคลอดน้ำหนักแรกคลอดมากกว่ากลุ่มที่ได้ไตรเฟอร์ดีนเพียงอย่างเดียว (ไม่แตกต่างทางสถิติ) และมี Apgar score มากกว่าโดยมีความแตกต่างทางสถิติ (p-value<0.05) เข้าได้กับการศึกษาในเวเนซุเอลา[14] ซึ่งแสดงให้เห็นผลถึงประโยชน์ของการได้รับไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรทต่อทารกในครรภ์

การให้ยาเสริมธาตุเหล็กชนิดรับประทานเป็นการรักษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้ผลดี และถ้ามีภาวะโลหิตจางที่ฮีโมโกลบิน 8-10 g/dL จะได้ประโยชน์เพิ่มขึ้นในการได้รับไตรเฟอร์ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท แต่การได้รับยาเสริมธาตุเหล็กชนิดรับประทานมีผลข้างเคียงของระบบทางเดินอาหารได้ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูกซึ่งอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับประทานยาที่ได้ให้ไป การให้ธาตุเหล็กทางหลอดเลือดดำก็เป็นอีกหนึ่งในรูปแบบการเสริมธาตุเหล็กที่เป็นตัวเลือกที่มีประสิทธิภาพดีและปลอดภัย[15]

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาที่ออกแบบมาเพื่อวัดความแตกต่างของฮีโมโกลบิน จำนวนตัวอย่างที่คำนวณจึงออกแบบมาเพื่อวัดความแตกต่างของฮีโมโกลบิน เมื่อนำมาวัดผลลัพธ์ที่เป็นน้ำหนักตัวของทารกอาจมีจำนวนประชากรไม่เพียงพอที่จะวัดความแตกต่างของสองกลุ่ม ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการประเมินเรื่องผลลัพธ์ของสุขภาพทารก

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนานโยบายและการปฏิบัติงาน

การให้ยาเสริมธาตุเหล็กด้วย Triferdine เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการแก้ไขปัญหาโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งมีภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็กร่วมด้วย ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางควรได้รับ Triferdine และ Ferrous Fumarate ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ และเป็นอาจพิจารณาปรับเป็นคำแนะนำสำหรับการกำหนดนโยบายสาธารณสุขในอนาคตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ กมล แซ่ปึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำการศึกษานี้ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบึงกาฬทุกท่านที่มีส่วนในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Anaemia [Internet]. 2022. Available from: https://www.who.int/health-topics/anaemia#tab=tab_1
2. Beckert RH, Baer RJ, Anderson JG, Jelliffe-Pawlowski LL, Rogers EE. Maternal anemia and pregnancy outcomes: a population-based study. Journal of Perinatology. 2019;39(7):911–9.
3. Garzon S, Cacciato PM, Certelli C, Salvaggio C, Magliarditi M, Rizzo G. Iron deficiency anemia in pregnancy: novel approaches for an old problem. Oman Medical Journal. 2020;35(5):e166.
4. Smith C, Teng F, Branch E, Chu S, Joseph K. Maternal and perinatal morbidity and mortality associated with anemia in pregnancy. Obstetrics and gynecology. 2019;134(6):1234.
5. Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, Paciorek CJ, Flaxman SR, Branca F, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995–2011: a systematic analysis of population-representative data. The Lancet Global Health. 2013;1(1):e16–25.
6. Herzog SA, Leikauf G, Jakse H, Siebenhofer A, Haeusler M, Berghold A. Prevalence of anemia in pregnant women in Styria, Austria—A retrospective analysis of mother-child examinations 2006–2014. Plos one. 2019;14(7):e0219703.
7. Wu Y, Ye H, Liu J, Ma Q, Yuan Y, Pang Q, et al. Prevalence of anemia and sociodemographic characteristics among pregnant and non-pregnant women in southwest China: a longitudinal observational study. BMC Pregnancy and ChildBirth. 2020;20(1):1–10.
8. Seu M, Mose JC, Panigoro R, Sahiratmadja E. Anemia prevalence after iron supplementation among pregnant women in midwifes practice of primary health care facilities in eastern indonesia. Anemia. 2019;2019.
9. Health Data Center. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ [Internet]. 2565. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.
10. กัลย์สุดา อริยะวัตรกุล, นริศรา วงศ์ทอง. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในนิสิตแพทย์หญิง. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2565;32(4):315–22.

11. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ แนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนตวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนตวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี; 2556.
12. นภาพรรณ วิริยะอุตสาหกุล. รายงานการศึกษาผลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2562.
13. Means RT. Iron deficiency and iron deficiency anemia: implications and impact in pregnancy, fetal development, and early childhood parameters. Nutrients. 2020;12(2):447.
14. Martí A, Peña-Martí G, Muñoz S, Lanas F, Comunian G. Association between prematurity and maternal anemia in Venezuelan pregnant women during third trimester at labor. Archivos Latinoamericanos de Nutricion. 2001;51(1):44–8.
15. Park DI, Ryu SH, Oh SJ, Yoo TW, Kim HJ, Cho YK, et al. Significance of endoscopy in asymptomatic premenopausal women with iron deficiency anemia. Digestive diseases and sciences. 2006;51(12):2372–6.

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิต ของวัยทำงานในสำนักงานเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต, ส.ม.[*], มนฤดี แสงวงษ์, วท.ม.[*], ศศิธร บุญสุข, วท.ม.[*], ฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์, วท.ม.[*], รัชดาพร จันทบุตร, ส.ม.[*], จิรนันท์ เจริญผล, วท.บ.[*], นิยม จันทร์นวล, ส.ด.[a]**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ความเครียด ภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของวัยทำงานในสำนักงานเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรวัยทำงานจำนวน 90 คน คัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสเปียร์แมน ผลการวิจัย พบว่า ตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลางๆ ร้อยละ 58.9 ความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 55.6 ภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 100.0 และมีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี ร้อยละ 61.1 ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต (r=-0.300, 95%CI=0.09-0.48, p-value=0.005) และภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต (r=0.437, 95%CI=0.25-0.59, p-value<0.001) ดังนั้น ผู้บริหารส่วนท้องถิ่นควรให้ความสำคัญในการออกแบบการทำงานที่เหมาะสมป้องกันความเครียด และจัดกิจกรรมส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรเพื่อพัฒนาคุณภาพที่ดีและยั่งยืน

คำสำคัญ: ความเครียด; ภาวะสุขภาพจิต**;** พฤติกรรมสุขภาพ**;** คุณภาพชีวิต; วัยทำงาน

---

[*] ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

[**] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

[a] Corresponding author : นิยม จันทร์นวล Email : Niyom.j@ubu.ac.th

รับบทความ: 26 ธ.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 25 ม.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 25 ม.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์ 10 ก.พ. 66

Association between Stress, Mental Health Status and Health Behaviors with Quality of Life among Working Age of Municipality Offices in Ubon Ratchathani Province

Supaluk Tanatamsatit, MPH[*], Monruedee Sangwong, M.Sc.[*], Sasitorn Boonsook, M.Sc. [*], Titirat Phawasuttipong, M.Sc. [*], Ratchadaporn Chanthabutr, MPH[*], Jiranun Jarernpon, B.Sc. [*], Niyom Junnual, Dr.P.H[a]**

Abstract

The objectives of this cross-sectional research were to study quality of life, stress, mental health status, and health behaviors and how quality of life can be influenced by stress, mental health status, and health behaviors. Samples were 90 personnel in the working age at municipality offices in Ubon Ratchathani province, who were recruited according to the inclusion criteria through simple random sampling technique. Data were collected using stress, mental health status, health behaviors, and quality of life questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlations, and Spearman's rank correlations. The results showed that the samples' quality of life was at a moderate level (58.9 percent) while 55.6 percent had a mild level of stress. Everyone (100 percent) showed mental status at a lower level than persons in general. About 61.1 percent reported their health behaviors at a good level. Correlation analysis revealed that stress had a significant negative relationship with quality of life at a low level (r=-0.300, 95%CI=0.09–0.48, p-value=0.005) while mental health status had a significant positive relationship with quality of life at a moderate level (r=0.437, 95%CI=0.25–0.59, p-value<0.001). It is recommended that local administrators should focus on designing proper work to prevent stress and activities to promote mental health of personnel to develop good and sustainable quality of life.

Keywords : Stress; Mental health status; Health behaviors; Quality of life; Working age

[*] Regional Health Promotion Center 10, Ubon Ratchathani

[**] Assistant Professor, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

[a] Corresponding author : Niyom Junnual E-mail: Niyom.j@ubu.ac.th

Received: Dec. 26, 22; Revised: Jan. 25, 23; Accepted: Jan. 25, 23; Published Online: Feb. 10, 23

บทนำ

ประชากรวัยทำงาน เป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาครอบครัว สังคม และประเทศ มีบทบาทเป็นทั้งผู้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ เป็นผู้นำครอบครัว และต้องดูแลประชากรกลุ่มวัยต่างๆ ในครอบครัว ข้อมูลจากระบบสถิติทางการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย[1] ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น จำนวน 66.41 ล้านคน พบว่าเป็นกลุ่มคนวัยทำงาน จำนวน 56.64 ล้านคน โดยเป็นผู้อยู่ในกำลังแรงงาน 37.72 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 56.80 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งนับเป็นจำนวนประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ ถึงแม้ว่าวัยทำงานจะมีทุนความพร้อมทางด้านร่างกายอันเป็นปัจจัยส่วนบุคคล มากกว่ากลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ แต่คนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจากปัจจัยภายนอก เช่น โรคจากการประกอบอาชีพ การยศาสตร์ในการทำงาน อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน โรคและภาวะความเจ็บป่วย จากพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตจากสภาพเศรษฐกิจ และสังคมไทยในปัจจุบัน[2] ซึ่งในปี พ.ศ.2562–2563 พบว่าประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ เป็นประจำร้อยละ 15.2 มีผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 59.0 ทำกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอร้อยละ 30.9 ซึ่งเป็น ผู้มีอาชีพที่ไม่ต้องใช้แรงมาก เช่น เสมียน ผู้บริหารเป็นต้น ร้อยละ 16–30 เป็นผู้มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1.7 ด้านอาหารพบว่ามีการกินอาหารวันละ 3 มื้อร้อยละ 73.0 กินผักผลไม้เพียงพอต่อวันร้อยละ 27.8 โดยมี ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 27.7 ซึ่งพบว่าความชุกภาวะอ้วนลงพุงในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาล[3]

การปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลนคร 1 แห่ง เทศบาลเมือง 3 แห่ง เทศบาลตำบล 35 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 199 แห่ง[4] โดยการปกครองรูปแบบเทศบาลเป็นรูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่นที่กระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นดำเนินการ ปกครองตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อกระจายอำนาจการปกครองให้ประชาชนในท้องถิ่นทุกระดับเพื่อตอบสนอง ความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ประกอบด้วย การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม โดยจัดให้มี ภารกิจในการพัฒนาและการบำรุงรักษาทางน้ำและทางบก รักษาความสะอาดของถนน ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งการจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ ป้องกันและบรรเทา สาธารณภัย ส่งเสริมการศึกษาศาสนาและวัฒนธรรม ส่งเสริมการพัฒนาการ สตรีเด็กเยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ การคุ้มครองดูแลและบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม บำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญา ท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น ฯลฯ[5] ด้วยบทบาทหน้าที่ดังกล่าว ทำให้บุคลากรวัยทำงานสำนักเทศบาล มีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ โดยพบว่าวัยแรงงานมีโรคอ้วน ร้อยละ 37.50 รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอร้อยละ 74.10 ทั้งนี้ส่วนมากเป็นผลมาจากการทำงาน ตลอดทั้งวัน ส่งผลให้เกิดความเครียด ภาวะสุขภาพจิต เหนื่อยล้า ทำให้มองข้ามการดูแลสุขภาพของตนเอง[6] ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม และ ความคิดของบุคคล[7] นำไปสู่ปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของบุคลากรวัยทำงานที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเทศบาล จึงสนใจทำการวิศึกษาความสัมพันธ์

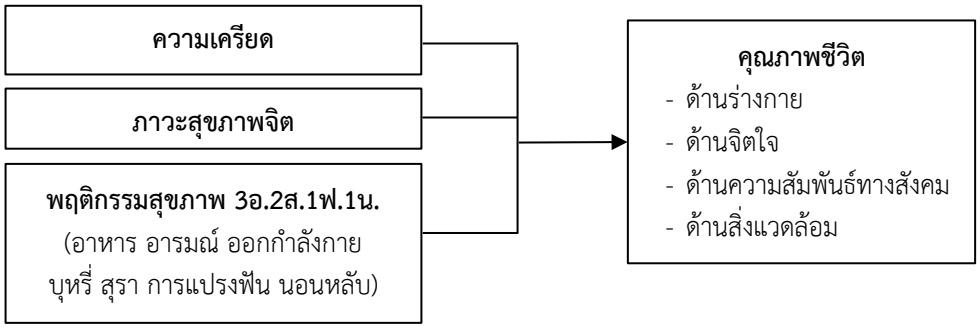
ระหว่างความเครียด ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของวัยทำงานในสำนักงานเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งนี้มีความมุ่งหวังว่าผลการศึกษาจะสามารถนำไปให้หน่วยงานต้นสังกัดหรือผู้บังคับบัญชาใช้ ในการวิเคราะห์และกำหนดนโยบายหรือแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต ลดปัจจัยเสี่ยงต่อความเครียด และภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรจากการทำงานเพื่อลดความเสี่ยงในการสูญเสียบุคลากรอันเนื่องจากสาเหตุความเครียด คุณภาพชีวิต ในการปฏิบัติงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ความเครียด ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานในสำนักงานเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของวัยทำงานในสำนักงานเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีอายุ 15-60 ปี โดยแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ[8] ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต สำหรับพฤติกรรมสุขภาพใช้แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) ในกลุ่มวัยทำงาน ของกรมอนามัยที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีโดยผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. (อ.ออกกำลังกาย อ.อาหาร อ.อารมณ์) 2ส. (ส.สูบบุหรี่ ส.สุรา) 1ฟ. (ฟ.ดูแลสุขภาพฟัน) และ 1น. (นอนหลับ) [9] สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลกับวัยทำงานในสำนักงานเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 1 กรกฎาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรวัยทำงานในสำนักงานเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 3 แห่ง ได้แก่ เทศบาลเมืองวารินชำราบ เทศบาลเมืองเดชอุดม และเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีอายุการทำงานในสำนักงานเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานีตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารด้วยการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัย จำนวน 450 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร กรณีทราบขนาดประชากร[10] โดยกำหนดค่า P=0.07, d=0.05 และ $Z^2\alpha/2$=1.96 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 82 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก 8 คน ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 90 คน โดยมีอัตราการตอบกลับแบบสอบถาม 100%

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด (ST-5) โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[11] เป็นแบบวัดความเครียด 5 ข้อ เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ แทบไม่มี เป็นครั้งคราว บ่อยครั้ง และเป็นประจำ คะแนนเต็ม 15 คะแนน แปลผลความเครียดเป็น 4 ระดับ คือ เครียดน้อย (0-4 คะแนน) เครียดปานกลาง (5-7 คะแนน) เครียดมาก (8-9 คะแนน) และเครียดมากที่สุด (10-15 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Thai Mental Health Indicator Version 2007-TMHI-15) ฉบับสั้น 15 ข้อ พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[12] โดยถามถึงประสบการณ์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา โดยให้สำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์อาการ ความคิดเห็น และความรู้สึกว่า อยู่ในระดับใด ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด คะแนนเต็ม 45 คะแนน แปลผลภาวะสุขภาพจิตเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (35-45 คะแนน) มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (28-34 คะแนน) และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (≤27 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.70

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม 7 ด้าน (3อ.2ส.1ฟ.1น.) มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย สุขภาพจิต งดการเสพสุรา งดการสูบบุหรี่ ดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน และการนอนหลับ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง ควรปรับปรุง[13] โดยทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาตั้งแต่ 0.50 ความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.74

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้แบบประเมินขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย[14] ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนเต็ม 130 คะแนน แปลผลคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตไม่ดี (26-60 คะแนน) คุณภาพชีวิตกลางๆ (61-95 คะแนน) และคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน) โดยทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาตั้งแต่ 0.50 ความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.84

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยลงพื้นที่สำนักงานเทศบาลเมืองเป้าหมาย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยกับผู้บริหารเทศบาลและกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจอย่างอิสระ และเข้าร่วมหรือออกจากการวิจัยได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการแจกแบบสอบถามการวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งให้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาทีต่อคน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 หมายเลขใบรับรอง ID-01-65-01-E ลงวันที่ 20 เมษายน 2565 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สามารถตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ เพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ความเครียด ภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product–moment correlation) และสถิติสเปียร์แมน (Spearman’s rank correlation) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยการกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์[15] ดังนี้

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.01-0.20 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.21-0.40 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.41-0.60 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61-0.80 มีความสัมพันธ์ระดับสูง
ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80 มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ความเครียด ภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.1 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.8 ± 8.78 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 54.4 เส้นรอบเอวผู้ชายอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 71.4 ($\overline{X}$=85.63 ± 10.73 เซนติเมตร) ผู้หญิงอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 58.2 ($\overline{X}$=78.40 ± 9.79 เซนติเมตร) มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 35.6 ($\overline{X}$=24.35 ± 4.19 ตารางเมตร) ร้อยละ 77.8 ไม่มีโรคประจำตัว มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 55.6 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 32.2 และทุกคนมีภาวะสุขภาพจิตระดับต่ำกว่าคนทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 35.6 และมากกว่าครึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลางร้อยละ 58.9 รองลงมามีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 41.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากร ความเครียด ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิต (n=90)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- หญิง	55	61.1
- ชาย	35	38.9
อายุ ($\overline{X}$=40.84 ± 8.78, Min=24, Max=59) ปี		
- 36 – 47 ปี	43	47.8
- 24 – 35 ปี	25	27.8
- 48 – 59 ปี	22	24.4
สถานภาพสมรส		
- โสด	31	34.4
- สมรส	49	54.4
- หม้าย/หย่า	10	11.2

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากร ความเครียด ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิต (n=90)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เส้นรอบเอว		
ชาย (35 คน) ($\overline{X}$=85.63 ± 10.73, Min=65, Max=114) เซนติเมตร		
- ปกติ	25	71.4
- เกินเกณฑ์	10	28.6
หญิง (55 คน) ($\overline{X}$=78.40 ± 9.79, Min=63, Max=109) เซนติเมตร		
- ปกติ	32	58.2
- เกินเกณฑ์	23	41.8
ดัวชีมวลกาย ($\overline{X}$=24.35 ± 4.19, Min=17.36, Max=38.05)		
- ผอม (น้อยกว่า 18.5 ตร.ม.)	5	5.7
- ปกติ (18.50–22.99 ตร.ม.)	31	34.4
- อ้วนระดับ 1 (23.00–24.99 ตร.ม.)	16	17.9
- อ้วนระดับ 2 (25.00–29.99 ตร.ม.)	32	35.6
- อ้วนอันตราย (30 ตร.ม.ขึ้นไป)	6	6.4
โรคประจำตัว		
- ไม่มี	70	77.8
- มี (ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภูมิแพ้)	20	22.2
ความเครียด ($\overline{X}$=4.15 ± 2.89, Min=0, Max=15)		
- เครียดน้อย	50	55.6
- เครียดปานกลาง	29	32.2
- เครียดมาก	7	7.8
- เครียดมากที่สุด	4	4.4
ภาวะสุขภาพจิต ($\overline{X}$=25.83±3.63, Min=17, Max=33)		
- สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	90	100.0
พฤติกรรมสุขภาพ ($\overline{X}$=26.38±3.49, Min=9, Max=34)		
- ดี	55	61.1
- ปานกลาง	32	35.6
- ควรปรับปรุง	3	3.3
คุณภาพชีวิต ($\overline{X}$=92.17 ± 10.36, Min=71, Max=126)		
- คุณภาพชีวิตที่กลางๆ	53	58.9
- คุณภาพชีวิตที่ดี	37	41.1

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิต

ผลการวิจัย พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต (r=-0.300, 95%CI=0.09–0.48, p-value=0.005) และภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต (r=0.437, 95%CI=0.25–0.59, p-value<0.001) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของวัยทำงานในสำนักงานเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี (n=90)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต			
	r	95% CI	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความเครียด	-0.300**	0.09 - 0.48	0.005	ต่ำ
ภาวะสุขภาพจิต	0.437*	0.25 - 0.59	< 0.001	ปานกลาง
พฤติกรรมสุขภาพ	0.095*	- 0.12 - 0.30	0.387	-

*Pearson product moment correlation; **Spearman's rank correlation

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่กลางๆ ร้อยละ 58.9 ($\overline{X}$=92.17±10.36) อธิบายได้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงองค์กรหลายด้าน มีการปรับปรุงการบริหารเพื่อส่งเสริมความร่วมมือของบุคลากรหลายระดับเพื่อให้เกิดความพึงพอใจของบุคลากรและผู้รับบริการ ทำให้บุคลากรวัยทำงานในสำนักงานเทศบาลเมือง มีการรับรู้สภาพความสมบูรณ์ของร่างกายของตนเองในภาวะที่เหมาะสม เมื่อมีความรู้สึกสุขสบายไม่มีความเจ็บปวด มีความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ ด้านจิตใจมีการรับรู้ความรู้สึกทางบวกต่อตนเอง มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือความกังวล เพื่อลดความกดดันด้านจิตใจพร้อมที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม สามารถรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และรับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมได้ และด้านสิ่งแวดล้อม มีการรับรู้ว่าสามารถมีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดของ ญาณิศา ลิ้มรัตน์[16] ได้นิยามคุณภาพชีวิตการทำงานว่า หมายถึง การที่บุคลากรได้รับการตอบสนองจากองค์การให้ได้รับความสุขและความพึงพอใจในการทำงาน ทั้งในด้านการปฏิบัติงานสภาพแวดล้อมในการทำงาน ค่าตอบแทน และความเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การทำงาน ทำให้บุคลากรปฏิบัติงานให้องค์กรด้วยความเต็มใจและเกิดประสิทธิผลต่อองค์กร แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ ลี้อิสรพงษ์ และคณะ[17] ที่พบคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลเอกชนในระดับสูง นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต และภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต

สอดคล้องกับงานวิจัยของ สราวลี แซงแสวง[18] ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานและความสมดุลของชีวิตในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการเจนเนอเรชั่น X และเจนเนอเรชั่น Y พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการเจนเนอเรชั่น X และ เจนเนอเรชั่น Y ทั้ง 8 ด้าน คือค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านโอกาสในการพัฒนาสมรรถภาพของตนเอง ด้านสังคมสัมพันธ์ ด้านธรรมนูญในองค์กร ด้านจังหวะชีวิตที่มีความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวและด้านความเป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานในด้านที่มาก คือสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพและด้านสัมพันธภาพในสังคม และพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานในด้านที่น้อยคือ ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม เนื่องจากว่า บุคลากรมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมือนกัน โดยควรจะกำหนดคุณภาพชีวิตในการทำงานของภาครัฐในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้มีข้อกำหนดที่ชัดเจน และคุณภาพชีวิตของบุคลากรควรได้รับความรู้สึกพึงพอใจ และมีความสุขในชีวิต ตามสถานที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น

ข้อเสนอแนะ

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบาย วางแผนและการบริหารจัดการเพื่อออกแบบลักษณะงานให้มีความเหมาะสมเพื่อสร้างความสุขและคุณภาพชีวิตให้กับบุคลากร
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดกิจกรรมในหน่วยงานเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต และป้องกันความเครียดของบุคลากร โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เช่น กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สถาบันการศึกษา เป็นต้น
3. การวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบกิจกรรมโปรแกรมเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพกาย ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของวัยทำงานในหน่วยงาน องค์กร หรือสถานประกอบการต่างๆ โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทขององค์กร

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ ขอบพระคุณนายกเทศมนตรีและผู้บริหารเทศบาลเมืองในจังหวัดอุบลราชธานีทุกแห่ง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยกับบุคลากร ขอบพระคุณผู้บริหารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล จนทำให้การวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. สถิติจำนวนประชากรและบ้าน [อินเตอร์เน็ต] 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 28]. เข้าถึงได้จาก: https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statINTERNET/#/TableTemplate/Area/statpop
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2557.
3. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2662-2563. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
4. สำนักงานส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดอุบลราชธานี. ข้อมูลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี [อินเตอร์เน็ต] 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 20]. เข้าถึงได้จาก: https://ubonlocal.go.th/public/default/index/index
5. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ.2496 [อินเตอร์เน็ต] 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 30]. เข้าถึงได้จาก: http://www.local.moi.go.th/thadsaban_update.pdf
6. สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ. วัยทำงานเสี่ยงโรคเรื้อรังคุกคาม [อินเตอร์เน็ต] 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 30]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaihealth.or.th
7. ชูวงศ์ ฉายะบุตร. การให้บริการแบบครบวงจร แนวทางการให้บริการเชิงรุกของกรมการปกครอง เทศาภิบาล; 2546: 11-14.
8. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k
9. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือกระบวนการจัดการคลินิกไร้พุง (DPAC) สำหรับสถานบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
10. Daniel WW. Biostatics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed.). New York: John Wiley & Sons; 2010.
11. กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเครียด (ST5) [อินเตอร์เน็ต] 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 20]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/test/qtest5/
12. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชนี หัตถพนม, ไพรวัลย์ ร่มซ้าย, วรวรรณ จุฑา. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2552.
13. Best JW. Research in Education. (3rd ed). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1981.

14. กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย [อินเตอร์เน็ต] 2540 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/test/whoqol/
15. Wiersma WG, Jurs S. Research Method in Education an Introduction (9th ed). Massachusetts: Pearson; 2009.
16. ญาณิศา ลิ้มรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลบรรยากาศจริยธรรมในงานของกลุ่มการพยาบาล คุณภาพชีวิตการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
17. สุนันท์ ลี้อิสสรพงษ์, อารีรัตน์ ขำอยู่, วรรณี เดียวอิศเรศ. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงาน พฤติกรรม จริยธรรมของผู้นำ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. วารสารแพทย์นาวี. 2562;40(1): 115-30.
18. วสราวลี แซงแสวง. คุณภาพชีวิตในการทำงานและความสมดุลของชีวิตในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการเจนเนอเรชั่น X และเจนเนอเรชั่น Y [สารนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสังคม]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 6

ศรัชฌา กาญจนสิงห์*[a]

บทคัดย่อ

การศึกษาระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 6 เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษารูปแบบการส่งเสริม “สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ” ในเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 6” ที่ศึกษาภาวะซีด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดในเด็กวัยเรียน ทำการสุ่มแบบขั้นลำดับโดยสุ่มเพื่อเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนเขตสุขภาพที่ 6 สุ่มเลือกโรงเรียน และสุ่มเลือกเด็กวัยเรียนที่มีอายุ 6-14 ปี ในแต่ละโรงเรียน จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในครั้งนี้ 1,441 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และนำข้อมูลไปพัฒนาเป็นระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 6 ดำเนินการตรวจสอบ ปรับแก้ และนำระบบฯ ไปทดลองใช้ในเขตสุขภาพที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังทดลองใช้ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียน ในเขตสุขภาพที่ 6 ด้วยสถิติ Paired sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) ภาวะซีดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดในเด็กวัยเรียน พบว่า เด็กอายุ 6-14 ปี เขตสุขภาพที่ 6 มีภาวะซีดค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 22.8 โดยเด็กอายุ 6-9 ปี ซีดมากกว่าอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 25.6 และ 20.4 ตามลำดับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีด คือ อายุเด็ก (p=0.020) สังกัดของโรงเรียน (p=0.047) การกินอาหารหลัก 3 มื้อ (p=0.019) เวลาในการนอนหลับ (p=0.013) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (p=0.011) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซีด 2) ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียนทำให้ผลการดำเนินงานการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01)

คำสำคัญ: ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียน; ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก; เด็กวัยเรียน; เขตสุขภาพที่ 6

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

[a] Corresponding author : ศรัชฌา กาญจนสิงห์ Email : S-rush-K@hotmail.com

รับบทความ: 4 ม.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 23 ม.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 25 ม.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์ 12 ก.พ. 66

The Anemia Surveillance System of Schoolchildren in Health Region 6

Srush-shar Karnjanasingha[*a]

Abstract

The Anemia Surveillance System of Schoolchildren in Health Region 6 is a part of the study "The Nutritional Status and Dental Caries Promoting of Schoolchildren Model in Health Region 6" that examined anemia and factors associated with anemia among schoolchildren. The samples were 1,441 students aged 6-14 years old selected using multi–stage cluster sampling through 3 levels: province, school, and students. The research instruments were semi-structured interview and in-depth interview questions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. The data were used to develop the Anemia Surveillance System of Schoolchildren in Health Region 6. The system was reviewed and modified by executives, operators, consultants and experts and tried out in health region 6. The comparisons of differences before and after trying out the system were tested using paired sample t-test.

The results showed that 1) anemia situations among schoolchildren aged 6-14 years old in health region 6 were found to be at 22.8 percent while those aged age 6-9- and 10–14-year-old groups were higher at 25.6 and 20.4 percent respectively. Factors significantly associated with anemia were age range ($p=0.020$), school affiliation ($p=0.047$), eating 3 main meals ($p=0.019$), time of sleep ($p=0.013$) and health literacy ($p=0.011$). 2) The Anemia Surveillance System in Schoolchildren were higher significantly increased the performance of iron supplements ($p<0.01$).

Keywords : The anemia surveillance system in schoolchildren; Iron supplements; School Age; Health region 6

[*] Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Health Literacy and Communication Promotion Division, Department of Health, Ministry of Public Health

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

Received: Jan. 4, 23; Revised: Jan. 23, 23; Accepted: Jan. 25, 23; Published Online: Feb. 12, 23

บทนำ

ข้อมูลสถิติประชากรศาสตร์ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าประชากรอายุ 5-14 ปี มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 14.3 ในปี 2550 เป็น ร้อยละ 11.9 ในปี 2560 ซึ่งการลดลงของประชากรกลุ่มนี้สวนทางกับจำนวนประชากรประเทศที่เพิ่มขึ้น ถึง 1 ใน 3 (ปี 2550 มีประชากร 63,038,247 คน ปี 2560 มีประชากร 66,188,503 คน)[1] ซึ่งคาดว่าจะลดจำนวนลง ในอีก 10 ปีข้างหน้า จึงจำเป็นต้องเร่งวางแผนและมีนโยบายเพื่อพัฒนาคนกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพ จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข[2] ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) มีเป้าหมายในระยะ 20 ปี ให้ช่วงอายุ 6-14 ปี ซึ่งเป็นช่วงของเด็กวัยเรียน (อายุ 6 ปีเต็ม ถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน) มี IQ/EQ ดี สุขภาพแข็งแรง สูงดีสมส่วน ฟันดีไม่ผุ หรือส่งเสริมเด็กวัยเรียนให้แข็งแรงและฉลาด ซึ่งเด็กวัยเรียน (School age) เป็นประชากรวัยเด็กตอนปลาย เป็นวัยที่เน้นการเรียนรู้เป็นหลักในระดับประถมศึกษาซึ่งต้องอยู่ในการควบคุม ดูแล เอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากพ่อแม่ผู้ปกครองทั้งทางร่างกายและจิตใจเพื่อป้องกันภัยและปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ในเด็กวัยนี้[3] ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลทางวิชาการ[4-8] พบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อความแข็งแรงและความฉลาดในเด็กวัยเรียน อันประกอบด้วย สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม พันธุกรรม สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะอนามัยและสิ่งแวดล้อม ซึ่งถ้าเด็กวัยเรียนมีความรู้ มีสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะส่งผลต่อสุขภาวะที่ดีในช่วงวัยต่อไป

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพหนึ่งที่ส่งผลต่อความแข็งแรงและความฉลาดในเด็กวัยเรียน เป็นภาวะที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น เป็นภาวะที่จะต้องหาสาเหตุเพื่อรับการรักษาแก้ไขให้ถูกต้อง ซึ่งสาเหตุของภาวะโลหิตจางที่พบมากที่สุดได้แก่ การขาดธาตุเหล็ก ซึ่งธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการทำงานภายในเซลล์ต่างๆ เด็กที่ขาดธาตุเหล็กจนถึงระดับที่ทำให้มีภาวะโลหิตจางจะเหนื่อยง่าย ทำกิจกรรมได้เชื่องช้ากว่าเด็กปกติ มีผลต่อความสามารถในการเรียนการคิดคำนวณ[9] จากการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทย พ.ศ. 2553-2555 ภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey (SENUTS)[10] พบว่าภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียนอายุ 6-8 ปี สูงถึงร้อยละ 46.7 และพบมากกว่ากลุ่มอายุ 9-11 ปี (25.4%) และอายุ12-14 ปี (15.7%) ตามลำดับ โดยพบอัตราความชุกของภาวะการขาดธาตุเหล็กในเพศหญิงเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้นด้วย ทำให้ในปี พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ความสำคัญต่อการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างจริงจัง โดยใช้มาตรการการเสริมธาตุเหล็กในอาหาร การให้โภชนศึกษา และการให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละครั้งแก่เด็กนักเรียน (อายุ 6-12 ปี) ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[11] และจากการติดตามค่าเป้าหมายตัวชี้วัดผลการดำเนินงานในระดับประเทศและระดับเขตสุขภาพที่ 6 ที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีอัตราความชุกของภาวะซีดร้อยละ 30.30 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 20 ของประชากรเด็กวัยเรียน และการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) มีเพียงร้อยละ 38.21 จากค่าเป้าหมายร้อยละ 50 ของนักเรียน

ที่มีภาวะซีด ซึ่งพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์[12] ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเร่งหามาตรการในการสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าว เพื่อเป็นการป้องกันการขาดธาตุเหล็กที่มีความสำคัญต่อปัญหาภาวะซีดในเด็กไทย

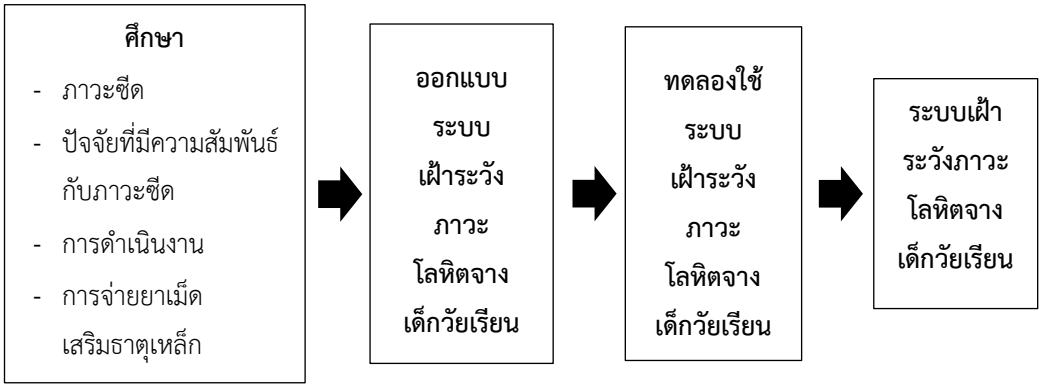
อย่างไรก็ดี การเสริมธาตุเหล็กในอาหาร การให้โภชนศึกษา และการให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละครั้งแก่เด็กนักเรียน (อายุ 6-12 ปี) ยังพบปัญหาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ส่งผลให้ภาวะโลหิตจางยังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในเด็กวัยเรียน ที่ต้องการมาตรการเชิงรุกในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเพื่อลดโอกาสการเกิดผลเสียอย่างถาวรในเด็ก[13-17] ดังนั้นเพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียนจำเป็นต้องมีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย จากตัวพ่อแม่เอง เครือญาติ ผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานท้องถิ่น รวมทั้งการมีนโยบายที่สนับสนุน แนวทางการปฏิบัติ การเข้าถึงบริการ และการกำกับติดตามที่ชัดเจน[15] รวมทั้งต้องมีระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียนที่มีประสิทธิภาพ อันจะทำให้ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียนลดลง และส่งผลต่อการสนับสนุนให้เด็กวัยเรียนมี IQ/EQ ดี สุขภาพแข็งแรงและฉลาดอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาภาวะซีดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 6
2. เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 6

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ส่งผลกระทบต่อการส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กวัยเรียนมี IQ/EQ ดี สุขภาพแข็งแรงและฉลาดอย่างมีคุณภาพ[9] ซึ่งการลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียนจำเป็นต้องมีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย จากตัวพ่อแม่เอง เครือญาติ ผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานท้องถิ่น รวมทั้งการมีนโยบายที่สนับสนุน แนวทางการปฏิบัติ การเข้าถึงบริการและการกำกับติดตามที่ชัดเจน จึงควรศึกษาข้อมูลพื้นฐานและนำข้อมูลนั้นมาศึกษาหาแนวทาง แก้ไขปัญหาและวางระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพต่อไป ดังกรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย “การศึกษารูปแบบการส่งเสริม “สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ” ในเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 6 ที่ศึกษาสถานการณ์ภาวะซีดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดในแด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี ในเขตสุขภาพที่ และนำข้อมูลไปพัฒนาเป็นระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 6 ดำเนินการตรวจสอบปรับแก้รูปแบบและแนวทางที่จัดทำขึ้นจากมติที่ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน และจากข้อเสนอแนะของที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ และได้นำระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียนไปทดลองใช้ในเขตสุขภาพที่ 6

กลุ่มตัวอย่างและการเลือกพื้นที่

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาภาวะซีดและสภาพการดำเนินงานการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก : กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ใช้หลักการเลือกแบบมีเกณฑ์ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) เด็กวัยเรียนที่มีอายุ 6 ปีเต็มถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน มีสัญชาติไทย ไม่มีความพิการทางร่างกายและสมอง สามารถใช้ภาษาไทยเพื่อการสื่อสารโต้ตอบได้เข้าใจ 2) พ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับเด็กและดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาที่ยินยอมให้ข้อมูล 3) ครูประจำชั้นที่ดูแลเด็ก

การสุ่มเลือกพื้นที่ใช้การสุ่มแบบขั้นลำดับ (Multi-stage cluster sampling) โดยสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือก 3 จังหวัดในเขตสุขภาพเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง สุ่มเลือกโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สังกัดเอกชน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสังกัดกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน (ตชด.) อย่างละ 1 แห่ง ในแต่ละจังหวัดตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบตามขนาดตัวอย่างที่กำหนดเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง และสุ่มเลือกจำนวนเด็กที่มีอายุ 6 ปีเต็มถึง 14 ป 11 เดือน 29 วัน ในแต่ละโรงเรียนที่สังกัด สพฐ. เอกชน อปท. และ ตชด. เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม จำนวนตัวอย่างที่ใชในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 1,441 คน ใน 3 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 6 คือ จังหวัดจันทบุรี 405 คน จังหวัดตราด 454 คน และจังหวัดฉะเชิงเทรา 582 คน

ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ได้มาจัดทำร่างระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียน ดำเนินการตรวจสอบ ปรับแก้รูปแบบและแนวทางที่จัดทำขึ้นจากมติที่ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน และจากข้อเสนอแนะของที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ และนำระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียนไปทดลองใช้ในเขตสุขภาพที่ 6

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมกรมอนามัย ตามรหัสโครงการวิจัยที่ 265 โดยก่อนเก็บข้อมูลต้องได้รับความยินยอมจากเด็กและผู้ปกครองก่อน จึงดำเนินการเก็บข้อมูล ชั่งน้ำหนัก-วัดส่วนสูง ตรวจความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือด กรณีเด็กไม่ยินยอมหรือไม่ให้ความร่วมมือจะยุติการตรวจและไม่สอบถามข้อมูลจากแม่ พ่อหรือผู้ปกครองและครูประจำชั้น ผู้วิจัยเก็บรักษาความลับของข้อมูล โดยเป็นผู้บันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ผลในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 6

ผลการศึกษา

1. ภาวะซีดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดในเด็กวัยเรียน จากการศึกษาภาวะซีดในเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า เด็กวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี) เขตสุขภาพที่ 6 มีภาวะซีดค่อนข้างสูง ถึงร้อยละ 22.8 โดยช่วงอายุ 6-9 ปี พบภาวะซีดมากกว่าช่วงอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 25.6 ร้อยละ 20.4 ตามลำดับ เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดในเด็กวัยเรียนเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า อายุเด็ก (p=0.020) สังกัดของโรงเรียน (p=0.047) การกินอาหารหลัก 3 มื้อ (p=0.019) เวลาในการนอนหลับ (p=0.013) และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (p=0.011) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซีด โดยพบว่า กลุ่มเด็กอายุ 6-9 ปี มีโอกาสเกิดภาวะซีดมากกว่ากลุ่มเด็กอายุ 10-14 ปี 1.3 เท่า โรงเรียนสังกัด อปท. และ ตชด. มีโอกาสพบเด็กมีภาวะซีดมากกว่าโรงเรียนสังกัด สพฐ. 1.3 เท่า ในขณะที่ โรงเรียนสังกัดเอกชน มีโอกาสพบเด็กมีภาวะซีดลดลงร้อยละ 20 การรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อเด็กมีโอกาสมีภาวะซีดมากกว่าเด็กที่รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ 1.1 เท่า เวลาในการนอนหลับ เด็กที่นอนน้อยกว่า 9-12 ชม. มีโอกาสเกิดภาวะซีดมากกว่าเด็กที่นอน 9-12 ชม. 1.3 เท่า เด็กที่นอนมากกว่า 9-12 ชม. มีโอกาสเกิดภาวะซีดลดลงร้อยละ 30 เด็กที่ไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีภาวะซีดมากกว่าเด็กที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 1.3 เท่า ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีด

รายการ	จำนวนตัวอย่าง	ภาวะซีด				p-value	OR	95% CI for OR	
		ปกติ		ซีด					
		n	%	n	%			Lower	Upper
อายุ	1,441	1,112	77.2	329	22.8	0.020*			
6-9 ปี	668	497	74.4	171	25.6		1.3	1.05	1.71
10-14 ปี [ref]	773	615	79.6	158	20.4				
สังกัดโรงเรียน	1,441	1,112	77.2	329	22.8	0.047*			
สพฐ.[ref]	567	447	77.6	129	22.4				
เอกชน	425	344	80.9	81	19.1		0.8	0.59	1.11
อปท.	316	230	72.8	86	27.2		1.3	0.95	1.78
ตชด.	124	91	73.4	33	26.6		1.3	0.81	1.96
กินอาหารหลัก 3 มื้อ	1,441	1,112	77.2	329	22.8	0.019*			
กิน [ref]	909	715	78.7	194	21.3				
ไม่กิน	48	39	81.3	9	18.8		1.1	0.73	1.72
เวลาในการนอนหลับ	1,441	1,112	77.2	329	22.8	0.013*			
น้อยกว่า 9–12 ชม.	424	345	81.4	79	18.6		1.3	0.61	1.43
9–12 ชม. [ref]	1003	759	75.7	244	24.3				
มากกว่า 9 – 12 ชม.	14	8	57.1	6	42.9		0.7	0.49	1.14

*p<0.05

ตารางที่ 1 (ต่อ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีด

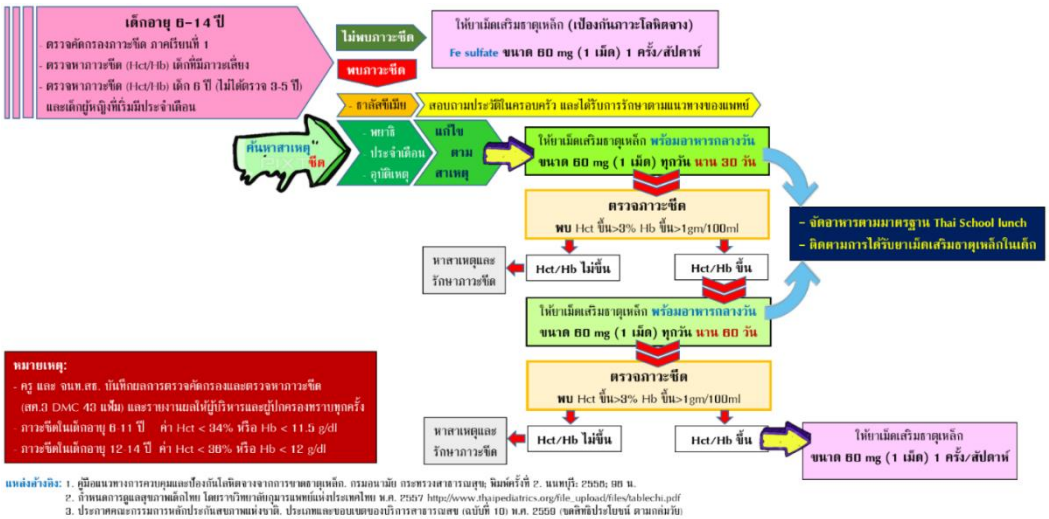
รายการ	จำนวนตัวอย่าง	ภาวะซีด				p-value	OR	95% CI for OR	
		ปกติ		ซีด					
		n	%	n	%			Lower	Upper
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1,141	1,112	77.2	329	22.8	0.011*			
มี [ref]	418	337	80.6	81	19.4				
ไม่มี	1441	775	75.8	248	24.2		1.3	1.00	1.76

*p<0.05

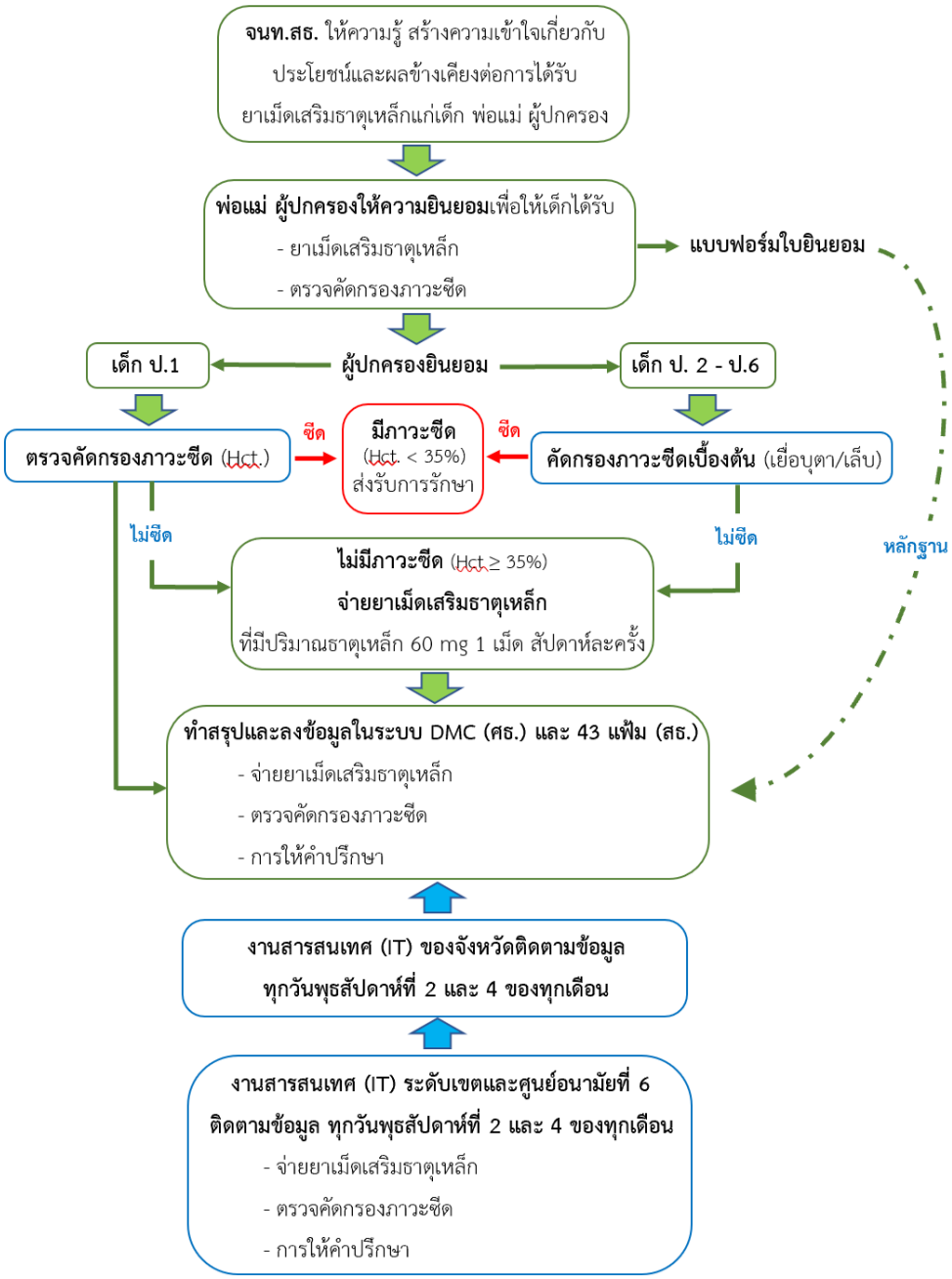
2. ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียน การดำเนินการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กของเขตสุขภาพที่ 6 ก่อนและหลังทดลองใช้ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางเด็กวัยเรียนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือ การดำเนินการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กตามระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียนที่ได้จากการศึกษา มีผลทำให้การดำเนินการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กของเขตสุขภาพที่ 6 ในปี 2564 เขตสุขภาพที่ 6 สูงขึ้นกว่าการดำเนินการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเขตสุขภาพที่ 6 ในปี 2562 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p=0.03 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของการดำเนินการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กของเขตสุขภาพที่ 6 ก่อนและหลังทดลองใช้ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจาง

การทดสอบ	n	$\overline{X}$	SD	t	p-value
ก่อนใช้ระบบ (ปี 2562)	8	25203.13	9981.725	2.705	.030
หลังใช้ระบบ (ปี 2564)	8	34438.63	10996.044		



ภาพที่ 2 แนวทางการตรวจคัดกรองและการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเด็กอายุ 6-14 ปี



ภาพที่ 3 แนวทางการติดตามการตรวจคัดกรองภาวะซีด

โดยรายละเอียดของระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียน ประกอบด้วย **1) บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ** : ในระดับนโยบาย ในระดับผู้บริหารทุกระดับของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ในระดับผู้ให้บริการ ครูอนามัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และในระดับผู้รับบริการ นักเรียน พ่อแม่และผู้ปกครอง **2) แนวทางการตรวจคัดกรองและการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเด็กอายุ 6-14 ปี** : เพื่อให้ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กสามารถใช้เป็นแนวทางการตรวจคัดกรองและการจ่ายและรับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6-14 ปี ในเขตสุขภาพที่ 6 (ภาพที่ 2) และ **3) แนวทางการติดตามการตรวจคัดกรองภาวะซีด** : โดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัยเรียนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุข ต้องให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และผลข้างเคียงของการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กแก่ผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัย พ่อแม่ ผู้ปกครอง และต้องยินยอมให้เด็กได้รับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ยินยอมให้เด็กได้รับการตรวจคัดกรองและรักษาหากพบภาวะซีดในเด็ก (ภาพที่ 3)

อภิปรายผลการวิจัย

เมื่อพิจารณาข้อมูลที่ได้จากการศึกษาพบเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปีในเขตสุขภาพที่ 6 มีภาวะซีดถึงร้อยละ 22.8 โดยเด็กวัยเรียนกลุ่มอายุ 6-9 ปีมีภาวะซีด (ร้อยละ 25.6) มากกว่ากลุ่มอายุ 10-14 ปี (ร้อยละ 20.4) ข้อมูลนี้สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทย พ.ศ. 2553-2555 ล่าสุดภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey (SENUTS)[10] เมื่อ 10 ปีที่แล้วที่พบว่าภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียนอายุ 6-8 ปี สูงถึงร้อยละ 46.7 และพบมากกว่ากลุ่มอายุ 9-11 ปี (25.4%) และอายุ12-14 ปี (15.7%) ตามลำดับ ถึงแม้ว่าภาวะซีดจากการศึกษานี้จะมีภาวะซีดลดลงแต่ระดับความชุกของภาวะซีดยังคงสูงกว่าค่าปกติ (≥4.9) อยู่มาก[19] และสูงกว่าค่าเป้าหมายตัวชี้วัดผลการดำเนินงานในระดับประเทศและระดับเขตสุขภาพที่ร้อยละ 20 ของประชากรเด็กวัยเรียน[12] ซึ่งเด็กวัยเรียน (School age) เป็นประชากรวัยเด็กตอนปลาย เป็นวัยที่เน้นการเรียนรู้เป็นหลักในระดับประถมศึกษาซึ่งต้องอยู่ในการควบคุมดูแล เอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากพ่อแม่ผู้ปกครองทั้งทางร่างกายและจิตใจอันจะส่งผลในช่วงวัยต่อไป[3]

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพหนึ่งที่ส่งผลต่อความแข็งแรงและความฉลาดในเด็กวัยเรียน โดยเด็กที่ขาดธาตุเหล็กจนถึงระดับที่ทำให้มีภาวะโลหิตจางจะเหนื่อยง่าย ทำกิจกรรมได้เชื่องช้ากว่าเด็กปกติ มีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ การคิดคำนวณ[9,21] ซึ่งเมื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดที่พบในการศึกษานี้ พบว่า ภาวะซีดมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่าสังกัดของโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับภาวะซีด โดยโรงเรียนที่สังกัด อปท. จะพบเด็กวัยเรียนมีภาวะซีดมากที่สุด และหนึ่งในโรงเรียนสังกัด อปท. ให้ข้อมูลว่าโรงเรียนมีผล O-NET[22] ที่ต่ำด้วยเช่นกัน และนอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่รับประทานอาหารหลักไม่ครบ 3 มื้อ จะมีภาวะซีดมากกว่าเด็กที่รับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อ ทั้งนี้เนื่องจากอาหารมีความสำคัญต่อร่างกายในการดูดซึมและนำธาตุเหล็กไปใช้ในร่างกาย ดังนั้น ครูผู้ดูแลเด็กในช่วงกลางวันที่โรงเรียน และพ่อแม่ผู้ปกครองจำเป็นต้องจัดอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอให้เด็กได้รับประทานครบทุกมื้อ พร้อมทั้งต้องมีความรู้ในเรื่องโภชนาการเกี่ยวกับอาหารที่ช่วยดูดซึมและขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็กอีกด้วย[19,23,24] และปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดอีกปัจจัยหนึ่งคือเวลาในการนอนหลับ พบว่าเด็กวัยเรียนที่ใช้เวลาในการนอนหลับน้อยกว่า 9-12 ชั่วโมงจะมีภาวะซีดมากกว่าเด็กที่ใช้เวลาในการนอนหลับ 9-12 ชั่วโมงหรือมากกว่า เนื่องจากเด็กที่หลับสนิทในตอนกลางคืนอย่างน้อย 9-12 ชั่วโมง ร่างกายจะได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ ทำให้ร่างกายได้ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ทำให้สมองมีความจำดีขึ้นและมีสมาธิมากขึ้น และช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตและส่งเสริมระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ดังนั้นพ่อแม่ผู้ปกครองจำเป็นต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการนอนหลับ และจำกัดการทำกิจกรรมในตอนกลางคืนของเด็กเพื่อสร้างให้เด็กมีวินัยในการเข้านอน อันเป็นการส่งเสริมการนอนหลับให้เด็กได้พักผ่อนที่เพียงพอ[25,26]

การมีนโยบายเสริมธาตุเหล็กในอาหาร การให้โภชนศึกษา และการให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละครั้งแก่เด็กวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) ตามชุดสิทธิประโยชน์ ยังพบปัญหาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ส่งผลให้ภาวะโลหิตจางยังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในเด็กวัยเรียน ที่ต้องการมาตรการเชิงรุกในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเพื่อลดโอกาสการเกิดผลเสียอย่างถาวรในเด็ก[13-17] ซึ่งการกำหนดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามกลุ่มวัย (ชุดสิทธิประโยชน์) ปี พ.ศ. 2559[15] ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 ในการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ไม่ได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจนให้ผู้ปฏิบัติ (ครูอนามัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) และผู้มีสิทธิ (เด็กวัยเรียนและพ่อแม่ผู้ปกครอง) ทราบอย่างทั่วถึง ทำให้ผู้ปฏิบัติไม่เข้าใจหลักและแนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้องและผู้มีสิทธิอันพึงจะได้รับสิทธินั้นๆ ก็ไม่ทราบสิทธิประโยชน์ และข้อดีข้อเสียของการได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก รวมถึงผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการไม่ทราบรายละเอียดการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่ถูกบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้วย ทำให้การดำเนินการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กไม่ครอบคลุมตามแนวทางที่ควรจะเป็น อันประกอบด้วย ขนาดของยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก การคัดกรอง/การเจาะเลือดหาภาวะซีด การส่งต่อ/เฝ้าระวัง ติดตามเด็กที่มีภาวะซีด จึงทำให้ไม่มีระบบการกำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน ไม่มีข้อมูลภาวะซีดทั้งที่เป็นระบบ Manual และในระบบ Health Data Center (HDC) ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากไม่ได้เป็นตัวชี้วัดหลักของกระทรวงสาธารณสุข[12]

ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางเด็กวัยเรียนเขตสุขภาพที่ 6 ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ได้รับความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายหลายหน่วยงาน อาทิ ผู้บริหารจากกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ ครูอนามัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยงานของรัฐ หน่วยงานท้องถิ่น ในการระดมความคิดเห็นและร่วมจัดทำระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางเด็กวัยเรียนเขตสุขภาพที่ 6 ขึ้น เพื่อใช้ค้นหา ควบคุม ป้องกันและรักษาภาวะซีดในเด็กวัยเรียนเขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 1) บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในระดับนโยบายในระดับผู้บริหารทุกระดับของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ในระดับผู้ให้บริการ ครูอนามัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และในระดับผู้รับบริการ นักเรียน พ่อแม่และผู้ปกครอง ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องทราบบทบาทของตนเอง เพื่อให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ 2) แนวทางการตรวจคัดกรองและการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเด็กอายุ 6-14 ปี : เพื่อให้ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กสามารถใช้เป็นแนวทางการตรวจคัดกรอง การจ่ายและรับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กให้เด็กอายุ 6-14 ปี ในเขตสุขภาพที่ 6 3) แนวทางการติดตามการตรวจคัดกรองภาวะซีด โดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัยเรียนหรือเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุข ต้องให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และผลข้างเคียงของการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กแก่ผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัย พ่อแม่ ผู้ปกครอง โดยพ่อแม่ ผู้ปกครองต้องยินยอมให้เด็กได้รับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ยินยอมให้เด็กได้รับการตรวจคัดกรองและรับรักษาหากพบภาวะซีดในเด็ก

ดังนั้นระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียน ที่ทดลองใช้ในเขตสุขภาพที่ 6 จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการบริหารจัดการ การเฝ้าระวัง การคัดกรอง การติดตามการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กให้กับเด็กอายุ 6-14 ปี ได้เป็นอย่างดี ทำให้มีแนวทางในการปฏิบัติและทราบบทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจนมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นระดับนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ครูอนามัย รวมทั้ง เด็กนักเรียนและพ่อแม่ผู้ปกครอง มีความรู้ เข้าใจ เห็นความสำคัญ และสามารถดูแลให้เด็กวัยเรียนได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กได้ถูกต้องและต่อเนื่องได้ ควบคู่กับการกำหนดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามกลุ่มวัย (ชุดสิทธิประโยชน์) ปี พ.ศ. 2559[15] ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 ในการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก รวมทั้งมีความง่ายและสะดวกในการกำกับ ติดตามและเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียนอย่างต่อเนื่องชัดเจน และเป็นที่ยอมรับในการปฏิบัติงาน จนทำให้มีผลการดำเนินงานการจ่ายยาเม็ดเสริมเหล็กที่สูงขึ้น ส่งผลต่อการสนับสนุนให้เด็กวัยเรียนมี IQ/EQ ดี สุขภาพแข็งแรงและฉลาดอย่างมีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ประสานและแลกเปลี่ยนข้อมูล ปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กระหว่างหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงศึกษาธิการ เพื่อร่วมปรับกระบวนการดำเนินงานที่ทำให้เด็กวัยเรียนได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่ครอบคลุม และได้รับการรักษาภาวะซีดที่รวดเร็ว
2. จัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและภาวะซีดในเด็กวัยเรียนระดับประเทศและระดับเขตอย่างเป็นระบบร่วมกันระหว่างกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ติดตามและชี้เป้าให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันจัดกิจกรรมรณรงค์ สร้างกระแส และสร้างความรอบรู้การป้องกันภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียน

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

1. ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ ควรได้รับการสะท้อนข้อมูลปัญหาความครอบคลุมของเด็กวัยเรียนที่ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และภาวะซีดที่เกิดขึ้นในโรงเรียนที่รับผิดชอบเพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการแก้ไขป้องกันภาวะซีดในโรงเรียนร่วมกัน
2. ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรพัฒนาระบบข้อมูล ระบบการบริหารจัดการ การติดตามและประเมินผลในพื้นที่อย่างเป็นระบบ
3. ผู้รับผิดชอบงานวัยเรียนระดับจังหวัด-อำเภอร่วมกับผู้บริหารกระทรวงศึกษาธิการในระดับจังหวัด-อำเภอ ร่วมกันจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแส สร้างความรอบรู้ให้ครูที่ดูแลเด็ก พ่อแม่ ผู้ปกครอง มีความรู้และเกิดความตระหนักต่อการให้เด็กวัยเรียนได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามอายุ เพศ และจังหวัด พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2561 ส.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/home.aspx
2. พงศธร พอกเพิ่มดี. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2460-2579). ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2561). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. หัทยา ดำรงค์ผล. ทักษะชีวิตในเด็กวัยเรียน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560;62(3):271-6.
4. โสรยา ชัชวาลานนท์. คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็กตอนเด็กวัยเรียน 6-12 ปี. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2559.
5. ดุสิดา เครือคำปิว. ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียน [อินเทอร์เน็ต]. กรมสุขภาพจิต; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 18 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=189
6. อัจฉราพร ศรีภูษณาพรรณ. การเจริญเติบโต พัฒนาการและบทบาทพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน. เชียงใหม่: ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550. หน้า 24.
7. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, วิชัย เอกพลากร, นิชรา เรืองดารากานนท์, ภาสุรี แสงศุภวานิช และปราณี ชาญณรงค์. สุขภาวะของเด็กไทย 2553. กุมารเวชสาร. 2553;17(2):87-8.
8. วินัดดา ปิยะศิลป์. ปัญหาการเรียน: ต้นตอของปัญหาสังคมจริงหรือ?. กุมารเวชสาร. 2553;17(2):99-101
9. เดือนธิดา ทรงเดช. ภาวะโลหิตจางมีผลต่อความฉลาดในเด็กจริงหรือ? [อินเทอร์เน็ต]. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558 [เข้าถึงเมื่อง 2561 ส.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.Mahidol.ac.th/th/knowledge_awareness_health/14jan2020-1529
10. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546. กรุงเทพ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2560
11. กระทรวงสาธารณสุข. ขอความร่วมมือให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละครั้งแก่เด็กปฐมวัย (6 เดือน-5 ปี) และให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละครั้ง แก่เด็กวัยเรียน (6-14 ปี). หนังสือราชการที่ สธ 0906.04/ว 1068 ลงวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2556.
12. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงานตามตัวชี้วัด (HDC Report) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อง 2561 ส.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
13. นภาพรรณ วิริยะอุตสาหกุล, บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย; 2558.
14. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). ร่างมาตรฐานการทำงานการป้องกันโลหิตจางในเด็ก. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2558 พ.ค. 6]. เข้าถึงได้จาก: http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/12/QS-animia.pdf

15. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามกลุ่มวัย (ชุดสิทธิประโยชน์) ปี พ.ศ. 2559. [อินเทอร์เน็ต]. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2560; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2560 พ.ค. 6]. เข้าถึงได้จาก: http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1239
16. World Health Organization. Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2012.
17. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Strategies to prevent anaemia: recommendations from an expert group consultation, New Delhi, India, 5-6 December 2016 [Internet]. [cited 2018 Aug. 20]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/312109
18. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอน เด็กวัยเรียน 6-12 ปี. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2561 ส.ค. 20]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20171010123138.pdf
19. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. คณะกรรมการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
20. พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, วินัดดา ปิยศิลป์, วันดี นิงสาสนนท์, ประสบศรี อึ้งถาวร, บรรณาธิการ. Guideline in Child Health Supervision. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทสไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2557. หน้า 194-204.
21. Labbé RF, Vreman HJ, Stevenson DK. Zinc protoporphyrin: A metabolite with a mission. Clin Chem. 1999;45(12):2060-2072.
22. สถาบันทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ (องค์การมหาชน). ผลการทดสอบทางการศึกษาระดับชาติในระดับขั้นพื้นฐาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2562 พ.ค. 17]. เข้าถึงได้จาก: http://www.niets.or.th
23. ศรัชฌา กาญจนสิงห์. โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กทารก...อันตรายจริงหรือ? [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://srushcat.files.wordpress.com/2015/07/anemia.pdf .
24. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. แนวทางการจัดอาหารกลางวันเด็กวัยเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ); 2562.
25. Chang S, Wang L, Wang Y, et al. Iron-deficiency anemia in infancy and social emotional development in preschool-aged Chinese children. Pediatrics. 2011;127(4):e927-e933. doi:10.1542/peds.2010-1659
26. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ชุดความรู้ NuPETHS. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ไทยปริ้นท์ติ้งเซ็นเตอร์; 2562.

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร

สมจินต์ มากพา*[a], วิทวัฒน์ อูปคำ*

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดพิจิตร 2) พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะนง ตำบลทะนง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ก่อนและหลัง ด้วยสถิติ Paired sample t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมการอบรม มีค่า 38.81 ±6.48 คะแนน ซึ่งถือว่ามีคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับไม่เพียงพอ นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยใช้แบบจำลอง V-shape และ Nutbeam แล้ววัดประสิทธิผลของรูปแบบฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมก่อนและหลัง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.05$) โดยคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสูงขึ้น เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับยาและดูแลสุขภาพ และการบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล; ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

* เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

[a] Corresponding author : สมจินต์ มากพา Email : somchinmakpha@gmail.com

รับบทความ: 17 ม.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 27 ม.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 28 ม.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์ 13 ก.พ. 66

The Development of Rational Drug Use Literacy Promoting of Chronic Patients in Phichit Province

Somchin Makpha[*a], Wittawat Ouphakhom[*]

Abstract

The objectives of this research were to: 1) study rational drug use literacy among chronic patients in Phichit province, 2) develop a model for rational drug use literacy enhancement; and 3) study the effectiveness of the model for rational drug use literacy enhancement. The samples were 100 chronic patients registered as patients of Thanong Subdistrict Health Promoting Hospital, Thanong subdistrict, Pho Thale district, Phichit province. The research instrument was the assessment of rational drug use literacy of Thai people. The data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and comparative analysis of knowledge scores on rational drug use, before and after attending model, using paired sample t-test with confident interval 95% (CI).

The results showed that the average score of knowledge of rational drug use before the training program was 8.81±6.48 points, which was considered an insufficient level. Researchers used the information obtained to develop a model for enhancing knowledge of rational drug use by V-shape and Nutbeam models and measured the effectiveness of the model. It was found that the overall average score before and after attending the model was significantly different at $p<0.05$. When considering each component, it was found that decision making about medications and health care and telling others about drug use and health care, there were also found significant differences between before and after using the model.

Keywords : Model development; Rational drug use literacy**;** Chronic patients

[*] Pharmacist, Senior Professional Level, Phichit Provincial Public Health Office

[a] Corresponding author : Somchin Makpha Email : somchinmakpha@gmail.com

Received: Jan. 17, 23; Revised: Jan. 27, 23; Accepted: Jan. 28, 23; Published Online: Feb. 13, 23

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้นิยาม “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU)” ว่าคือ “การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด” [(1)] ซึ่งสอดคล้องกับคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ได้ให้ความหมายของ “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล” หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการใช้ยาในกรอบบัญชียายังผลอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางการพิจารณาการใช้ยา โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับ และสามารถใช้ยาดังกล่าว ได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง กองทุนในระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการสามารถให้เบิกจ่ายค่ายานั้นได้อย่างยั่งยืน เป็นการใช้ยาที่ไม่เลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถใช้ยานั้นได้อย่างเท่าเทียมกันและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ[(2)]

การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเกิดขึ้นทั่วโลก มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คือ เจ้าหน้าที่ที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วย ภาระผู้ป่วยและการให้บริการสุขภาพ[(3)] ปี พ.ศ. 2557 พบประชากรไทยบริโภคยาสูง 1.6 แสนล้านบาท เป็นการใช้ยาเกินความจำเป็น 2 พันล้านบาท และเป็นการใช้ยาที่ยังมีข้อสงสัยต่อประสิทธิภาพประมาณ 4 พันล้านบาท ทำให้พบปัญหาเชื้อดื้อยาจำนวน 38,000 คน คิดเป็นการสูญเสียโดยรวม 4.2 หมื่นล้านบาท[(4)] และสถานการณ์การใช้ยาในเขตสุขภาพที่ 3 จากการศึกษาความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีปัญหาในการอ่านหรือทำความเข้าใจข้อมูลในฉลากยาจำนวน 241 ราย (ร้อยละ 33.61) มีการปรับเพิ่มหรือลดยาด้วยตนเองจำนวน 102 ราย (ร้อยละ 14.23) ไม่แยกยาสำหรับกินและยาใช้ภายนอกออกจากกันจำนวน 85 ราย (ร้อยละ 11.85) ขอยืมยาของผู้อื่นมารับประทานจำนวน 84 ราย (ร้อยละ 11.72) ไม่เก็บยาในภาชนะบรรจุเดิม (สลับซองยากับยาชนิดอื่น) จำนวน 81 ราย (ร้อยละ 11.30) รับประทานยา/ฉีดยาไม่สม่ำเสมอจำนวน 78 ราย (ร้อยละ 10.88) รับประทานยาไม่ถูกต้องจำนวน 66 ราย (ร้อยละ 9.21) เก็บรักษายาไม่ถูกต้องจำนวน 57 ราย (ร้อยละ 7.95) ไม่ทราบวิธีรับประทานยา/ฉีดยาจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 1.67)[(5)] ซึ่งการใช้ยาไม่เหมาะสมนี้เป็นผลมาจากการที่ประชาชนขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพและการใช้ยาที่เหมาะสม รวมถึงการเข้าถึงสื่อประเภทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดข้อมูลหรือผู้แนะนำที่ถูกต้อง

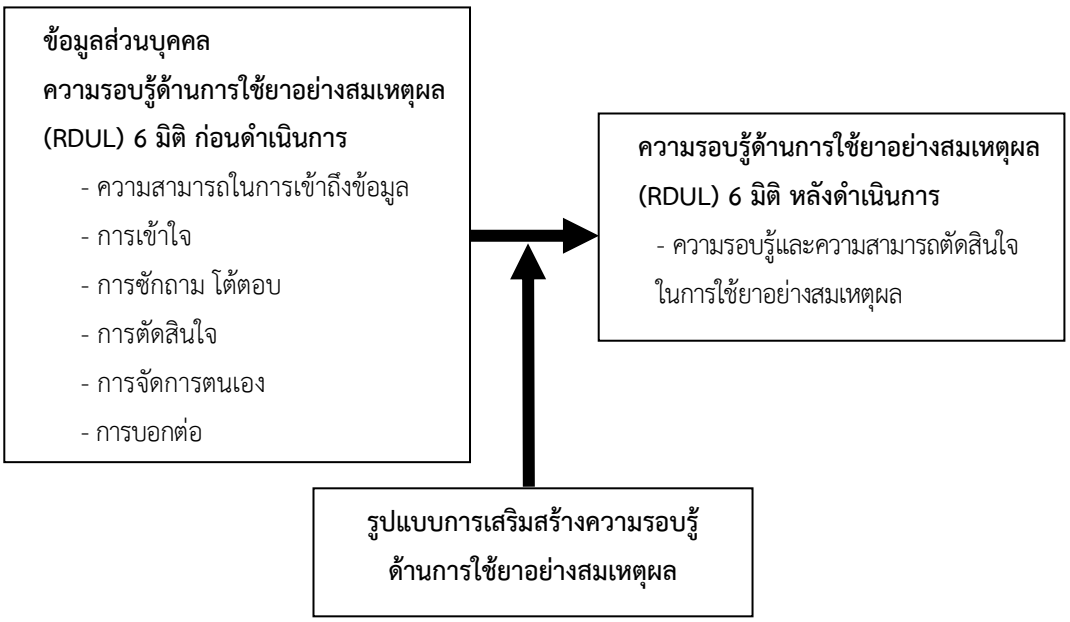
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ควรพัฒนาให้มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เกี่ยวกับการใช้ยาทั้งในด้านหลักการใช้ยาทั่วไป การเก็บรักษา การแสวงหายาและการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา จึงมีข้อเสนอแนะควรให้มีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการสื่อสาร ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความรู้และปรับพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งจากข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของจังหวัดพิจิตร จากฐานข้อมูล

ในรายงาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข โปรแกรม Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565[6] พบว่า รพ.สต.ทะนง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1,417 คน เป็น รพ.สต. ที่มีผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบ (Type area 1,3) มากที่สุดในจังหวัดพิจิตรจำนวน 450 คน และมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบรวมทุก stage มากที่สุดในจังหวัดพิจิตรจำนวน 265 คน ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาจึงมีความสำคัญและสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสามารถในการนำความรู้ไปปฏิบัติในการดูแลตนเอง และสามารถเผยแพร่ให้แก่ผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง ทำให้ประชาชนใช้ยาได้อย่างถูกวิธี เหมาะสมและช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดเกิดปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลในชุมชนในอนาคต

ข้อมูลพื้นฐานตำบลทะนง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร มีประชากร 7,569 คน เป็นชาย 3,690 คน หญิง 3,879 คน มี 11 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่ที่ยังพบปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมของประชาชน ประกอบกับเป็นตำบลที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากที่สุดในจังหวัดพิจิตร ผู้วิจัยจึงเลือกพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่นำร่องในการศึกษาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เหมาะสม และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อใช้ในการขยายผลไปในพื้นที่อื่นของจังหวัดพิจิตร ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยประยุกต์กรอบแนวคิดกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ V-shape[7] และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[8] โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดพิจิตร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดพิจิตร
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดพิจิตร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นแบบงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิด One group pretest-posttest design เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่พัฒนาขึ้น ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะนง ตำบลทะนง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร ของปี พ.ศ. 2565 จำนวน 1,417 คน จากฐานข้อมูลในรายงาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข โปรแกรม Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร[6] โดยใช้การประมาณการขนาดตัวอย่างของ Yamane ณ ระดับความเชื่อมั่น 95% ขนาดตัวอย่าง ตามระดับความคลาดเคลื่อน $\pm$ 10%[9] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 94 คน เผื่อกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 100 คน และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ มีอายุมากกว่า 20 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 60 ปี ไม่จำกัดเพศ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ดังนี้ โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อม โรคหอบหืด โรคเก๊าท์ หรือโรคไตวายเรื้อรัง มีประวัติรับการรักษาที่ รพ.สต.ทะนง และอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ทะนง เป็นผู้ที่สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถ เข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดจนจบการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยคือ แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนไทย[10] ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) โดยค่าความเที่ยงภายในของแบบประเมินทั้งฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.891 แบบประเมินแบ่งออกเป็น 7 ตอน จำนวน 58 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและสุขภาพจำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 3 ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 4 ความสามารถในการโต้ตอบ ซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลยาและสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 5 การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 6 การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 7 การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

การคิดคะแนน คิดจาก 52 ข้อ (ข้อ 7-58) ข้อละ 1 คะแนน ดังนั้น คะแนนรวมของความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีคะแนนเต็ม 52 คะแนน แปลผลโดย หากได้มากกว่า 41.5 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอ ถ้าได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 41.5 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไม่เพียงพอ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ประสานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทะนง เพื่อวางแผนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน จากนั้นนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการที่จะดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง ผลประโยชน์ที่จะได้รับ และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง
2. ให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน ทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนไทย ในวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2565 เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล (Pre-test)
3. นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 2 มาวิเคราะห์หาอัตราที่ตอบถูกต้องในแต่ละตอน เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยพิจารณาจากตอนและข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องได้น้อย
4. พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามแนวคิดกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ V-shape[7] และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[8] ดังนี้

4.1 การอบรมเชิงปฏิบัติการ

การอบรมเชิงปฏิบัติการ แบ่งกลุ่มตัวอย่าง 100 คน ออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 25 คน เพื่อให้ สามารถร่วมทำกิจกรรมได้อย่างทั่วถึง โดยจัดในวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ.2565 ใช้ระยะเวลา 2.5 ชั่วโมง ที่ รพ.สต.ทะนง รูปแบบของการอบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย

ช่วงที่ 1 การบรรยายให้ความรู้เรื่องยา โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ผ่านสื่อนำเสนอ Microsoft PowerPoint หัวข้อ การอ่านฉลากยา หลักการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ฐานข้อมูลความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ การตรวจสอบเลขผลิตภัณฑ์สุขภาพ โฆษณาชวนเชื่อด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและผลกระทบ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ช่วงที่ 2 แบ่งกลุ่มแข่งขันตอบคำถามด้านฉลากยา กลุ่มละ 4-5 คน โดยให้ตัวอย่างฉลากยาที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม และตั้งคำถามเพื่อทดสอบความเข้าใจในฉลากยาที่ได้รับ เช่น วิธีการรับประทาน

คำเตือน/ข้อห้ามใช้ เป็นต้น พร้อมสาธิตตัวอย่างการตวงยาด้วยอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ช้อนแกง ช้อนชา หลอดดูดยาขนาดต่างๆ ถ้วยตวง ขนาด 30 มิลลิลิตร เป็นต้น เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมพิจารณาว่าสามารถใช้ทดแทนกันได้หรือไม่ ใช้เวลา 30 นาที

ช่วงที่ 3 สาธิตการค้นหาข้อมูลด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องจากแหล่งข้อมูลต่างๆ โดยแสดงการเข้าถึงช่องทางเพื่อ “รับข้อมูลข่าวสาร” ที่ถูกต้องด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น เว็บไซต์ ไลน์ แอพพลิเคชั่น ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ต่อต้านข่าวปลอมประเทศไทย กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงแนวทาง “ค้นหาข้อมูล” และพิจารณาแหล่งข้อมูลจากหน่วยงานของรัฐ มหาวิทยาลัย และสื่อชัวร์ก่อนแชร์เป็นหลัก เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ใช้เวลา 20 นาที

ช่วงที่ 4 แบ่งกลุ่มวิเคราะห์กรณีตัวอย่างและนำเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อวดอ้างสรรพคุณรักษา บรรเทา หรือป้องกันโรค กลุ่มละ 4-5 คน โดยให้ตัวอย่างโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่แสดงสรรพคุณรักษา บรรเทา หรือป้องกันโรคที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม และให้แต่ละกลุ่มตอบคำถาม ว่าผลิตภัณฑ์ที่ได้เป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพประเภทใด แสดงเลข อย. ที่ถูกต้องหรือไม่ วิเคราะห์ว่าผลิตภัณฑ์ดังกล่าวโฆษณาถูกต้องและน่าเชื่อถือหรือไม่ และกลุ่มจะตัดสินใจเชื่อโฆษณา เลือกซื้อหรือเชิญชวนให้ผู้อื่นซื้อผลิตภัณฑ์ดังกล่าวหรือไม่ ใช้เวลา 40 นาที

4.2 การสื่อสารข้อมูลสองทางผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ (Line)

หลังจากการอบรมเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยสร้างกลุ่มไลน์ (line group) เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่าง โดยนำข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพส่งเข้ากลุ่มไลน์ทุกวัน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ และให้สามารถซักถามข้อมูลด้านยาผ่านกลุ่มไลน์ดังกล่าวได้

5. ประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินการตามรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่พัฒนาขึ้น ด้วยการทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนไทยอีกครั้ง (post-test) ในวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ.2565
6. นำผลที่ได้มาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลที่ได้ และรายงานค่าสถิติเป็น ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และสวนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) และคะแนนในตอนที่ 2-7 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired sample t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบและความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่โครงการวิจัย 23/2565 วันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ.2565 และผู้วิจัย

ได้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับไม่เปิดเผยข้อมูล เพื่อปกป้องสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ได้รับผลกระทบจากการเข้าร่วมวิจัย และผลงานวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการได้ 97 คน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 คน (คิดเป็นร้อยละ 97) มีผลการวิจัย ดังนี้

ข้อมูลสถานภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80.4 เป็นเพศหญิง ประมาณสองในสาม มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ส่วนที่เหลือ มีอายุ 41-50 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68) จบการศึกษาสูงสุดระดับ ป.6 หรือต่ำกว่าเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66) ประกอบอาชีพเกษตรกร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีโรคเรื้อรังประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน ร้อยละ 70.1, 57.7 และ 53.6 ตามลำดับ ในกลุ่มตัวอย่างนี้ไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ แต่ร้อยละ 30.9 เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้อง แยกตามรายข้อ/ตอน ก่อนและหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (n=97)

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ) ที่ตอบถูกต้อง	
	ก่อน	หลัง
ตอนที่ 2 ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านยาและสุขภาพ (8 ข้อ)		
7. ค้นหาข้อมูลเรื่องยาจากหนังสือพิมพ์หรือ นิตยสารได้	49 (50.5)	56 (57.7)
8. รับฟังข้อมูลเรื่องยาจากรายการวิทยุหรือโทรทัศน์	68 (70.1)	75 (77.3)
9. ค้นหาข้อมูลจากอินเตอร์เน็ตได้ เช่น เว็บไซต์ แอพลิเคชั่นหรือสื่อสังคมออนไลน์	49 (50.5)	55 (56.7)
10. สอบถามเรื่องยาจากบุคลากรด้านสาธารณสุขได้	93 (95.9)	92 (94.9)
11. ขอข้อมูลเรื่องยาจากผู้อื่นได้	74 (76.3)	75 (77.3)
12. ค้นหาข้อมูลเรื่องยาจากหลายแหล่งได้ เช่น ผู้อื่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร อินเตอร์เน็ต	65 (67.0)	65 (67.0)
13. ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาหารเสริม หรือสมุนไพร ได้	78 (80.4)	73 (75.3)
14. ค้นหาข้อมูลเรื่องยาได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น	59 (60.8)	60 (61.9)
ตอนที่ 3 ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลด้านยาและสุขภาพ (10 ข้อ)		
15. ยาพาต้านี้ ใช้เมื่อมีอาการใด	85 (87.6)	87 (89.7)
16. หากท่านปวดและกินยาพาต้า 1 เม็ด เวลา 9.00 น. แต่ยังมีอาการปวดอยู่ ท่านจะกินยาแก้ปวดนี้อีกครั้งในเวลาใด	78 (80.4)	78 (80.4)
17. ยานี้ห้ามกินเกินวันละกี่ครั้ง	61 (62.9)	65 (67.0)

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้อง แยกตามรายข้อ/ตอน ก่อนและหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (n=97)

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ) ที่ตอบถูกต้อง	
	ก่อน	หลัง
18. ยาน้ำพาราเซตามอลสำหรับเด็ก ระบุขนาดยาที่ต้องกินไว้บนกล่องยา หากเด็กน้ำหนักตัว 6 กิโลกรัม ต้องกินยาน้ำเท่าใด	57 (58.8)	65 (67.0)
19. ถ้าต้องให้เด็กกินยา 2.5 ซีซี ท่านควรเลือกอุปกรณ์ใดต่อไปนี้ เพื่อตวงยานี้	85 (87.6)	82 (84.5)
20. หากท่านปวดท้องจากโรคกระเพาะ แพทย์สั่งยาน้ำรักษาโรคกระเพาะ 30 ซีซี (2 ช้อนโต๊ะ) ท่านจะเลือกใช้อุปกรณ์ใดต่อไปนี้ ในการกินยานี้	41 (42.3)	60 (61.9)
21. ถ้าท่านไม่มีขวดขนาด 750 มิลลิลิตร แต่มีขวดขนาด 1,500 มิลลิลิตร ท่านต้องตวงน้ำปริมาณเท่าใด จากขวดที่ท่านมีเพื่อใช้ละลายผงเกลือแร่	76 (78.4)	77 (79.4)
22. วันหมดอายุ ของผงเกลือแร่ซองนี้ ที่เขียนไว้บนซอง คือวันใด	71 (73.2)	65 (67.0)
23. จากข้อมูลบนฉลากยาวิตามินข้างล่างนี้ หากกินยาเม็ดฟู่ 1 เม็ด จะได้รับวิตามินซีกี่มิลลิกรัม	69 (71.1)	71 (73.2)
24. หากท่านได้รับยาฉีดอินซูลิน (ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด) จากข้อความในฉลากยาระบุว่าจะต้องเก็บยานี้ไว้ในส่วนใดของตู้เย็น	80 (82.5)	91 (93.8)
ตอนที่ 4 ความสามารถในการโต้ตอบ ซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านยาและสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข (7 ข้อ)		
25. ท่านกล้าซักถามหรือพูดคุยกับบุคลากรด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับยาที่ได้รับ	89 (91.8)	93 (95.9)
26. ท่านเตรียมคำถามที่ท่านมีเกี่ยวกับยาไว้ก่อนล่วงหน้าในการไปพบบุคลากรด้านสาธารณสุข	70 (72.2)	64 (66.0)
27. ถ้าบุคลากรด้านสาธารณสุขอธิบายเรื่องยา แล้วท่านไม่เข้าใจ ท่านจะสอบถามบุคลากรด้านสาธารณสุขทันที	93 (95.9)	89 (91.8)
28. ท่านจะบอกบุคลากรด้านสาธารณสุขว่า ท่านไม่อยากกินยาที่หมอสั่งเพราะกลัวผลข้างเคียง	59 (60.8)	62 (64.0)
29. ท่านจะซักถามบุคลากรด้านสาธารณสุขเรื่องยาที่ท่านเป็นกังวล	88 (90.7)	87 (89.7)
30. หากท่านสนใจใช้อาหารเสริมเพื่อดูแลสุขภาพ ท่านจะพูดคุยแลกเปลี่ยนกับบุคลากรด้านสาธารณสุข	76 (78.4)	71 (73.2)
31. ในรายการทีวีบอกว่า *“กินน้ำต้มมะระขี้นกวันละ 3 ถ้วย ทุกวัน จะช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันและป้องกันโรคมะเร็ง”* ท่านจะสอบถามบุคลากรด้านสาธารณสุขเรื่องประโยชน์หรือโทษของน้ำต้มมะระขี้นก ก่อนที่จะเชื่อ	69 (71.1)	70 (72.2)

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้อง แยกตามรายข้อ/ตอน ก่อนและหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (n=97)

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ) ที่ตอบถูกต้อง	
	ก่อน	หลัง
ตอนที่ 5 การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (11 ข้อ)		
32. ท่านเชื่อโฆษณายาทางวิทยุ โทรทัศน์ หรืออินเตอร์เน็ต	58 (59.8)	67 (69.1)
33. ท่านตรวจสอบข้อมูลก่อนเชื่อโฆษณายาทางวิทยุ โทรทัศน์ หรืออินเตอร์เน็ต	55 (56.7)	62 (63.9)
34. ท่านหาข้อมูลทั้งข้อดี ข้อเสีย ก่อนเชื่อโฆษณายาทางวิทยุ โทรทัศน์ หรืออินเตอร์เน็ต	52 (53.6)	67 (69.1)
35. ท่านจะซื้อยาตามโฆษณายาทางวิทยุ โทรทัศน์ หรืออินเตอร์เน็ตมาใช้	73 (75.3)	76 (78.4)
36. ท่านตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับจากโฆษณายาทางวิทยุ โทรทัศน์ หรืออินเตอร์เน็ต ก่อนซื้อยามาใช้	57 (58.8)	60 (61.9)
37. ท่านหาข้อมูลทั้งข้อดี ข้อเสียของยาจากโฆษณายาทางวิทยุ โทรทัศน์ หรืออินเตอร์เน็ต ก่อนซื้อยามาใช้	54 (55.7)	60 (61.9)
38. “ถ้าท่านมีอาการปวดเข่า” จากข้อมูลบนฉลากของยาแผนโบราณตราหมอทิพย์ สามารถช่วยให้ท่านตัดสินใจซื้อยานี้มากินหรือไม่	65 (67.0)	79 (81.4)
39. “ถ้าท่านเป็นเบาหวาน” จากการอ่านโฆษณาผลิตภัณฑ์น้ำหนานเฉาเหว่ยสกัดเย็นในเว็บไซต์ สามารถช่วยให้ท่านตัดสินใจซื้อน้ำหนานเฉาเหว่ยมากินหรือไม่	68 (70.1)	83 (85.6)
40. ถ้าท่านมีไข้ เป็นหวัด เจ็บคอ ไม่ควรเลือกใช้ยาใดเป็นลำดับแรก	52 (53.6)	65 (67.0)
41. หากท่านป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หรือเบาหวาน เมื่ออาการของโรคคงที่แล้ว ท่านจะตัดสินใจอย่างไร	92 (94.8)	93 (95.9)
42. หากได้รับยาปฏิชีวนะมา 7 วัน เพื่อรักษาอาการเจ็บคอ แต่กินไปได้ 2 วันแล้ว อาการดีขึ้น ท่านจะตัดสินใจอย่างไร	83 (85.6)	85 (87.6)
ตอนที่ 6 การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (10 ข้อ)		
43. อ่านฉลากยาก่อนใช้ยา	94 (97.0)	96 (99.0)
44. ตรวจสอบวันหมดอายุของยาก่อนใช้	94 (97.0)	96 (99.0)
45. กินยาตามวิธีใช้ที่กำหนด	95 (97.9)	97 (100.0)
46. กินยาปฏิชีวนะ (ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย) จนครบ ตามจำนวนวันที่กำหนด	91 (93.8)	95 (97.9)
47. สังเกตผลข้างเคียงหลังกินยา เช่น อาการง่วงนอน ภายหลังกินยาแก้แพ้	92 (94.9)	95 (97.9)
48. ดูแลสุขภาพตนเองตามที่หมอแนะนำ	97 (100.0)	96 (99.0)
49. จำชื่อยาที่ท่านหรือคนในครอบครัวเคยใช้ได้	90 (92.8)	89 (91.8)
50. เลือกซื้อยาจากร้านยาที่ให้บริการโดยเภสัชกร	86 (88.7)	89 (91.8)
51. ใช้ยาโรคประจำตัวของคนอื่น (ที่ไม่ใช่ของตนเอง)	80 (82.5)	86 (88.7)

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้อง แยกตามรายข้อ/ตอน ก่อนและหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (n=97)

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ) ที่ตอบถูกต้อง	
	ก่อน	หลัง
52. เก็บยาในสถานที่ที่เหมาะสม (เช่น ยาที่เก็บในตู้เย็น ยาที่เก็บไว้พ้นแสง และยาที่เก็บไว้พ้นมือเด็ก เป็นต้น)	91 (93.8)	97 (100.0)
ตอนที่ 7 การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (6 ข้อ)		
53. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลยาที่ได้รับก่อนที่จะบอกต่อคนอื่นๆ เช่น การพูดคุยกัน การโพสต์ หรือการแชร์ข้อมูลอินเตอร์เน็ต	48 (49.5)	66 (68.0)
54. บอกข้อมูลยาที่ได้รับต่อคนอื่นๆ ที่ท่านรู้จักโดย ไม่ตรวจสอบความถูกต้อง	75 (77.3	81 (83.5)
55. ทำความเข้าใจข้อมูลยา ก่อนที่จะบอกต่อคนอื่นๆ ที่ท่านรู้จัก	74 (76.3)	82 (84.5)
56. ถ้าฟังโฆษณานี้ทางวิทยุ ท่านจะแนะนำให้ผู้สูงอายุซื้อมาใช้หรือไม่	66 (68.0)	77 (79.4)
57. ท่านได้ข่าวว่า “อย. แจ้งเตือนภัยผู้บริโภคและบุคลากรทางการแพทย์ พบสารก่อมะเร็งในวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิต ยาวาลซาร์แทน ซึ่งเป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูง มาจากแหล่งผลิตจากจีน” ท่านจะบอกข่าวนี้ให้กับบุคคลใดเพื่อให้หยุดใช้ยา	29 (29.9)	49 (50.5)
58. หากท่านเห็นข้อความจากประชาสัมพันธ์นี้ ท่านจะแนะนำให้ผู้ใดต่อไปนี้ไปฉีดวัคซีน	72 (74.2)	78 (80.4)

จากตาราง พบว่าจำนวนผู้ที่ตอบแบบประเมินได้ถูกต้องหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ส่วนใหญ่ตอบได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น เมื่อดูรายละเอียดในแต่ละตอนที่เป็นข้อที่ตอบถูกต้องได้น้อย จากตอนที่ 2 ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านยาและสุขภาพ ข้อ 7, 9 และ 14 จะเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลเป็นส่วนใหญ่ ตอนที่ 3 ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพ ข้อ 18, 20 ที่เกี่ยวกับการคำนวณยาน้ำพาราเซตามอลสำหรับเด็กและการเลือกอุปกรณ์ในการกินยา ตอนที่ 4 ความสามารถในการโต้ตอบซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรด้านสาธารณสุข ข้อ 28 การบอกบุคลากรด้านสาธารณสุขว่าไม่อยากกินยาที่หมอสั่งเพราะกลัวผลข้างเคียง ตอนที่ 5 การตัดสินใจเกี่ยวกับยาและดูแลสุขภาพ ข้อ 32, 33, 34, 36, 37 และ 40 ที่เกี่ยวกับการตรวจสอบข้อมูลจากโฆษณาช่องทางต่างๆ ตอนที่ 6 การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่ตอบแบบประเมินได้ถูกต้อง ตอนที่ 7 การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ ข้อ 53 และ 57 ที่เกี่ยวกับการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลยาที่ได้รับก่อนที่จะบอกต่อคนอื่นๆ และการเตือนผู้อื่นเกี่ยวกับอันตรายของยา

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนและหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (n=97)

ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value
	ก่อน	หลัง	
ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและสุขภาพ (8 ข้อ)	5.52±2.25	5.68±2.23	0.531
ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพ (10 ข้อ)	7.25±1.88	7.64±1.85	0.137
ความสามารถในการโต้ตอบซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรด้านสาธารณสุข (7 ข้อ)	5.61±1.66	5.53±1.82	0.965
การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (11 ข้อ)	7.31±2.35	8.22±2.12	0.004*
การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (10 ข้อ)	9.38±1.01	9.65±0.61	0.051
การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (6 ข้อ)	3.75±1.34	4.46±1.32	0.000*
คะแนนรวม (52 ข้อ)	**38.81±6.48**	**41.18±5.99**	**0.004***

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05

จากตาราง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของตอนที่ 5 การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ, ตอนที่ 7 การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ และ คะแนนรวม ก่อนและหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.05)

การอภิปรายผล

จากการประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะนง ตำบลทะนง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตรโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนไทย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 52 ข้อ แบ่งเป็น 6 ตอน เพื่อวัดความรอบรู้ทั้ง 6 องค์ประกอบตามแบบจำลอง V-shape[7] ได้แก่ 1) การเข้าถึง ที่วัดความสามารถในการค้นหาข้อมูลด้านยาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ, 2) การเข้าใจ ที่วัดความสามารถในการเข้าใจฉลากยา, 3) การโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยน ที่วัดความสามารถในการซักถามแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านยากับบุคลากรทางการแพทย์, 4) การตัดสินใจ ที่วัดความสามารถในการตัดสินใจเชื่อและซื้อยาตามโฆษณาวิทยุ โทรทัศน์ หรืออินเตอร์เน็ต และการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาเมื่อมีความเจ็บป่วย, 5) การจัดการตนเอง ที่วัดความสามารถจัดการตนเองด้านการใช้ยาและการดูแลสุขภาพ และ 6) การบอกต่อ ที่วัดความสามารถในการบอกต่อข้อมูลด้านยาที่ถูกต้องไปสู่ผู้อื่น ข้อมูลที่ได้ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมการอบรมมีค่า 38.81±6.48 คะแนน ซึ่งหากเทียบกับการศึกษาของ ตวงรัตน์ โพธะ[10] จะถือว่ามีคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับไม่เพียงพอ

ในการศึกษาครั้งนี้ รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้พัฒนาโดยใช้แบบจำลอง V-shape 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึง 2) การเข้าใจ 3) การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน และ 4) การตัดสินใจ เป็นแกนหลัก ผสานเข้ากับกลวิธีสร้างความรอบรู้ในระดับ Interactive health literacy ตามแบบจำลองของ Nutbeam[8] ซึ่งมุ่งสร้างโอกาสพัฒนาทักษะของผู้เรียน (Personal skills) สร้างแรงจูงใจที่ดีและเพิ่มความมั่นใจให้ผู้เรียนสามารถแสดงออกถึงความรอบรู้ของตน ภายใต้สภาวะแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ (Supportive environment) ด้วยกลวิธี เช่น การให้สื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพที่ตรงตามความต้องการ (ส่วนขาด) การทำ Supportive group เป็นต้น หัวใจของรูปแบบการสร้างความรอบรู้ของผู้วิจัย คือ กระตุ้นให้เกิดการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way communications)[11] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ มนต์ชัย อโณวรรณพันธ์[12]

นอกจากนี้ เนื้อหาและรูปแบบที่ใช้ในการอบรมเชิงปฏิบัติการ มาจากประเด็นปัญหาและรายละเอียดของปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่วิเคราะห์จากข้อมูลของชุมชนจริง ดังนั้นจึงน่าจะมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้การออกแบบหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีการสร้างความมีส่วนร่วม เน้นให้มีการสื่อสารแบบสองทาง เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอน ไม่เน้นการบรรยายมากเกินไป ซึ่งอาจจะไม่ช่วยให้เกิดการจดจำหรือเข้าใจ เมื่อวัดประสิทธิผลของรูปแบบฯ ซึ่งเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการร่วมกับการสร้างช่องทางการสื่อสาร พบว่า คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมก่อนและหลังมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.05$) โดยคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาฯ สูงขึ้น นอกจากนี้ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ และการบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ซึ่งน่าจะเป็นผลจากเสริมสร้างความรอบรู้ที่มุ่งสร้างความมั่นใจในการประเมินข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเพราะเป็นข้อมูลเฉพาะ เมื่อมีความมั่นใจในข้อมูล ก็กล้าที่จะบอกผู้อื่นถึงสิ่งที่ตนได้รับมา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุทธินี วัฒนกูล และคณะ[13] ที่ระบุว่าประสบการณ์ที่ได้จากการอบรมเฉพาะทางด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไปใช้ปฏิบัติในพื้นที่จริงและมีโอกาสได้ใช้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือมากขึ้น จะทำให้มีความมั่นใจในการประเมินข้อมูลเพื่อการตัดสินใจใช้ยาอย่างสมเหตุผลดียิ่งขึ้น ส่วนด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและสุขภาพ ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพ ความสามารถในการโต้ตอบซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรด้านสาธารณสุข และการจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเองเป็นหลัก ไม่ได้มีการต้องบอกต่อ หรือต้องตัดสินใจ จึงไม่ได้มีความแตกต่างทางสถิติ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

แกนนำชุมชนเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดกับคนในชุมชน ดังนั้น ควรให้มีแกนนำในแต่ละระดับ ได้แก่ ระดับหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ เข้ามาร่วมเป็นทีมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในบทบาทที่จะช่วยบอกต่อ รวมทั้งการเป็นที่ปรึกษาในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจจะออกแบบงานวิจัยโดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ฯ ที่พัฒนาขึ้น รวมทั้งการขยายพื้นที่ไปยังอำเภออื่นเพื่อทำการศึกษา นอกจากนี้อาจจะศึกษาประเด็นความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประชาชนในพื้นที่และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ถึงการมีส่วนร่วมดำเนินการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในชุมชน เนื่องจากงานวิจัยนี้ ศึกษาในพื้นที่เพียง 1 แห่ง ดังนั้นการนำไปขยายผลจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The rational use of drugs. Conference of Experts on the Rational Use of Drugs. 1985 Nov 25-29; Nairobi. Geneva: WHO; 1985.
2. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาระบบประสาทส่วนกลาง เล่ม 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553.
3. World Health Organization.Medicines use in primary care in developing and transitional countries: fact book summarizing results from studies reported between 1990 and 2006. Geneva: WHO; 2009.
4. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 [อินเตอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ค. 3]. เข้าถึงได้จาก: http://dmsic.moph.go.th/index/detail/6849
5. สิริลักษณ์ รื่นรวย, สุรศักดิ์ เสาแก้ว. สถานการณ์ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในเขตสุขภาพที่ 3. วารสารเภสัชกรรมไทย 2560; 9(1): 225-35.
6. กระทรวงสาธารณสุข. รายงาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข พิจิตร:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ค. 3]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
7. วิมล โรมา, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, มุกดา สำนวนกลาง, แรกขวัญ สระวาสี, สายชล คล้อยเอี่ยม, กมลวรรณ สุขประเสริฐ, บรรณาธิการ. แนวคิดหลักการขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี:สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.); 2561
8. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000;15(3):259-67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
9. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย, 2547.

10. ตวงรัตน์ โพธะ, กุสาวดี เมลืองนนท์, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, สมหญิง พุ่มทอง. การพัฒนาเครื่องมือและประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
11. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ดวงเนตร ธรรมกุล. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2558;9(2):1-8.
12. มนต์ชัย อโณวรรณพันธ์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2564;17(1):15-22.
13. ศุทธินี วัฒนกูล, ศศิธร ชิดนายี, พิเชษฐ์ แซ่โซว, ดำริห์ ทริยะ, ศิวิไล ปันวารินทร์, พรฤดี นิธิรัตน. ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์.2563; 12(2):72-82.

การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีของสถาบันพระบรมราชชนก

กันยารัตน์ อุบลวรรณ, ปร.ด.*[a], นัยนา ภูลม, ปร.ด.*, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, วท.ม.*, วิยะการ แสงหัวช้าง, พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีสถาบันพระบรมราชชนก ประชากรเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี ทุกชั้นปี จากวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก จำนวน 1,045 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี และเขตที่อยู่อาศัย และส่วนที่ 2 การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโควิด-19 ตามกรอบแนวคิดของ UNESCO ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงสื่อ การวิเคราะห์สื่อ การประเมินค่าสื่อ และการสร้างสรรค์ เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) โดยรวม (Mean=3.6, SD=0.399) การเข้าถึงสื่อ (Mean=4.22, SD=0.713) การวิเคราะห์สื่อ (Mean=3.68, SD=0.463) และการประเมินค่าสื่อ (Mean=3.69, SD=0.458) อยู่ในระดับมาก ส่วนการสร้างสรรค์อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.92, SD=0.970) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ให้กับนักศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป

คำสำคัญ : การรู้เท่าทันสื่อ; โควิด-19

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[a] Corresponding author : กันยารัตน์ อุบลวรรณ Email : Kanyarat@bcns.ac.th

รับบทความ: 16 ม.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 30 ม.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 1 ก.พ. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์ 14 ก.พ. 66

Media Literacy about the Novel Coronavirus (COVID-19) Outbreak of Undergraduate Students of Praboromarajchanok Institute

Kanyarat Ubolwan, Ph.D.[*a], Naiyana Pulom, Ph.D.[*], Jeeraporn Chuencham, M.Sc.[*], Wiyakarn Sanghuachang, M.S.N. [*]

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study media literacy about the novel coronavirus (COVID-19) outbreak of undergraduate students of Praboromarajchanok Institute. The population was undergraduate students of all years from colleges under Phraboromrajchanok Institute. The samples of 1,045 students were recruited using convenient sampling technique. The instrument used as an online questionnaire was consisted of: part 1-demographical dada including gender, age, grade level and residential area, and part 2-media literacy about COVID-19 according to the conceptual framework of UNESCO that covers 4 dimensions: media accessibility, media analysis, media evaluation, and creativity. The reliability of the instrument using Cronbach's alpha coeficient of the instrument was 0.78. The data were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations.

The results showed that the samples' average overall media literacy about the novel coronavirus (COVID-19) outbreak of (Mean=3.6, SD=0.399), media accessibility (Mean=4.22, SD=0.713), media analysis (Mean=3.68, SD=0.463) and media evaluation (Mean=3.69, SD=0.458) were at a high level. As for media creativity, the score was at a moderate level (Mean=2.92, SD=0.970). The results of this research can be used to promote and develop media literacy about the novel coronavirus (COVID-19) outbreak for undergraduate students in health sciences.

Keywords : Media literacy; COVID-19

[*] Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[a] Corresponding author : Kanyarat Ubolwan Email : Kanyarat@bcns.ac.th

Received: Jan. 16, 23; Revised: Jan. 30, 23; Accepted: Feb. 1, 23; Published Online: Feb. 14, 23

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) หรือไวรัสโควิด-19 มีการแพร่ระบาดเป็นไปอย่างรวดเร็วและในวงกว้างเริ่มจากจุดการเกิดการติดเชื้อในเมืองอู่ฮั่นในประเทศจีน ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 และมีการระบาดไปทั่วโลก[1] องค์การอนามัยโรคประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศเป็นการแพร่ระบาด และประกาศให้เป็นโรคระบาดในเดือนมีนาคม 2563[2] ซึ่งการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสนี้ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ชีวิต และความเป็นอยู่ของประชาชน ข่าวสารการแพร่ระบาดของไวรัสดังกล่าวมีการเผยแพร่เป็นวงกว้างอย่างรวดเร็วในสื่อสังคมออนไลน์ มีการให้ข้อมูลข่าวสารทั้งปรากฏที่เป็นความจริงและไม่แน่ใจว่าเป็นความจริง โดยมีการเผยแพร่ต่อๆ กันไป[3] การเผยแพร่ข้อมูลเหล่านี้สื่อเข้ามามีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการให้ข้อมูลข่าวสาร และการรับรู้ข่าวสารของประชาชน ทั้งประโยชน์และข้อมูลที่บิดเบือนไปจากความจริง ในสถานการณ์คับขันหรือจำเป็นที่ต้องได้รับข้อมูลข่าวสารที่เชื่อถือได้ การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) จึงเป็นเรื่องสำคัญ[4] การเลือกรับสื่อที่จะเลือกใช้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้รับสารต้องมีการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการสื่อสารให้เกิดประโยชน์อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อความน่าเชื่อถือในการส่งสารหรือรับข้อมูลเพื่อใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและประชาชนทั่วไปรวมถึงผู้มารับบริการทางสุขภาพ ความรู้เท่าทันสื่อหมายถึง การอ่านสื่อให้ออกเพื่อพัฒนาทักษะในการเข้าถึงสื่อ การวิเคราะห์สื่อ การตีความเนื้อหาของสื่อ การประเมินค่า และการเข้าใจผลกระทบของสื่อรวมถึงความสามารถใช้สื่อให้เกิดประโยชน์ได้[5] สอดคล้องกับความหมายของการรู้เท่าทันสื่อขององค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติหรือ UNESCO ได้กำหนดองค์ประกอบของการรู้เท่าทันสื่อ 4 ด้านได้แก่ 1) การเข้าถึงสื่อ (Access) คือการได้รับสื่อประเภทต่างๆ ได้อย่างเต็มที่และรวดเร็ว สามารถรับรู้และเข้าใจเนื้อหาต่างๆ ของสื่ออย่างเต็มความสามารถ พร้อมทั้งทำความเข้าใจความหมายของสื่ออย่างมีประสิทธิภาพ 2) การวิเคราะห์ (Analyses) คือการตีความเนื้อหาสื่อตามรูปแบบที่สื่อแต่ละประเภทนำเสนอ มีการตีความเนื้อหาโดยใช้หลักวิเคราะห์พื้นฐาน เปรียบเทียบหาความแตกต่างข้อเท็จจริง 3) การประเมินค่าสื่อ (Evaluation) เป็นผลมาจากการวิเคราะห์ทำให้สามารถประเมินคุณภาพสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อผู้รับสารในด้านต่างๆ อาจแสดงออกโดยการชื่นชอบ ตอบสนองตัดสินให้คุณค่า และ 4) การสร้างสรรค์ (Create) หมายถึง การพัฒนาทักษะในการสร้างสื่อเพื่อที่จะสื่อให้ได้ตามวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร[6] จากความหมายดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการรู้เท่าทันสื่อเป็นกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพทางความคิด เพื่อเป็นการป้องกันผู้รับสารจากผลกระทบในด้านลบจากสื่อ และเป็นกระบวนการที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตให้เหมะสมในการเปิดรับสื่อประเภทต่างๆ รวมถึงสื่อสังคมออนไลน์ที่มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารได้อย่างง่ายดายและแทบตลอดเวลา

นักศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่จัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ มีฐานะเป็นนิติบุคคลและเป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวิทยาลัยในสังกัดรวมทั้งสิ้น 39 แห่ง เป็นวิทยาลัยพยาบาล จำนวน 30 แห่ง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจำนวน 7 แห่ง

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก 1 แห่ง และวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 1 แห่ง รวมนักศึกษาทุกสถาบันจำนวนมากกว่า 18,000 คน[7] ถือเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่จะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งในปัจจุบัน ในขณะที่กำลังศึกษา และหลังจากจบการศึกษาไปปฏิบัติงานในฐานะผู้นำทางด้านสุขภาพที่สำคัญ การพัฒนานักศึกษาเพื่อให้เป็นผู้ที่รู้เท่าทันสื่อเป็นการพัฒนาทางด้านความคิดอย่างมีวิจารณาอันเป็นคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ โดยเฉพาะเวลามีสถานการณ์คับขันอย่างในเหตุการณ์ที่กำลังมีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลพื้นฐานที่เพียงพอเกี่ยวกับการรู้เท่าสื่อเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ดังกล่าวของนักศึกษาระดับปริญญาตรีของสถาบันพระบรมราชชนก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อในนักศึกษา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ สำหรับการพัฒนากระบวนการการรู้เท่าทันสื่อของนักศึกษา ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้นำกรอบแนวคิดของ องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติหรือ UNESCO ที่กำหนดองค์ประกอบของการรู้เท่าทันสื่อ 4 ด้านได้แก่ การเข้าถึงสื่อ (Access) เป็นการได้รับสื่อประเภทต่างๆ อย่างรวดเร็วและสามารถเข้าใจเนื้อหาของสื่อ การวิเคราะห์ (Analyses) เป็นการตีความเนื้อหาสื่อโดยใช้หลักวิเคราะห์และเปรียบเทียบความแตกต่าง การประเมินค่าสื่อ (Evaluation) เป็นการประเมินคุณภาพสื่อสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อได้ และการสร้างสรรค์ (Create) เป็นการพัฒนาทักษะในการสร้างสื่อเพื่อสื่อสารให้ได้ตามวัตถุประสงค์[6] มาใช้เป็นแนวทางในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีของสถาบันพระบรมราชชนก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี จากวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมมราชชนก ตามข้อมูลจากการสำรวจปีการศึกษา 2562 จำนวน 39 แห่ง มีนักศึกษาจำนวน 18,882 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดจากการกำหนดเกณฑ์ โดยกำหนดจากขนาดของประชากรหลักหมื่นใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 5 %[8] คำนวณได้จำนวน 944 คนเพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่าง จึงใช้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าที่คำนวณได้ 5 % ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 1,045 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 17-27 เมษายน พ.ศ. 2563 ทาง Google form

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาหลักสูตรระดับปริญญาตรี 2) เป็นนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลหรือวิทยาลัยการสาธารณสุข ในสังกัด

สถาบันพระบรมราชชนก 3) เป็นผู้ที่มีเฟซบุ๊กและไลน์ และ 4) มีความยินดีเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือกลุ่มตัวอย่างแสดงเจตจำนงค์ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถามออนไลน์ในการเก็บรวบรวมจากผู้ตอบแบบสอบถาม เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษา และเขตที่อยู่อาศัยในแต่ละจังหวัด

ส่วนที่ 2 การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19 ประกอบด้วย 1) ข้อคำถามแบบเลือกคำตอบจำนวน 6 ข้อ และ 2) ข้อคำถาม ให้ตอบเป็นระดับของความคิดเห็นแบบให้ข้อมูล 5 ระดับจากข้อมูลระดับต่ำสุดไปสูงสุด ซึ่งครอบคลุมกรอบแนวคิดของ UNESCO 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงสื่อ การวิเคราะห์สื่อ การตีความสื่อ และการสร้างสรรค์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสื่อสารสนเทศจำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจำนวน 2 ท่าน หลังจากการตรวจสอบความถูกต้อง ผู้วิจัยได้นำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาระดับอุดมศึกษาจำนวน 30 คน คำนวณโดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.78

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผ่านแพลตฟอร์ม Google Form ระหว่างวันที่ 17 ถึง 27 เมษายน พ.ศ. 2563 โดยผู้วิจัยเผยแพร่แบบสอบถามผ่านช่องทางออนไลน์ ผ่านอาจารย์ประจำชั้นของนักศึกษาในแต่ละสถาบัน อาจารย์ส่งต่อลิงค์ให้กับนักศึกษาที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์หาค่าสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการคำนึงถึงการดำเนินการอย่างรอบคอบเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย คำแนะนำ รวมถึงวิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับของงานวิจัยก่อนการพิจารณาให้คำยินยอม หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยจึงให้กดปุ่มยินยอมการเข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่นักศึกษาตอบจะส่งตรงมายังผู้วิจัยโดยไม่ผ่านอาจารย์ของสถาบันที่นักศึกษาสังกัด นักศึกษามีความเป็นอิสระที่จะยินยอมหรือไม่ยินยอมในการให้ข้อมูลการวิจัยได้อย่างอิสระ ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อนักศึกษา หลังยินยอมตามขั้นตอนทั้งหมดของการวิจัย นักศึกษาทุกคนมีอิสระที่จะถอนตัวเมื่อใดก็ได้หากต้องการ ข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด การวิจัยนี้เป็นการศึกษาข้อมูลที่เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยชื่อ การสำรวจพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารและ

การรู้เท่าทันสื่อ ความรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ของประชาชนไทย ลาวและกัมพูชา ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เลขที่หนังสือรับรอง EC1-001/2563

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.3 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 29.1 รองลงมาชั้นปีที่ 4, 3 และ 2 ร้อยละ 26.0, 23.8 และ 21.1 ตามลำดับ มีอายุ 20 ปี ร้อยละ 25.1 รองลงมา 19 ปีหรือน้อยกว่า, อายุ 21 ปี, อายุ 22 ปี และอายุ 23 ปีหรือมากกว่า ร้อยละ 21.9, 21.2, 20.8 และ 11.0 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 20.84 (Max=30, Min=18, SD=1.671) นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตภาคกลาง ร้อยละ 34.7 รองลงมาอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ, ภาคใต้ และภาคตะวันตก ร้อยละ 32.5, 10.8, 10.7 และ 8.1 ตามลำดับ โดยมีเพียงร้อยละ 3.1 ที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออก

การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่ 2019 (โควิด-19)

การเข้าถึงสื่อ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 จากสื่อต่างๆ ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากเฟซบุ๊กมากถึงร้อยละ 82.3 รองลงมา คือ ทางโทรทัศน์ ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล อสม.ฯลฯ) และทางไลน์ ร้อยละ 75.3, 60.4 และ 60.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามสื่อหรือช่องทางที่ใช้ในการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

สื่อหรือช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
เฟซบุ๊ก	872	82.3
โทรทัศน์	787	75.3
ไลน์	638	60.2
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล อสม.ฯลฯ)	631	60.4
สมาชิกในครอบครัว/เพื่อน	579	55.4
เว็บไซต์หน่วยงานราชการ	551	52.0
อินสตราแกรม	435	41.6
ยูทูป (YouTube)	409	39.1
ทวิตเตอร์ (Twitter)	374	35.8
วิทยุกระจายเสียง	193	18.5
หนังสือพิมพ์	146	14 0

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ช่องทาง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพียงวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 25.6 รองลงมาติดตามเพียงวันละ 1 ครั้ง และติดตามบ้างเป็นระยะประมาณ 2-3 ชั่วโมงครั้งในแต่ละวัน ร้อยละ 25.4 และ ร้อยละ 16.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามการใช้เวลาติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 จากสื่อหรือช่องทางต่างๆ (n=1,045 คน)

การใช้เวลาติดตามข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
1. ติดตามตลอดเวลาโดยติดตั้งข้อความเตือนอัตโนมัติในโทรศัพท์มือเพื่อจะไม่พลาดข้อมูลข่าวสาร	140	13.4
2. ติดตามบ้างเป็นระยะ ประมาณ 2-3 ชั่วโมงครั้งในแต่ละวัน	147	14.1
3. ติดตามบ้างเป็นระยะ ประมาณ 4-5 ชั่วโมงต่อครั้งในแต่ละวัน	173	16.6
4. ติดตามบ้างเพียงวันละ 2 ครั้ง	267	25.6
5. ติดตามบ้างเพียงวันละ 1 ครั้ง	265	25.4
6. ติดตามบ้าง 2-3 วันจึงจะติดตามข่าวสารสัก 1 ครั้ง	53	5.1

การวิเคราะห์สื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48.6) มีความเห็นว่า ข่าวสารเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ได้รับจากทางโซเชียลมีเดีย เช่น เฟซบุ๊ค ไลน์ ทวิตเตอร์ อินสตราแกรม ฯลฯ เชื่อถือได้ส่วนใหญ่ รองลงมาร้อยละ 24.1 มีความเห็นว่าน่าเชื่อถือได้เพียงครึ่งเดียว ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความน่าเชื่อถือข่าวสารเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ได้รับจากทางโซเชียลมีเดียของนักศึกษา (n=1,045 คน)

ความน่าเชื่อถือข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19	จำนวน	ร้อยละ
1. เชื่อถือได้ยาก/ไม่ค่อยน่าเชื่อถือ	36	3.4
2. เชื่อถือได้บ้างเล็กน้อย	218	20.9
3. เชื่อถือได้เพียงครึ่งเดียว	252	24.1
4. เชื่อถือได้ส่วนใหญ่	508	48.6
5. เชื่อถือได้ทั้งหมด	17	1.6
6. ไม่ทราบ/ตอบยาก	14	1.3

การประเมินค่าสื่อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.7 ประเมินภาพรวมเนื้อของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับเชื้อโรคโควิด-19 จากสื่อหรือช่องทางต่างๆ ว่าส่วนใหญ่เป็นข้อมูลข่าวสารที่เป็นความจริง รองลงมา ร้อยละ 28.4 ประเมินว่าเกือบทั้งหมดเป็นข้อมูลข่าวสารที่เป็นความจริง มีเพียงร้อยละ 0.2 ที่ประเมินว่าส่วนใหญ่ และเกือบทั้งหมดเป็นข่าวเท็จ/ข่าวปลอม/ข่าวหลอกลวง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการประเมินภาพรวมเนื้อของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 จากสื่อหรือช่องทางต่างๆ ของนักศึกษา (n=1,045 คน)

	การประเมินภาพรวมเนื้อหาของข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
1.	เกือบทั้งหมดเป็นข้อมูลข่าวสารที่เป็นความจริง	297	28.4
2.	ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลข่าวสารที่เป็นความจริง	624	59.7
3.	ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นข้อเท็จจริง ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นข่าวเท็จ/ข่าวปลอม/ข่าวหลอกลวง	115	11.0
4.	ส่วนใหญ่เป็นข่าวเท็จ/ข่าวปลอม/ข่าวหลอกลวง	2	0.2
5.	เกือบทั้งหมดเป็นข่าวเท็จ/ข่าวปลอม/ข่าวหลอกลวง	2	0.2
6.	ไม่รู้/ประเมินยาก	5	0.5

การสร้างสรรค์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.1 เมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ทางสื่อเฟซบุ๊กจะมีพฤติกรรมแบ่งปันข้อมูล (Share)/นำไปโพสต์ต่อ (Re-post) รองลงมา ร้อยละ 50.6 มีพฤติกรรมกดไลค์ (Like) หรือแสดงความรู้สึกอื่นๆ โดยใช้ไอคอน มีเพียงร้อยละ 4.0 ที่มีพฤติกรรมเข้าร่วม/ตอบรับคำเชิญให้ร่วมกิจกรรม สำหรับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อโควิค-19 ทางไลน์ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.2 นำไปพูดคุยกับเพื่อนคนรู้จัก รองลงมา ร้อยละ 32.2 แชร์ต่อในกลุ่มเพื่อน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามพฤติกรรมเมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิค-19 ทางสื่อเฟซบุ๊ก และทางไลน์ (n=1,045 คน)

	พฤติกรรมเมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิค-19	จำนวน	ร้อยละ
ทางสื่อเฟซบุ๊ค			
1.	เขียนบทความ/สารคดี/ภาพถ่าย/คลิปวิดีโอ เกี่ยวกับสถานการณ์ความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19 เผยแพร่บนเฟซบุ๊กส่วนตัว	134	12.8
2.	แสดงความคิดเห็น/โต้ตอบกระทู้/ตอบคำถามของคนอื่น	67	6.4
3.	แบ่งปันข้อมูล (Share)/นำไปโพสต์ต่อ (re-post)	534	51.1
4.	กดไลค์ (Like) หรือแสดงความรู้สึกอื่นๆ โดยใช้ไอคอน	529	50.6
5.	กดติดตามลิงค์ข้อมูลที่มีคนนำมาเผยแพร่เพื่อติดตามข้อมูลต้นฉบับ	350	33.5

ตารางที่ 5 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามพฤติกรรมเมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิค-19 ทางสื่อเฟซบุ๊ก และทางไลน์ (n=1,045 คน)

พฤติกรรมเมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิค-19	จำนวน	ร้อยละ
6. เข้าร่วม/ตอบรับคำเชิญให้ร่วมกิจกรรม	42	4.0
7. ไม่ทำอะไรเลย	180	17.2
ทางไลน์		
1. แชร์ต่อในกลุ่มเพื่อน	336	32.2
2. แชร์ต่อไว้ในไทม์ไลน์ของท่าน	137	13.1
3. นำไปพูดคุยกับเพื่อนคนรู้จัก	493	47.2
4. จัดเก็บข้อมูลที่สนใจไว้ในโน๊ต/บันทึกใน keep	163	15.6
5. ไม่ได้ทำอะไรที่กล่าวมาข้างต้น	228	21.8

หมายเหตุ สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ระดับการรู้เท่าทันสื่อในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

กลุ่มตัวอย่างมีการรู้เท่าทันสื่อในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.6 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 42.4 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่การรู้เท่าทันสื่อด้านการเข้าถึงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 86.1 ด้านการวิเคราะห์สื่อ ร้อยละ 65.1 และด้านการประเมินค่าสื่อ ร้อยละ 53.8 ส่วนด้านการสร้างสรรค์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับป่านกลาง ร้อยละ 54.8 และรองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 26.2 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับการรู้เท่าทันสื่อรายด้าน และโดยรวม (n=1,045 คน)

การรู้เท่าทันสื่อ	ระดับการรู้เท่าทันสื่อ					
	ดี		ปานกลาง		ไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงสื่อ	900	86.1	136	13.0	9	0.9
การวิเคราะห์สื่อ	680	65.1	365	34.9	0	0
การประเมินคุณค่าของสื่อ	562	53.8	480	45.9	3	0.3
การสร้างสรรค์สื่อ	198	18.9	573	54.8	274	26.2
โดยรวม	443	42.4	60	57.6	0	0

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.6, SD=0.399) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรู้เท่าทันสื่อด้านการเข้าถึงสื่อ (Mean=4.22, SD=0.713) ด้านการวิเคราะห์สื่อ (Mean=3.68, SD=0.463) ด้านการประเมินค่าสื่อ (Mean=3.69, SD=0.458) อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการสร้างสรรค์ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.92, SD=0.970) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ของนักศึกษา (n=1,045 คน)

ตัวแปร	Mean	SD	ระดับ
การเข้าถึงสื่อ	4.22	0.713	มาก
การวิเคราะห์สื่อ	3.68	0.463	มาก
การประเมินคุณค่าของสื่อ	3.69	0.458	มาก
การสร้างสรรค์สื่อ	2.92	0.970	ปานกลาง
โดยรวม	3.60	0.399	มาก

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การเข้าถึงสื่อ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 จากสื่อต่าง ๆ ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากเฟซบุ๊ก มากถึงร้อยละ 82.3 รองลงมา คือ ทางโทรทัศน์ ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล อสม.ฯลฯ) และทางไลน์ ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่านักศึกษาเข้าถึงสื่อเฟซบุ๊กมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสำรวจพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกหลายสถาบัน พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมในการใช้เฟซบุ๊ก เช่น ศึกษาวิจัยเรื่องการสำรวจพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและผลกระทบของการใช้อินเทอร์เน็ตในนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ พบว่า ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างใช้เฟซบุ๊ก[9] ช่องทางดังกล่าวจึงเป็นโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารจากการแชร์ข้อมูลสื่อถึงกันมากขึ้น ส่วนหนังสือพิมพ์เป็นช่องทางที่ใช้ในการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19 ของนักศึกษาน้อยที่สุด อาจเป็นเพราะปัจจุบันเป็นยุคแห่งสังคมสารสนเทศและการสื่อสาร นักศึกษามีพฤติกรรมการใช้อินเตอร์เน็ตมากกว่า 5 ครั้ง/วันคิดเป็นร้อยละ 63.8 ส่วนใหญ่อุปกรณ์ที่ใช้เป็นโทรศัพท์มือถือ คิดเป็นร้อยละ 86.0[10] ทำให้การเข้าถึงข้อมูลง่าย สามารถเข้าได้ทุกหนทุกแห่งที่มีสัญญาณเชื่อมถึง การเปิดรับสื่อของผู้รับสารมีบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปิดรับข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ (Social media) ที่ได้เข้ามาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารที่มีการปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้ใช้สื่อให้สามารถเป็นทั้งผู้ส่งสาร (Sender) และผู้รับข้อมูลข่าวสาร (Receiver) ในคนเดียวกัน สื่อที่เป็นการส่งสารทางเดียวจึงมีบทบาทน้อยลง องค์กรด้านสุขภาพและแพลตฟอร์มออนไลน์มากมายให้ข้อมูลรายวันแก่ประชาชนชาวไทย ซึ่งทำให้การเข้าถึงข้อมูลเข้าถึงได้ง่าย

และสอดคล้องกับยุคดิจิทัลได้ด้วยความรวดเร็วตามความต้องการของตนเองจากสื่อสังคมออนไลน์มากกว่า นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพียงวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 25.6 รองลงมาติดตามเพียงวันละ 1 ครั้ง และติดตามบ้างเป็นระยะ ประมาณ 2-3 ชั่วโมง/ครั้งในแต่ละวัน ร้อยละ 25.4 และ ร้อยละ 16.6 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า นักศึกษามีการติดตามเป็นช่วงเวลา เพียงวันละ 2 ครั้ง อาจเป็นเพราะนักศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกส่วนใหญ่ มีการจัดการเรียนการสอนเต็มเวลา อาจทำให้นักศึกษามีเวลาเพียงบางช่วงที่จะมาติดตามข้อมูลข่าวสาร อย่างไรก็ตามการใช้เวลาในการติดตาม 2-3 ชั่วโมง/ครั้งในแต่ละวัน ถือเป็นระยะเวลาที่มากในการติดตามข้อมูลข่าวสารเมื่อเทียบกับผลการศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับข้อมูลข่าวสารและความตระหนักรู้ของนักเรียนนักศึกษาจังหวัดอุดรธานีในช่วงไวรัสโควิด-19 ระบาด ระยะเวลาในการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโควิด-19 มากที่สุดคือน้อยกว่า 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 40[11]

ด้านการวิเคราะห์สื่อ (Analyses) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.6 มีความเห็นว่าข่าวสารเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ได้รับจากทางโซเชียลมีเดีย เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ อินสตราแกรม ฯลฯ เชื่อถือได้ส่วนใหญ่ รองลงมา ร้อยละ 24.1 มีความเห็นว่าน่าเชื่อถือได้เพียงครึ่งเดียว และการประเมินค่าสื่อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.7 ประเมินภาพรวมเนื้อหาของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับเชื้อโรคโควิด-19 จากสื่อหรือช่องทางต่าง ๆ ว่าส่วนใหญ่เป็นข้อมูลข่าวสารที่เป็นความจริง รองลงมา ร้อยละ 28.4 ประเมินว่าเกือบทั้งหมดเป็นข้อมูลข่าวสารที่เป็นความจริง มีเพียง ร้อยละ 0.2 ที่ประเมินว่าส่วนใหญ่ และเกือบทั้งหมดเป็นข่าวเท็จ/ข่าวปลอม/ข่าวหลอกลวง ทั้งนี้การประเมินภาพรวมเนื้อหาของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับเชื้อโรคโควิด-19 จากสื่อหรือช่องทางต่างๆ ว่าส่วนใหญ่เป็นข้อมูลข่าวสารที่เป็นความจริง อาจเป็นเพราะแผนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) และนโยบายที่เข้มแข็งของรัฐบาลไทย[12] มีความเข้มงวดกับข่าวสารมากขึ้น มีการคัดกรองและให้ข้อมูลเกี่ยวกับข่าวสารปลอม มีศูนย์ต่อต้านข่าวปลอมของประเทศไทย จึงอาจสอดคล้องกับการเชื่อถือข้อมูลเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว ยังถือได้ว่าเป็นเรื่องใหม่ที่สร้างความตื่นตระหนกให้กับผู้คนไปทั่วโลก แต่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคระบาดดังกล่าวยังมีไม่มากนัก จึงอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของข่าวปลอมได้ง่าย ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 24.1 มีความเห็นว่าน่าเชื่อถือได้เพียงครึ่งเดียว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.1 เมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19 ทางสื่อเฟซบุ๊คจะมีพฤติกรรมแบ่งปันข้อมูล (Share)/นำไปโพสต์ต่อ (Re-post) และมีเพียงร้อยละ 4.0 ที่มีพฤติกรรมเข้าร่วม/ตอบรับคำเชิญให้ร่วมกิจกรรม ส่วนการเขียนบทความ/สารคดี/ภาพถ่าย/คลิปวิดีโอ เกี่ยวกับสถานการณ์ ความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19 เผยแพร่บนเฟซบุ๊กส่วนตัว ยังน้อย มีเพียงร้อยละ 12.8 ทั้งนี้ สอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้สื่อเฟซบุ๊ก ซึ่งพฤติกรรมแบ่งปันข้อมูล (Share)/นำไปโพสต์ต่อ (Re-post) เป็นวัตถุประสงค์ส่วนใหญ่และง่ายต่อการใช้ ส่วนการเขียนบทความ/สารคดี/ภาพถ่าย/คลิปวิดีโอ เกี่ยวกับสถานการณ์ ความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19 เผยแพร่บนเฟซบุ๊กส่วนตัว ทั้งนี้ ทักษะดังกล่าวอาจต้องการประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการทำเชิงสร้างสรรค์และใช้เวลาในการทำมากกว่า การสร้างสรรค์

ซึ่งเป็นการพัฒนาทักษะในการสร้างสื่อเพื่อที่จะสื่อให้ได้ตามวัตถุประสงค์ของการสื่อสารพฤติกรรม เกี่ยวกับเรื่องนี้จึงมีน้อย

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า โดยส่วนใหญ่นักศึกษามีกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพทางความคิดเพื่อเป็นการป้องกันผู้รับสารจากผลกระทบในด้านลบจากสื่อ มีการเข้าถึงสื่อ (Access) ได้อย่างเต็มที่และรวดเร็ว และสามารถรับรู้เข้าใจเนื้อหาต่างๆ ของสื่อ พร้อมทั้งทำความเข้าใจความหมายของสื่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการวิเคราะห์ (Analyses) คือการตีความเนื้อหาสื่อตามรูปแบบที่สื่อแต่ละประเภทนำเสนอ มีการประเมินค่าสื่อ (Evaluation) ซึ่งเป็นผลมาจากการวิเคราะห์ ทำให้สามารถประเมินคุณภาพสามารถนำไปใช้ประโยชน์ และมีการสร้างสรรค์ (Create) คือการพัฒนาทักษะในการสร้างสื่อ เพื่อที่จะสื่อให้ได้ตามวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรู้เท่าทันสื่อด้านการเข้าถึงสื่อ ด้านการวิเคราะห์สื่อ และด้านการประเมินค่าสื่ออยู่ในระดับมาก เป็นไปได้ว่านักศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งมีความสำคัญทั้งทฤษฎีและการปฏิบัติอย่างเป็นวิชาชีพ[13] นักศึกษาสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จึงต้องได้รับการฝึกฝนทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการเพิ่มสมรรถนะในการแก้ปัญหา (Problem solving) ได้อย่างมีคุณภาพ จึงอาจมีส่วนสำคัญที่ทำให้นักศึกษามีการรู้เท่าทันสื่อด้านการวิเคราะห์สื่อ และด้านการประเมินค่าสื่ออยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการสร้างสรรค์ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการรับรู้ทักษะศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม[14] การรับรู้อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการรู้เท่าทันสื่อในด้านดังกล่าว ทำให้การรู้เท่าทันสื่อด้านการสร้างสรรค์อยู่ในระดับที่น้อยกว่าด้านอื่นๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. ควรมีการพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อที่เน้นการใช้ผ่านช่องทางเฟซบุ๊ก เพราะนักศึกษาส่วนใหญ่มีการเข้าถึงสื่อเฟซบุ๊กมากกว่าช่องทางอื่น
2. เปิดโอกาสหรือมีเวที ในการส่งเสริมการเขียนบทความ/สารคดี/ภาพถ่าย/คลิปวิดีโอ เกี่ยวกับสถานการณ์ ความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19 เผยแพร่บนเฟซบุ๊ก และช่องทางสื่อสังคมออนไลน์เพื่อเพิ่มประสบการณ์และเพิ่มการรู้เท่าทันสื่อด้านการสร้างสรรค์สื่อให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อโดยเฉพาะด้านการสร้างสรรค์โดยการพัฒนาโปรแกรมและพัฒนานักศึกษาให้มีการรู้เท่าทันสื่อด้านการสร้างสรรค์สื่อมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในกลุ่มนักเรียนหรือนักศึกษาในสถาบันต่างๆ ให้เป็นภาพรวมของประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ที่สนับสนุนเงินทุนวิจัย และขอบคุณหลักสูตรนิเทศศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสื่อสารการตลาด มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย ที่ให้ข้อเสนอแนะการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยาและกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานผลการบททวน สถานการณ์โรคโควิด-19 และมาตรการควบคมป้องกันในระดับโลก และในประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ม.ค. 15]; เข้าถึงได้จาก:http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/COVID19.65.pdf
2. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 2]. Available from: https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)
3. ศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม ประเทศไทย.ข่าวปลอมเกี่ยวกับโควิด [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.พ. 12]; เข้าถึงได้จาก: https://www.antifakenewscenter.com/tag/%E0%B9%82%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%9419/
4. ศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม ประเทศไทย. วงจรข้อมูลลวง COVID-19 : รู้เท่าทันสื่อ [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 มิ.ย. 30]. เข้าถึงได้จาก: https://www.youtube.com/watch?v=Xpn7Lf_cle8
5. พรทิพย์ เย็นจะบก. ถอดรหัส ลับความคิด เพื่อการรู้เท่าทันสื่อ: คู่มือการเรียนรู้เท่าทันสื่อ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2552.
6. UNESCO. Global Media and Information Literacy Assessment Framework: country readiness and competencies [Internet]. 2013 [cited 2020 Feb 5]. Available from: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000224655
7. สถาบันพระบรมราชชนก. ประวัติความเป็นมา. [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.พ. 21]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pi.ac.th/page/41
8. กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง. ใน: ประกาย จิโรจน์กุล. วิจัยทางการพยาบาล:แนวคิดและหลักการปฏิบัติ. นนทบุรี: โครงการตำราสถาบันพระบรมราชชนก; 2548. หน้า 90-5.
9. วราพร วันไชยธนวงค์, เกศราภรณ์ ชูพันธ์. การสำรวจพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและผลกระทบของการใช้อินเทอร์เน็ตในนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2557; 7(3):124-32.

10. กิตติยา อาษากิจ. พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2558; 5(2):33-44.
11. เสกสรร สายสีสด. พฤติกรรมการเปิดรับข้อมูลข่าวสารและความตระหนักรู้ของนักเรียนนักศึกษาจังหวัดอุดรธานีในช่วงไวรัสโควิด-19 ระบาด. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2564; 11(1):13-25.
12. Ministry of Public Health [Internet]. The Coronavirus Disease 2019 Situation [updated 2020;cited 2020 May 12]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/file/situation/situation-no130-120563.pdf
13. Zuriguel Pérez E, Lluch Canut MT, Falcó Pegueroles A, Puig Llobet M, Moreno Arroyo C, Roldán Merino J. Critical thinking in nursing: Scoping review of the literature. Int J Nurs Pract. 2015;21(6):820-830. doi:10.1111/ijn.12347
14. รุ่งนภา จันทรา, อติญาณ์ ศรเกษตริน. ทักษะการเรียนรู้ศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(1):180-90.

บทความวิชาการ

การส่งเสริมพัฒนาการผู้ใหญ่วัยกลางคน : บทบาทของพยาบาล

เกษร เกษมสุข, พย.ม.*[a], บังอร ฤทธิ์อุดม, พย.ม.*

บทคัดย่อ

ผู้ใหญ่วัยกลางคน เป็นช่วงที่พัฒนาการด้านสติปัญญา อารมณ์ และสังคมสมบูรณ์ มีความรับผิดชอบต่อสังคมด้วยการเป็นพลเมืองดี อีกทั้งวัยนี้ยังเป็นกำลังของคนวัยสูงอายุ และยังต้องคำนึงถึงอนาคตของคนรุ่นเยาว์ จะเห็นว่าวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมถอย มีการปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่มากมายและขัดแย้งในบทบาทที่ตนเองทำอยู่ จึงอาจเกิดปัญหาสุขภาพ บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ใหญ่วัยกลางคน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันปัญหาสุขภาพที่ครอบคลุมมิติทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลผู้ใหญ่วัยกลางคน เพื่อส่งเสริมพัฒนาการในทุกด้าน ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตและพร้อมปรับตัวเข้าสู่ผู้สูงวัยต่อไป

คำสำคัญ : การส่งเสริม; พัฒนาการวัยผู้ใหญ่วัยกลางคน; บทบาทพยาบาล

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

[a] Corresponding author : เกษร เกษมสุข Email : kesornk3addi@gmail.com

รับบทความ: 16 ม.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 11 ก.พ. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 11 ก.พ. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์ 15 ก.พ. 66

Review Article

Health Promotion of Middle Adulthood Development : Nurses' Roles

Kesorn Kasemsuk, M.N.S.[*a], Bangorn Ritudom, M.N.S.[*]

Abstract

Middle adulthood is the age that persons possess complete intellectual, emotional, and social development. People in this age have a social responsibility by being a good citizen, a resources that provides to the elderly in the society, and responsibilities to look out for the future of the younger generations. At this age, adulthood still has degenerative physical changes plus changes in many new roles, causing conflicts and health problems. Nurses' roles in health promotion of middle adulthood development are consisted of health assessment, promotion, and prevention of health problems including physical, mental, emotional and social aspects. Therefore, nurses should have knowledge and understandings of health among the middle-aged persons to promote their development in all aspects, including maintaining a quality of life and being ready to adapt to the aging process.

Keywords : Health promotion; Middle adulthood development; Nurses' roles

[*] Instructor, Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Air Medical Services

[a] Corresponding author : Kesorn Kasemsuk Email : kesornk3addi@gmail.com

Received: Jan. 16, 23; Revised: Feb. 11, 23; Accepted: Feb. 11, 23; Published Online: Feb. 15, 23

แนวคิด

การพยาบาลคือการดูแลผู้รับบริการที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นระบบเปิดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอก สามารถเปลี่ยนแปลงได้ทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ตลอดจนมีความตระหนักในตนเองที่จะพัฒนาให้เกิดความสมดุลในตนเองการพยาบาลจึงมีเป้าหมายให้บุคคล ดำรงอยู่ในภาวะสมดุล มีวุฒิภาวะตามขั้นพัฒนาการในทุกวัย ดำรงสภาวะสุขภาพที่ดีได้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดศักยภาพสูงสุดในการทำหน้าที่ต่างๆ ของชีวิต [(1)] โดยพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลให้ดำรงอยู่ในภาวะสุขภาพที่ดี ดูแลตนเองได้ ก่อให้เกิดความผาสุกในการดำรงชีวิต

ผู้ใหญ่วัยกลางคน มีอายุระหว่าง 36-60 ปี อยู่ระหว่างวัยผู้ใหญ่ตอนต้นกับผู้สูงอายุ พัฒนาการด้านสติปัญญา อารมณ์ และสังคมสมบูรณ์ มีความเข้าใจและมีประสบการณ์ในชีวิตเป็นอย่างดี นับเป็นวัยที่มีความสำคัญสูงสุดต่อความเป็นปึกแผ่นและความมั่นคงของประเทศชาติ[(2)] ด้านร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมถอยอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ผู้ใหญ่วัยกลางคนทั้งหญิงและชาย จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อทางร่างกาย อารมณ์ งานอาชีพ ความสนใจ และชีวิตเพศ เป็นต้น หากปรับตัวไม่ทันเพราะขาดความรู้ความเข้าใจสภาพธรรมชาติของร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคมประจำวัยแล้ว อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ คนรอบข้างและสังคมได้[(3)]

ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ใหญ่วัยกลางคนเป็นอย่างดี ซึ่งจะช่วยให้การพยาบาลผู้รับบริการวัยนี้ได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ สามารถดำรงบทบาทตนเองและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ลักษณะทั่วไปของผู้ใหญ่วัยกลางคน ที่สำคัญได้แก่

1. เป็นวัยของทางสองแพร่ง เนื่องจากบุคคลในวัยนี้บางคนอาจจะพบกับความสำเร็จ ทั้งในด้านครอบครัว หน้าที่การงาน ฐานะทางการเงิน อำนาจ และความมีหน้ามีตาในสังคม ในขณะที่บางคนอาจจะประสบกับความล้มเหลว

2. เป็นวัยที่น่าประหวันพรั่นใจ เป็นช่วงเวลาที่น่าประหวั่นพรั่นใจ รองลงมาจากวัยชรา เพราะบุคคลจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้าน รูปร่างที่เริ่มจะอ้วนขึ้น ผมเริ่มหงอก มีสายตายาว กำลังจะลดน้อยลง เริ่มเหนื่อยง่าย และความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น

3. เป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อ ผู้ใหญ่วัยกลางคน เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมถอยอย่างชัดเจน รวมถึงลักษณะทางพฤติกรรมและบทบาทต่างๆ

4. เป็นวัยแห่งการปรับตัว เมื่อเข้าสู่วัยกลางคนบุคคลจะต้องปรับตัวให้เข้ากับบทบาทที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป[(4)]

พัฒนกิจของผู้ใหญ่วัยกลางคน

ฮาวิคเฮิร์สท์ (Havighurst) ได้อธิบายไว้ว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่ผู้ใหญ่วัยกลางคน ภารกิจและบทบาททางสังคมจะมุ่งที่ครอบครัวและส่วนรวมดังนี้ 1) การประพฤติตนเป็นพลเมืองดีและปฏิบัติภารกิจที่รับผิดชอบ 2) สร้างและดำรงมาตรฐานการครองชีพด้านเศรษฐกิจของตน 3) ช่วยบุตรวัยรุ่นให้รู้จักรับผิดชอบและเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสุข 4) การใช้เวลาว่างที่เหมาะสมกับวัยและความสนใจ 5) ปฏิบัติต่อตนเองและคู่สมรสอย่างเป็นบุคคลที่มีศักดิ์ศรีเสมอกัน 6) ยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับสภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และ 7) ปรับตัวให้เป็นคุณแก่พ่อแม่ที่สูงอายุ[5,6]

พัฒนาการของผู้ใหญ่วัยกลางคน 4 ด้าน

1. พัฒนาการด้านร่างกาย

1.1 การเปลี่ยนแปลงกล้ามเนื้อและกระดูก

1.1.1 น้ำหนักตัวที่เกิดจากไขมันเริ่มสะสมใต้ผิวหนังมากขึ้น โดยเฉพาะหน้าท้อง สะโพก เอว

1.1.2 ฟันหักและร่วงหลุด กระดูกเริ่มเปราะบางและหักง่ายเนื่องจากการสร้างกระดูกเกิดขึ้นน้อยกว่าเดิมแต่เซลล์กระดูกกลับสลายตัวมากขึ้น

1.1.3 ความสูง โดยทั่วไปความสูงจะลดลงประมาณ 2-5 เซนติเมตร เมื่ออายุเข้าวัย 40 ปี เนื่องจากกระดูกเสื่อมทำให้คนตัวสั้นลง เนื้อกระดูกจะเริ่มลดลงหลังวัยหมดระดูเนื่องจากสูญเสียแคลเซียม[5,7]

1.2 ระบบผิวหนัง-ผม

1.2.1 ผมเริ่มหงอกขาว โดยทั่วไปจะเปลี่ยนเป็นผมหงอกอย่างชัดเจน เมื่ออายุ 50 ปี ทั้งเพศชายและหญิง เนื่องจากมีการลดลงของสารเมลานิน (Melanin)

1.2.2 ผิวหนังเริ่มเหี่ยวไม่เต่งตึง รอยย่นบนใบหน้า ลำคอ แขน และมือเริ่มเหี่ยว เกิดรอยย่นได้ง่าย เนื่องจากผิวหนังแห้งเพราะต่อมรูขุมขนทำงานน้อยลง ปรากฏเป็นถุงและเป็นรอยคล้ำ

1.3 ระบบประสาทสัมผัส

1.3.1 การมองเห็น เปลือกตาจะเหี่ยวย่น ดวงตาไม่สดใส เพราะเยื่อบุลูกตาและท่อน้ำตาเหี่ยว ทำให้ขาดน้ำเลี้ยงลูกตา กล้ามเนื้อควบคุมรูปของดวงตาจะขาดความกระชับลง เป็นลำดับ มีการเปลี่ยนแปลงที่แก้วตา เนื่องจากมีความเหี่ยวแห้งและการเปลี่ยนปริมาณแร่ธาตุและโปรตีน แก้วตาไม่สามารถจะยืดหดตัวได้เหมือนก่อน จึงไม่สามารถมองเห็นในระยะใกล้ได้ชัด ส่วนใหญ่จะสายตายาว แต่คนที่เคยสายตาสั้นมาก่อนอาจจะสามารถมองเห็นได้ดีกว่าตอนอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น หลังอายุ 40 ปี จะมองไม่ชัดในที่มืด เนื่องจากมีการลดขนาดของรูม่านตา (Pupil) จะมีปัญหาในการอ่านหนังสือและการขับรถในตอนกลางคืน จึงต้องใช้แว่นสายตาช่วยเมื่ออายุ 42-45 ปี[5]

1.3.2 การได้ยิน เซลล์ต่างๆ ของหูสึก ถูกทำลายและเสื่อมลง รวมทั้งโครงสร้างของหูชั้นในโดยเฉพาะเซลล์ซีเลียในคอเคลีย (Cochlea) ทำให้การทำงานของหูผิดปกติ การได้ยินเสียงเปลี่ยนไป เสียงที่

มักไม่ได้ยินก่อนคือเสียงแหลม เช่น เสียงนกร้อง กระดิ่งหรือโทรศัพท์ การอยู่ในสถานที่ซึ่งมีเสียงดังในระดับสูงเป็นระยะเวลานาน จะทำให้มีโอกาสที่หูจะตึงมากขึ้น ดังนั้นคนงานตามโรงงานอุตสาหกรรมที่มีเสียงเครื่องจักรดัง และผู้อาศัยในเมืองหลวงจะมีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินเมื่ออายุมากขึ้น[5,7]

1.3.3 การได้กลิ่นจะเสื่อมลง การรับรู้ช้าลงโดยเฉพาะการสัมผัสเบาๆ เนื่องจากมีความเสื่อมของเซลล์ประสาท (Neurons) ส่วนการลิ้มรสจะลดลงเช่นกัน เนื่องจากจำนวนต่อมรับรสน้อยลง[7]

1.4 ระบบทางเดินอาหาร ต่อมที่เกี่ยวกับการย่อยอาหารเสื่อมลงทำให้เป็นโรคกระเพาะง่าย ประสิทธิภาพการย่อยอาหารและการดูดซึมของสารอาหารจะลดลง อาหารที่รับประทานเข้าไปจะถูกย่อยหรือมีการดูดซึมได้น้อยลงกว่าเดิม นอกจากนี้เหตุที่ต่อมไร้ท่อในร่างกายทำงานน้อยกว่าเดิม ปริมาณของฮอร์โมน ซึ่งเกี่ยวกับการใช้สารอาหารจึงลดลง ทำให้อาหารที่รับประทานเข้าไปใช้ประโยชน์ได้ไม่เต็มที่ ส่งผลถึงการสังเคราะห์และการสลายตัวของสารอาหารหลายชนิด เช่น โปรตีน ไขมัน แคลเซียม เหล็ก และ วิตามินบีหนึ่ง เป็นต้น[5]

1.5 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ผนังเส้นเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง มีไขมันมาเกาะทำให้ตีบตัน การหมุนเวียนโลหิตไม่สะดวก ความดันโลหิตสูงขึ้นกว่าเดิม และเป็นช่องทางให้เกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจด้วย ภาวะที่หลอดเลือดยืดหยุ่นได้น้อยลงนี้เกิดขึ้นอย่างช้าๆ และอาจไม่กระทบกระเทือนความปกติสุขก็ได้ แต่ทว่าสมรรถภาพจะลดน้อยลงจะเหนื่อยง่าย พบว่าคนวัยนี้เป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจกันมาก ฉะนั้นวัยนี้ควรได้รับการตรวจการทำงานของหัวใจอยู่เสมอ[5]

1.6 ระบบหายใจ เมื่อเข้าสู่ระยะผู้ใหญ่วัยกลางคนสมรรถภาพการหายใจจะลดลง สังเกตจากการเดิน วิ่ง ปีนป่ายหรือขึ้นที่สูงๆ เดินขึ้นบันไดบ้านหลายชั้น ขึ้นสะพานลอยหรือภูเขา มักจะพบว่ามีอาการเหนื่อยง่าย หอบง่ายเมื่อเข้าสู่วัย 40 ปี ปริมาณอากาศที่หายใจเข้าไปในปอดจะลดลง การดูดซึมออกซิเจนลดน้อยลง ส่วนหนึ่งเกิดจากปริมาณเลือดที่หัวใจลดลง การสูบฉีดเลือดไปยังปอดลดลง และประสิทธิภาพของปอดจะลดลง[5]

1.7 ระบบทางเดินปัสสาวะ ในวัยนี้จะปวดปัสสาวะบ่อยขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อของผนังกระเพาะปัสสาวะมีความแข็งแรงและยืดหยุ่นลดลง ส่งผลให้ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง[8]

1.8 ระบบสืบพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ในผู้ใหญ่วัยกลางคน จะพบว่ามีการผลิตฮอร์โมนลดลงทั้งเทสโตสเตอโรน (Testosterone) เอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสเตอโรน (Progesterone)

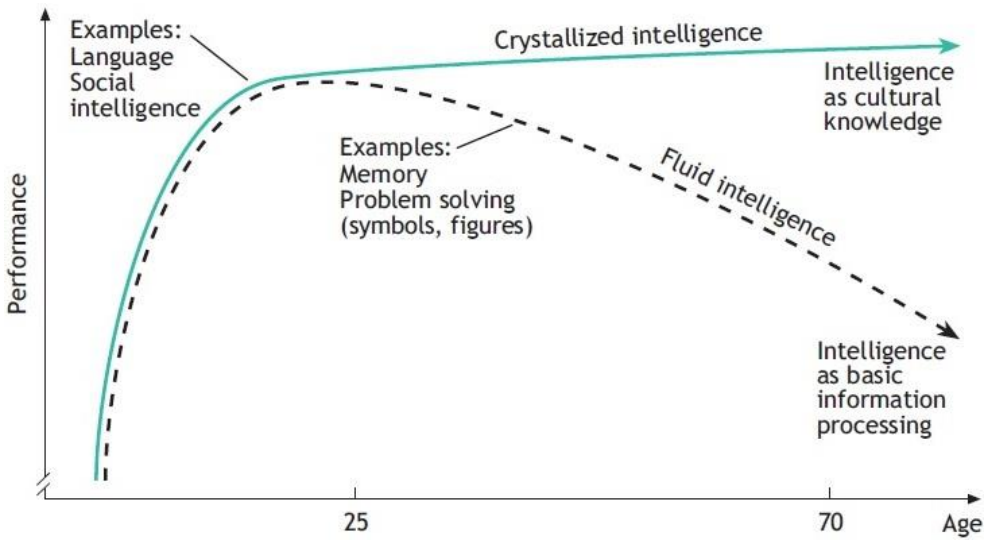
ผู้ใหญ่วัยกลางคนเพศหญิงจะแก่เร็วกว่าเพศชาย เพราะต่อมรังไข่แก่เร็ว ตั้งแต่อายุ 30 ปี เป็นต้นไป น้ำหนักของต่อมนี้เริ่มลดลงเรื่อยๆ จนในที่สุดรังไข่ก็เหี่ยวฝ่อ เมื่ออายุได้ 45-50 ปี ทำให้เกิดภาวะการสิ้นสุดประจำเดือน (Menopause) เมื่อขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนจะส่งผลต่อร่างกายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในระยะสั้นอาการที่เกิดร่วมกับภาวะหมดประจำเดือน มีได้หลายแบบ บางคนมีอาการมาก บางคนมีอาการน้อย

แต่บางคนก็ไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด อาการพบได้บ่อยคือ มักคิดวิตกกังวลว่าตนไม่แข็งแรง ไม่มีความสุขทางเพศ กลัวสามีจะทอดทิ้ง บางคนหงุดหงิด คิดมาก ใจน้อย ขี้รำคาญ ตื่นเต้น ตกใจง่าย เหงื่อแตกง่าย ร้อนซู่ซ่า (Hot flash) ตามผิวกาย ปวดศีรษะ อ่อนเพลียละเหี่ยใจ หมดเรี่ยวแรง เจ็บตามข้อต่างๆ ประจำเดือนมากระปริบกระปรอยหรือผิดปกติไป นอนไม่หลับ เจ็บบริเวณเต้านม มึนงง วิงเวียนศีรษะ ใจสั่น ใจเต้นแรง ท้องผูก กลัว หายใจขัดๆ ความจำไม่ดี สมาธิเสื่อม ชาและเป็นเหน็บตามผิวหนังมือและเท้า ตาพร่า ตามผิวกายเหมือนมีตัวแมลงไต่อยู่ตลอดเวลา มือเท้าเย็น ปวดหลัง ปวดเมื่อยโดยบอกไม่ถูกว่าตำแหน่งใด มีเสียงในหู น้ำลายมาก ท้องอืด หาว เรอ น้ำหนักขึ้น คันตามผิวกาย เอาใจยาก ต้องการความสนใจเป็นพิเศษ อาจมีอาการโรคจิตชนิดที่เรียกว่า โรคเศร้าในวัยต่อ (Involutional melancholia) ผู้หญิงที่มีการเปลี่ยนแปลงของประจำเดือนเร็ว คือรังไข่หยุดทำงานทันที ประจำเดือนหยุดไปทันที พวกนี้มักพบอาการต่างๆ ข้างต้นรุนแรง แต่ในคนที่ประจำเดือนค่อยๆ หมดไปทีละน้อย เนื่องจากหน้าที่ของรังไข่ค่อยๆ หมดเช่นกัน จะมีอาการต่างๆ แต่น้อย มักพบในคนที่มีสุขภาพดีทั้งทางกายและจิตใจ ไม่ใช่คนเจ้าอารมณ์หรือมีความผิดปกติทางอารมณ์โดยทั่วไป ผู้หญิงที่เคยมีประจำเดือนเป็นปกติเสมอมา มักผ่านระยะหมดประจำเดือนไปได้อย่างสบาย ส่วนทางด้านกามารมณ์ในระยะก่อนหมดประจำเดือน สตรีมักมีความต้องการทางเพศมากขึ้น ส่วนในระยะยาวอาจมีผลต่อกระดูกโปร่งบาง (Osteoporosis) เนื้อกระดูกลดลงจนทำให้เสี่ยงต่อกระดูกหักได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้การลดลงของฮอร์โมนยังมีผลต่ออัตราเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดอีกด้วย หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเส้นเลือดอุดตัน เส้นเลือดในสมองแตก ผู้หญิงวัยนี้จะหงุดหงิดง่าย ลืมบ่อย วิตกกังวล

สำหรับผู้ชาย เรียกวัยนี้ว่า วัยทอง (Climacteric period) ระดับเทสโทสเตอโรนลดลง แต่จะเข้าสู่ระยะนี้ช้ากว่าผู้หญิง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลต่อจิตใจทำให้หงุดหงิด กังวล ลืมง่าย ความต้องการทางเพศลดลง ต่อมลูกหมากโต มักเริ่มในวัยนี้และค่อยๆ โตขึ้นเรื่อยๆ ที่บริเวณรอบๆ ท่อปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะขัด และปัสสาวะคั่งเป็นต้น[5,8]

2. พัฒนาการด้านสติปัญญา

2.1 สติปัญญา 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้าน Crystallized เป็นสติปัญญาที่ได้จากการสะสมความรู้ รู้จักเทคนิคแก้ปัญหาที่เรียนรู้จากคำแนะนำและการเข้าสังคม รวมทั้งความเจนจัดทางภาษา และทักษะปฏิบัติตามวัฒนธรรม และ 2) ด้าน Fluid เป็นสติปัญญาเห็นการเชื่อมต่อระหว่างรูปแบบ เช่น การต่อรูปปริศนา การคิดคำนวณเกี่ยวกับตัวเลข (สมอง-ระบบประสาท) ดังนั้นจะพบว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนมีความเจนจัดทางภาษาและทักษะปฏิบัติตามวัฒนธรรมสูงจนถึงวัยสูงอายุ



รูปที่ 1 กราฟแสดงพัฒนาการทางสติปัญญา แบบ Crystallized และ Fluid ที่เปลี่ยนแปลงตามอายุ จากการศึกษาของ Horn ในปี 1982 และ Horn และ Donaldson ในปี 1980[3]

2.2 ลักษณะความคิด

เพียเจท์ กล่าวว่า เมื่อผู้ใหญ่เข้าสู่วัยกลางคน ความสามารถทางสติปัญญาจะสมบูรณ์ที่สุด คือคุณภาพของความคิดจะเป็นระบบ มีความสัมพันธ์กันและเป็นนามธรรม ยังมีลักษณะของความคิดสร้างสรรค์และค้นหาปัญหาอีกด้วย

ผลงานสร้างสรรค์ในวัยนี้ ขึ้นอยู่กับขอบเขตของความสนใจ ซึ่งจะมีความประณีตใช้เวลามากช้า แต่ถูกต้องกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากความมีประสบการณ์ มีความรู้และมีการมองในแง่มุมใหม่ ส่วนลักษณะความคิดของคนวัยนี้มีทั้ง เรียบง่าย พลิกแพลง และแหวกแนว โดยจะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากกว่าทำตามความเคยชิน[7]

3. พัฒนาการด้านอารมณ์

โดยทั่วไป อารมณ์มีพัฒนาการที่แตกต่างกัน โดยภาพรวมในทุกช่วงของชีวิต ส่วนอารมณ์ที่เริ่มปรากฏเด่นชัดขึ้นในวัยนี้ตามธรรมชาติของวัยคือ

3.1 อารมณ์อยากกลับเป็นหนุ่มสาว เช่น หวนกลับไปสนใจแต่งตัวแบบหนุ่มสาว แสวงหาคู่ครองคนใหม่ มีลูกใหม่ คนโสดอายุมากคิดแต่งงาน เป็นต้น

3.2 อารมณ์เครียด คนในช่วงวัยนี้จะเป็นช่วงชีวิตที่สับสนอลวน มีความแปรเปลี่ยนทั้งทางอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดในเรื่องต่างๆ รอบตัวมากมาย ช่วงวัยนี้จึงมักเป็นระยะหนึ่งที่บุคคลมีความเครียดสูง ซึ่งเรียกว่าวัยวิกฤตตอนกลางชีวิต (Mid-life crisis) เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การที่สุขภาพกาย-ใจ เริ่มเสื่อมถอยลง

คู่สมรสป่วย ตาย หย่าร้าง บุตรนำความเดือดร้อนมาให้ หรือการจัดรายได้ให้พอกับรายจ่ายที่มีอัตราเพิ่มเร็วกว่ารายได้ เป็นต้น

3.3 อารมณ์เศร้า เป็นอารมณ์เกิดขึ้นได้กับทุกคนและทุกวัย เป็นอารมณ์ปกติธรรมดาของมนุษย์ มักมีความรู้สึกท้อแท้ ซึม หมดหวัง หดหู่ โดยอารมณ์เศร้าเป็นกิริยาโต้ตอบข้อขัดแย้งทางจิตใจ ซึ่งโดยปกติมนุษย์จะแสดงออก 3 วิธี ได้แก่ 1) ต่อสู้ เกรี้ยวกราด รุนแรง 2) เฉยชา และ 3) หลบหนี ซึมเศร้า ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก ความเสื่อมสมรรถภาพทางกาย การสูญเสียอวัยวะ การประสบความพลั้งพลาด เป็นต้น สำหรับวิธีแก้อารมณ์เศร้า มีหลายวิธี เช่น การยอมรับชีวิตอย่างที่มีที่เป็น อย่ายึดติดตนเองว่าเป็นหลักชีวิตของครอบครัวแต่อย่างเดียว โดยให้ปฏิบัติต่อบุคคลอื่นและสังคมด้วยความสุจริตและจริงใจ เป็นต้น[3]

4. พัฒนาการด้านสังคม

อิริค อิริคสัน ได้กล่าวถึงพัฒนาการของผู้ใหญ่วัยกลางคนซึ่งเป็นขั้นที่ 7 คือ ขั้นการอนุเคราะห์เกื้อกูลกับการพะว้าพะวงแต่ตัวเอง (Generativity VS Self-Absorption) เป็นระยะที่บุคคลหันมาสนใจกับโลกภายนอก ริเริ่มสร้างสรรค์งานต่างๆ เพื่อสังคม คิดถึงผู้อื่น ไม่โลภหรือเห็นแก่ได้ฝ่ายเดียว บุคคลที่ไม่สามารถทำเช่นนี้ได้จะมีความรู้สึกหมกมุ่นอยู่กับตนเอง เป็นคนที่เอาตนเองเป็นศูนย์กลาง มีชีวิตอย่างไร้ความสุข

ถ้าบุคคลผ่านขั้นวิกฤตในแต่ละขั้นที่ผ่านมาได้อย่างน่าภูมิใจ พอถึงขั้นนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกต้องการดูแลผู้อื่นในสังคมบ้าง โดยเฉพาะในครอบครัวที่ต้องการมีลูกสืบสกุล ต้องการดูแลลูกให้เป็นพลเมืองดีของสังคม หากบุคคลใดไม่สามารถผ่านขั้นตอนนี้ได้จะทำให้เกิดความรู้สึกท้อถอยและเบื่อหน่ายชีวิต ซึ่งจะคิดวนเวียนอยู่แต่เรื่องของตนเอง ไม่คิดถึงเรื่องดีๆ ที่จะให้กับสังคม[5,9]

ปัญหาที่พบในผู้ใหญ่วัยกลางคน

ผู้ใหญ่วัยกลางคนจัดเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่างๆ มากวัยหนึ่ง จึงมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ดังนี้

1. ปัญหาด้านสุขภาพ

ปัญหาจากโรคภัยไข้เจ็บ โรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคกระดูก ซึ่งทำให้มีการเจ็บป่วยทั่วร่างกาย บางคนอาจเป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้เกิดอารมณ์ตึงเครียด นอกจากนี้ระบบอวัยวะรับความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ตา และหูจะเสื่อมสภาพลง ทำให้มีปัญหาในการใช้สายตาและในการได้ยิน

2. ปัญหาด้านอารมณ์

2.1 ปัญหาจากการไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยของร่างกาย พยายามจะฝืนกฎเกณฑ์ธรรมชาติ แต่ก็ทำไม่ได้ ก่อให้เกิดความผิดหวัง คับข้องใจ บางคนหาทางชดเชยไปในทางที่ไม่เหมาะสม

2.2ปัญหาเพศสัมพันธ์ เนื่องจากสมรรถภาพทางเพศจะลดน้อยลงโดยเฉพาะในเพศหญิงจะมีปัญหาในระยะที่จะหมดประจำเดือน มีอารมณ์แปรปรวนอ่อนไหวได้ง่าย

3. ปัญหาด้านเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม

เรื่องฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว วัยนี้อาจจะประสบความล้มเหลวในการประกอบอาชีพ ทั้งที่ได้พยายามแก้ไขปัญหามาแล้ว ตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น เช่น ต้องเปลี่ยนงานบ่อย ไม่สามารถสร้างหลักฐานให้แก่ครอบครัวได้ อีกทั้งศักดิ์ศรีในสังคม ก็มีน้อยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

4. ปัญหาด้านครอบครัว

4.1 ปัญหาในชีวิตสมรส การปรับตัวเข้ากันไม่ได้ อาจเนื่องจากเรื่องเพศสัมพันธ์ ความล้มเหลวหรือความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ ความผิดหวังเรื่องลูก หรือการหย่าร้างเป็นต้น

4.2 ปัญหาเกี่ยวกับบุตร ลูกมีปัญหาทางด้านความประพฤติ เช่น ติดยาเสพติด เล่นการพนัน ประพฤติตนต่อต้านสังคม มีปัญหาทางด้านการเรียน ผู้ที่เป็นพ่อแม่มีความวิตกกังวล ไม่อาจจะวางแผนเกี่ยวกับการประกอบอาชีพของลูกในอนาคตได้แน่นอน หรืออาจจะผิดหวังเกี่ยวกับการเลือกคู่ครองของลูก [4,5,7,9]

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพัฒนาการผู้ใหญ่วัยกลางคน

จากปัญหาที่กล่าวมา พยาบาลจะสามารถแสดงบทบาทในการส่งเสริมพัฒนาการผู้ใหญ่วัยกลางคน ประกอบด้วยการประเมินภาวะสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดในกลุ่มวัยนี้ ครอบคลุมด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ได้แก่

1. ด้านร่างกาย เพิ่มการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและโอกาสในการออกกำลังกาย ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น และเน้นการประเมินเพื่อการป้องกันปัญหาสุขภาพ

1.1 โภชนาการ การปฏิบัติตนของผู้ใหญ่วัยกลางคนในการเลือกรับประทานอาหารนั้น ควรได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์หลากหลาย เพียงพอและถูกสัดส่วนตามความต้องการพลังงาน เพื่อให้มีน้ำหนักตัวคงที่สัมพันธ์กับความสูง ซึ่งขึ้นอยู่กับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สภาพร่างกาย และกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เพศชายควรได้พลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี่ เพศหญิงควรได้พลังงานวันละ 1,600 กิโลแคลอรี่ ด้วยโภชนบัญญัติ 9 ประการดังนี้ 1) กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน แร่ธาตุ วิตามิน รวมทั้งน้ำ และใยอาหาร รวมทั้งการดูแลน้ำหนักตัวอย่างสม่ำเสมอ 2) กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ควรเป็นข้าวที่ขัดสีแต่น้อย ได้แก่ ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง เป็นต้น อาจสลับกับอาหารประเภทแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปังเป็นต้น 3) กินผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ เนื่องจากจะช่วยในการดูดซึมสารอาหาร และช่วยให้เยื่อบุของเซลล์แข็งแรง 4) กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ซึ่งเป็นสารอาหารประเภทโปรตีน เพื่อนำไปซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย 5) ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย วันละ 1-2 แก้ว เพื่อให้สารอาหารประเภทโปรตีน วิตามินดี และแคลเซียม ใช้ในการป้องกันการเกิดโรคกระดูกผุ หรือกระดูกเสื่อม 6) กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร ควรเป็นไขมันชนิดไม่อิ่มตัว ซึ่งได้จากพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด เป็นต้น ควรบริโภคอาหารประเภท ต้ม นึ่ง ย่าง หรืออบแทนการทอด หรือผัด 7) หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด

8) กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน และ 9) งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์[5] ทั้งนี้ความต้องการอาหารของวัยนี้จะลดลงกว่าวัยหนุ่มสาว อัตราการเผาผลาญขั้นต่ำ (Basal metabolism rate: BMR) จะลดลงอย่างช้าๆ ทุก 10 ปี หลังอายุ 25 ปี จึงควรลดพลังงานที่ได้รับจากอาหารลงประมาณ ร้อยละ 7.5 ดังนั้น ผู้ใหญ่วัยกลางคนจึงควรลดอาหารประเภทแป้งและไขมัน และให้ความสำคัญกับอาหารประเภทโปรตีน แร่ธาตุ วิตามิน อาหารที่มีคอเลสเตอรอลต่ำ และดื่มน้ำให้มาก[2]

1.2 การออกกำลังกาย มีหลายวิธีโดยต้องคำนึงถึงกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ตน มีความหนักโดยใช้อัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจรเป็นเกณฑ์กำหนด ออกกำลังกายตามหลัก FITT ดังนี้ 1) F-Frequency ความถี่ในการออกกำลังกาย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือประมาณวันเว้นวัน 2) I-Intensity ความหนักในการออกกำลังกาย หนักระดับที่ร่างกายรับได้ โดยสังเกตจากอาการขณะออกกำลังกาย คือ สำหรับการออกกำลังกายแบบต่อเนื่อง เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน ควรออกในระดับที่เหนื่อยยังพอพูดได้เป็นประโยคสั้นๆ หรือออกกำลังกายแบบแรงต้าน เช่น การยกน้ำหนัก บอดี้เวท ควรออกในระดับที่รู้สึกตึงกล้ามเนื้อ โดยไม่ควรกลั้นหายใจขณะออกแรง และควรเพิ่มระดับความท้าทายอย่างค่อยเป็นค่อยไป 3) T-Time ระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายแบบต่อเนื่อง หรือ คาร์ดิโอ ในแต่ละครั้งควรออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไปจนถึง 30 นาที หรืออาจมากกว่านั้น หากมีความชำนาญหรือคุ้นชินแล้ว และ 4) T-Type ชนิดของการออกกำลังกาย แบ่งเป็น 3 ชนิด ได้แก่ แบบต่อเนื่อง หรือ คาร์ดิโอ เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ แบบแรงต้าน เช่น ยกน้ำหนัก บอดี้เวท และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นส่วนต่างๆ เพื่อความยืดหยุ่น ลดอาการตึงรั้ง บรรเทาอาการปวดเมื่อยได้ในระดับหนึ่ง สรุปว่าควรออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 10-30 นาที ได้รวมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 150 นาที ทั้งนี้การออกกำลังจะต้องสามารถทำให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่างร้อยละ 70-85 ของอัตราการเต้นสูงสุด (Maximum heart rate) นาน 20 นาทีเป็นอย่างน้อย ซึ่งการคำนวณอัตราเต้นของหัวใจสูงสุด ด้วยการนำอายุไปลบออกจาก 220[2,10]

1.3 การพักผ่อนและการนอนหลับ การพักผ่อนเป็นการหยุดออกแรงหรือหยุดการทำงาน เช่น พักผ่อนโดยเปลี่ยนอิริยาบถระหว่างการทำงาน หรือหยุดพัก 15 นาทีในการทำงานทุก 2 ชั่วโมงเป็นต้น และควรนอนหลับอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน[5]

1.4 การตรวจสุขภาพ

1) ควรตรวจสุขภาพร่างกายทั่วไปปีละครั้ง ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบเอว วัดความดันโลหิตเป็นประจำ

2) การตรวจสุขภาพฟัน ปีละครั้ง เพื่อทำการตรวจและทำความสะอาดช่องปาก

3) การตรวจสายตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์ ทุก 2 ปี

4) การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค หลังจากที่อายุเข้า 19 ปี คุณควรได้รับวัคซีนรวม คอตีบ บาดทะยัก และไอกรน (Tdap) กระตุ้นอีกทุก ๆ 10 ปี

5) เพศหญิง ตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมปีละครั้ง ตรวจมะเร็งปากมดลูก แนะนำสำหรับการคัดกรอง HPV testing ทุกๆ 5 ปี

6) การตรวจคัดกรองรอยโรค เสี่ยงมะเร็งปาก และมะเร็งช่องปาก ในรายที่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ควรตรวจเป็นประจำปีละครั้ง

7) การตรวจร่างกายเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อายุ 35 ปีขึ้นไป ควรตรวจไขมันในเลือดทุก 5 ปี และควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting plasma glucose) ทุก 3 ปี สำหรับไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ตรวจครั้งเดียวเฉพาะคนเกิดก่อน พ.ศ. 2535[8]

8) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count: CBC) อย่างน้อย 1 ครั้ง หากไม่เคยตรวจมาก่อน[11]

2. ด้านสติปัญญา พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ใหญ่วัยกลางคนได้มีโอกาส

2.1 ฝึกฝนให้ใช้ความคิดอย่างมีเหตุมีผลมากกว่าการใช้อารมณ์

2.2 กระตุ้นให้มีการพัฒนาตนเองให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

3. ด้านอารมณ์ พยาบาลสามารถประเมินความเครียดความคับข้องใจ พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ อีกทั้งพยาบาลควรแนะนำหรือสาธิตวิธีการส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์ ได้แก่

3.1 การบริหารร่างกาย หมั่นเปลี่ยนอิริยาบถในขณะทำงานอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง จะทำให้ร่างกายสดชื่นรวมทั้งหมั่นออกกำลังกายเป็นประจำ

3.2 การบริหารจิตใจ มีหลายวิธี เช่น รู้จักและทำความเข้าใจตัวเอง ฝึกทำจิตใจให้สดชื่น แจ่มใส มองผู้อื่นในแง่ดี ไม่ควรหนีปัญหา หมั่นฝึกจิตใจให้มีความมั่นคงและยุติธรรม หรือฝึกสมาธิ เป็นต้น

3.3 การจัดการสิ่งแวดล้อม ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในครอบครัวโดยให้ความรัก ความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัว สร้างความปรองดอง ปรับปรุงสภาพแวดล้อมบ้านให้น่าอยู่อาศัย รวมทั้งสถานที่ทำงานไม่รกรุงรัง สะอาด ถูกสุขลักษณะ[5]

4. ด้านสังคม พยาบาลควรประเมินภาวะเศรษฐกิจ สังคม การเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวต่อบทบาท รวมถึงส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมและการปรับบทบาท ได้แก่

4.1 การปรับตัวทางด้านความสนใจ ความรับผิดชอบต่อสังคม แนะนำการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ทำงานอดิเรก ไม่ปล่อยให้ตนเองมีเวลาว่างเกินไป สนใจและให้ความร่วมมือในการพัฒนาชุมชนในด้านต่างๆ เช่น ให้การทำนุบำรุงศาสนา เป็นต้น

4.2 การปรับตัวในอาชีพการงาน แนะนำให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เต็มศักยภาพของตนเอง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เตรียมตัวเตรียมใจที่จะต้องออกจากงานเพื่อก้าวไปสู่การพักผ่อนในวัยสูงอายุ

4.3 การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของบทบาทภายในครอบครัว เช่น บทบาทสามี-ภรรยา ไปสู่บทบาทการเป็นพ่อแม่ บทบาทของพ่อแม่ไปสู่บทบาทของปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น[7]

การเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่ในระยะปลายของผู้ใหญ่วัยกลางคน ใกล้เกษียณอายุการทำงาน บุคคลจะเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ในบางคนแม้อายุตามปีปฏิทินจะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุแล้ว แต่ด้วยการดูแลร่างกายที่ดีมาตั้งแต่ในวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยกลางคน จะทำให้การเปลี่ยนแปลงด้านความเสื่อมของร่างกายปรากฏให้เห็นน้อย หรือล่าช้าออกไปอีกหลายปี ด้านจิตใจก็เช่นกัน บางคนยังดูกระฉับกระเฉง สดชื่นอยู่เสมอ ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพต่อไป การเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ ประกอบด้วย มีร่างกายแข็งแรง อวัยวะต่างๆ อยู่ในสภาพที่ดี ทำงานได้ปกติ, ด้านจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม มีความสุข มีอารมณ์แจ่มใส รู้จักควบคุมอารมณ์ได้, ด้านปัญญา รู้เท่าทันสังคม เรียนรู้ นำความรู้มาปรับใช้ในชีวิตและด้านสังคมมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมได้
2. การเตรียมความพร้อมด้านสังคม เป็นการรับรู้และแสวงหาแนวทางในการทำให้ตัวเองมีความพร้อมทางด้านสังคม เช่น การเรียนรู้เพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การรู้สิทธิการเข้าร่วมกิจกรรมรวมกลุ่มเพื่อประโยชน์ของตนเองและผู้อื่นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
3. การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วย การวางแผนเรื่องงาน การเงินโดยยึดหลัก “เก็บก่อนใช้”
4. การเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม เป็นการตระหนักรู้ให้ความสำคัญ และมีแนวทางในการเตรียมการในด้านที่อยู่อาศัยที่มั่นคง แข็งแรง เพื่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมสามารถเข้าถึงบริการสังคมได้อย่างสะดวกสบาย
5. การเตรียมความพร้อมด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม คือการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน และการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมอย่างรู้เท่าทัน ปกป้องการตกเป็นเหยื่อของเทคโนโลยีและผู้ใช้เทคโนโลยีทางมิจฉาชีพ[12]

สรุป

ผู้ใหญ่วัยกลางคน อยู่ระหว่างวัยผู้ใหญ่ตอนต้นกับผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมถอยอย่างชัดเจน แต่เป็นวัยที่มีความเข้าใจและมีประสบการณ์ในชีวิตเป็นอย่างดี ผู้ใหญ่วัยกลางคนทั้งหญิงและชายเป็นวัยที่ต้องปรับตัวในหลายๆ ด้าน ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ อาชีพ ชีวิตเพศ เป็นต้น หากปรับตัวไม่ทันเพราะขาดความรู้ความเข้าใจสภาพธรรมชาติของตนแล้วนั้น อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ปัญหากับคนรอบข้างและสังคมได้ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ใหญ่วัยกลางคน ให้มีความเข้าใจพัฒนาการตามวัยและนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้ใหญ่วัยกลางคนมีสุขภาพที่ดี ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข อีกทั้งยังเป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ผู้สูงวัยอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. จารุวรรณ ต.สกุล. กระบวนการพยาบาลทางจิตสังคม. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2532.
2. ประกาย จิโรจน์กุล, นิภา ลีสุคนธ์, เรณู ขวัญยืน, วันเพ็ญ แก้วปาน. การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยกลางคนในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ย. 11]. เข้าถึงได้จาก: https://dric.nrct.go.th/Search/SearchDetail/290058
3. ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย: วัยรุ่น-วัยสูงอายุ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
4. อุมาพร สุขารมณ์. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2562.
5. อารยา ประเสริฐชัย. สุขภาพวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ. เอกสารการสอนชุดวิชาพัฒนาการของมนุษย์และสุขภาพ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หน่วยที่ 11-15. พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.
6. Havighurst R. Developmental Tasks and Education. 3rd ed. New York: David McKay. [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2566 ม.ค. 9]. เข้าถึงได้จาก: https://egyankosh.ac.in/bitstream/123456789/23374/1/Unit-2.pdf
7. ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต. จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2546.
8. กัลยา นาคเพ็ชร์, จุไร อภัยจิรรัตน์, สมพิศ ใยสุ่ม. จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย; 2548.
9. Papalia D, Martorell G. Experience Human Development. 14th ed. New York: David McKay; 2021.
10. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รอบรู้...สุขภาพวัยทำงาน. นนทบุรี. โรงพิมพ์ คิวคัมเบอร์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2562.
11. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน ฉบับปรับปรุง 2565. [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ย. 11]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dms.go.th/Content/Select_Content_Grid_PDF?contentCategoryId=29
12. กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ. เตรียมพร้อมก่อนสูงวัย. นนทบุรี. โรงพิมพ์อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2562.

บทความพิเศษ

ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย
(Mild Cognitive Impairment or Mild Neurocognitive Disorder)

ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์*[a]
พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 1), ว.ว.ประสาทวิทยา

บทนำ

ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment หรือ Mild neurocognitive disorder) เป็นการเปลี่ยนแปลงของสมองที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากผู้ที่มีภาวการณ์ปริชานปกติ (Normal cognition) ไปเป็นภาวะสมองเสื่อม (Dementia หรือ Major neurocognitive disorder) ซึ่งภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยเป็นภาวะที่เจอได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ และเป็นภาวะที่เพิ่มโอกาสที่จะเป็นภาวะสมองเสื่อมได้ในอนาคต มีรายงานว่าผู้ป่วยที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย จะมีการดำเนินโรคกลายเป็นโรคอัลไซเมอร์อยู่ที่ร้อยละ 6-15 ต่อปี และผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์แต่ละรายนั้นจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลถึงปีละ 40,000 ดอลลาร์หรือตกเป็นเงินประมาณ 1,390,000 บาท[(1)]

ในปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว จากข้อมูลสถิติพบว่า ในปี 2564 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน และมีจำนวนผู้สูงอายุ 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด[(2)] เมื่อมีอายุมากขึ้น อวัยวะต่างๆ ในร่างกายจะเริ่มมีการเสื่อมถอยลง สภาวะของการเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ในผู้สูงอายุ เราเรียกโดยรวมว่าเป็นกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ซึ่งมีความหลากหลายครอบคลุมทุกระบบ ได้แก่ ระบบผิวหนัง ระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาทและสมอง ซึ่งพบว่ากลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) เป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง ทั้งยังเป็นกลุ่มอาการที่ซับซ้อนมักเกิดจากหลายพยาธิสภาพ ซึ่งในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) นั้นก็จะมีภาวะสมองเสื่อม (Dementia หรือ Major neurocognitive disorder) และภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment หรือ Mild neurocognitive disorder) รวมอยู่ด้วยเช่นกัน ดังนั้นมีความสำคัญที่บุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องศึกษาเพื่อให้เข้าใจ และสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องมาจากสมองของมนุษย์นั้นเป็นอวัยวะสำคัญที่ทำหน้าที่ควบคุมระบบประสาทสั่งการทั่วร่างกาย ส่งผลให้เกิดการรับรู้ การสั่งการเคลื่อนไหว การรับความรู้สึก การควบคุมอวัยวะภายใน รวมถึงการ

* นายแพทย์ชำนาญการ รองผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
[a] Corresponding author : ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์ Email : Pharanwit@gmail.com

ควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ หากผู้สูงอายุมีอาการทางระบบประสาทเกิดขึ้นแล้ว จะส่งผลเสียเป็นอย่างมาก ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ความหมายของภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย

ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment หรือ Minor neurocognitive disorder) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านปริชาน (Cognition) ร่วมกับตรวจการทำงานของปริชาน (Cognitive function) แล้วพบว่าบกพร่อง แต่ไม่ทำให้สูญเสียหน้าที่การทำงานหรือการเข้าสังคมอย่างชัดเจน เหมือนในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม[3]

ระบาดวิทยาของภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย

ความชุกของภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย จะสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น โดยพบความชุกร้อยละ 6.7 ในกลุ่มอายุ 60-64 ปี, ร้อยละ 8.4 ในกลุ่มอายุ 65-69 ปี, ร้อยละ 10.1 ในกลุ่มอายุ 70-74 ปี, ร้อยละ 14.8 ในกลุ่มอายุ 75-79 ปี และร้อยละ 25.2 ในกลุ่มอายุ 80-84 ปี และมีอุบัติการณ์สะสมในการเกิดภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ร้อยละ 14.9 ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต้นที่อายุมากกว่า 65 ปี เมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา 2 ปี

มีการศึกษาพบว่าในทวีปเอเชียมีความชุกของภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยที่ร้อยละ 5 ถึง 20 โดยในประเทศจีนพบความชุกที่ร้อยละ 14.7[4] ในประเทศอินเดียพบความชุกที่ร้อยละ 26.06[5] สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่ามีความชุกอยู่ที่ ร้อยละ 18.6–71.4[6-8] แต่อย่างไรก็ตามความชุกของภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยในประเทศต่างๆ ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวกับวิธีการวิจัย เช่น สถานที่ทำการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ช่วงอายุที่ทำการวิจัย ระดับการศึกษาและอาชีพของประชากรที่ทำการวิจัย

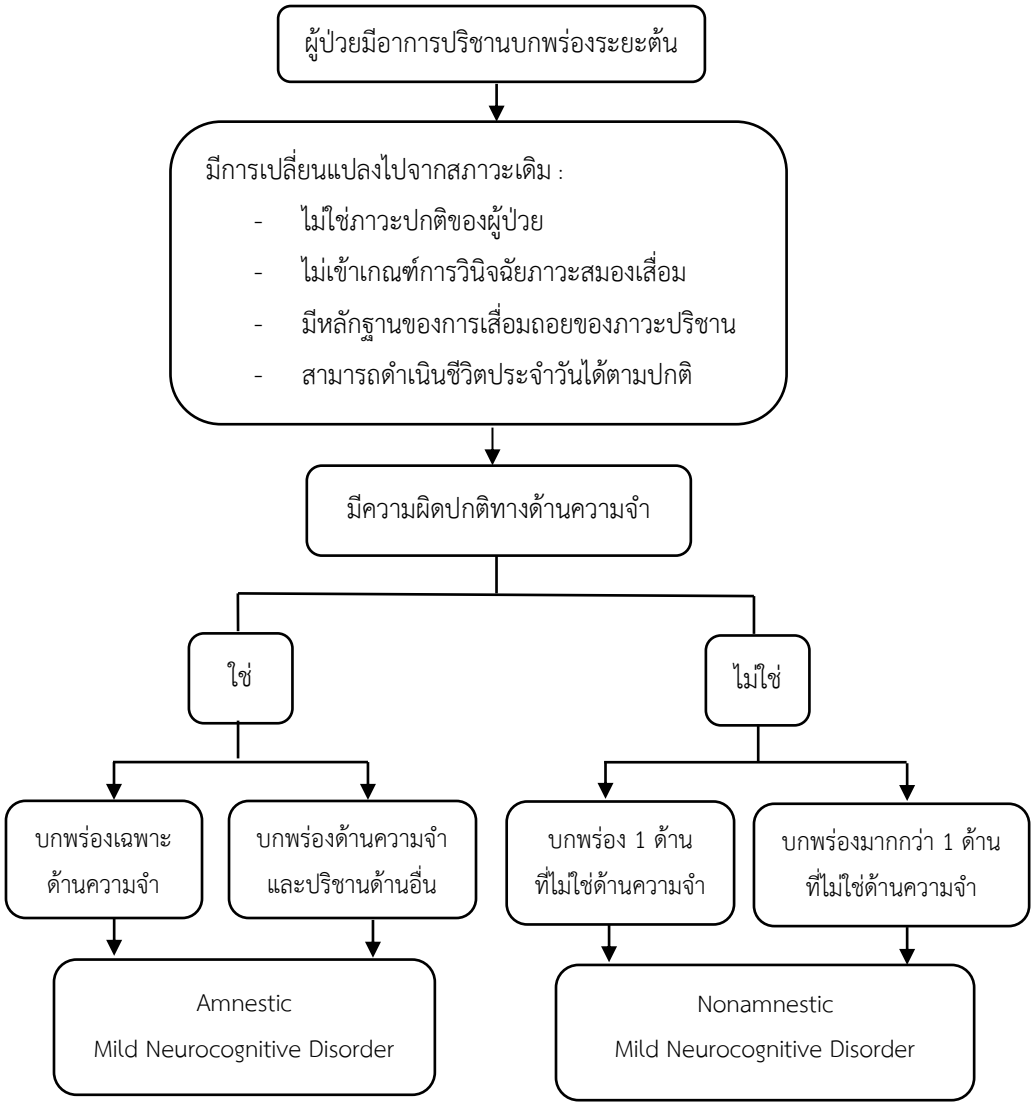
ชนิดของภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย

ภาวะสมองเสื่อมระยะต้นนั้น สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม[9] ได้แก่

1. **ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยชนิดสูญเสียความจำ (Amnestic type)** คือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องของปริชาน (Cognition) ในด้านความจำ (Memory) เป็นหลัก เช่น หลงลืมสิ่งของ ลืมการนัดหมาย เป็นต้น แต่ปริชาน (Cognition) ในด้านอื่นยังไม่บกพร่อง และยังไม่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน
2. **ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยชนิดไม่สูญเสียความจำ (Nonamnestic type)** คือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องของปริชาน (Cognition) ในด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่ด้านความจำ (Memory) อันได้แก่ ด้านใดด้านหนึ่งต่อไปนี้

การจดจ่อ (Complex attention)
การบริหารจัดการ (Executive function)
การใช้ภาษา (Language)
การรับรู้การเคลื่อนไหวร่างกาย (Perceptual motor)
ความสามารถในการเข้าสังคม (Social cognition)

โดยมีแนวทางในการวินิจฉัยชนิดของภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยดังนี้



ภาพที่ 1 แนวทางในการวินิจฉัยชนิดของภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย[9]

พบว่าผู้ที่มีภาวะปริชานบกพร่องระยะต้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 4.5 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีภาวะปริชานบกพร่องระยะต้น และพบว่าในผู้ที่มีภาวะปริชานบกพร่องระยะต้นชนิดสูญเสียความจำ (Amnestic type) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 2.3 เท่ามากกกว่ากลุ่มมีภาวะปริชานบกพร่องระยะต้นชนิดไม่สูญเสียความจำ (Nonamnestic type) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงในผู้ที่มีภาวะปริชานบกพร่องระยะต้นที่มีความบกพร่องมากกว่า 1 ด้าน (Multidomain)

มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 2.1 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีปริชานบกพร่องเพียงด้านเดียว (Single-domain) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อติดตามไปเป็นเวลา 2 ปี[10]

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย

ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ

1. **ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ (Nonmodifiable risk factors)** ได้แก่

1) **อายุ** เมื่ออายุมากขึ้นสมองจะมีการเปลี่ยนแปลง คือจะเริ่มมีเซลล์สมองตายด้วยสาเหตุต่างๆ ดังนั้น เมื่ออายุมากขึ้นจะส่งผลให้มีภาวะปริชานบกพร่องตามลำดับส่งผลให้เกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย และเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ในที่สุด[11]

2) **กรรมพันธุ์** มีการศึกษาพบว่าผู้ที่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยที่พบ Gene ผิดปกติ ชนิด APOE **ε**4 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลายเป็นโรคสมองเสื่อมเหตุอัลไซเมอร์ อยู่ที่ 2-4 เท่า ขึ้นกับจำนวนความผิดปกติของ Gene ที่พบ[12]

2. **ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้ (Modifiable Risk Factors)** ได้แก่

1) ระดับการศึกษา มีการศึกษาปัจจัยต่อการเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยในประเทศไทย พบว่าในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ปี) มีโอกาสเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยมาก เป็น 1.74 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาเกินกว่า 4 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าในผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าเท่ากับ 12 ปี มีโอกาสเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย เป็น 1.50 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14]

2) โรคประจำตัว ได้แก่

- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคเบาหวาน
- ไขมันในเลือดสูง

ซึ่งปัจจัยข้างต้นนั้นเป็นปัจจัยที่จะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดผิดปกติ (Vascular disease) เนื่องจากมีการศึกษาโดยการตรวจ MRI Brain และ CT Brain ในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคอ้วนนั้น พบว่ามีความผิดปกติของสมองส่วน White matter และพบว่ามีความตีบแคบของหลอดเลือดแดง (Arteriostenosis) เกิดขึ้น ซึ่งเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม[15] รวมถึงมีการศึกษาอีกด้วยว่าหากผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือด ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่ได้รับการรักษาและมีความต่อเนื่องในการรักษาจนได้เป้าหมายของการรักษานั้นสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้[16]

3) กลุ่มอาการทางจิตประสาท (Neuropsychiatric symptoms) ได้แก่

- ภาวะซึมเศร้า (Depression)
- ภาวะวิตกกังวล (Anxiety)
- ภาวะเฉื่อยชา (Apathy)

- ภาวะหงุดหงิดง่าย (Irritability)
- ภาวะกระสับกระส่าย (Agitation)

พบว่าอาการทางจิตประสาท (Neuropsychiatric symptoms) นั้นพบได้ถึงกว่าร้อยละ 30 ในผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย และยังพบว่าในผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตประสาทนั้นจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากเป็น 1.65 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17] และเมื่อแยกตามกลุ่มอาการทางจิตประสาทต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมระยะต้นนั้น พบว่า ภาวะซึมเศร้า (Depression) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย เป็น 1.68 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะเฉื่อยชา (Apathy) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย เป็น 2.46 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย เป็น 1.91 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะหงุดหงิดง่าย (Irritability) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย เป็น 1.68 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภาวะกระสับกระส่าย (Agitation) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยเป็น 3.13 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[18]

4) การสูบบุหรี่ มีการศึกษาพบว่าในผู้ที่สูบบุหรี่ จะมีโอกาสเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยมากเป็น 1.83 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ[14] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าในผู้ที่สูบยังสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเป็นจำนวน $\geq$ 30 pack-years มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยเป็น 4.90 เท่า และในผู้ที่ยังสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเป็นจำนวน <30 pack-years มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยเป็น 3.02 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[19]

อาการ[20]

- หลงลืมบ่อยครั้งกว่าปกติ
- พลาดการนัดหมายหรือการออกงานสังคมต่างๆ
- มีปัญหาด้านการสนทนา
- ต้องใช้ความพยายามมากกว่าปกติในการตัดสินใจ การวางแผนต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

การวินิจฉัยภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย

โดยทั่วไปการวินิจฉัยผู้ที่มีภาวะภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment หรือ Mild neurocognitive disorder) นั้นใช้อาการทางคลินิกและการตรวจทางจิตประสาทเป็นหลัก โดยเกณฑ์ในการวินิจฉัยการวินิจฉัยภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยสามารถอ้างอิงได้จาก สมาคมจิตเวชศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association) ที่ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมและภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยฉบับล่าสุด เมื่อปี ค.ศ. 2013 โดยใช้เกณฑ์ที่ชื่อว่า Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Version 5 (DSM-5) ซึ่งได้มีการกำหนดนิยามศัพท์ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย จากเดิมใช้คำว่า Mild cognitive impairment นิยามศัพท์ใหม่เป็นคำว่า Mild neurocognitive disorder โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัย[21] ดังนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัย Mild Neurocognitive Disorder

Criterion A	Evidence of modest cognitive decline from a previous level performance in one or more cognitive domains (complex attention, executive function, learning and memory, language, perceptual-motor, or social cognition) based on: 1. Concern of the individual, a knowledge informant, or the clinician that there has been a mild decline in cognitive function; and 2. A modest impairment in cognitive performance, preferably documented by standardized neuropsychological testing or, in its absence, another quantified clinical assessment.
Criterion B	The cognitive deficits do not interfere with capacity for independence in everyday activities (that is, complex instrumental activities of daily living such as paying bills or managing medications are preserves, but greater effort, compensatory strategies, or accommodation may be requires).
Criterion C	The cognitive deficits do not occur exclusively in the context of delirium.
Criterion D	The cognitive deficits are not better explained by another mental disorder (for example, major depressive disorder or schizophrenia).

การพยากรณ์โรค

มีการศึกษาที่พบว่า ในผู้ที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยเพิ่มความเสี่ยงต่ออัตราตายอยู่ที่ 1.79 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีปริชานปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hazard ratio [HR]=1.79; 95% CI: 1.41 to 2.27) และอัตราตายดังกล่าวพบสูงกว่าในผู้ที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยแบบไม่สูญเสียความจำ Nonamnestic MCI (naMCI; HR=2.40; 95% CI: 1.72 to 3.36) เทียบกับผู้ที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยแบบสูญเสียความจำ Amnestic MCI (aMCI; HR=1.61; 95% CI: 1.25 to 2.09) โดยอัตราการตายจะพบสูงในผู้ป่วยภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยที่เป็นเพศชาย, ไม่ได้ออกกำลังกาย, เป็นโรคหัวใจ, ระดับการศึกษาสูง (อยู่ในระบบการศึกษา>12 ปี)[22] แตกต่างกับอีกการศึกษาหนึ่งที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยแบบสูญเสียความจำชนิด Amnestic-multiple domain MCI เพิ่มความเสี่ยงต่ออัตราตายสูงที่สุด เมื่อเทียบกับภาวะสมองเสื่อมระยะต้นชนิดอื่น (HR=1.51; CI 95%=1.07–2.12; p=0.01)[23]

การรักษา

แนวทางการรักษาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้ผลดีในปัจจุบันนั้นอาจใช้วิธีควบคู่กันระหว่างวิธีไม่ใช้ยาและวิธีใช้ยา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การบำบัดรักษาด้วยการไม่ใช้ยา (Non-pharmacological treatment)

ถือเป็นแนวทางหลักในการรักษาผู้ที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็น มีส่วนช่วยประคองระดับการรับรู้ (Cognition) ไม่ให้เสื่อมถอยลงเร็ว เป็นการช่วยปรับพฤติกรรมและอารมณ์ แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละรายมีความแตกต่างกันในหลายด้าน เช่น ระดับการศึกษา, ภูมิปัญญา, ความเชื่อ, ศาสนา, ประสาทสัมผัส และ โรคประจำตัวหรือโรคร่วมอื่นๆ เป็นต้น ดังนั้นผู้ดูแลรวมตัวผู้สูงอายุเอง อาจจะต้องปรับเลือกกระบวนการที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุแต่ละรายไป

นอกจากนี้การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้าน รวมถึงการให้ความรอบรู้แก่ญาติรวมถึงผู้ดูแลให้มีความเข้าใจกับภาวะดังกล่าวให้ยอมรับและมีการปรับตัวของตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อให้พร้อมรับมือหากอาการของคนไข้เริ่มเป็นมากขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านไป ซึ่งการรักษาด้วยการไม่ใช้ยามีอยู่หลายรูปแบบ อาจจะไม่มีรูปแบบใดที่ดีที่สุด เนื่องจากขึ้นกับปัจจัยหลายประการดังที่กล่าวไปข้างต้น การเลือกวิธีการใดนั้น อาจจะต้องเลือกให้เหมาะสม จึงถือเป็นศาสตร์และศิลป์ในการดูแลอย่างมาก โดยผู้เขียนได้สรุปแนวทางการรักษา ดังนี้

การให้ความรอบรู้เพื่อปรับพฤติกรรมและลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อปริชาน ดังนี้

- **หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีผลทำให้ปริชานบกพร่อง**

การใช้ยาบางชนิดจะส่งผลต่อปริชานทำให้ปริชานแย่ลง[24] ได้แก่

- ยานอนหลับ ได้แก่ Flurazepam, Diazepam, Alprazolam เป็นต้น
- ยากลุ่ม Opioid เช่น Pethidine, Tramadol, Morphine เป็นต้น
- ยาต้านอาการทางจิต เช่น Clozapine, Chlorpromazine, Risperidone เป็นต้น
- ยาต้านกลุ่มอาการพาร์กินสัน เช่น Pergolide, Bromocriptine เป็นต้น
- ยาต้านเศร้า เช่น Amitriptyline, Nortriptyline, Imipramine, Desipramine เป็นต้น
- ยากันชัก เช่น Phenobarbital, Carbamazepine, Sodium Valproate เป็นต้น
- ยาโรคหัวใจ เช่น Digoxin, Amiodarone, Timolol, Methyldopa เป็นต้น
- ยากล่ม Corticosteroids
- ยาปฏิชีวนะ เช่น Penicillin, Fluoroquinolones เป็นต้น

ดังนั้นการใช้ยาข้างต้นอาจจะต้องมีความระมัดระวังในการเลือกใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากการส่งผลต่อปริชานทำให้เกิดภาวะปริชานบกพร่องเกิดขึ้นได้ รวมถึงในผู้ป่วยที่มีภาวะปริชานบกพร่องเกิดขึ้นนั้น ในด้านเวชปฏิบัติ บุคลากรทางสาธารณสุขก็ควรที่จะมีบทบาทหน้าที่ในการทบทวนถึงยาที่ผู้ป่วยได้ใช้ รวมถึงการพิจารณาถึงข้อบ่งชี้และข้อเสียของการใช้ยา และการเลือกใช้ยากลุ่มอื่นที่อาจจะทำให้เกิดภาวะปริชานบกพร่องน้อยที่สุด

- **การลดน้ำหนัก**

มีการศึกษาว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50-64ปี พบว่าผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI 25.0-29.9 kg/m^2) และภาวะอ้วน (BMI ≥ 30.0 kg/m^2) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ เมื่อเทียบกับผู้ที่มีน้ำหนักตัวปกติ[25] เชื่อว่ากลไกเกิดจากการมีภาวะอ้วนจะทำให้สมองส่วน Temporal มีการฝ่อ อันเนื่องจากการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่เสียชีวิตพบว่ามีการสะสมของสาร Beta-amyloid รวมถึง Tau proteins และพบว่าสมองส่วน Temporal lobe มีขนาดเล็กลง[26] ดังนั้นในผู้ที่มีภาวะอ้วนจึงควรลดน้ำหนักให้มีน้ำหนักที่เหมาะสม

- **ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ**

การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของปริชานในผู้ที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลไกเชื่อว่าในผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดสาร TNF-α, IL-6 ซึ่งเป็นสารที่บ่งชี้ถึงการอักเสบของเซลล์ (Pro-Inflammatory Cytokines) ซึ่งส่งผลดีต่อระบบประสาทและสมอง[27] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางกายมาก จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับคนที่มีกิจกรรมทางกายน้อย และพบว่าการออกกำลังกายแบบ Aerobic (ซึ่งเป็นการออกกำลังแบบต่อเนื่อง นานประมาณ 30 นาทีและมีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ 220-อายุ ครั้งต่อนาที โดยความถี่ในการออกกำลังอยู่ที่ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับการที่ไม่ได้ออกกำลังกาย[28]

- **อาหาร**

มีการศึกษาที่พบว่าในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ที่รับประทานอาหารประเภทข้าวขาวปรุงสุกมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน, ธัญพืช, ผลไม้, โยเกิร์ต และนมชนิดไขมันต่ำ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[29] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าในผู้ที่ทานอาหารประเภทเมดิเตอเรียนอย่างต่อเนื่องสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเชื่อว่ากลไกเกิดจากการทานอาหารชนิดเมดิเตอเรียนอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดภาวะดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน นอกจากนี้ยังเชื่อว่าส่งผลต่อการเพิ่มระดับของสารต้านอนุมูลอิสระในร่างกาย ทำให้ลดความเสี่ยงภาวะปริชานบกพร่องได้[30]

- **การทำกิจกรรมกระตุ้นสมอง**

มีการศึกษาในประเทศไทยโดยนำผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยมาเข้าร่วมกิจกรรมฝึกปริชานที่บ้านเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยของระดับปริชานที่วัดด้วยแบบประเมิน Montreal cognitive assessment (MoCa) หลังจากการทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[31]

2. การบำบัดรักษาด้วยการใช้ยา (Pharmacological Treatment)

จากแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม ปี 2564 นั้น มีข้อแนะนำในการใช้ยาในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมระยะต้น[32] ดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อแนะนำในการใช้ยาในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมระยะต้น

ยา	อัตราการเปลี่ยนแปลงเป็นสมองเสื่อม	ผลต่อระดับปริชาน	อาการข้างเคียง
Gingko biloba extract (EGb 761)	ไม่ช่วยลดอัตราการเปลี่ยนแปลงจาก MCI ไปเป็นภาวะสมองเสื่อมที่ระยะเวลา 6.1 ปี	มีผลเพิ่มระดับปริชานที่แตกต่างจากยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษา แต่ขนาดผลลัพธ์อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยมาก	อัตราการเกิดอาการข้างเคียงไม่แตกต่างจากยาหลอก รวมถึงอัตราการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร อัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และอัตราการเสียชีวิต
Vitamin B6, Vitamin B12. Folic acid	ไม่มีข้อมูล	มีผลเพิ่มระดับปริชานด้าน Attention และ Processing speed ซึ่งประเมินโดย DSST ที่แตกต่างจาก Walking program อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับปริชานที่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อใช้ในระยะยาว	ไม่พบรายงานการเกิดอาการข้างเคียง
Nicergoline	ไม่มีข้อมูล	มีผลเพิ่มระดับปริชานซึ่งประเมินโดย MMSE หรือ ADAS-Cog และมีผลดีต่ออาการด้านพฤติกรรมและจิตประสาท ที่แตกต่างจากยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขนาดของผลลัพธ์อยู่ในระดับน้อย	อัตราการเกิดอาการข้างเคียงสูงกว่ายาหลอกเพียงเล็กน้อย โดยอาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ร้อนวูบวาบ ปวดหัว นอนไม่หลับ คัน วิงเวียน ปั่นป่วนท้อง และท้องเสีย
Fish oil	ไม่มีข้อมูล	การศึกษาส่วนใหญ่ไม่พบว่าระดับปริชานมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่มีการศึกษาที่วัดด้วย ADAS-Cog พบว่า มีผลเพิ่มระดับปริชานแตกต่างจากยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง 6 เดือน แต่ผลการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่วัดด้วย CIBIC-plus พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	รายงานการเกิดอาการข้างเคียงไม่แตกต่างจากยาหลอก

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อแนะนำในการใช้ยาในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมระยะต้น

ยา	อัตราการเปลี่ยนแปลงเป็นสมองเสื่อม	ผลต่อระดับปริชาน	อาการข้างเคียง
Piracetam	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีผลในการเพิ่มระดับปริชานที่แตกต่างจากยาหลอก จากการประเมินโดยใช้ Clinician-rated Global Impression of Change	ไม่มีข้อมูล
Donepezil	ไม่ช่วยลดอัตราการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวที่ระยะเวลา 3-4 ปี แต่อาจลดอัตราเปลี่ยนแปลงจาก MCI ไปเป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ใน 12 เดือนแรกของการใช้ยา	มีผลในการเพิ่มระดับปริชานที่แตกต่างจากยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประเมินโดยใช้ ADAS-Cog) แต่ขนาดของผลลัพธ์ (effect size) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยมาก	อัตราการเกิดอาการข้างเคียงสูงกว่ายาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ แม้จะเป็นอาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรง ได้แก่ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริวที่ขาฝันร้าย
Rivastigmine	ไม่ช่วยลดอัตราการเปลี่ยนแปลงจาก MCI ไปเป็นภาวะสมองเสื่อมที่ระยะเวลา 4 ปี	ไม่มีผลในการเพิ่มระดับปริชานที่แตกต่างจากยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	อัตราการเกิดอาการข้างเคียงสูงกว่ายาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย มึนศีรษะ
Galantamine	ไม่ช่วยลดอัตราการเปลี่ยนแปลงจาก MCI ไปเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่ระยะเวลา 2 ปี	มีผลเพิ่มระดับปริชานด้าน Attention และ Executive function ที่แตกต่างจากยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	อัตราการเกิดอาการข้างเคียงสูงกว่ายาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ คลื่นไส้ ทั้งนี้กลุ่มที่ได้รับยา Galantamine อาจพบอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ายาหลอก
Vitamin E	ไม่ช่วยลดอัตราการเปลี่ยนแปลงจาก MCI ไปเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์	ไม่มีผลในการเพิ่มระดับปริชานที่แตกต่างจากยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	รายงานการเกิดอาการข้างเคียงไม่แตกต่างจากยาหลอก

ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (Mild neurocognitive disorder) เป็นภาวะที่สมองของมนุษย์ อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านระหว่างการเปลี่ยนแปลงจากภาวะปริชานปกติ (Normal cognition) ไปยังภาวะสมองเสื่อม (Major neurocognitive disorder) โดยผู้ที่มีภาวะสมองปริชานบกพร่องเล็กน้อยยังมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้อย่างปกติสามารถที่จะใช้ชีวิตในสังคมได้ เนื่องจากในปัจจุบัน

หลักในการดูแลผู้ที่มีภาวะดังกล่าว ยังเน้นการรักษาด้วยการไม่ใช้ยาเป็นหลัก ดังนั้นหากผู้ที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (Mild neurocognitive disorder) ได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Major neurocognitive disorder) ได้ในอนาคต ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2001;56(9):1133-1142. doi:10.1212/wnl.56.9.1133
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. นครปฐม: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2564. หน้า 37-41.
3. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม, ใน แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2564. หน้า 29-30.
4. Jia L, Du Y, Chu L, et al. Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: a cross-sectional study. Lancet Public Health. 2020;5(12):e661-e671. doi:10.1016/S2468-2667(20)30185-7
5. Mohan D, Iype T, Varghese S, Usha A, Mohan M. A cross-sectional study to assess prevalence and factors associated with mild cognitive impairment among older adults in an urban area of Kerala, South India. BMJ Open. 2019;9(3):e025473. Published 2019 Mar 20. doi:10.1136/bmjopen-2018-025473
6. ระพีพัฒน์ โฆษิตานนท์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นในผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2565; 5(3):206-18.
7. อาทิตยา สุวรรณ์, สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตาบลหลักหก อาเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการ สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2559; 5(2): 21-32.
8. Griffiths J, Thaikruea L, Wongpakaran N, Munkhetvit P. Prevalence of Mild Cognitive Impairment in Rural Thai Older People, Associated Risk Factors and their Cognitive Characteristics. Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2020;10(1):38-45. Published 2020 Mar 26. doi:10.1159/000506279
9. Petersen RC. Clinical practice. Mild cognitive impairment. N Engl J Med. 2011;364(23):2227-2234. doi:10.1056/NEJMcp0910237

10. Aerts L, Heffernan M, Kochan NA, et al. Effects of MCI subtype and reversion on progression to dementia in a community sample. Neurology. 2017;88(23):2225-2232. doi:10.1212/WNL.0000000000004015
11. Eshkoor SA, Hamid TA, Mun CY, Ng CK. Mild cognitive impairment and its management in older people. Clin Interv Aging. 2015;10:687-693. Published 2015 Apr 10. doi:10.2147/CIA.S73922
12. Tschanz JT, Welsh-Bohmer KA, Lyketsos CG, et al. Conversion to dementia from mild cognitive disorder: the Cache County Study. Neurology. 2006;67(2):229-234. doi:10.1212/01.wnl.0000224748.48011.84
13. Griffiths J, Thaikruea L, Wongpakaran N, Munkhetvit P. Prevalence of Mild Cognitive Impairment in Rural Thai Older People, Associated Risk Factors and their Cognitive Characteristics. Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2020;10(1):38-45. Published 2020 Mar 26. doi:10.1159/000506279
14. Pankratz VS, Roberts RO, Mielke MM, et al. Predicting the risk of mild cognitive impairment in the Mayo Clinic Study of Aging. Neurology. 2015;84(14):1433-1442. doi:10.1212/WNL.0000000000001437
15. Li L, Wang Y, Yan J, et al. Clinical predictors of cognitive decline in patients with mild cognitive impairment: the Chongqing aging study. J Neurol. 2012;259(7):1303-1311. doi:10.1007/s00415-011-6342-0
16. Li J, Wang YJ, Zhang M, et al. Vascular risk factors promote conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. Neurology. 2011;76(17):1485-1491. doi:10.1212/WNL.0b013e318217e7a4
17. Peters ME, Rosenberg PB, Steinberg M, et al. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in CIND and its subtypes: the Cache County Study. Am J Geriatr Psychiatry. 2012;20(5):416-424. doi:10.1097/JGP.0b013e318211057d
18. Geda YE, Roberts RO, Mielke MM, et al. Baseline neuropsychiatric symptoms and the risk of incident mild cognitive impairment: a population-based study. Am J Psychiatry. 2014;171(5):572-581. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13060821
19. Sonoda N, Morimoto A, Ugi S, et al. Smoking status is associated with mild cognitive impairment assessed with the mini-mental state examination in Japanese diabetic patients. Diabetol Int. 2016;7(4):361-367. Published 2016 Feb 3. doi:10.1007/s13340-016-0256-0
20. Mayo Clinic Staff. Mild Cognitive Impairment [Internet]. 2023 [cited 2022 Jul. 7]. Available from: https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mild-cognitive-impairment/symptoms-causes/syc-20354578

21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul. 7]. Available from: https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm
22. Vassilaki M, Cha RH, Aakre JA, et al. Mortality in mild cognitive impairment varies by subtype, sex, and lifestyle factors: the Mayo Clinic Study of Aging. J Alzheimers Dis. 2015;45(4):1237-1245. doi:10.3233/JAD-143078
23. Contador I, Bermejo-Pareja F, Mitchell AJ, et al. Cause of death in mild cognitive impairment: a prospective study (NEDICES). Eur J Neurol. 2014;21(2):253-e9. doi:10.1111/ene.12278
24. Moore AR, O'Keeffe ST. Drug-induced cognitive impairment in the elderly. Drugs Aging. 1999;15(1):15-28. doi:10.2165/00002512-199915010-00002
25. Smith L, Shin JI, Oh H, et al. Body Mass Index and Mild Cognitive Impairment Among Middle-Aged and Older Adults from Low- and Middle-Income Countries. J Alzheimers Dis. 2022;85(3):1095-1105. doi:10.3233/JAD-215345
26. Mrak RE. Alzheimer-type neuropathological changes in morbidly obese elderly individuals. Clin Neuropathol. 2009;28(1):40-45. doi:10.5414/npp28040
27. Nascimento CM, Pereira JR, de Andrade LP, et al. Physical exercise in MCI elderly promotes reduction of pro-inflammatory cytokines and improvements on cognition and BDNF peripheral levels. Curr Alzheimer Res. 2014;11(8):799-805. doi:10.2174/1567205011081409101228 49
28. Angevaren M, Aufdemkampe G, Verhaar HJ, Aleman A, Vanhees L. Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(3):CD005381. Published 2008 Jul 16. doi:10.1002/14651858.CD005381.pub3
29. Kim KY, Yun JM. Association between diets and mild cognitive impairment in adults aged 50 years or older. Nutr Res Pract. 2018;12(5):415-425. doi:10.4162/nrp.2018.12.5.415
30. Scarmeas N, Stern Y, Mayeux R, Manly JJ, Schupf N, Luchsinger JA. Mediterranean diet and mild cognitive impairment. Arch Neurol. 2009;66(2):216-225. doi:10.1001/archneurol.2008.536
31. ศาวิตา ทองขุนวงศ์, พิภพ จิตรนำทรัพย์. ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกปริชานในผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องระยะต้นในชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2564; 4(1):74-84
32. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. การรักษาภาวะปริชานบกพร่อง. ใน แนวทางเวชปฏิบัติ ภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพ: บริษัทธนาเพรส จำกัด; 2563. หน้า 57-70.

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) เพื่อส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

(ปรับปรุง 17 กุมภาพันธ์ 2566)

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 เป็น**วารสารในระบบการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index)** โดยได้รับการประเมินให้อยู่ใน **TCI Tier 2** ระหว่าง**วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2567** วารสารฯ เผยแพร่งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข การพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ **ทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความ<u>อย่างน้อย 3 ท่าน</u>** เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน วารสารฯ จึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

วารสารฯ รับบทความ 2 ประเภท ได้แก่ บทความวิจัย และบทความวิชาการ

บทความวิจัย (Research Article) หรือนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) คือบทความที่รายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยอย่างเป็นระบบและถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัย หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาและดำเนินการในมนุษย์ ควรต้องผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Research Ethical Committee: EC หรือ Institutional Review Board: IRB) จากสถาบันที่มีมาตรฐาน

บทความวิจัยควรพิมพ์ในโปรแกรม MS Word (<u>ไม่รับบทความที่เป็นรูปแบบ PDF</u>) ตั้งระยะขอบทั้ง 4 ด้าน 1 นิ้ว (2.54 ซม.) พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด ใช้ตัวอักษร Th Sarabun PSK ขนาด Font ตามที่แนะนำในแบบฟอร์ม (หน้าถัดไป) เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ และบทความโดยรวมมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า ***บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 3 ท่านก่อน*** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความทบทวน หรือบทความวิชาการ (Review/Academic Article) เป็นบทความจากการทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่มีความสำคัญ มีส่วนเพิ่มเติมจากองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิม เป็นประเด็นค้นพบใหม่ มีการถ่ายทอดประสบการณ์ หรือมีนวัตกรรมที่น่าสนใจ บทความวิจัยควรพิมพ์ในโปรแกรม MS Word (<u>ไม่รับบทความที่เป็นรูปแบบ PDF</u>) ตั้งระยะขอบทั้ง 4 ด้าน 1 นิ้ว (2.54 ซม.) พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด ใช้ตัวอักษร Th Sarabun PSK ขนาด Font ตามที่แนะนำในแบบฟอร์ม (หน้าถัดไป) เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ และบทความโดยรวมมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า ***บทความทบทวนและบทความวิชาการต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 3 ท่านก่อน*** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

ชื่อบทความภาษาไทย Th Sarabun PSK Bold Font 18

Th Sarabun Bold Font 16

ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-1*, ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-2, ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-3*****

Th Sarabun Bold Font 16

บทคัดย่อ

Th Sarabun Normal Font 16

เนื้อหาในบทคัดย่อ (มีจำนวนคำไม่เกิน 300 คำ)

Th Sarabun Bold Font 16

Th Sarabun Normal Font 16

คำสำคัญ : คำสำคัญ-1; คำสำคัญ-2; คำสำคัญ-3

Th Sarabun Normal Font 14

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

---

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ Th Sarabun PSK Bold Font 18

Th Sarabun Bold Font 16

ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-1*, ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-2, ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-3*****

Th Sarabun Bold Font 16

Abstract

Th Sarabun Normal Font 16

เนื้อหาในบทคัดย่อ (มีจำนวนคำไม่เกิน 300 คำ)

Th Sarabun Bold Font 16

Th Sarabun Normal Font 16

Keywords : Keyword-1; Keyword -2; Keyword -3

Th Sarabun Normal Font 14

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

หากไม่แน่ใจเว้นส่วนนี้ว่างได้

ส่วนประกอบของเนื้อหาในบทความวิจัย

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย

บทคัดย่อ

คำสำคัญ

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ

Abstract

Keywords

(หัวข้อพิมพ์ด้วย ThSarabunPSK Bold Font16; เนื้อความพิมพ์ด้วย ThSarabunPSK Normal Font16)

บทนำ

- **ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**
- **กรอบแนวคิดการวิจัย**
- **วัตถุประสงค์การวิจัย**
- **คำถามการวิจัย (ถ้ามี)**
- **สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)**

วิธีดำเนินการวิจัย

- **รูปแบบการวิจัย**
- **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**
- **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**
- **การวิเคราะห์ข้อมูล**
- **การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร**

ผลการวิจัย (นำเสนอเป็นประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย) หากนำเสนอด้วยตาราง/แผนภูมิ ต้องมีข้อความบรรยายเพื่ออธิบายตาราง/แผนภูมิด้วย)

การอภิปรายผล(อภิปรายเป็นประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัยและผลการวิจัย)

- **ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ** (ระบุเป็นข้อ)
- **ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย** (ระบุเป็นข้อ)

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

เอกสารอ้างอิง (อ้างอิงในรูปแบบ Vancouver Style เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ)

ส่วนประกอบของเนื้อหาในบทความวิชาการ หรือบทความทบทวน

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย

บทคัดย่อ

คำสำคัญ

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ

Abstract

Keywords

(หัวข้อพิมพ์ด้วย ThSarabunPSK Bold Font16; เนื้อความพิมพ์ด้วย ThSarabunPSK Normal Font16)

บทความวิชาการ/ทบทวนไม่มีรูปแบบที่ตายตัว แต่บทความต้องนำเสนอประเด็นใหม่ที่ไม่เคยมีการนำเสนอในที่ใดมาก่อน บทความวิชาการ/ทบทวน ไม่ใช่การทบทวนวรรณกรรม แต่ต้องนำเสนอแนวคิด การวิพากษ์ หรือการวิจารณ์ของผู้เขียน โดยอ้างอิงหลักทฤษฎี เอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

หัวข้อแนะนำของบทความวิชาการ/ทบทวน

ความเป็นมาและความสำคัญของประเด็นและแนวคิดที่นำเสนอ

การศึกษาเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นนำเสนอประเด็นที่ 1 (มีความชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสม)

ประเด็นนำเสนอประเด็นที่ 2 (มีความชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสม)

ประเด็นนำเสนอประเด็นที่ 3 (มีความชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสม)

การอภิปรายหรือการวิพากษ์ (ตามความเหมาะสม)

การนำประเด็นที่นำเสนอไปใช้ในการปฏิบัติ/การวิจัย (ตามความเหมาะสม)

สรุป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

เอกสารอ้างอิง (อ้างอิงในรูปแบบ Vancouver Style เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ)

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)[1]

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์มี 2 แบบ คือการอ้างอิงในเนื้อหา และการอ้างอิงท้ายเล่ม

การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ตัวยก” ตัวอย่างเช่น (1)

2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย

3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง

4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายยติภังค์ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น (1-3) แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น (4,6,10)

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้กำหนดไว้ภายในวงเล็บที่ได้อ้างถึงในเนื้อหาของปริญญานิพนธ์ 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 สัมปทานุกูล, นิพนธ์ อุดมสันติสุข, รสสุคนธ์ ศรีพัฒนาวัฒน์. วิธีการเพาะเชื้อแบบง่ายเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อไมโครแบคทีเรียของต่อมน้ำเหลืองในการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กทางเซลล์วิทยา; การประเมินคุณค่าและการใช้งาน. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2539;40(5):383-91.

[1] ทิพวรรณ สุขรวย. การเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) [อินเตอร์เน็ต] 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20citation3.pdf

2. Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocious IRBP gene expression during mouse development. Invest Ophthalmol Vis Sci 1994;35:1083-8.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์;/ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

3. พนิชา อิ่มสมบูรณ์, บรรณาธิการ. ไมเกรน รักษาได้โดยไม่ใช้ยา. กรุงเทพฯ: เนชั่นบุ๊คส์; 2556.
4. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า **[dissertation]** หรือ **[วิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์หรือสารนิพนธ์ ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา]** ในวงเล็บใหญ่

ตัวอย่าง

5. พงษ์พัฒน์ เวชสิทธิ์. การศึกษาโปรตีนจากพิษงูแมวเซาที่มีผลต่อการทำงานของไตในหนูขาว [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต 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 อนุกูล. Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus ที่สัมพันธ์กับชุมชนและปศุสัตว์: ภัยเงียบของการสาธารณสุขไทย. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2557 มกราคม 23];46(3):[หน้า 187-206]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ams.cmu.ac.th/journal/images/stories/journal/201309vol3/20130901.pdf
8. LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [serial online]. 1995[cited 2000 Aug 5];310:1387-90. Available from: http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.html

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

มีขั้นตอนดังนี้

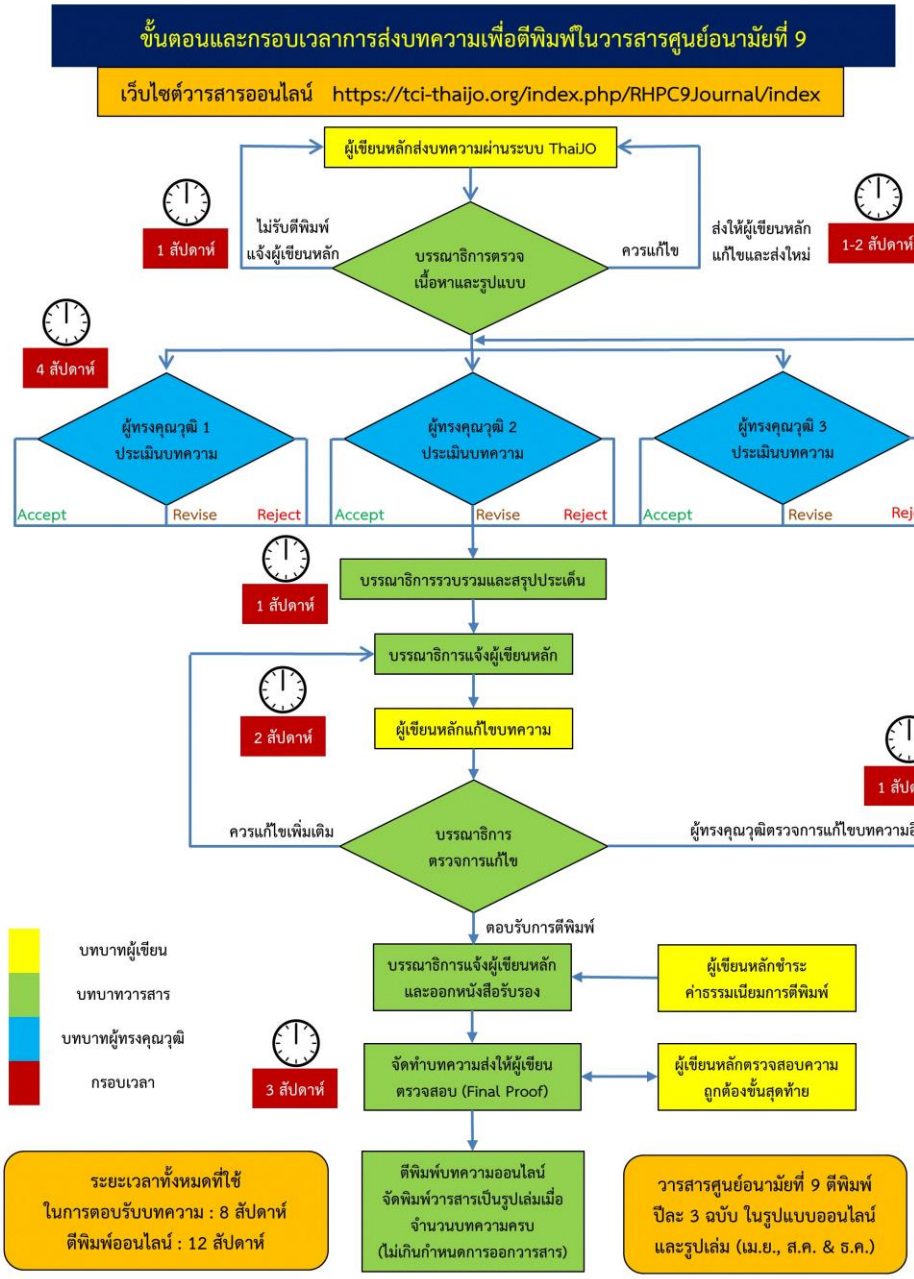
ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
1	ผู้เขียนเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด	ผู้เขียน	N/A
2	ผู้เขียนส่งบทความ (รูปแบบ MS Word เท่านั้น) พร้อมหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ (สแกน) และสแกนหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (กรณีบทความวิจัย) ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ในเว็บไซต์วารสาร	ผู้เขียน	N/A
3	บรรณาธิการตรวจเนื้อหาว่ามีคุณภาพและรูปแบบว่าถูกต้องหรือไม่ หากผ่านการประเมินเบื้องต้น บรรณาธิการตอบรับและนำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมิน หากไม่ผ่าน บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนให้มีการปรับปรุง หรือปฏิเสธการรับพิจารณาหากบทความมีคุณภาพต่ำมาก หรือไม่ตรงประเด็นการเผยแพร่ของวารสารฯ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
4	บรรณาธิการส่งบทความที่ผ่านการประเมินในเบื้องต้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) ประเมินและให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความอย่างน้อยบทความละ 3 ท่าน ผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้กระบวนการประเมินแบบ**ปกปิดทั้งสองฝั่ง (Double-Blinded Review)**	บรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	3 สัปดาห์
5	บรรณาธิการรับคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับตรวจสอบคำแนะนำ และสรุปประเด็นที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
6	บรรณาธิการส่งคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับให้ผู้เขียนผ่านระบบ ThaiJO โดยให้เวลาในการแก้ไข/ปรับปรุงคุณภาพงานเขียน 1-2 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
7	ผู้เขียนส่งงานที่แก้ไขแล้วกลับมาที่วารสารฯ ผ่านระบบ ThaiJO	ผู้เขียน	N/A

N/A = Not Applicable

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
8	บรรณาธิการตรวจสอบการแก้ไขเบื้องต้นเปรียบเทียบกับคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยดำเนินการต่อใน 3 รูปแบบขึ้นอยู่กับคุณภาพการแก้ไข และคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
8.1	บรรณาธิการตอบรับการตีพิมพ์บทความ กรณี-ผู้ทรงคุณวุฒิมอบหมายให้บรรณาธิการพิจารณาต่อและบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นแล้ว (ไปลำดับที่ 9)	บรรณาธิการ	N/A
8.2	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง กรณี-ผู้ทรงคุณวุฒิขอประเมินบทความซ้ำอีกครั้งและบรรณาธิการตรวจสอบแล้วว่าบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
	ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความที่ได้รับการแก้ไขและส่งผลการประเมินมาที่บรรณาธิการเพื่อดำเนินการต่อไป	ผู้ทรงคุณวุฒิ	1-2 สัปดาห์
8.3	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเพิ่มเติม กรณี-ผู้เขียนแก้ไขบทความไม่ครบถ้วนตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ หรือบรรณาธิการพิจารณาแล้วเห็นว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้คุณภาพของบทความดียิ่งขึ้น		
	ผู้เขียนแก้ไขบทความตามคำแนะนำ	ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
9	ผู้เขียนโอนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในวารสาร จำนวน 3,500 บาท สำหรับบทความภาษาไทย และจำนวน 5,000 บาท สำหรับบทความภาษาอังกฤษ มาที่บัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ธนาคารกรุงไทย สาขานครราชสีมา เลขที่บัญชี 301-0-04317-1 และส่งสำเนาสลิปการโอนเงินทาง Email ของบรรณาธิการ	ผู้เขียน	N/A
10	ฝ่ายจัดการของวารสารฯ ออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 และใบเสร็จรับเงิน จัดส่งให้ผู้เขียนตามที่อยู่ที่ผู้เขียนให้ไว้	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
11	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรจัดทำต้นฉบับให้บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษร และบรรณาธิการ	1 สัปดาห์
12	บรรณาธิการส่งบทความฉบับพร้อมตีพิมพ์ให้ผู้เขียนตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตีพิมพ์ออนไลน์	บรรณาธิการและผู้เขียน	1-2 วัน
13	บรรณาธิการตีพิมพ์บทความออนไลน์ที่เว็บไซต์ของวารสารและแจ้งให้ผู้เขียนทราบ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
14	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.	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษร และบรรณาธิการ	1 สัปดาห์
15	จัดพิมพ์วารสารเป็นรูปเล่ม	โรงพิมพ์	1-2 สัปดาห์
16	ฝ่ายจัดการจัดส่งวารสารที่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้ผู้เขียน	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน
บรรณาธิการ คณะผู้จัดทำ และศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
ผู้เขียนมีความรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง
กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขข้อความ
ให้ถูกต้องตามหลักภาษาและมีความเหมาะสม


ขั้นตอนและกรอบเวลาการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9
เว็บไซต์วารสารออนไลน์ https://tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/index
ผู้เขียนหลักส่งบทความผ่านระบบ ThaiJO
1 สัปดาห์
ไม่รับตีพิมพ์ แจ้งผู้เขียนหลัก
บรรณาธิการตรวจ เนื้อหาและรูปแบบ
ควรแก้ไข
ส่งให้ผู้เขียนหลัก แก้ไขและส่งใหม่
1-2 สัปดาห์
4 สัปดาห์
ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ประเมินบทความ
ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ประเมินบทความ
ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ประเมินบทความ
Accept
Revise
Reject
1 สัปดาห์
บรรณาธิการรวบรวมและสรุปประเด็น
บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนหลัก
2 สัปดาห์
ผู้เขียนหลักแก้ไขบทความ
1 สัปดาห์
ควรแก้ไขเพิ่มเติม
บรรณาธิการ ตรวจการแก้ไข
ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจการแก้ไขบทความอีกครั้ง
ตอบรับการตีพิมพ์
บทบาทผู้เขียน
บทบาทวารสาร
บทบาทผู้ทรงคุณวุฒิ
กรอบเวลา
บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนหลัก และออกหนังสือรับรอง
ผู้เขียนหลักชำระ ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์
3 สัปดาห์
จัดทำบทความส่งให้ผู้เขียน ตรวจสอบ (Final Proof)
ผู้เขียนหลักตรวจสอบความ ถูกต้องขั้นสุดท้าย
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ ในการตอบรับบทความ : 8 สัปดาห์ ตีพิมพ์ออนไลน์ : 12 สัปดาห์
ตีพิมพ์บทความออนไลน์ จัดพิมพ์วารสารเป็นรูปเล่มเมื่อ จำนวนบทความครบ (ไม่เกินกำหนดการออกวารสาร)
วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ตีพิมพ์ ปีละ 3 ฉบับ ในรูปแบบออนไลน์ และรูปเล่ม (เม.ย., ส.ค. & ธ.ค.)

หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ.....E-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความวิจัย/วิชาการเรื่อง.....

.....

เผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 โดยมีรายชื่อและ Email ติดต่อของผู้เขียนทุกคน ดังนี้

1. ชื่อ-นามสกุล .....Email .....
2. ชื่อ-นามสกุล .....Email .....
3. ชื่อ-นามสกุล .....Email .....
4. ชื่อ-นามสกุล .....Email .....
5. ชื่อ-นามสกุล .....Email .....

(สามารถใส่รายชื่อเพิ่มเติมจนครบทุกคน)

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงาน (บทความในรูปแบบ Microsoft Word) ในระบบ ThaiJO ทางเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/index เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ **ไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ** และยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาทสำหรับบทความภาษาไทย และบทความละ 5,000 บาทสำหรับบทความภาษาอังกฤษ (โดยโอนเข้าบัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หมายเลขบัญชี 301-0-04317-1 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารแล้ว)

.....

(.....)

ผู้ส่งบทความ (ผู้นิพนธ์หลัก)

...../...../.....

หมายเหตุ สแกนหรือถ่ายรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน หรือส่งให้บรรณาธิการวารสาร ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี ทาง Email : DoctorSinsakchon@gmail.com

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่

https://docs.google.com/document/d/1WoA4Y4CCxKsnCwvcPjlZrwZBM7zfqzDp/edit?usp=share_link&ouid=105233580674827740242&rtpof=true&sd=true

หนังสือรับรองการส่งบทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ หรือการศึกษาอิสระ
เพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล อาจารย์ที่ปรึกษา).....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ..... E-mail.....

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความจากวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์/การศึกษาอิสระ เรื่อง.....

.....

.....

.....

โดย (ชื่อ-สกุลนักศึกษา).....

สาขาวิชา.....มหาวิทยาลัย.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ..... E-mail.....

แล้วว่าถูกต้องตามหลักวิชาการ และบทความนี้**ไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ** และนักศึกษายินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาทสำหรับบทความภาษาไทย และ 5,000 บาทสำหรับบทความภาษาอังกฤษ (โดยโอนเข้าบัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หมายเลขบัญชี 301-0-04317-1 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารแล้ว)

....

(.....) (.....)

นักศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษา

...../...../ ..../...../ .....

หมายเหตุ สแกนหรือถ่ายรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน หรือส่งให้บรรณาธิการวารสาร ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี ทาง Email : DoctorSinsakchon@gmail.com

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่

https://docs.google.com/document/d/1WoA4Y4CCxKsnCwvcPjlZrwZBM7zfqzDp/edit?usp=share_link&ouid=105233580674827740242&rtpof=true&sd=true